

## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™

© 1994 American Psychiatric Association - Reservados todos os direitos de publicação em língua portuguesa à Editora Artes Médicas Sul Ltda ◊

# Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

(4ª Edição)  
- códigos do CID-10 incluídos -

# DSM-IV™



ARTES  
MÉDICAS

(1)

Clique sobre o botão abaixo para ver a Auto-Apresentação



Auto

**Tradução: DAYSE BATISTA**

**Supervisão da Tradução: Dr. ALCEU FILLMANN (Médico Psiquiatra)**

**Consultoria e Coordenação da Edição:**

**Dr. MIGUEL R. JORGE**

**Professor Adjunto de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina  
(UNIFESP)**

**Supervisão Técnica (versão livro eletrônico)**

**Dr. ADONAY GENOVESE FILHO (Médico Psiquiatra)**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

## APRESENTAÇÃO

---

### APRESENTAÇÃO

## Grupo de Trabalho para o DSM-IV

### APRESENTAÇÃO \ Grupo de Trabalho para o DSM-IV

[Grupo de Trabalho para o DSM-IV\(2\)](#)

---

[CONSULTORES\(3\) p. 1](#)

### APRESENTAÇÃO \ Grupo de Trabalho para o DSM-IV

[Grupo de Trabalho Específico para Transtornos de Ansiedade\(4\)](#)

---

[CONSULTORES\(5\)](#)

### APRESENTAÇÃO \ Grupo de Trabalho para o DSM-IV

[Grupo de Trabalho Específico para Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos\(6\)](#)

---

[CONSULTORES\(7\)](#)

### APRESENTAÇÃO \ Grupo de Trabalho para o DSM-IV

[Grupo de Trabalho Específico para Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência\(8\)](#)

---

[CONSULTORES\(9\)](#)

### APRESENTAÇÃO \ Grupo de Trabalho para o DSM-IV

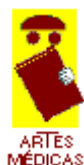
[Grupo de Trabalho Específico para Transtornos Alimentares\(10\)](#)

---

[CONSULTORES\(11\)](#)

### APRESENTAÇÃO \ Grupo de Trabalho para o DSM-IV

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Grupo de Trabalho Específico para Transtornos do Humor(12)

---

CONSULTORES(13)

APRESENTAÇÃO \ Grupo de Trabalho para o DSM-IV

Grupo de Trabalho Específico para Aspectos Multiaxiais(14)

---

CONSULTORES(15)

APRESENTAÇÃO \ Grupo de Trabalho para o DSM-IV

Grupo de Trabalho Específico para Transtornos da Personalidade(16)

---

CONSULTORES(17)

APRESENTAÇÃO \ Grupo de Trabalho para o DSM-IV

Grupo de Trabalho Específico para Transtorno Disfórico Pré-Menstrual(18)

---

CONSULTORES(19)

APRESENTAÇÃO \ Grupo de Trabalho para o DSM-IV

Grupo de Trabalho Específico para Transtornos de Interface com o Sistema Psiquiátrico (Transtornos de Ajustamento, Dissociativo, Factício, do Controle dos Impulsos e Somatoformes e Fatores Psicológicos que Afetam as Condições Médicas)(20)

---

CONSULTORES(21)

APRESENTAÇÃO \ Grupo de Trabalho para o DSM-IV

Grupo de Trabalho Específico para Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos(22)

---

CONSULTORES(23)

APRESENTAÇÃO \ Grupo de Trabalho para o DSM-IV

Grupo de Trabalho Específico para Transtornos Sexuais(24)

---

CONSULTORES(25)

## APRESENTAÇÃO \ Grupo de Trabalho para o DSM-IV

Grupo de Trabalho Específico para Transtornos do Sono(26)

---

CONSULTORES(27)

## APRESENTAÇÃO \ Grupo de Trabalho para o DSM-IV

Grupo de Trabalho Específico para Transtornos Relacionados a Substâncias(28)

---

CONSULTORES(29)

## APRESENTAÇÃO \ Grupo de Trabalho para o DSM-IV

Comitê para Diagnóstico e Avaliação Psiquiátrica (30)

---

## APRESENTAÇÃO \ Grupo de Trabalho para o DSM-IV

Comitê Conjunto do Conselho de Administradores e Junta de Filiais Distritais sobre Temas Relacionados ao DSM-IV(31)

---

## APRESENTAÇÃO

# Agradecimentos

### APRESENTAÇÃO \ Agradecimentos

O DSM-IV é um empreendimento conjunto. Mais de 1.000 pessoas (e numerosas organizações profissionais) ajudaram-nos na preparação deste documento. Os membros do Grupo de Trabalho para o DSM-IV e equipe de elaboração do DSM-IV são relacionados acima sob título Grupo de Trabalho para o DSM-IV, os membros dos Grupos de Trabalho Específicos são listados às páginas também sob este título e uma relação de outros participantes é incluída no Apêndice J.

A principal responsabilidade pelo conteúdo do DSM-IV está nas mãos do Grupo de Trabalho para o DSM-IV e membros dos Grupos de Trabalho Específicos. Essas pessoas trabalharam (freqüentemente muito mais do que supunham) com uma dedicação e ânimo que nos serviram de inspiração. Bob Spitzer merece nossos agradecimentos especiais por seus esforços incansáveis e por sua perspectiva única. Norman Sartorius, Darrel Regier, Lewis Judd, Fred Goodwin e Chuck Kaelber foram imprescindíveis na facilitação de um intercâmbio mutuamente

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



produtivo entre a Associação Psiquiátrica Americana e a Organização Mundial da Saúde, que serviu para melhorar tanto o DSM-IV quanto a CID-10 e para aumentar a compatibilidade entre ambos. Somos gratos a Robert Israel, Sue Meads e a Amy Blum do Centro Nacional para Estatísticas de Saúde e a Andrea Albaum-Feinstein da Associação Americana de Gerenciamento de Informações da Saúde, por sugestões acerca do sistema de codificação do DSM-IV. Denis Prager, Peter Nathan e David Kupfer auxiliaram-nos no desenvolvimento de uma estratégia inédita de reanálise de dados que recebeu o apoio financeiro da Fundação John D. and Catherine T. MacArthur.

## **APRESENTAÇÃO \ Agradecimentos**

Muitos indivíduos dentro da Associação Psiquiátrica Americana merecem nosso reconhecimento. A lucidez e o bom senso especiais de Mel Sabshin tornaram válida a realização até mesmo das tarefas mais entediadas. O Comitê para Diagnóstico e Avaliação Psiquiátrica da Associação Psiquiátrica Americana (presidido por Layton McCurdy) ofereceu orientações e conselhos preciosos. Também gostaríamos de agradecer aos Presidentes da Associação Psiquiátrica Americana (Drs. Fink, Pardes, Benedek, Hartmann, English e McIntyre) e aos Porta-Vozes da Assembléia (Drs. Cohen, Flamm, Hanin, Pfaehler e Shellow), que auxiliaram com o planejamento de nosso trabalho. Carolyn Robinowitz e Jack White e suas respectivas equipes do Gabinete da Diretoria Médica e Gabinete Administrativo da Associação Psiquiátrica Americana ofereceram-nos uma assistência fundamental na organização do projeto.

Diversas outras pessoas têm nossa gratidão especial. Wendy Davis, Nancy Vetorello e Nancy Sydnor-Greenberg desenvolveram e implementaram uma estrutura organizacional que evitou que este projeto complexo saísse de nosso controle. Também fomos agraciados com uma equipe administrativa extraordinariamente capaz, que incluiu Elisabeth Fitzhugh, Willa Hall, Kelly McKinney, Gloria Miele, Helen Stayna, Sarah Tilly, Nina Rosenthal, Susan Mann, Joanne Mas e, especialmente, Cindy Jones. Ruth Ross, nossa incansável Editora Científica, foi responsável pela melhora na clareza de expressão e organização do DSM-IV. Myriam Kline (Coordenadora de Pesquisas para os Testes de Campo Específicos patrocinados pelo Instituto Nacional de Saúde — NIH), James Tompson (Coordenador de Pesquisas para os Testes de Campo com Fitas de Vídeo ou Videoteipe patrocinados pela Fundação MacArthur) e Sandy Ferris (Diretora Assistente para o Gabinete de Pesquisas) prestaram contribuições inestimáveis. Também gostaríamos de agradecer a todas as outras pessoas da equipe da Associação Psiquiátrica Americana que prestaram sua contribuição neste projeto. Ron McMillen, Claire Reinburg, Pam Harley e Jane Davenport, da **American Psychiatric Press**, ofereceram-nos assistência especializada de produção.

**Allen Frances, M.D. Harold Alan Pincus, M.D.**  
**Chairperson, Grupo de Trabalho Vice-Chairperson, Grupo de**

**© Editora Artes Médicas Sul Ltda**



## APRESENTAÇÃO

# Introdução

### APRESENTAÇÃO \ Introdução

Esta é a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais ou DSM-IV, da Associação Psiquiátrica Americana. A utilidade e a credibilidade do DSM-IV exigem que seu foco se mantenha sobre suas finalidades clínicas, de pesquisa e educacionais e que esteja apoiado por uma ampla base empírica. Nossa maior prioridade tem sido a de oferecer um manual útil para a prática clínica. Esperávamos tornar o DSM-IV prático e útil para clínicos, esforçando-nos por obter brevidade nos conjuntos de critérios, clareza de linguagem e relatos explícitos dos construtos incorporados nos critérios diagnósticos. Uma meta adicional era facilitar as pesquisas e melhorar a comunicação entre clínicos e pesquisadores. Também tínhamos em mente o uso do DSM-IV para o aperfeiçoamento da coleta de informações clínicas e como um instrumento didático, para o ensino de psicopatologia.

### APRESENTAÇÃO \ Introdução

Uma nomenclatura oficial deve ser aplicável a uma ampla gama de contextos. O DSM-IV é utilizado por clínicos e pesquisadores de diferentes orientações (por ex., biológica, psicodinâmica, cognitiva, comportamental, interpessoal, de sistemas familiares). Ele é usado por psiquiatras, outros clínicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e de reabilitação, conselheiros e outros profissionais da saúde e saúde mental. O DSM-IV deve ter a capacidade de ser utilizável em múltiplos contextos — enfermaria, ambulatório, hospital-dia, consultoria de ligação, prática privada e cuidados primários, bem como com populações comunitárias. Também é um instrumento necessário para a coleta e a comunicação acurada de estatísticas referentes à saúde pública. Felizmente, todos esses usos são compatíveis entre si.

### APRESENTAÇÃO \ Introdução

O DSM-IV é o produto de 13 Grupos de Trabalho (ver [Apêndice J](#)), cada um dos quais possuindo a responsabilidade primária por uma seção do manual. Esta organização visava a aumentar a participação de especialistas em cada uma das

## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™

respectivas áreas. Adotamos inúmeras precauções para garantirmos que as recomendações dos Grupos de Trabalho refletissem a amplitude de evidências e de opiniões disponíveis, e não apenas a opinião de membros específicos. Após extensas consultas com especialistas e clínicos em cada campo, selecionamos membros para os Grupos de Trabalho que representassem uma ampla faixa de perspectivas e experiências. Os membros dos Grupos de Trabalho foram informados de que participariam em busca de acordos consensuais, e não como defensores de opiniões mantidas previamente. Além disso, estabelecemos um processo formal baseado em evidências, que deveria ser seguido pelos Grupos.

Os Grupos de Trabalho Específicos reportavam-se ao Grupo de Trabalho para o DSM-IV ([ver acima](#)), que consistia de 27 membros, muitos dos quais também presidiam um Grupo de Trabalho Específico. Cada um dos 13 Grupos de Trabalho Específicos era composto de 5 (ou mais) membros, cujos textos receberam críticas de 50 a 100 consultores, que também foram escolhidos para representarem especialidades, disciplinas, bagagens de conhecimentos e contextos clínicos e de pesquisas diversificados. O envolvimento de muitos especialistas internacionais garantiu que o DSM-IV tivesse disponível o mais amplo conjunto de informações e pudesse ser aplicável entre diferentes culturas. Conferências e seminários foram realizados para a obtenção de orientações conceituais e metodológicas para o DSM-IV. Essas incluíram diversas consultas entre os idealizadores do DSM-IV e os idealizadores da CID-10, conduzidas com a finalidade de aumentarmos a compatibilidade entre os dois sistemas. Também foram mantidas conferências sobre métodos, focalizadas em fatores culturais no diagnóstico dos transtornos mentais, no diagnóstico geriátrico e no diagnóstico psiquiátrico nos contextos de cuidados primários.

A fim de manter linhas de comunicação abertas e extensas, o Grupo de Trabalho para o DSM-IV estabeleceu uma ligação com muitos outros componentes dentro da Associação Psiquiátrica Americana e com mais de 60 organizações e associações interessadas no desenvolvimento do DSM-IV (por ex., Associação Americana de Gerenciamento para Informações da Saúde, Associação Americana de Enfermagem, Associação Americana de Terapia Ocupacional, Associação Psicanalítica Americana, Associação Psicológica Americana, Sociedade Psicológica Americana, Coalizão Para a Família, Grupo para o Avanço da Psiquiatria, Associação Nacional de Assistentes Sociais, Centro Nacional para Estatísticas de Saúde, Organização Mundial de Saúde). Tentamos ventilar questões e evidências empíricas logo no início do processo, a fim de identificarmos problemas potenciais e diferenças de interpretação. Intercâmbios de informações também foram possibilitados através da distribuição de um boletim semestral (o [DSM-IV Update](#)), da publicação de uma coluna regular sobre o DSM-IV em [Hospital and Community Psychiatry](#), apresentações freqüentes em conferências nacionais e internacionais e numerosos artigos em periódicos.

### APRESENTAÇÃO \ Introdução

Dois anos antes da publicação do DSM-IV, o Grupo de Trabalho publicou e

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™

distribuiu em grande escala o **DSM-IV Options Book**. Esse volume apresentava um resumo abrangente das propostas alternativas que estavam sendo consideradas para inclusão no DSM-IV, a fim de solicitar opiniões e dados adicionais para nossas deliberações. Recebemos uma grande quantidade de correspondência de indivíduos interessados, que compartilharam conosco dados adicionais e recomendações acerca do impacto potencial das possíveis alterações no DSM-IV em sua prática clínica, ensino, pesquisa e trabalho administrativo. A amplitude dessa discussão ajudou-nos a antecipar os problemas e a buscar a melhor solução dentre as várias opções. Um ano antes da publicação do DSM-IV, uma prova quase final dos conjuntos de critérios propostos foi distribuída, permitindo uma última crítica.

Ao chegarem às decisões finais acerca do DSM-IV, os Grupos de Trabalho Específicos e o Grupo de Trabalho examinaram todas as extensas evidências empíricas e correspondências que haviam sido reunidas. Acreditamos que a principal inovação do DSM-IV não está em quaisquer de suas mudanças específicas no conteúdo, mas sim no processo sistemático e explícito pelo qual foi elaborado e documentado. Mais do que qualquer outra nomenclatura de transtornos mentais, o DSM-IV está baseado em evidências empíricas.

### APRESENTAÇÃO \ Introdução

#### Antecedentes Históricos

### APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Antecedentes Históricos

A necessidade de uma classificação dos transtornos mentais fez-se sentir durante toda a história da medicina, mas havia pouco consenso sobre os transtornos a serem incluídos e quanto ao método mais adequado para sua organização. As muitas nomenclaturas desenvolvidas durante os últimos dois mil anos diferiam em sua ênfase relativa sobre a fenomenologia, a etiologia e o curso como características de definição. Alguns sistemas incluíam apenas um punhado de categorias diagnósticas; outros, milhares. Além disso, os vários sistemas para categorização dos transtornos mentais diferiam com relação a seu objetivo como uso principal para contextos clínicos, de pesquisas ou estatísticos. Uma vez que a história da classificação é demasiadamente extensa para ser resumida aqui, manteremos nosso foco apenas sobre aqueles aspectos que levaram diretamente ao desenvolvimento do **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)** e sobre as seções relativas a "Transtornos Mentais" nas várias edições da **Classificação Internacional de Doenças (CID)**.

Nos Estados Unidos, o ímpeto inicial para o desenvolvimento de uma classificação dos transtornos mentais foi a necessidade para a coleta de informações estatísticas. O que poderia ser considerado como a primeira tentativa de coleta de informações sobre a doença mental naquele país diz respeito ao registro da

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™

freqüência de uma categoria, especificamente, de "idiotismo/insanidade" no censo de 1840. No censo de 1880, contudo, foram identificadas sete categorias de doenças mentais — mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia. Em 1917, o Comitê para Estatísticas, da Associação Psiquiátrica Americana (na época denominada Associação Médico-Psicológica Americana [o nome foi mudado em 1921]), juntamente com a Comissão Nacional para a Higiene Mental, formulou um plano que foi adotado pela Divisão para o Censo para a coleta de estatísticas uniformes entre os hospitais mentais. Embora esse sistema dedicasse mais atenção à utilidade clínica do que os sistemas anteriores, ele ainda era, primariamente, uma classificação estatística. A Associação Psiquiátrica Americana colaborou com a Academia de Medicina de Nova Iorque, posteriormente, para o desenvolvimento de uma nomenclatura psiquiátrica nacionalmente aceitável, que seria incorporada à primeira edição da Nomenclatura Classificada Estandarizada de Doenças, da Associação Médica Americana. Essa nomenclatura visava a servir, primariamente, para o diagnóstico de pacientes internados com transtornos psiquiátricos e neurológicos severos.

Uma nomenclatura muito mais abrangente foi desenvolvida posteriormente pelo Exército Americano (e modificada pela Administração dos Veteranos), a fim de melhor incorporar as apresentações ambulatoriais dos homens em combate e veteranos da Segunda Guerra Mundial (por ex., transtornos psicofisiológicos, de personalidade e agudos). Então, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a sexta edição da CID, que, pela primeira vez, incluía uma seção para os transtornos mentais. A CID-6 foi intensamente influenciada pela nomenclatura da Administração dos Veteranos e incluía 10 categorias para psicoses, 9 para psiconeuroses e 7 para transtornos de caráter, comportamento e inteligência.

### APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Antecedentes Históricos

O Comitê de Nomenclatura e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana desenvolveu uma variação da CID-6, publicada em 1952 como a primeira edição do **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I)**. O DSM-I continha um glossário de descrições de categorias diagnósticas e foi o primeiro manual oficial de transtornos mentais a focalizar a utilidade clínica. O uso do termo **reação** ao longo de todo o DSM-I refletia a influência da perspectiva psicobiológica de Adolf Meyer de que os transtornos mentais representavam reações da personalidade a fatores psicológicos, sociais e biológicos.

Em virtude, parcialmente, da falta de aceitação ampla da taxonomia de transtornos mentais contida na CID-6 e CID-7, a OMS patrocinou uma revisão abrangente dos temas diagnósticos, conduzida pelo psiquiatra britânico Stengel. Seu relato recebe crédito por ter inspirado muitos dos recentes avanços na metodologia diagnóstica — mais especialmente, a necessidade de definições explícitas como um meio de promover diagnósticos clínicos confiáveis. Entretanto, a próxima rodada de revisão diagnóstica, que levou ao DSM-II e à CID-8, não acompanhou as recomendações de Stengel em qualquer grau significativo. O DSM-II era similar ao DSM-I, mas eliminava o termo **reação**.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™

Como ocorrera com o DSM-I e DSM-II, o desenvolvimento do DSM-III foi coordenado com o desenvolvimento da próxima versão (nona) da CID, publicada em 1975 e implementada em 1978. O trabalho com o DSM-III iniciou-se em 1974, com a publicação em 1980. O DSM-III introduziu um número importante de inovações metodológicas, incluindo critérios explícitos de diagnóstico, um sistema multiaxial e um enfoque descritivo que tentava ser neutro em relação às teorias etiológicas. Tal esforço foi facilitado pelo extenso trabalho empírico que estava sendo realizado na época sobre a construção e a validação de critérios explícitos de diagnóstico e desenvolvimento de entrevistas semi-estruturadas. A CID-9 não incluía critérios diagnósticos ou um sistema multiaxial em grande parte porque a função primária desse sistema internacional era delinear categorias que facilitassem a coleta de estatísticas básicas sobre a saúde. Em comparação, o DSM-III foi desenvolvido com o objetivo adicional de oferecer uma nomenclatura médica para clínicos e pesquisadores. Em vista da insatisfação em todos os campos da medicina com a falta de especificidade da CID-9, ocorreu então a decisão de modificá-la para o uso nos Estados Unidos, resultando na CID-9-MC (representando **Clinical Modification**, ou "Modificação Clínica").

A experiência com o DSM-III revelou diversas inconsistências no sistema e alguns casos nos quais os critérios não se mostravam inteiramente claros. Portanto, a Associação Psiquiátrica Americana escolheu um Grupo de Trabalho para a Revisão do DSM-III, que desenvolveu as revisões e correções que levaram à publicação do DSM-III-R, em 1987, nos Estados Unidos.

### APRESENTAÇÃO \ Introdução

#### O Processo de Revisão do DSM-IV

### APRESENTAÇÃO \ Introdução \ O Processo de Revisão do DSM-IV

A terceira edição do **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** (DSM-III) representou um importante avanço no diagnóstico dos transtornos mentais e facilitou imensamente as pesquisas empíricas. O desenvolvimento do DSM-IV beneficiou-se do aumento substancial nas pesquisas sobre diagnósticos, gerado em parte pelo DSM-III e DSM-III-R. A maior parte dos diagnósticos atualmente possui uma literatura empírica ou conjuntos de dados disponíveis relevantes para as decisões envolvendo a revisão do manual diagnóstico. O Grupo de Trabalho para o DSM-IV e seus Grupos de Trabalho Específicos conduziram um processo empírico de três estágios, que incluiu

- 1) revisões amplas e sistemáticas da literatura publicada;
- 2) reanálises de conjuntos de dados já reunidos; e
- 3) extensas testagens de campo enfocando temas específicos.

### APRESENTAÇÃO \ Introdução \ O Processo de Revisão do DSM-IV

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

## Revisões de Literatura

### APRESENTAÇÃO \ Introdução \ O Processo de Revisão do DSM-IV \ Revisões de Literatura

Duas conferências sobre métodos foram realizadas para a articulação de um procedimento sistemático para a descoberta, extração, agregação e interpretação de dados para todos os Grupos de Trabalho Específicos, de uma forma abrangente e objetiva. As tarefas iniciais de cada um desses Grupos de Trabalho Específicos para o DSM-IV eram identificar as questões mais pertinentes relativas a cada diagnóstico e determinar as espécies de dados empíricos relevantes à sua resolução. Um membro ou consultor de um Grupo de Trabalho Específico recebia então a responsabilidade de conduzir uma revisão sistemática e ampla da literatura relevante, que informasse a resolução da questão e também documentasse o texto do DSM-IV. Os domínios considerados na tomada de decisões incluíam a utilidade clínica, confiabilidade, validade descritiva, características de desempenho psicométrico dos critérios individuais e diversas variáveis de validação.

Cada exame da literatura especificava:

- 1) as questões ou aspectos do texto e critérios sob consideração e a importância dessas questões em relação ao DSM-IV;
- 2) o método de exame (incluindo as fontes para a identificação de estudos relevantes, o número de estudos considerados, os critérios para inclusão e exclusão do exame e variáveis catalogadas em cada estudo);
- 3) os resultados do exame (incluindo um resumo descritivo dos estudos com relação à metodologia, ao desenho e aos correlatos substanciais dos achados, achados relevantes e análises realizadas sobre esses achados); e
- 4) as várias opções para a resolução de uma questão, vantagens e desvantagens de cada opção e recomendações e sugestões para pesquisas adicionais que pudessem ser necessárias para a obtenção de uma resolução mais conclusiva.

O objetivo do exame bibliográfico para o DSM-IV era a obtenção de informações abrangentes e isentas, a fim de garantir que o texto refletisse a melhor literatura clínica e de pesquisas disponível. Por tal motivo, usamos buscas computadorizadas sistemáticas e revisões críticas realizadas por grandes grupos de consultores, para garantirmos que a cobertura da literatura fosse adequada e que a interpretação dos resultados fosse justificada. Foram solicitadas opiniões especialmente daquelas pessoas que poderiam oferecer críticas às conclusões da revisão. As revisões de literatura sofreram várias leituras, com o objetivo de produzirmos um resultado tão inclusivo e equilibrado quanto possível. Cabe notar que para algumas questões abordadas pelos Grupos de Trabalho Específicos do DSM-IV, particularmente aquelas de natureza mais conceitual ou para as quais os dados eram insuficientes, um exame da literatura empírica apresentava pouca utilidade. Apesar dessas limitações, tais exames foram úteis para a documentação da racionalização e o apoio empírico para as decisões tomadas pelos Grupos de

Trabalho Específicos do DSM-IV.

APRESENTAÇÃO \ Introdução \ O Processo de Revisão do DSM-IV

**Reanálise dos Dados**

APRESENTAÇÃO \ Introdução \ O Processo de Revisão do DSM-IV \ Reanálise dos Dados

Quando uma revisão de literatura revelava uma escassez de evidências (ou evidências conflitantes) para a resolução de uma questão, em geral fazíamos uso de dois recursos adicionais — reanálise dos dados e testagens de campo — para a tomada de decisões finais. As análises de conjuntos relevantes e inéditos de dados foram apoiadas por subsídios à Associação Psiquiátrica Americana pela Fundação John D. and Catherine T. MacArthur. A maior parte das 40 reanálises de dados executadas para o DSM-IV envolveu a colaboração de diversos investigadores em diferentes locais. Esses pesquisadores reuniram seus dados em conjunto, para as questões apresentadas pelos Grupos de Trabalho Específicos, envolvendo os critérios incluídos no DSM-III-R ou critérios que poderiam ser incluídos no DSM-IV. As reanálises dos dados também possibilitaram que os Grupos de Trabalho Específicos para o DSM-IV gerassem diversos conjuntos de diretrizes, que, então, foram testadas nos testes de campo para o DSM-IV. Embora a maioria dos conjuntos de dados usados nas reanálises tenha sido coletada como parte de estudos epidemiológicos ou de tratamento ou outros estudos clínicos, eles também foram altamente relevantes para as questões nosológicas enfrentadas pelos Grupos de Trabalho Específicos para o DSM-IV.

APRESENTAÇÃO \ Introdução \ O Processo de Revisão do DSM-IV

**Testagens de Campo**

APRESENTAÇÃO \ Introdução \ O Processo de Revisão do DSM-IV \ Testagens de Campo

Doze testagens de campo para o DSM-IV foram patrocinadas pelo Instituto Nacional (americano) de Saúde Mental (INSM) em colaboração com o Instituto Nacional (americano) para Abuso de Drogas (INAB) e Instituto Nacional (americano) para Abuso de Álcool e Alcoolismo (INAAA). As testagens de campo permitiram que os Grupos de Trabalho Específicos para o DSM-IV comparassem opções alternativas e estudassem o possível impacto das alterações sugeridas. Testagens de campo compararam os conjuntos de critérios do DSM-III, DSM-III-R, CID-10 e os critérios propostos para o DSM-IV em 5 a 10 diferentes locais por pesquisa, com aproximadamente 100 sujeitos em cada um desses locais. Diversos sítios, com grupos representativos de sujeitos de uma gama de bagagens

sócio-culturais e étnicas, foram selecionados para garantir-se a possibilidade de generalização dos resultados das pesquisas de campo e para testar algumas das questões mais difíceis relativamente aos diagnósticos diferenciais. As 12 testagens de campo incluíram mais de 70 locais e avaliaram mais de 6.000 sujeitos. Elas coletaram informações sobre confiabilidade e características de desempenho de cada conjunto de critérios como um todo, bem como dos itens específicos dentro de cada conjunto de critérios. Ajudaram também a preencher a lacuna entre as pesquisas clínicas e a prática clínica, determinando a capacidade de aplicação das sugestões de mudança, extraídas dos achados das pesquisas clínicas, à prática clínica.

## APRESENTAÇÃO \ Introdução \ O Processo de Revisão do DSM-IV

### **Critérios para Mudanças**

## APRESENTAÇÃO \ Introdução \ O Processo de Revisão do DSM-IV \ Critérios para Mudanças

Embora o desenvolvimento de critérios absolutos e infalíveis para o momento em que as mudanças deveriam ocorrer fosse impossível, alguns princípios guiaram nossos esforços. O limiar para o estabelecimento de revisões no DSM-IV foi colocado mais alto do que para o DSM-III e DSM-III-R. As decisões precisavam ser substanciadas pelas declarações explícitas sobre a racionalização e por uma revisão sistemática de dados empíricos relevantes. Com o objetivo de aumentar a praticidade e a utilidade clínica do DSM-IV, os conjuntos de critérios foram simplificados e esclarecidos, quando isso podia ser justificado por dados empíricos. Procuramos atingir um equilíbrio adequado no DSM-IV, com relação à tradição histórica (incorporada no DSM-III e DSM-III-R), compatibilidade com a CID-10, evidências de exames da literatura, análise de dados inéditos, resultados de testagens de campo e consenso da área. Embora a quantidade de evidências necessária para o apoio às mudanças fosse colocada em um alto limiar, ela variava necessariamente de acordo com os transtornos, uma vez que o apoio empírico para as decisões tomadas no DSM-III e DSM-III-R também variava entre os transtornos. Naturalmente, o bom-senso fazia-se necessário, e mudanças importantes para a solução de problemas menores exigiam mais evidências do que pequenas mudanças para a solução de grandes problemas.

Recebemos sugestões relativas à inclusão de numerosos diagnósticos novos no DSM-IV. Os proponentes argumentavam que os mesmos eram necessários para melhorarmos a cobertura do sistema, pela inclusão de um grupo de indivíduos sem diagnóstico no DSM-III-R ou diagnosticáveis apenas sob a rubrica de "Sem Outra Especificação". Decidimos que, em geral, novos diagnósticos deveriam ser incluídos no sistema apenas depois que pesquisas estabelecessem a necessidade de sua inclusão, em vez disso ocorrer apenas para o estímulo de tais pesquisas. Entretanto, diagnósticos já incluídos na CID-10 receberam uma consideração maior

do que aqueles propostos pela primeira vez para o DSM-IV. A maior utilidade marginal, a clareza e a cobertura oferecidas por cada diagnóstico recém proposto precisavam ser pesadas contra um acúmulo incômodo imposto a todo o sistema, escassez de documentação empírica e possível erro diagnóstico ou mau uso que poderiam daí advir. Não há classificação de transtornos mentais capaz de ter um número suficiente de categorias específicas para abranger cada apresentação clínica concebível. As categorias "Sem Outra Especificação" servem para cobrir as não raras apresentações que se encontram nos limites das definições específicas de categorias.

## APRESENTAÇÃO \ Introdução \ O Processo de Revisão do DSM-IV

### O Livro de Referência do DSM-IV

## APRESENTAÇÃO \ Introdução \ O Processo de Revisão do DSM-IV \ O Livro de Referência do DSM-IV

A documentação foi a base essencial para o processo do DSM-IV. O **DSM-IV Sourcebook**, publicado em cinco volumes, pretende oferecer um registro de referência inclusivo e conveniente do apoio clínico e de pesquisas para as várias decisões tomadas pelos Grupos de Trabalho Específicos e pelo Grupo de Trabalho para o DSM-IV. Os primeiros três volumes do **Sourcebook** contêm versões condensadas dos 150 exames da literatura para o DSM-IV. O quarto volume contém relatos das reanálises de dados, e o quinto, relatos das testagens de campo e um resumo executivo final da racionalização para as decisões tomadas por cada Grupo de Trabalho Específico. Além disso, muitos textos foram estimulados pelos esforços na direção de uma documentação empírica no DSM-IV, e esses foram publicados em periódicos revistos por profissionais da área.

## APRESENTAÇÃO \ Introdução

### Relação com a CID-10

## APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Relação com a CID-10

A décima revisão da **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)**, desenvolvida pela OMS, foi publicada em 1992, mas provavelmente não estará oficialmente em uso nos Estados Unidos até o final de década. Aqueles que preparavam a CID-10 e o DSM-IV trabalharam em estreita colaboração para coordenarem seus esforços, resultando em muita influência mútua. A CID-10 consiste de um sistema oficial de codificação e outros documentos e instrumentos clínicos e de pesquisas. Os códigos e os termos fornecidos no DSM-IV são completamente compatíveis tanto

com a CID-9-MC quanto com a CID-10 (ver [Apêndice H](#)). Os projetos clínicos e de pesquisas da CID-10 foram completamente revistos pelos Grupos de Trabalho Específicos do DSM-IV e sugeriram importantes tópicos para os exames da literatura e reanálises de dados para o DSM-IV. Rascunhos dos Critérios Diagnósticos para Pesquisas da CID-10 foram incluídos como alternativas, para comparação com os conjuntos de critérios do DSM-III, DSM-III-R e critérios sugeridos para o DSM-IV, nas testagens de campo do DSM-IV. As muitas consultorias entre os idealizadores do DSM-IV e da CID-10 (facilitadas pelo INSM, INAD e INAAA) foram imensamente úteis para o aumento na congruência e redução de diferenças insignificantes de reação entre os dois sistemas.

## APRESENTAÇÃO \ Introdução

### Definição de Transtorno Mental

#### APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Definição de Transtorno Mental

Embora este volume intitule-se **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, a expressão **transtorno mental** infelizmente implica uma distinção entre transtornos "mentais" e transtornos "físicos", que é um anacronismo reducionista do dualismo mente/corpo. Uma literatura vigorosa documenta a existência de muito de "físico" nos transtornos "mentais" e muito de "mental" nos transtornos "físicos". O problema criado pela expressão transtornos "mentais" tem sido muito mais nítido do que sua solução, e, infelizmente, ela persiste no título do DSM-IV, porque ainda não encontramos um substituto apropriado.

Além disso, embora este manual ofereça uma classificação dos transtornos mentais, devemos admitir que nenhuma definição especifica adequadamente os limites precisos para o conceito de "transtorno mental". Este, como muitos outros conceitos da medicina e da ciência, não apresenta uma definição operacional consistente que cubra todas as situações. Todas as condições médicas são definidas em vários níveis de abstração — por exemplo, patologia estrutural (por ex., colite ulcerativa), apresentação sintomática (por ex., cefaléia), desvio de uma norma fisiológica (por ex., hipertensão) e etiologia (por ex., pneumonia pneumocócica). Os transtornos mentais também têm sido definidos por uma variedade de conceitos (por ex., sofrimento, descontrole, desvantagem, incapacitação, inflexibilidade, irracionalidade, padrão de síndrome, etiologia e desvio estatístico). Cada um deles é um indicador útil para um transtorno mental, mas nenhum equivale ao conceito, e diferentes situações exigem diferentes definições.

Apesar dessas deficiências, a definição de **transtorno mental** que foi incluída no DSM-III e DSM-III-R é apresentada aqui por ser tão útil quanto qualquer outra definição disponível e por ter ajudado a orientar decisões relativas a que condições, nos limites entre a normalidade e a patologia, devem ser incluídas no

DSM-IV. Neste, cada um dos transtornos mentais é conceitualizado como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente importante, que ocorre em um indivíduo e que está associado com sofrimento (por ex., sintoma doloroso) ou incapacitação (por ex., prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou uma perda importante da liberdade. Além disso, essa síndrome ou padrão não deve ser meramente uma resposta previsível e culturalmente sancionada a um determinado evento, por exemplo, a morte de um ente querido. Qualquer que seja a causa original, ela deve ser considerada no momento como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo. Nem o comportamento que apresenta desvios (por ex., político, religioso ou sexual), nem conflitos primariamente entre o indivíduo e a sociedade são transtornos mentais, a menos que o desvio ou conflito seja um sintoma de uma disfunção no indivíduo, como descrito antes.

Um engano comum diz respeito a pensar-se que uma classificação de transtornos mentais classifica pessoas, quando na verdade o que se classificam são os transtornos que as pessoas apresentam. Por esse motivo, o texto do DSM-IV (assim como o texto do DSM-III-R) evita o uso de expressões tais como "um esquizofrênico" ou "um alcoólico", e, ao invés disso, usa a expressão mais acurada, ainda que claramente mais incômoda, "um indivíduo com Esquizofrenia" ou "um indivíduo com Dependência de Álcool".

## APRESENTAÇÃO \ Introdução

### Questões Relativas ao Uso do DSM-IV

## APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Questões Relativas ao Uso do DSM-IV

### Limitações da Abordagem Categorial

## APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Questões Relativas ao Uso do DSM-IV \ Limitações da Abordagem Categorial

O DSM-IV é uma classificação categorial, que divide os transtornos mentais em tipos com base nos conjuntos de critérios com características que os definem. Essa designação de categorias é o método tradicional de organização e transmissão de informações na vida cotidiana, e tem sido a abordagem fundamental usada em todos os sistemas de diagnóstico médico. Uma abordagem categórica à classificação funciona melhor quando todos os membros de uma classe diagnóstica são homogêneos, quando existem limites claros entre as classes e quando as diferentes classes são mutuamente excludentes. Contudo, as limitações do sistema categórico de classificação devem ser reconhecidas.



O DSM-IV não pressupõe que cada categoria de transtorno mental seja uma entidade completamente individual, com limites absolutos separando-a de outros transtornos mentais ou da ausência de um transtorno mental. Também não existe nele a suposição de que todos os indivíduos descritos como tendo o mesmo transtorno mental são semelhantes em um grau importante. O médico que utiliza o DSM-IV deve, portanto, considerar que os indivíduos que compartilham um diagnóstico tendem a ser heterogêneos até mesmo em relação aos aspectos definidores do diagnóstico e que os casos limítrofes serão difíceis de diagnosticar de qualquer forma, exceto de um modo provável. Esse esquema permite uma maior flexibilidade no uso do sistema, encoraja uma atenção mais específica a casos limítrofes e salienta a necessidade de obter informações clínicas adicionais que possam ir além do diagnóstico. Em reconhecimento da heterogeneidade das apresentações clínicas, o DSM-IV freqüentemente inclui conjuntos de critérios múltiplos, nos quais o indivíduo precisa apenas apresentar um subconjunto dos itens extraído de uma lista mais longa (por ex., o diagnóstico de Transtorno da Personalidade **Borderline** exige apenas cinco dentre nove itens).

Sugeriu-se que a Classificação do DSM-IV seja organizada seguindo um modelo dimensional, em vez do modelo categorial usado no DSM-III-R. Um sistema dimensional classifica apresentações clínicas com base na quantificação de atributos ao invés da distribuição em categorias e funciona melhor na descrição de fenômenos distribuídos continuamente, sem limites claros. Embora os sistemas dimensionais aumentem a confiabilidade e comuniquem mais informações clínicas (já que relatam atributos clínicos que poderiam ser subliminares em um sistema categorial), eles também apresentam sérias limitações e, até o momento, têm sido bem menos úteis do que os sistemas categóricos na prática clínica e no estímulo a pesquisas. Descrições dimensionais numéricas são muito menos familiares e vívidas do que os nomes das categorias para os transtornos mentais. Além disso, ainda não existe um consenso sobre a escolha das dimensões perfeitamente adequadas a serem usadas para fins de classificação. Contudo, é possível que as crescentes pesquisas e a familiaridade com os sistemas dimensionais possa resultar, eventualmente, em sua maior aceitação, tanto como método de transmissão de informações clínicas quanto como um instrumento de pesquisas.

## APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Questões Relativas ao Uso do DSM-IV

### Uso do Julgamento Clínico

## APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Questões Relativas ao Uso do DSM-IV \ Uso do Julgamento Clínico

O DSM-IV é uma classificação dos transtornos mentais desenvolvida para uso em contextos clínicos, educacionais e de pesquisa. As categorias diagnósticas, os critérios e as descrições textuais destinam-se a ser empregados por indivíduos com treinamento clínico apropriado e experiência em diagnóstico. É importante

que o DSM-IV não seja aplicado mecanicamente, por indivíduos não treinados. Os critérios diagnósticos específicos incluídos no DSM-IV visam a servir como diretrizes, que serão informadas pelo julgamento clínico e não devem ser usados como um "livro de receitas culinárias". Por exemplo, o exercício do julgamento clínico pode justificar a atribuição de determinado diagnóstico a um indivíduo, embora a apresentação clínica não preencha todos os critérios para o diagnóstico, desde que os sintomas presentes sejam persistentes e severos. Por outro lado, a falta de familiaridade com o DSM-IV ou a aplicação excessivamente flexível e idiossincrática dos critérios ou convenções do DSM-IV reduz substancialmente sua utilidade como linguagem comum para a comunicação.

## APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Questões Relativas ao Uso do DSM-IV

### Uso do DSM-IV em Contextos Legais

#### APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Questões Relativas ao Uso do DSM-IV \ Uso do DSM-IV em Contextos Legais

Quando as categorias, os critérios e as descrições textuais do DSM-IV são empregados para fins legais, existem riscos significativos de mau uso ou fraca compreensão das informações diagnósticas. Esses perigos surgem em razão do ajuste imperfeito entre as questões de interesse máximo para a lei e as informações contidas em um diagnóstico clínico. Na maioria das situações, o diagnóstico clínico de um transtorno mental do DSM-IV não é suficiente para estabelecer a existência, para fins legais, de um "transtorno mental", "incapacidade mental", "doença mental" ou "deficiência mental". Para que se determine se um indivíduo reúne um parâmetro legal específico (por ex., para a interdição, responsabilização criminal ou incapacitação), informações adicionais geralmente são necessárias, além daquelas contidas no diagnóstico do DSM-IV. Isso pode incluir informações acerca dos prejuízos funcionais do indivíduo e sobre como esses prejuízos afetam as capacidades particulares em questão. Precisamente porque os prejuízos, as capacidades e as deficiências variam amplamente dentro de cada categoria diagnóstica, a atribuição de determinado diagnóstico não implica um nível específico de prejuízo ou incapacitação.

As pessoas dotadas de poder de decisão fora da área clínica também devem ser alertadas de que um diagnóstico não traz em si quaisquer implicações necessárias com relação às causas do transtorno mental de um indivíduo ou de seus prejuízos associados. A inclusão de um transtorno na Classificação (como na medicina em geral) não exige que exista o conhecimento sobre sua etiologia. Além disso, o fato da apresentação de um indivíduo reunir os critérios para um diagnóstico do DSM-IV não acarreta qualquer implicação relativamente ao grau de controle desse indivíduo sobre os comportamentos que possam estar associados com o transtorno. Mesmo quando uma diminuição no controle sobre o comportamento do indivíduo é uma característica do transtorno, ter o diagnóstico, por si só, não

## **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

demonstra que determinada pessoa é (ou esteve) incapaz de controlar seu comportamento em determinado momento.

Cabe notar que o DSM-IV reflete um consenso acerca da classificação e do diagnóstico de transtornos mentais, que foi conquistado à época de sua publicação inicial. Novos conhecimentos gerados pelas pesquisas ou experiência clínica indubitavelmente levarão a um maior entendimento sobre os transtornos incluídos no DSM-IV, à identificação de novos transtornos e à remoção de alguns deles em futuras classificações. O texto e os conjuntos de critérios incluídos no DSM-IV exigirão uma reconsideração à luz do surgimento de novas informações.

O uso do DSM-IV em contextos legais deve ser norteado por uma conscientização sobre os riscos e as limitações antes discutidos. Quando usados apropriadamente, os diagnósticos e as informações diagnósticas podem auxiliar aqueles dotados do poder de decisão em suas determinações. Por exemplo, quando a presença de um transtorno mental é o predicado para a determinação legal subsequente (por ex., confinamento civil involuntário), o uso de um sistema estabelecido de diagnóstico aumenta o valor e a confiabilidade da determinação. Ao ceder um compêndio baseado em uma revisão da literatura clínica e de pesquisas pertinentes, o DSM-IV pode facilitar o entendimento das características relevantes dos transtornos mentais pelas autoridades legais. A literatura relacionada aos diagnósticos também serve de garantia contra especulações infundadas sobre os transtornos mentais e sobre o funcionamento de determinado indivíduo. Finalmente, as informações diagnósticas envolvendo o curso longitudinal podem melhorar a decisão tomada, quando a questão legal envolve o funcionamento mental de uma pessoa no passado ou em algum momento do futuro.

### **APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Questões Relativas ao Uso do DSM-IV**

#### **Considerações Étnicas e Culturais**

### **APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Questões Relativas ao Uso do DSM-IV \ Considerações Étnicas e Culturais**

Na preparação do DSM-IV houve esforços especiais no sentido de incorporar uma conscientização de que o manual é utilizado com populações culturalmente diversas nos Estados Unidos e em outros países. Os profissionais são chamados a avaliar indivíduos de numerosos grupos étnicos e diferentes bagagens culturais (incluindo muitos imigrantes recentes). A avaliação diagnóstica pode ser especialmente exigente quando um profissional de um grupo étnico ou cultural usa a Classificação do DSM-IV para avaliar um indivíduo de um diferente grupo étnico ou cultural. Um clínico não familiarizado com as nuances da moldura de referência cultural de um indivíduo pode considerar incorretamente como psicopatologia as variações normais no comportamento, crenças ou experiência que são particulares à cultura do indivíduo. Por exemplo, certas práticas ou crenças religiosas (por ex., ouvir ou ver um parente falecido durante o luto) podem

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ser diagnosticadas incorretamente como manifestações de um Transtorno Psicótico. A aplicação de critérios de um Transtorno da Personalidade entre contextos culturais pode ser especialmente difícil, em virtude da ampla variação cultural nos conceitos de **self**, estilos de comunicação e mecanismos de enfrentamento.

O DSM-IV inclui três tipos de informações especificamente relacionadas às considerações culturais:

- 1) uma discussão no texto sobre as variações culturais nas apresentações clínicas dos transtornos que foram incluídos na Classificação do DSM-IV;
- 2) uma descrição de síndromes ligadas à cultura que não foram incluídas na Classificação do DSM-IV (estas são incluídas no [Apêndice I](#)); e
- 3) um esquema para a formulação cultural é descrito e visa a auxiliar o profissional a avaliar e reportar sistematicamente o impacto do contexto cultural do indivíduo (também no [Apêndice I](#)).

A ampla aceitação internacional do DSM sugere que esta classificação é útil para a descrição dos transtornos mentais como esses são experienciados pelos indivíduos no mundo inteiro. Contudo, as evidências também sugerem que os sintomas e o curso de diversos dos transtornos do DSM-IV são influenciados por fatores culturais e étnicos. A fim de facilitar sua aplicação a indivíduos de diversos contextos étnicos e culturais, o DSM-IV inclui uma nova seção no texto, para cobrir as características relacionadas à cultura. Esta seção descreve os modos pelos quais variadas bagagens culturais afetam o conteúdo e a forma da apresentação sintomática (por ex., transtornos depressivos caracterizados por uma preponderância de sintomas somáticos ao invés de tristeza, em certas culturas), expressões mais usadas para a descrição do sofrimento e informações sobre a prevalência, quando disponíveis.

## APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Questões Relativas ao Uso do DSM-IV \ Considerações Étnicas e Culturais

O segundo tipo de informação cultural oferecida envolve as "síndromes ligadas à cultura", que foram descritas em apenas uma ou em algumas das sociedades do mundo. O DSM-IV oferece dois modos de se aumentar o reconhecimento das síndromes ligadas à cultura:

- 1) algumas (por ex., **amok**, **ataque de nervos**) são incluídas como exemplos separados nas categorias Sem Outra Especificação; e
- 2) um apêndice de síndromes ligadas à cultura ([Apêndice I](#)) foi introduzido no DSM-IV, incluindo o nome da condição, as culturas nas quais foi descrita pela primeira vez e uma breve descrição da psicopatologia.

O oferecimento de uma seção específica à cultura no texto do DSM-IV, a inclusão de um glossário de síndromes ligadas à cultura e a provisão de um esquema para a formulação cultural visam a melhorar a aplicabilidade do DSM-IV entre as culturas. Espera-se que essas novas características aumentem a sensibilidade às variações na expressão dos transtornos mentais em diferentes culturas e reduza o possível

efeito de uma parcialidade involuntária, derivada da bagagem cultural do próprio médico.

## APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Questões Relativas ao Uso do DSM-IV

### Uso do DSM-IV no Planejamento do Tratamento

## APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Questões Relativas ao Uso do DSM-IV \ Uso do DSM-IV no Planejamento do Tratamento

A confecção de um diagnóstico do DSM-IV é apenas o primeiro passo em uma avaliação abrangente. A fim de formular um plano adequado de tratamento, o médico invariavelmente necessitará de informações adicionais consideráveis acerca da pessoa que está sendo avaliada, que vão além daquelas exigidas para um diagnóstico do DSM-IV.

## APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Questões Relativas ao Uso do DSM-IV

### Distinção Entre Transtorno Mental e Condição Médica Geral

## APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Questões Relativas ao Uso do DSM-IV \ Distinção Entre Transtorno Mental e Condição Médica Geral

As expressões **transtorno mental** e **condição médica geral** são usadas ao longo de todo este manual. A primeira é explicada nas pp. XX e XIX; a segunda é usada meramente como uma expressão resumida conveniente para referir-nos a condições e transtornos relacionados fora do capítulo de "Transtornos Mentais e de Comportamento" da CID. Cabe reconhecer que essas são meramente expressões de conveniência e não devem ser tomadas como implicando que existe qualquer distinção fundamental entre os transtornos mentais e as condições médicas gerais, que os transtornos mentais não estão relacionados a fatores ou processos físicos ou biológicos ou que as condições médicas gerais não estão relacionadas a fatores ou processos comportamentais ou psicossociais.

## APRESENTAÇÃO \ Introdução

### Organização do Manual

## APRESENTAÇÃO \ Introdução \ Organização do Manual

## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™

O Manual inicia com instruções envolvendo seu uso (p. 1), seguidas pela Classificação do DSM-IV (pp. 13-25), que oferece uma listagem sistemática dos códigos e categorias oficiais. A seguir, fornecemos uma descrição do sistema multiaxial do DSM-IV para o diagnóstico (pp. 27-36). Após, encontram-se os critérios de diagnóstico dos transtornos do DSM-IV acompanhados pelo texto descritivo (pp. 37-648). Finalmente, o DSM-IV inclui 10 apêndices.

### APRESENTAÇÃO

## Uma Palavra de Cautela(32)

### APRESENTAÇÃO

## Uso do Manual

### APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual

#### Procedimentos de Codificação e Relato

### APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Procedimentos de Codificação e Relato

#### Códigos Diagnósticos

### APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Procedimentos de Codificação e Relato \ Códigos Diagnósticos

O sistema oficial de codificação usado nos Estados Unidos quando da publicação deste manual é a **Classificação Internacional de Doenças, Nona Revisão, Modificação Clínica (CID-9-MC)**. A maior parte dos transtornos do DSM-IV tem um código numérico da CID-9-MC, que aparece diversas vezes:

- 1) precedendo o nome do transtorno na Classificação (pp. 13-25);
- 2) no início da seção de texto para cada transtorno e
- 3) acompanhando os critérios para cada transtorno. Para alguns diagnósticos (por ex., Retardo Mental, Transtorno do Humor Induzido por Substância), o código apropriado depende de uma especificação adicional e é relacionado após o texto e conjunto de critérios para o transtorno. Os nomes de alguns transtornos são seguidos por termos alternativos incluídos em parênteses, que, na maioria dos

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



casos, eram os nomes do DSM-III-R para esses.

O uso de códigos diagnósticos é fundamental à manutenção de registros médicos. A codificação diagnóstica facilita a coleta de dados e a recuperação e compilação de informações estatísticas. Os códigos também são usados com frequência para o relato de dados diagnósticos a terceiros interessados, incluindo agências governamentais, seguradores particulares e Organização Mundial de Saúde. Nos Estados Unidos, por exemplo, o uso desses códigos é exigido pela Administração de Recursos Financeiros para a saúde Pública, para finalidades de reembolso sob o sistema do **Medicare**.

Os subtipos (alguns dos quais são codificados no quinto dígito) e especificadores são oferecidos para um aumento na especificidade. Os **subtipos** definem subagrupamentos fenomenológicos mutuamente excludentes e exaustivos, em seu conjunto, dentro de um diagnóstico, e são indicados pela instrução "especificar tipo", no conjunto de critérios. O Transtorno Delirante, por exemplo, apresenta 7 subtipos, com base no conteúdo dos delírios: Tipo Erotomaniaco, Tipo Grandioso, Tipo Ciumento, Tipo Persecutório, Tipo Somático, Tipo Misto, Tipo Não Especificado. Em comparação, os **especificadores** não pretendem ser mutuamente excludentes ou exaustivos em seu conjunto, e são indicados pela instrução "especificar se", no conjunto de critérios (por ex., para a Fobia Social, a instrução observa "Especificar se: Generalizado"). Os especificadores oferecem uma oportunidade para definir um subagrupamento mais homogêneo de indivíduos com o transtorno, que compartilham certas características (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Com Aspectos Melancólicos). Embora um quinto dígito ocasionalmente seja incluído para codificar um subtipo ou especificador (por ex., 290.12 Demência do Tipo de Alzheimer, Com Aparecimento Precoce, Com Delírios) ou nível de gravidade (296.21 Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único, Leve), a maioria dos subtipos e especificadores incluídos no DSM-IV não pode ser codificada dentro do sistema da CID-9-MC e são indicados apenas pela inclusão do subtipo ou especificador após o nome do transtorno (por ex., Fobia Social, Generalizada).

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Procedimentos de Codificação e Relato

### Especificadores de Gravidade e Curso

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Procedimentos de Codificação e Relato \ Especificadores de Gravidade e Curso

Um diagnóstico do DSM-IV em geral é aplicado à apresentação atual do indivíduo e tipicamente não é usado para denotar diagnósticos anteriores dos quais o indivíduo se recuperou. Os seguintes especificadores indicando gravidade e curso podem ser listados após o diagnóstico: Leve, Moderado, Severo, em Remissão Parcial, em Remissão Completa e História Prévia.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™

Os especificadores Leve, Moderado e Severo devem ser usados apenas quando todos os critérios requeridos para o transtorno são reunidos no presente. Ao decidir se a apresentação deve ser descrita como leve, moderada ou severa, o clínico deve levar em consideração o número e a intensidade dos sinais e sintomas do transtorno, bem como qualquer prejuízo resultante no funcionamento ocupacional ou social. Para a maioria dos transtornos, as seguintes diretrizes podem ser usadas:

**LEVE.** Estão presentes poucos sintomas, se algum, além daqueles requeridos para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que um leve prejuízo no funcionamento social ou ocupacional.

**MODERADO.** Estão presentes sintomas ou prejuízo funcional entre "leve" e "severo".

**SEVERO.** Estão presentes muitos sintomas, além daqueles requeridos para fazer o diagnóstico, ou vários sintomas particularmente graves, ou os sintomas resultam em prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional.

**EM REMISSÃO PARCIAL.** Todos os critérios requeridos para o transtorno foram satisfeitos anteriormente, mas atualmente apenas alguns dos sintomas ou sinais do transtorno permanecem presentes.

**EM REMISSÃO COMPLETA.** Não há mais quaisquer sintomas ou sinais do transtorno, mas sua observação ainda é clinicamente importante, por exemplo, em um indivíduo com episódios anteriores de Transtorno Bipolar, que está livre de sintomas mas consumindo lítio nos últimos três anos. Após um período de tempo em remissão completa, o clínico pode considerar o indivíduo recuperado e, portanto, não mais codificaria o transtorno como um diagnóstico atual. A diferenciação entre Em Remissão Completa e Recuperado exige a consideração de muitos fatores, incluindo o curso característico do transtorno, a extensão de tempo desde o último período de perturbação, a duração total da perturbação e a necessidade de continuação da avaliação ou do tratamento profilático.

### APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Procedimentos de Codificação e Relato \ Especificadores de Gravidade e Curso

**HISTÓRIA PRÉVIA.** Para algumas finalidades, pode ser útil anotar uma história de preenchimento dos critérios para um transtorno, mesmo quando o indivíduo é considerado recuperado. Esses diagnósticos passados de transtorno mental seriam indicados pelo uso do especificador História Prévia (por ex., Transtorno de

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





Ansiedade de Separação, História Prévia, para um indivíduo com uma história de Transtorno de Ansiedade de Separação sem um transtorno atual ou que atualmente satisfaça os critérios para Transtorno do Pânico).

Critérios específicos para a definição de Leve, Moderado e Severo são fornecidos para os seguintes transtornos: Retardo Mental, Transtorno da Conduta, Episódio Maníaco e Episódio Depressivo Maior. Critérios específicos para definições de Em Remissão Parcial e Em Remissão Completa são fornecidos para os seguintes transtornos: Episódio Maníaco, Episódio Depressivo Maior e Dependência de Substância.

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Procedimentos de Codificação e Relato

### Recorrência

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Procedimentos de Codificação e Relato \ Recorrência

Com alguma frequência na prática clínica, os indivíduos que após um período de tempo não mais reúnem todos os critérios para o transtorno (por ex., em remissão parcial ou completa, ou em recuperação) podem desenvolver sintomas que sugerem uma recorrência de seu transtorno original, mas ainda não alcançam o limiar pleno para este transtorno, como especificado no conjunto de critérios diagnósticos. Essa é uma questão de julgamento clínico, que diz respeito à melhor forma de indicar a presença de tais sintomas. As seguintes opções estão disponíveis:

- Se os sintomas são considerados como um novo episódio de uma condição recorrente, o transtorno pode ser diagnosticado como atual (ou provisório) mesmo antes de serem reunidos todos os critérios diagnósticos (por ex., após reunir os critérios para o Episódio Depressivo Maior por apenas 10 dias, ao invés dos 14 dias geralmente exigidos).
- Se os sintomas são considerados como clinicamente significativos, mas não está claro se constituem uma recorrência do transtorno original, a categoria apropriada de Sem Outra Especificação pode ser atribuída.
- Se os sintomas não são considerados clinicamente significativos, nenhum diagnóstico adicional, atual ou provisório é atribuído, mas pode haver a anotação "História Prévia"(ver [p. 2](#)).

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Procedimentos de Codificação e Relato

### Diagnóstico Principal / Motivo da Consulta

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Procedimentos de Codificação e Relato \ Diagnóstico Principal / Motivo da Consulta

Quando mais de um diagnóstico é atribuído a um indivíduo em um contexto de internação, o **diagnóstico principal** é a condição estabelecida após o estudo como aquela primariamente responsável pela admissão do indivíduo. Quando mais de um diagnóstico é atribuído a um indivíduo em um contexto ambulatorial, a **razão para a consulta** é a condição primariamente responsável pelos serviços médicos de cuidados ambulatoriais recebidos durante a visita. Na maioria dos casos, o diagnóstico principal ou a razão para a consulta também é o foco principal de atenção ou tratamento. Frequentemente é difícil (e algo arbitrário) determinar o diagnóstico principal ou a razão para a consulta, especialmente em situações de "diagnóstico duplo" (um diagnóstico relacionado à substância, como Dependência de Anfetamina, acompanhado por um diagnóstico não relacionado à substância, como Esquizofrenia). Por exemplo, pode não estar claro qual diagnóstico deve ser considerado "principal" para um indivíduo hospitalizado por Esquizofrenia e Intoxicação com Anfetamina, porque cada condição pode ter contribuído igualmente para a necessidade de admissão e tratamento.

Múltiplos diagnósticos podem ser relatados de uma forma multiaxial (ver [p. 34](#)) ou de uma forma não axial (ver [p. 36](#)). Quando o diagnóstico principal é um transtorno do Eixo I, isso é indicado listando-o primeiro. Os transtornos restantes são listados na ordem do foco de atenção e tratamento. Quando uma pessoa tem diagnósticos tanto do Eixo I quanto do Eixo II, o diagnóstico principal ou a razão para a consulta será presumivelmente o do Eixo I, a menos que o diagnóstico do Eixo II seja seguido pela expressão qualificadora "(Diagnóstico Principal)" ou "(Motivo da Consulta)".

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Procedimentos de Codificação e Relato

### Diagnóstico Provisório

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Procedimentos de Codificação e Relato \ Diagnóstico Provisório

O especificador **provisório** pode ser usado quando existe uma forte suposição de que todos os critérios para um transtorno serão finalmente satisfeitos, mas não existem informações suficientes disponíveis para um diagnóstico seguro. O clínico pode indicar a incerteza diagnóstica registrando "(Provisório)" após o diagnóstico. Por exemplo, o indivíduo parece ter um Transtorno Depressivo Maior, mas é incapaz de oferecer uma história adequada para que se estabeleça o preenchimento de todos os critérios. Um outro uso do termo **provisório** é para aquelas situações nas quais o diagnóstico diferencial depende exclusivamente da duração da doença. Um diagnóstico de Transtorno Esquizofreniforme, por exemplo, requer a duração de menos de 6 meses e apenas pode ser dado

provisoriamente se atribuído antes que ocorra remissão.

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual

### Uso de Categorias "Sem Outra Especificação"

#### APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Uso de Categorias "Sem Outra Especificação"

Em vista da diversidade de apresentações clínicas, é impossível abranger cada situação possível pela nomenclatura diagnóstica. Por essa razão, cada classe diagnóstica tem pelo menos uma categoria Sem Outra Especificação (SOE) e algumas classes possuem várias categorias SOE. Existem quatro situações nas quais um diagnóstico SOE pode ser apropriado:

- A apresentação ajusta-se às diretrizes gerais para um transtorno mental na classe diagnóstica, mas o quadro sintomático não satisfaz os critérios para quaisquer dos transtornos específicos. Isso ocorre quando os sintomas estão abaixo do limiar diagnóstico para um dos transtornos específicos ou quando existe uma apresentação atípica ou mista.
- A apresentação ajusta-se a um padrão de sintomas que não foi incluído na Classificação do DSM-IV, mas causa sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo. Os critérios para pesquisa de alguns desses padrões de sintomas foram incluídos no [Apêndice B](#) ("Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudo Adicional"), em cujo caso é fornecida uma referência quanto à página onde consta o conjunto sugerido de critérios para pesquisa.
- Existe incerteza quanto à etiologia (isto é, se o transtorno é devido a uma condição médica geral, é induzido por substância ou é primário).
- A oportunidade é insuficiente para completar a coleta de dados (por ex., em situações de emergência) ou existem informações inconsistentes ou contraditórias, mas há informações suficientes para sua colocação dentro de determinada classe diagnóstica (por ex., o clínico determina que o indivíduo apresenta sintomas psicóticos mas não possui informações suficientes para diagnosticar um Transtorno Psicótico específico).

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual

### Meios de Indicação de Incerteza Diagnóstica

#### APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Meios de Indicação de Incerteza Diagnóstica

A tabela seguinte indica os vários meios pelos quais um clínico pode indicar incerteza diagnóstica:

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Termo	Exemplos de situações clínicas
Códigos V (para Outras Condições que Podem constituir Foco de Atenção Clínica)	Informações insuficientes para se saber um problema apresentado é ou não atribuível a um transtorno mental (por ex., Problema Acadêmico, Comportamento Anti-Social Adulto)
799.9 Diagnóstico ou Condição Protelados no Eixo I	Informações inadequadas para fazer qualquer julgamento diagnóstico acerca de um diagnóstico ou condição do Eixo I
799.9 Diagnóstico Protelado no Eixo II	Informações inadequadas para fazer qualquer julgamento diagnóstico acerca de um diagnóstico do Eixo II
300.9 Transtorno Mental Não Especificado (não psicótico)	Informações suficientes disponíveis para descartar um Transtorno Psicótico, mas uma especificação adicional não é possível.
298.9 Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação	Informações suficientes disponíveis para determinar a presença de um Transtorno Psicótico, mas uma especificação adicional não é possível.
[Classe de transtorno] Sem Outra Especificação, por ex., Transtorno Depressivo Sem Outra especificação adicional não é	Informações suficientes disponíveis para indicar a classe de transtorno que está presente, mas uma Especificação possível, porque não existem informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico ou porque os aspectos clínicos do transtorno não satisfazem os critérios para quaisquer das categorias específicas daquela classe
[Diagnóstico específico] (Provisório) por ex., Transtorno Esquizofreniforme (Provisório)	Informações suficientes disponíveis para fazer um diagnóstico "operacional", mas o clínico deseja indicar um grau significativo de incerteza diagnóstica

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual

### Critérios Usados com Frequência

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Critérios Usados com Frequência

### Critérios Usados para Excluir Outros Diagnósticos e para Sugerir Diagnósticos Diferenciais

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Critérios Usados com Frequência \ Critérios Usados para Excluir Outros Diagnósticos e para Sugerir Diagnósticos Diferenciais

A maior parte dos conjuntos de critérios apresentados neste manual inclui critérios de exclusão que são necessários para estabelecer limites entre os transtornos e para clarificar diagnósticos diferenciais. As diversas redações dos critérios de exclusão nos conjuntos de critérios ao longo de todo o DSM-IV refletem os diferentes tipos de possíveis relacionamentos entre os transtornos:

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Critérios Usados com Frequência \ Critérios Usados para Excluir Outros Diagnósticos e para Sugerir Diagnósticos Diferenciais

· **"Critérios jamais foram preenchidos para..."** Este critério de exclusão é usado para definir uma hierarquia vitalícia entre transtornos. Por exemplo, um diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior não pode mais ser atribuído após a ocorrência de um Episódio Maníaco e deve ser mudado para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I.

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Critérios Usados com Frequência \ Critérios Usados para Excluir Outros Diagnósticos e para Sugerir Diagnósticos Diferenciais

· **"Critérios não são preenchidos para..."** Este critério de exclusão é usado para estabelecer uma hierarquia entre os transtornos (ou subtipos) definidos trans-seccionalmente. Por exemplo, o especificador Com Aspectos Melancólicos tem precedência sobre Com Aspectos Atípicos na descrição de um Episódio Depressivo Maior atual.

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Critérios Usados com Frequência \ Critérios Usados para Excluir Outros Diagnósticos e para Sugerir Diagnósticos Diferenciais

· **"não ocorre exclusivamente durante o curso de..."** Este critério de exclusão evita que um transtorno seja diagnosticado quando sua apresentação sintomatológica

ocorre apenas durante o curso de um outro transtorno. Por exemplo, demência não é diagnosticada separadamente se ocorre apenas durante delirium; Transtorno de Conversão não é diagnosticado separadamente se ocorre apenas durante Transtorno de Somatização; Bulimia Nervosa não é diagnosticada separadamente se ocorre apenas durante episódios de Anorexia Nervosa. Este critério de exclusão é usado tipicamente em situações nas quais os sintomas de um transtorno são aspectos associados ou um subconjunto dos sintomas do transtorno preferencial. O clínico deve considerar períodos de remissão parcial como parte do "curso de um outro transtorno". Cabe notar que o diagnóstico excluído pode, às vezes, ser atribuído quando ocorre independentemente (por ex., quando o transtorno que o exclui está em remissão completa).

**APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Critérios Usados com Frequência \ Critérios Usados para Excluir Outros Diagnósticos e para Sugerir Diagnósticos Diferenciais**

· "não devido a efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou uma condição médica geral". Este critério de exclusão é usado para indicar que etiologias de indução por substância e por condição médica geral devem ser consideradas e descartadas antes que o transtorno possa ser diagnosticado (por ex., Transtorno Depressivo Maior pode ser diagnosticado apenas depois de descartadas etiologias baseadas em uso de substância e em uma condição médica geral).

**APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Critérios Usados com Frequência \ Critérios Usados para Excluir Outros Diagnósticos e para Sugerir Diagnósticos Diferenciais**

· "não melhor explicado por..." Este critério de exclusão é usado para indicar que os transtornos mencionados no critério devem ser considerados no diagnóstico diferencial da psicopatologia apresentada e que, nos casos limítrofes, o julgamento clínico será necessário para determinar qual transtorno proporciona o diagnóstico mais apropriado. Nesses casos, a seção "Diagnóstico Diferencial" do texto para os transtornos deverá ser consultada para orientação.

**APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Critérios Usados com Frequência \ Critérios Usados para Excluir Outros Diagnósticos e para Sugerir Diagnósticos Diferenciais**

A convenção geral no DSM-IV é permitir a atribuição de múltiplos diagnósticos para aquelas apresentações que satisfaçam os critérios para mais de um transtorno do DSM-IV. Existem três situações nas quais os critérios de exclusão antes mencionados ajudam a estabelecer uma hierarquia diagnóstica (e, assim, evitar múltiplos diagnósticos) ou a salientar considerações diagnósticas diferenciais (e assim desencorajar múltiplos diagnósticos):

· Quando um Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral ou um Transtorno Induzido por Substância é responsável pelos sintomas, ele tem precedência sobre o diagnóstico do transtorno primário correspondente com os mesmos sintomas (por ex., Transtorno do Humor Induzido por Cocaína tem

precedência sobre Transtorno Depressivo Maior). Nesses casos, um critério de exclusão contendo a expressão "não devido aos efeitos fisiológicos diretos de..." é incluído no conjunto de critérios para o transtorno primário.

**APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Critérios Usados com Frequência \ Critérios Usados para Excluir Outros Diagnósticos e para Sugerir Diagnósticos Diferenciais**

· Quando um transtorno mais invasivo (por ex., Esquizofrenia) tem entre seus sintomas definidores (ou sintomas associados) aqueles que são os sintomas definidores de um transtorno menos invasivo (por ex., Transtorno Distímico), um dos três critérios de exclusão seguintes aparece no conjunto de critérios para o transtorno menos invasivo, indicando que apenas o transtorno mais invasivo é diagnosticado: "Critérios jamais foram preenchidos para...", "Critérios não são preenchidos para...", "não ocorre exclusivamente durante o curso de..."

**APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Critérios Usados com Frequência \ Critérios Usados para Excluir Outros Diagnósticos e para Sugerir Diagnósticos Diferenciais**

· Quando existem limites particularmente difíceis entre os diagnósticos diferenciais, a expressão "não melhor explicado por..." é incluída para indicar que o julgamento clínico é necessário para determinar qual diagnóstico é o mais apropriado. Por exemplo, Transtorno de Pânico com Agorafobia inclui o critério "não melhor explicado por Fobia Social", e Fobia Social inclui o critério de "não melhor explicado por Transtorno de Pânico com Agorafobia" em reconhecimento do fato de que este é um limite particularmente difícil de traçar. Em alguns casos, ambos os diagnósticos podem ser apropriados.

**APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Critérios Usados com Frequência**

**Critérios para Transtornos Induzidos por Substâncias**

**APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Critérios Usados com Frequência \ Critérios para Transtornos Induzidos por Substâncias**

É freqüentemente difícil determinar se a sintomatologia apresentada é induzida por substância, ou seja, é a consequência fisiológica direta de Intoxicação ou Abstinência de Substância, uso de medicamentos ou exposição a toxinas. Em um esforço para oferecer algum auxílio nessa determinação, os dois critérios relacionados adiante foram acrescentados a cada um dos Transtornos Induzidos por Substâncias. Esses critérios visam a oferecer diretrizes gerais, mas, ao mesmo tempo, permitir que o julgamento clínico determine se os sintomas apresentados são ou não melhor explicados pelos efeitos fisiológicos diretos da substância. Para uma discussão adicional dessa questão, ver [p. 187](#).

B. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais,

de ou (1) ou (2):

(1) os sintomas desenvolveram-se durante, ou dentro de um mês da Intoxicação ou Abstinência da Substância

(2) uso de medicamento está etiológicamente relacionado à perturbação

C. A perturbação não é melhor explicada por um transtorno não induzido por substância. Evidências de que os sintomas são melhor explicados por um transtorno não induzido por substância podem incluir as seguintes: os sintomas precedem o início do uso da substância (ou uso do medicamento); os sintomas persistem por um período substancial de tempo (por ex., cerca de um mês) após a cessação de uma abstinência aguda ou intoxicação severa, ou excedem substancialmente o que seria esperado, dado o tipo, duração ou quantidade de substância usada; ou existem outras evidências que sugerem a existência de um transtorno independente não induzido por substância (por ex., uma história de episódios recorrentes não relacionados à substância).

#### APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Critérios Usados com Frequência

##### **Critérios para um Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral**

#### APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Critérios Usados com Frequência \ Critérios para um Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral

O critério relacionado a seguir é necessário para estabelecer a exigência etiológica para cada um dos Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral (por ex., Transtorno do Humor Devido a Hipotireoidismo). Para uma discussão adicional desta questão, ver [p. 161](#).

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.

#### APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Critérios Usados com Frequência

##### **Critérios de Importância Clínica**

#### APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Critérios Usados com Frequência \ Critérios de Importância Clínica

A definição de **transtorno mental** na introdução do DSM-IV requer que exista um prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo. A fim de salientarem a importância da consideração dessa questão, os conjuntos de critérios para a maior parte dos transtornos incluem um critério de importância clínica (geralmente redigido como "... causa sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo na área



social, ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento"). Tal critério ajuda a estabelecer o limiar para o diagnóstico de um transtorno naquelas situações em que a apresentação sintomática, por si só (particularmente em suas formas mais leves), não é inerentemente patológica e pode ser encontrada em indivíduos para os quais não se prestaria um diagnóstico de "transtorno mental". A avaliação do preenchimento deste critério, especialmente em termos de função do papel, é um julgamento clínico inerentemente difícil. Confiança nas informações dos membros da família e de terceiros (além de nas fornecidas pelo indivíduo) com relação ao desempenho do indivíduo é freqüentemente necessária.

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual

### Tipos de Informações Existentes no Texto do DSM-IV

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Tipos de Informações Existentes no Texto do DSM-IV

O texto do DSM-IV descreve sistematicamente cada transtorno sob os seguintes títulos: "Características Diagnósticas", "Subtipos e/ou Especificadores", "Procedimentos de Registro", "Características e Transtornos Associados", "Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero"; "Prevalência", "Curso", "Padrão Familiar" e "Diagnóstico Diferencial". Quando não há informações disponíveis para uma seção, esta não é incluída. Em alguns casos, quando muitos dos transtornos específicos em um grupo de transtornos compartilham características comuns, essa informação é incluída na introdução geral ao grupo.

**CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS.** Esta seção apresenta os critérios diagnósticos e freqüentemente fornece exemplos ilustrativos.

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Tipos de Informações Existentes no Texto do DSM-IV

**SUBTIPOS E/OU ESPECIFICADORES.** Esta seção oferece definições e breves discussões concernentes a subtipos e/ou especificadores aplicáveis.

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Tipos de Informações Existentes no Texto do DSM-IV

**PROCEDIMENTOS DE REGISTRO.** Esta seção oferece diretrizes para o relato do nome do transtorno e para a seleção e registro do código diagnóstico apropriado da CID-9-MC. Também estão incluídas instruções para a aplicação de quaisquer subtipos e/ou especificadores.

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Tipos de Informações Existentes no Texto do

## DSM-IV

**CARACTERÍSTICAS E TRANSTORNOS ASSOCIADOS.** Esta seção geralmente é subdividida em três partes:

**· Características descritivas e transtornos mentais associados .** Esta seção inclui características clínicas freqüentemente associadas com o transtorno, mas que não são consideradas essenciais para fazer o diagnóstico. Em alguns casos, essas características foram consideradas para inclusão como possíveis critérios diagnósticos, mas eram insuficientemente sensíveis ou específicas para serem incluídas no conjunto final de critérios. Também são observados nesta seção outros transtornos mentais associados com o transtorno em discussão. É especificado (quando conhecido) se esses transtornos precedem, ocorrem concomitantemente ou são conseqüências do transtorno em questão (por ex., Demência Persistente Induzida por Álcool é uma conseqüência da Dependência Crônica do Álcool). Se disponíveis, informações sobre fatores predisponentes e complicações também são incluídas nesta seção.

**· Achados laboratoriais associados.** Esta seção oferece informações sobre três tipos de achados laboratoriais que podem estar associados com o transtorno:

- 1) aqueles associados considerados como "diagnósticos" do transtorno — por exemplo, achados polissonográficos em certos transtornos do sono;
- 2) aqueles associados que não são considerados diagnósticos do transtorno, mas que foram considerados anormais em grupos de indivíduos com o transtorno, em relação a sujeitos-controle — por exemplo, tamanho do ventrículo na tomografia computadorizada como um dado de validação do constructo de Esquizofrenia; e
- 3) aqueles associados com as complicações de um transtorno — por exemplo, desequilíbrios eletrolíticos em indivíduos com Anorexia Nervosa.

**· Achados do exame físico e condições médicas gerais associadas.** Esta seção inclui informações sobre os sintomas, obtidas da história, ou achados observados durante o exame físico, que podem ser de importância diagnóstica, mas que não são essenciais para o diagnóstico — por exemplo, desgaste dental na Bulimia Nervosa. Também estão incluídos aqueles transtornos codificados fora do capítulo de "Transtornos Mentais e de Comportamento" da CID, associados com o transtorno em discussão. Assim como ocorre no caso de transtornos mentais associados, o tipo de associação (isto é, precede, ocorre concomitantemente, é uma conseqüência de) é especificado, se conhecido, por exemplo, que cirrose é uma conseqüência da Dependência do Álcool.

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Tipos de Informações Existentes no Texto do DSM-IV

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Tipos de Informações Existentes no Texto do DSM-IV

**CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS À CULTURA, À IDADE E AO GÊNERO.** Esta seção oferece diretrizes para o clínico, envolvendo variações na apresentação do

transtorno que podem ser atribuíveis ao contexto cultural do indivíduo, seu estágio de desenvolvimento (por ex., infância, adolescência, idade adulta, idade avançada) ou gênero. Esta seção também inclui informações sobre taxas diferenciais de prevalência relacionadas à cultura, à idade e ao gênero (por ex., distribuição entre os sexos).

#### APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Tipos de Informações Existentes no Texto do DSM-IV

**PREVALÊNCIA.** Esta seção fornece dados disponíveis sobre a prevalência atual e de vida, incidência e risco ao longo da vida. Esses dados são fornecidos para diferentes contextos (por ex., clínicas de saúde mental comunitárias, de cuidados primários, ambulatoriais e contexto de internação psiquiátrica) quando tal informação é conhecida.

#### APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Tipos de Informações Existentes no Texto do DSM-IV

**CURSO.** Esta seção descreve os padrões típicos de apresentação e evolução do transtorno ao longo da vida. Ela contém informações sobre a **idade de início** e o **modo de aparecimento** (por ex., abrupto ou insidioso) típicos do transtorno, **curso episódico** versus **contínuo**, **episódio único** versus **recorrente**; **duração**, caracterizando a extensão típica da doença e de seus episódios; e **progressão**, descrevendo a tendência geral do transtorno ao longo do tempo (por ex., estável, piorando, melhorando).

#### APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Tipos de Informações Existentes no Texto do DSM-IV

**PADRÃO FAMILIAL.** Esta seção descreve dados sobre a frequência do transtorno entre parentes biológicos em primeiro grau daqueles com o transtorno, comparada com a frequência na população geral. Ela também indica outros transtornos que tendem a ocorrer mais frequentemente nos membros familiares daqueles com o transtorno.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.** Esta seção discute como diferenciar este transtorno de outros com características similares de apresentação.

#### APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual

### Plano Organizacional do DSM-IV

#### APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Plano Organizacional do DSM-IV

Os transtornos do DSM-IV são agrupados em **16 classes diagnósticas principais** (por ex., Transtornos Relacionados a Substâncias, Transtornos do Humor,

Transtornos Ansiosos) e uma seção adicional, "Outras Condições que Podem ser Foco de Atenção Clínica".

A primeira seção é dedicada a "Transtornos Geralmente Diagnosticados Pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência". Esta divisão da Classificação de acordo com a idade de apresentação é apenas por conveniência, e não absoluta. Embora os transtornos nessa seção geralmente sejam evidenciados pela primeira vez na infância e adolescência, alguns indivíduos diagnosticados com transtornos nela apresentados (por ex., Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade) podem não se apresentar para atenção clínica até a idade adulta. Além disso, não é incomum que a idade de início de muitos transtornos colocados em outras seções se dê na infância ou adolescência (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Esquizofrenia, Transtorno de Ansiedade Generalizada). Clínicos que trabalham primariamente com crianças e adolescentes devem, portanto, estar familiarizados com todo o manual, e aqueles que trabalham primariamente com adultos também devem familiarizar-se com a referida seção.

#### APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Plano Organizacional do DSM-IV

As três seções seguintes — "Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos"; "Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral"; e "Transtornos Relacionados a Substâncias" — foram agrupadas no DSM-III-R sob o único título de "Síndromes e Transtornos Mentais Orgânicos". A expressão "transtorno mental orgânico" não mais é usada no DSM-IV, pois implica, incorretamente, que os outros transtornos mentais no manual não têm uma base biológica. Como no DSM-III-R, essas seções são colocadas antes dos demais transtornos no manual, em vista de sua prioridade no diagnóstico diferencial (por ex., causas de humor deprimido relacionadas a substâncias devem ser descartadas antes de se fazer um diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior). A fim de facilitar o diagnóstico diferencial, listas completas de Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral e Transtornos Relacionados a Substâncias aparecem nessas seções, enquanto o texto e os critérios para esses transtornos são colocados nas seções diagnósticas dos transtornos com os quais compartilham a fenomenologia. Por exemplo, o texto e os critérios para Transtorno do Humor Induzido por Substância e Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral são incluídos na seção sobre Transtornos do Humor.

O princípio organizador para todas as seções remanescentes (exceto para os Transtornos de Ajustamento) consiste em agrupar os transtornos com base em suas características fenomenológicas compartilhadas, de forma a facilitar o diagnóstico diferencial. A seção sobre "Transtornos de Ajustamento" está organizada diferentemente, no sentido de que esses transtornos são agrupados com base em sua etiologia comum (por ex., reação de má adaptação a um estressor). Portanto, os Transtornos de Ajustamento incluem uma variedade de apresentações clínicas heterogêneas (por ex., Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido, Transtorno de Ajustamento com Ansiedade, Transtorno de Ajustamento com Perturbação da Conduta).

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Plano Organizacional do DSM-IV

Finalmente, o DSM-IV inclui uma seção para "Outras Condições que Podem Ser Foco de Atenção Clínica".

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Plano Organizacional do DSM-IV

O DSM-IV inclui 10 apêndices.

**APÊNDICE A: ÁRVORES PARA DECISÃO DE DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS.** Este apêndice contém seis árvores de decisão (para Transtornos Mentais Devidos a uma Condição Médica Geral, Transtornos Induzidos por Substância, Transtornos Psicóticos, Transtornos do Humor, Transtornos Ansiosos e Transtornos Somatoformes). Sua finalidade é auxiliar o clínico no diagnóstico diferencial e no entendimento da estrutura hierárquica da Classificação do DSM-IV.

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Plano Organizacional do DSM-IV

**Apêndice B: CONJUNTOS DE CRITÉRIOS E EIXOS OFERECIDOS PARA ESTUDOS ADICIONAIS.** Este apêndice contém diversas das propostas sugeridas para possível inclusão no DSM-IV. Textos breves e conjuntos de critérios para pesquisa são oferecidos para transtorno pós-concussional, transtorno neurocognitivo leve, abstinência de cafeína, transtorno depressivo pós-psicótico da esquizofrenia, transtorno deteriorante simples, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo menor, transtorno depressivo breve recorrente, transtorno misto de ansiedade-depressão, transtorno factício por procuração, transtorno de transe dissociativo, transtorno alimentar compulsivo periódico, transtorno da personalidade depressiva, transtorno da personalidade passivo-agressiva, parkinsonismo induzido por neurolépticos, síndrome neuroléptica maligna, distonia aguda induzida por neurolépticos, acatisia aguda induzida por neurolépticos, discinesia tardia induzida por neurolépticos e tremor postural induzido por medicamentos. Além disso, são incluídos descritores dimensionais alternativos para esquizofrenia e um Critério B alternativo para o transtorno distímico. Finalmente, são oferecidos três eixos propostos (Escala de Funcionamento Defensivo, Escala de Avaliação Global de Funcionamento nas Relações [EAGFR] e Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional [EAFSO]).

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Plano Organizacional do DSM-IV

**Apêndice C: GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS.** Este apêndice contém definições de termos selecionados para auxiliar os usuários do manual na aplicação dos conjuntos de critérios.

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Plano Organizacional do DSM-IV

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Apêndice D: LISTAGEM COMENTADA DE ALTERAÇÕES NO DSM-IV.** Este apêndice indica as principais mudanças do DSM-III-R incluídas nos termos e categorias do DSM-IV.

**APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Plano Organizacional do DSM-IV**

**APÊNDICE E: LISTAGEM ALFABÉTICA DE DIAGNÓSTICOS E CÓDIGOS DO DSM-IV.** Este apêndice relaciona os transtornos e as condições do DSM-IV (com seus códigos da CID-9-MC) em ordem alfabética. Ele foi incluído para facilitar a seleção de códigos diagnósticos.

**APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Plano Organizacional do DSM-IV**

**APÊNDICE F: LISTAGEM NUMÉRICA DE DIAGNÓSTICOS E CÓDIGOS DO DSM-IV.** Este apêndice lista os transtornos e as condições do DSM-IV (com seus códigos da CID-9-MC) em ordem numérica, por código. Ele foi incluído para facilitar o registro de termos diagnósticos.

**APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Plano Organizacional do DSM-IV**

**APÊNDICE G: CÓDIGOS DA CID-9-MC PARA CONDIÇÕES MÉDICAS GERAIS SELECIONADAS E TRANSTORNOS INDUZIDOS POR MEDICAMENTOS.** Este apêndice contém uma lista de códigos da CID-9-MC para condições médicas gerais selecionadas e é oferecido para facilitar a codificação no Eixo III. Este apêndice também fornece os códigos E da CID-9-MC para medicamentos selecionados, prescritos em níveis de doses terapêuticas, que causam Transtornos Induzidos por Substância. Os códigos E podem ser codificados opcionalmente no Eixo I logo após o transtorno relacionado (por ex., 292.39 Transtorno do Humor Induzido por Contraceptivos Orais, Com Características Depressivas; E932.2 contraceptivos orais).

**APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Plano Organizacional do DSM-IV**

**APÊNDICE H: CLASSIFICAÇÃO DO DSM-IV COM CÓDIGOS DA CID-10.** Quando da publicação deste manual nos Estados Unidos (início de 1994), o sistema oficial de codificação era a **Classificação Internacional de Doenças, Nona Revisão, Modificação Clínica (CID-9-MC)**. Em algum momento, nos próximos anos, o Departamento Americano de Saúde e Serviços Humanos exigirá, para finalidades de relato nos Estados Unidos, o uso de códigos da **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, Décima Revisão (CID-10)**. A fim de facilitar este processo de transição, este apêndice contém a Classificação do DSM-IV completa, com códigos diagnósticos da CID-10.

**APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Plano Organizacional do DSM-IV**

**APÊNDICE I: PLANO PARA A FORMULAÇÃO CULTURAL E GLOSSÁRIO DE SÍNDROMES LIGADAS À CULTURA.** Este apêndice está dividido em duas seções. A primeira fornece um esboço para formulação cultural, planejado para auxiliar o

clínico a avaliar e relatar sistematicamente o impacto do contexto cultural do indivíduo. A segunda consiste de um glossário de síndromes ligadas à cultura.

## APRESENTAÇÃO \ Uso do Manual \ Plano Organizacional do DSM-IV

**APÊNDICE J: COLABORADORES PARA O DSM-IV.** Este apêndice relaciona os nomes dos consultores e participantes dos testes de campo e outros indivíduos e organizações que contribuíram para o desenvolvimento do DSM-IV.

# CLASSIFICAÇÃO

## CLASSIFICAÇÃO

## CLASSIFICAÇÃO

# Classificação do DSM-IV

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV

### SOE = Sem Outra Especificação

Um **x** incluído em um código diagnóstico indica a necessidade de um código numérico específico.

Uma reticência (...) é usada nos nomes de certos transtornos para indicar que o nome de um transtorno mental específico ou condição médica geral deve ser inserido ao registrar-se o nome (por ex., 293.0 **Delirium** Devido a Hipotireoidismo).

Números entre parênteses são números de páginas do livro, versão papel.

### Nota para a versão Eletrônica:

- Palavras sublinhadas (nexo de origem) indicam a existência de um outro texto associado (ligação de hipertexto).
- Clique 2 vezes, seguidas, sobre a palavra sublinhada para ver o texto associado (nexo de destino).
- Clique sobre o botão "Backtrack" para retornar à palavra sublinhada (nexo de origem)

Se os critérios são satisfeitos atualmente, um dos seguintes especificadores de gravidade pode ser anotado após o diagnóstico:

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Leve  
Moderado  
Severo

Se os critérios não são mais satisfeitos, um dos seguintes especificadores pode ser anotado:

Em Remissão Parcial  
Em Remissão Completa  
História Prévia

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV

### Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência (37)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência (37)

### RETARDO MENTAL (39)

---

**Obs.: Esses são codificados no Eixo II.**

- 317 Retardo Mental Leve (40)
- 318.0 Retardo Mental Moderado (41)
- 318.1 Retardo Mental Severo (41)
- 318.2 Retardo Mental Profundo (41)
- 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada (41)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência (37)

### TRANSTORNOS DA APRENDIZAGEM (46)

---

- 315.00 Transtorno da Leitura (48)
- 315.1 Transtorno da Matemática (50)
- 315.2 Transtorno da Expressão Escrita (51)
- 315.9 Transtorno da Aprendizagem SOE (53)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência (37)



## TRANSTORNO DAS HABILIDADES MOTORAS

---

315.4 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (53)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência (37)**

## TRANSTORNOS DA COMUNICAÇÃO (55)

---

315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva (55)

315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva (58)

315.39 Transtorno Fonológico (61)

307.0 Tartamudez (Gagueira) (63)

307.9 Transtorno da Comunicação SOE (65)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência (37)**

## TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO (65)

---

299.00 Transtorno Autista (66)

299.80 Transtorno de Rett (71)

299.10 Transtorno Desintegrativo da Infância (72)

299.80 Transtorno de Asperger (74)

299.80 Transtorno Invasivo do Desenvolvimento SOE (77)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência (37)**

## TRANSTORNOS DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E DO COMPORTAMENTO DIRUPTIVO (77)

---

314.xx Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (77)

.01 Tipo Combinado

314.00 Tipo Predominantemente

Desatento

.01 Tipo Predominantemente

Hiperativo-Impulsivo

314.9 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade SOE (84)

312.8 Transtorno da Conduta (84)

**Especificar tipo: Tipo com Início na Infância/Tipo com Início na Adolescência**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



313.81 Transtorno Desafiador Opositivo (90)

312.9 Transtorno do Comportamento Diruptivo SOE (93)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência (37)**

**TRANSTORNOS DE ALIMENTAÇÃO DA PRIMEIRA INFÂNCIA (93)**

---

307.52 Pica (93)

307.53 Transtorno de Ruminação (95)

307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância (96)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência (37)**

**TRANSTORNOS DE TIQUE (98)**

307.23 Transtorno de Tourette (99)

307.22 Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico (102)

307.21 Transtorno de Tique Transitório (103)

**Especificar se: Episódio Único/Recorrente**

307.20 Transtorno de Tique SOE (104)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência (37)**

**TRANSTORNOS DA EXCREÇÃO (104)**

---

—.— Encoprese (104)

787.6 Com Obstipação e  
Incontinência por Hiperfluxo

307.7 Sem Obstipação e  
Incontinência por Hiperfluxo

307.6 Enurese (Não Devido a uma  
Condição Médica Geral) (106)

**Especificar tipo: Apenas Noturna/ Apenas Diurna/ Noturna e Diurna**

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência (37)**

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Geralmente**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência (37)

**OUTROS TRANSTORNOS DA INFÂNCIA OU ADOLESCÊNCIA**

---

309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação (108)

**Especificar se: Início Precoce**

313.23 Mutismo Seletivo (112)

313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância (113)

**Especificar tipo: Tipo Inibido/ Tipo Desinibido**

307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (116)

**Especificar se: Com Comportamento Autodestrutivo**

313.9 Transtorno da Infância ou Adolescência SOE (119)

CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV

**Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos (121)**

CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos (121)

**DELIRIUM (122)**

---

293.0 Delirium Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (125)

—.— Delirium por Intoxicação com Substância (127) (consultar Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos específicos à substância)

—.— Delirium por Abstinência de Substância (127) (consultar Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos específicos à substância)

—.— Delirium Devido a Múltiplas Etiologias (codificar cada uma das etiologias específicas) (129)

780.09 Delirium SOE (130)

CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos (121)

**DEMÊNCIA (130)**

---

290.xx Demência do Tipo Alzheimer, com Início Precoce (codificar também 331.0 Doença de Alzheimer no Eixo III) (136)

- .10 Sem complicações
- 290.11 Com Delirium
- 290.12 Com Delírios
- 290.13 Com Humor Deprimido
- Especificar se: Com Perturbação do Comportamento**
- 290.xx Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio (codificar também 331.0 Doença de Alzheimer no Eixo III) (136)
- 290.0 Sem Complicações
- 290.3 Com Delirium
- 290.20 Com Delírios
- 290.21 Com Humor Deprimido
- Especificar se: Com Perturbação do Comportamento**
- 290.xx Demência Vascular (140)
- 290.40 Sem Complicações
- 290.41 Com Delirium
- 290.42 Com Delírios
- 290.43 Com Humor Deprimido
- Especificar se: Com Perturbação do Comportamento**
- 294.9 Demência Devido a Doença do HIV (codificar também 043.1 Infecção pelo HIV afetando sistema nervoso central no Eixo III) (144)
- 294.1 Demência Devido a Traumatismo Craniano (codificar também 854.00 dano craniano no Eixo III) (144)
- 294.1 Demência Devido à Doença de Parkinson (codificar também 332.0 doença de Parkinson no Eixo III) (144)
- 294.1 Demência Devido à Doença de Huntington (codificar também 333.4 doença de Huntington no Eixo III) (149)
- 290.10 Demência Devido a Doença de Pick (codificar também 331.1 doença de Pick, no Eixo III) (146)
- 290.10 Demência Devido à Doença de Creutzfeldt-Jakob (codificar também 046.1) doença de Creutzfeldt-Jakob no Eixo III) (146)
- 294.1 Demência Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral não listada acima] (codificar também a condição médica geral no Eixo III) (147)
- .— Demência Persistente Induzida por Substância (consultar Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos específicos à substância) (148)
- .— Demência Devido a Múltiplas Etiologias (codificar cada uma das etiologias específicas) (150)
- 294.8 Demência SOE (151)

CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Delirium, Demência, Transtorno

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

## Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos (121)

### TRANSTORNOS AMNÉSICOS (151)

---

294.0 Transtorno Amnésico Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (154)

Especificar se: Transitório/Crônico

—.— Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância (consultar Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos específicos à substância) (156-157)

294.8 Transtorno Amnésico SOE (158-159)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos (121)

### OUTROS TRANSTORNOS COGNITIVOS (159)

---

294.9 Transtorno Cognitivo SOE (159)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV

### Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral (161)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral (161)

293.89 Transtorno Catatônico Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (165)

310.1 Alteração da Personalidade Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (166)

Especificar tipo: Tipo Instável/ Tipo Desinibido/Tipo Agressivo/ Tipo Apático/Tipo Paranóide/ Outro Tipo/ Tipo Combinado/Tipo Não Especificado

293.9 Transtorno Mental SOE Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (169)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral (161)

### Transtornos Relacionados a Substâncias (171)

Os especificadores seguintes podem ser aplicados à Dependência de Substâncias:

Com Dependência Fisiológica/Sem Dependência Fisiológica

Remissão Completa Inicial/Remissão Parcial Inicial

Remissão Completa Mantida /Remissão Parcial Mantida

Em Terapia com Agonista/Em Ambiente Controlado

Os especificadores seguintes aplicam-se aos Transtornos Induzidos por Substâncias, como abaixo:

ICom Início Durante Intoxicação/ACom Início Durante Abstinência

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral (161)

### TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ÁLCOOL (189)

Transtornos por Uso de Álcool

303.90 Dependência de Álcool<sup>A</sup> (190)

305.00 Abuso de Álcool (191)

Transtornos Induzidos por Álcool

303.00 Intoxicação com Álcool (191)

291.8 Abstinência de Álcool (192)

**Especificar se: Com Perturbações Perceptuais**

291.0 Delírium por Intoxicação com Álcool (127)

291.0 Delírium por Abstinência de Álcool (127)

291.2 Demência Persistente Induzida por Álcool (148)

291.1 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool (157)

291.x Transtorno Psicótico Induzido por Álcool (297)

.5 Com Delírios<sup>I,A</sup>

.3 Com Alucinações<sup>I,A</sup>

291.8 Transtorno do Humor Induzido por Álcool<sup>I,A</sup> (352-353)

291.8 Transtorno de Ansiedade Induzido por Álcool<sup>I,A</sup> (418)

291.8 Disfunção Sexual Induzida por Álcool<sup>I</sup> (491)

291.8 Transtorno do Sono Induzido por Álcool<sup>I,A</sup> (570-571)

291.9 Transtorno Relacionado ao Álcool SOE (198)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral (161)

### TRANSTORNOS RELACIONADOS À ANFETAMINA (OU SUBSTÂNCIAS TIPO ANFETAMINA) (198)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Transtornos por Uso de Anfetamina**

304.40 Dependência de Anfetamina<sup>A</sup> (200)

305.70 Abuso de Anfetamina (200)

**Transtornos Induzidos por Anfetamina**

292.89 Intoxicação com Anfetamina (201)

**Especificar se: Com Perturbações Perceptuais**

292.0 Abstinência de Anfetamina (202)

292.81 **Delirium** por Intoxicação com Anfetamina (127)

292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Anfetamina (297)

292.11 Com Delírios<sup>I</sup>

292.12 Com Alucinações<sup>I</sup>

292.84 Transtorno do Humor Induzido por Anfetamina<sup>I,A</sup> (352-353)

292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Anfetamina<sup>I</sup> (418)

292.89 Disfunção Sexual Induzida por Anfetamina<sup>I</sup> (491)

292.89 Transtorno do Sono Induzido por Anfetamina<sup>I,A</sup> (570-571)

292.9 Transtorno Relacionado à Anfetamina SOE (205)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral (161)**

**TRANSTORNOS RELACIONADOS À CAFEÍNA (205)**

**Transtornos Induzidos por Cafeína**

305.90 Intoxicação com Cafeína (205)

292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína<sup>I</sup> (418)

292.89 Transtorno do Sono Induzido por Cafeína<sup>I</sup> (570-571)

292.9 Transtorno Relacionado à Cafeína SOE (208-209)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral (161)**

**TRANSTORNOS RELACIONADOS À CANNABIS (209)**

**Transtornos por Uso de Cannabis**

304.30 Dependência de Cannabis<sup>A</sup> (209-210)

305.20 Abuso de Cannabis (210-211)

**Transtornos Induzidos por Cannabis**

292.89 Intoxicação com Cannabis (210-211)

**Especificar se: Com Perturbações Perceptuais**

- 292.81 Delírium por Intoxicação com Cannabis (127)
- 292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Cannabis (297)
- 292.11 Com Delírios<sup>l</sup>
- 292.12 Com Alucinações<sup>l</sup>
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cannabis<sup>l</sup> (418)
- 292.9 Transtorno Relacionado à Cannabis SOE (214)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral (161)**

**TRANSTORNOS RELACIONADOS À COCAÍNA (214)**

---

**Transtornos por Uso de Cocaína**

- 304.20 Dependência de Cocaína<sup>A</sup> (215)
- 305.60 Abuso de Cocaína (215)

**Transtornos Induzidos por Cocaína**

- 292.89 Intoxicação com Cocaína (216)

**Especificar se: Com Perturbações Perceptuais**

- 292.0 Abstinência de Cocaína (218)
- 292.81 Delírium por Intoxicação com Cocaína (126-127)
- 292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Cocaína (297)
- 292.11 Com Delírios<sup>l</sup>
- 292.12 Com Alucinações<sup>l</sup>
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Cocaína<sup>l,A</sup> (352-353)
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cocaína<sup>l,A</sup> (418)
- 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Cocaína<sup>l</sup> (491)
- 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Cocaína<sup>l,A</sup> (570-571)
- 292.9 Transtorno Relacionado à Cocaína SOE (222)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral (161)**

**TRANSTORNOS RELACIONADOS A ALUCINÓGENOS (222)**

---

**Transtornos por Uso de Alucinógenos**

- 304.50 Dependência de Alucinógenos<sup>A</sup> (223)
- 305.30 Abuso de Alucinógenos (224)



**Transtornos Induzidos por Alucinógenos**

- 292.89 Intoxicação com Alucinógenos (224)
- 292.89 Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos (Flashbacks) (225)
- 292.81 Delirium por Intoxicação com Alucinógenos (127)
- 292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Alucinógenos (297)
- 292.11 Com Delírios<sup>l</sup>
- 292.12 Com Alucinações<sup>l</sup>
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Alucinógenos<sup>l</sup> (353)
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Alucinógenos<sup>l</sup> (418)
- 292.9 Transtorno Relacionado a Alucinógenos SOE (228)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral (161)**

**TRANSTORNOS RELACIONADOS A INALANTES (228)**

---

**Transtornos por Uso de Inalantes**

- 304.60 Dependência de Inalantes<sup>A</sup> (230)
- 305.90 Abuso de Inalantes (230)

**Transtornos Induzidos por Inalantes**

- 292.89 Intoxicação com Inalantes (230-231)
- 292.81 Delirium por Intoxicação com Inalantes (127)
- 292.82 Demência Persistente Induzida por Inalantes (148)
- 292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Inalantes (297)
  - .11 Com Delírios<sup>l</sup>
  - .12 Com Alucinações<sup>l</sup>
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Inalantes<sup>l</sup> (352-353)
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Inalantes<sup>l</sup> (418)
- 292.9 Transtorno Relacionado a Inalantes SOE (233-234)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral (161)**

**TRANSTORNOS RELACIONADOS À NICOTINA (234)**

---

**Transtorno por Uso de Nicotina**

- 305.10 Dependência de Nicotina<sup>A</sup> (234-235)

Transtorno Induzido por Nicotina

292.0 Abstinência de Nicotina (235-236)

292.9 Transtorno Relacionado à Nicotina SOE (238)

TRANSTORNOS RELACIONADOS A OPIÓIDES (238)

Transtornos por Uso de Opióides

304.00 Dependência de Opióides<sup>A</sup> (239)

305.50 Abuso de Opióides (240)

Transtornos Induzidos por Opióides

292.89 Intoxicação com Opióides (240)

**Especificar se: Com Perturbações Perceptuais**

292.0 Abstinência de Opióides (241)

292.81 **Delirium** por Intoxicação com Opióides (127)

292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Opióides (297)

.11 Com Delírios<sup>I</sup>

.12 Com Alucinações<sup>I</sup>

292.84 Transtorno do Humor Induzido por Opióides<sup>I</sup> (352-353)

292.89 Disfunção Sexual Induzida por Opióides<sup>I</sup> (491)

292.89 Transtorno do Sono Induzido por Opióides<sup>I,A</sup> (570-571)

292.9 Transtorno Relacionado a Opióides SOE (246)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral (161)**

**TRANSTORNOS RELACIONADOS À FENCICLIDINA (OU SUBSTÂNCIAS TIPO FENCICLIDINA) (246)**

Transtornos por Uso de Fenciclidina

304.90 Dependência de Fenciclidina<sup>A</sup> (247)

305.90 Abuso de Fenciclidina (248)

Transtornos Induzidos por Fenciclidina

292.89 Intoxicação com Fenciclidina (248)

**Especificar se: Com Perturbações Perceptuais**

292.81 **Delirium** por Intoxicação com Fenciclidina (127)

292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Fenciclidina (297)

.11 Com Delírios<sup>I</sup>

.12 Com Alucinações<sup>I</sup>

292.84 Transtorno do Humor Induzido por Fenciclidina<sup>I</sup> (352-353)

292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Fenciclidina<sup>I</sup> (418)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



292.9 Transtorno Relacionado à Fenciclidina SOE (252)

CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Mentais Devido a uma  
Condição Médica Geral (161)

**TRANSTORNOS RELACIONADOS A SEDATIVOS, HIPNÓTICOS OU ANSIOLÍTICOS  
(252)**

Transtornos por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

304.10 Dependência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos<sup>A</sup> (252-253)

305.40 Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (253-254)

Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

292.89 Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos  
(253-254)

292.0 Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (254-255)

**Especificar se: Com Perturbações Perceptuais**

292.81 **Delirium** por Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou  
Ansiolíticos (127)

292.81 **Delirium** por Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou  
Ansiolíticos (127)

292.82 Demência Persistente Induzida por Sedativos, Hipnóticos ou  
Ansiolíticos (148)

292.83 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Sedativos,  
Hipnóticos ou Ansiolíticos (156-157)

292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou  
Ansiolíticos (297)

.11 Com Delírios<sup>I,A</sup>

.12 Com Alucinações<sup>I,A</sup>

292.84 Transtorno do Humor Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou  
Ansiolíticos<sup>I,A</sup> (352-353)

292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Sedativos, Hipnóticos  
ou Ansiolíticos<sup>A</sup> (418)

292.89 Disfunção Sexual Induzida por Sedativos, Hipnóticos ou  
Ansiolíticos<sup>I</sup> (491)

292.89 Transtorno do Sono Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou  
Ansiolíticos<sup>I,A</sup> (570-571)

292.9 Transtorno Relacionado a Sedativos, Hipnóticos ou  
Ansiolíticos SOE (259-260)

CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Mentais Devido a uma

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Condição Médica Geral (161)

**TRANSTORNO RELACIONADO A MÚLTIPLAS SUBSTÂNCIAS**

304.80 Dependência de Múltiplas Substâncias<sup>A</sup> (260)

CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral (161)

**TRANSTORNOS RELACIONADOS A OUTRAS SUBSTÂNCIAS (OU A SUBSTÂNCIAS DESCONHECIDAS) (260)**

Transtornos por Uso de Outras Substâncias (ou de Substâncias Desconhecidas)

304.90 Dependência de Outra Substância (ou de Substância Desconhecida)<sup>A</sup> (172)

305.90 Abuso de Outra Substância (ou de Substância Desconhecida) (177-178)

Transtornos Induzidos por Outras Substâncias (ou por Substâncias Desconhecidas)

292.89 Intoxicação com Outra Substância (ou com Substância Desconhecida) (179)

**Especificar se: Com Perturbações Perceptuais**

292.0 Abstinência de Outra Substância (ou de Substância Desconhecida) (180)

**Especificar se: Com Perturbações Perceptuais**

292.81 Delírium Induzido por Outra Substância (ou por Substância Desconhecida) (127)

292.82 Demência Persistente Induzida por Outra Substância (ou por Substância Desconhecida) (148)

292.83 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Outra Substância (ou por Substância Desconhecida) (156-157)

292.xx Transtorno Psicótico Induzido por Outra Substância (ou por Substância Desconhecida) (297)

.11 Com Delírios<sup>I,A</sup>

.12 Com Alucinações<sup>I,A</sup>

292.84 Transtorno do Humor Induzido por Outra Substância (ou por Substância Desconhecida)<sup>I,A</sup> (352-353)

292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Outra Substância (ou por Substância Desconhecida)<sup>I,A</sup> (418)

292.89 Disfunção Sexual Induzida por Outra Substância (ou por Substância Desconhecida)<sup>I</sup> (491)

292.89 Transtorno do Sono Induzido por Outra Substância (ou por Substância Desconhecida)<sup>I,A</sup> (570-571)

292.9 Transtorno Relacionado a Outra Substância (ou à Substância

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Desconhecida) SOE (262)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV

### Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos (263)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos (263)

295.xx Esquizofrenia (264)

A seguinte Classificação do Curso Longitudinal aplica-se a todos os subtipos de Esquizofrenia:

Episódico Com Sintomas Residuais Entre Episódios (Especificar se: Com Sintomas Negativos Proeminentes) / Episódico Sem Sintomas Residuais Entre Episódios / Contínuo (Especificar se: com Sintomas Negativos Proeminentes)

Episódio Único em Remissão Parcial (Especificar se: Com Sintomas Negativos Proeminentes) / Episódio Único em Remissão Completa

Outro Padrão ou Padrão Inespecífico

- .30 Tipo Paranóide (275-276)
- .10 Tipo Desorganizado (275-276)
- .20 Tipo Catatônico (277)
- .90 Tipo Indiferenciado (277-278)
- .60 Tipo Residual (277-278)

295.40 Transtorno Esquizofreniforme (279)

Especificar se: Sem Bons Aspectos Prognósticos/ Com Bons Aspectos Prognósticos

295.70 Transtorno Esquizoafetivo (281)

Especificar tipo: Tipo Bipolar/ Tipo Depressivo

297.1 Transtorno Delirante (284)

Especificar tipo: Tipo Erotomaniaco/Tipo Grandioso/Tipo Ciumento/ Tipo Persecutório/Tipo Somático/Tipo Misto/Tipo Inespecificado

298.8 Transtorno Psicótico Breve (290)

Especificar se: Com Estressor(es) Acentuado(s)/ Sem Estressor(es) Acentuado(s)/Com Início no Pós-Parto

297.3 Transtorno Psicótico Compartilhado (Folie à Deux) (293)

293.xx Transtorno Psicótico Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (294)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



.81 Com Delírios

.82 Com Alucinações

—.— Transtorno Psicótico Induzido por Substância (consultar  
Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos  
específicos às substâncias) (297)

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação/Com Início Durante Abstinência

298.9 Transtorno Psicótico SOE (302)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV

### Transtornos do Humor (303)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos do Humor (303)

Codificar o estado atual do Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno Bipolar I no quinto dígito:

1 = Leve

2 = Moderado

3 = Severo Sem Aspectos Psicóticos

4 = Severo Com Aspectos Psicóticos

Especificar: Aspectos Psicóticos Congruentes com o Humor/ Aspectos Psicóticos Incongruentes com o Humor

5 = Em Remissão Parcial

6 = Em Remissão Completa

0 = Inespecificado

Os especificadores seguintes aplicam-se (para o episódio atual ou mais recente) a Transtornos do Humor, como abaixo:

<sup>a</sup>Especificadores de Gravidade / Psicótico/de Remissão / <sup>b</sup>Crônico / <sup>c</sup>Com Características Catatônicas / <sup>d</sup>Com Características Melancólicas/ <sup>e</sup>Com Características Atípicas / <sup>f</sup>Com Início no Pós-Parto

Os seguintes especificadores aplicam-se aos Transtornos do Humor, como abaixo:

<sup>g</sup>Com ou Sem Recuperação Completa Entre Episódios / <sup>h</sup>Com Padrão Sazonal /

<sup>i</sup>Com Ciclagem Rápida

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos do Humor (303)

### TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

296.xx Transtorno Depressivo Maior (323)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



.2x Episódio Único a,b,c,d,e,f

.3x Recorrente a,b,c,d,e,f,g,h

300.4 Transtorno Distímico (329)

Especificar se: Início Precoce/Início Tardio

Especificar se: Com Características Atípicas

311 Transtorno Depressivo SOE (333)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos do Humor (303)

### TRANSTORNOS BIPOLARES

296.xx Transtorno Bipolar I (334)

.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 Inespecificado g,h,i

296.89 Transtorno Bipolar II a,b,c,d,e,f,g,h,i (342)

Especificar (para o episódio atual ou mais recente): Hipomaníaco/Depressivo

301.13 Transtorno Ciclotímico (346)

296.80 Transtorno Bipolar SOE (349)

293.83 Transtorno do Humor Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (349)

Especificar tipo: Com Características Depressivas/ Com Episódio Tipo Depressivo Maior/Com Características Maníacas/Com Características Mistas

—.— Transtorno do Humor Induzido por Substância (Consultar Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos específicos às substâncias) (352-353)

Especificar tipo: Com Características Depressivas/Com Características Maníacas/Com Características Mistas

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação/Com Início Durante Abstinência

296.90 Transtorno do Humor SOE (358)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV

### Transtornos de Ansiedade (375)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos de Ansiedade (375)**

300.01 Transtorno de Pânico Sem Agorafobia (379)

300.21 Transtorno de Pânico Com Agorafobia (379)

300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico  
(385)

300.29 Fobia Específica (386)

**Especificar tipo: Tipo Animal / Tipo Ambiente Natural / Tipo Sangue-Injeção-Ferimentos / Tipo Situacional/Outro Tipo**

300.23 Fobia Social (392)

**Especificar se: Generalizada**

300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo (398)

**Especificar se: Com Insight Pobre**

309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático (404)

**Especificar se: Agudo / Crônico**

**Especificar se: Com Início Tardio**

308.3 Transtorno de Estresse Agudo (409)

300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (412)

293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a... [Indicar a Condição  
Médica Geral] (416)

**Especificar se: Com Ansiedade Generalizada / Com Ataques de Pânico / Com Sintomas Obsessivo-Compulsivos**

—.— Transtorno de Ansiedade Induzido Por Substância (Consultar  
Transtornos Relacionados a Substâncias para os códigos  
específicos às substâncias) (418)

**Especificar se: Com Ansiedade Generalizada / Com Ataques de Pânico / Com Sintomas Obsessivo-Compulsivos / Com Sintomas Fóbicos**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência**

300.00 Transtorno de Ansiedade SOE (423)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV**

**Transtornos Somatoformes (425)**

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Somatoformes (425)**

300.81 Transtorno de Somatização (426)

300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado (430)

300.11 Transtorno Conversivo (432)

**Especificar tipo: Com Sintoma ou Déficit Motor/Com Sintoma ou Déficit Sensorial/Com Ataques ou Convulsões/Com Apresentação Mista**



**307.xx Transtorno Doloroso (437)**

**.80 Associado com Fatores**

**Psicológicos**

**.89 Associado Tanto com Fatores**

**Psicológicos Quanto com uma**

**Condição Médica Geral**

**Especificar se: Agudo/Crônico**

**300.7 Hipocondria (442)**

**Especificar se: Com Pobre Insight**

**300.7 Transtorno Dismórfico Corporal (445)**

**300.81 Transtorno Somatoforme SOE (447)**

## **CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV**

### **Transtornos Factícios (449)**

## **CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Factícios (449)**

**300.xx Transtorno Factício (449)**

**.16 Com Sinais e Sintomas Predominantemente Psicológicos**

**.19 Com Sinais e Sintomas Predominantemente Físicos**

**.19 Com Sinais e Sintomas Psicológicos e Físicos Combinados**

**300.19 Transtorno Factício SOE (452)**

## **CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV**

### **Transtornos Dissociativos (453)**

## **CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Dissociativos (453)**

**300.12 Amnésia Dissociativa (454)**

**300.13 Fuga Dissociativa (457)**

**300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (460)**

**300.6 Transtorno de Despersonalização (463)**

**300.15 Transtorno Dissociativo SOE (465)**

## **CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV**

### **Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero (467)**

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero (467)

### DISFUNÇÕES SEXUAIS (467)

Os seguintes especificadores aplicam-se a todas as Disfunções Sexuais primárias:  
Tipo Ao Longo da Vida/Tipo Adquirido / Tipo Generalizado / Tipo Situacional  
Devido a Fatores Psicológicos / Devido a Fatores Combinados

#### Transtornos do Desejo Sexual

302.71 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo (470)

302.79 Transtorno de Aversão Sexual (472)

#### Transtornos da Excitação Sexual

302.72 Transtorno da Excitação Sexual Feminina (474)

302.72 Transtorno Erétil Masculino (476)

#### Transtornos Orgásmicos

302.73 Transtorno Orgásmico Feminino (478)

302.74 Transtorno Orgásmico Masculino (480)

302.75 Ejaculação Precoce (482)

#### Transtornos de Dor Sexual

302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral)  
(484)

306.51 Vaginismo (Não Devido a uma Condição Médica Geral) (486)  
Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral (488)

625.8 Transtorno do Desejo Sexual Feminino Hipoativo Devido a...  
[Indicar a Condição Médica Geral] (489)

608.89 Transtorno do Desejo Sexual Masculino Hipoativo Devido a...  
[Indicar a Condição Médica Geral] (489)

607.84 Transtorno Erétil Masculino Devido a... [Indicar a Condição  
Médica Geral] (489)

625.0 Dispareunia Feminina Devido a...[Indicar Condição Médica  
Geral] (489)

608.89 Dispareunia Masculina Devido a... [Indicar a Condição  
Médica Geral] (489)

625.8 Outra Disfunção Sexual Feminina Devido a... [Indicar a  
Condição Médica Geral] (489)

608.89 Outra Disfunção Sexual Masculina Devido a... [Indicar a  
Condição Médica Geral] (489)

—.— Disfunção Sexual Induzida por Substância (consultar  
Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos  
específicos às substâncias) (491)

Especificar se: Com Prejuízo do Desejo/ Com Prejuízo da Excitação/ Com Prejuízo

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



do Orgasmo/ Com Dor Sexual

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação

302.70 Disfunção Sexual SOE (495)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero (467)

### PARAFILIAS (495)

---

302.4 Exibicionismo (498)

302.81 Fetichismo (498)

302.89 Frotteurismo (499)

302.2 Pedofilia (499)

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 / Tipo Não-Exclusivo

302.83 Masoquismo Sexual (501)

302.84 Sadismo Sexual (501)

302.3 Fetichismo Transvéstico (502)

Especificar se: Com Disforia Quanto ao Gênero

302.82 Voyeurismo (503)

302.9 Parafilia SOE (504)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero (467)

### TRANSTORNOS DA IDENTIDADE DE GÊNERO (504)

---

302.xx Transtorno da Identidade de Gênero (504)

.6 em Crianças

.85 em Adolescentes ou Adultos

Especificar se: Atração Sexual por Homens/Atração Sexual por Mulheres/ Atração Sexual por Ambos os Sexos/ Ausência de Atração por Quaisquer dos Sexos

302.6 Transtorno da Identidade de Gênero SOE (510)

302.9 Transtorno Sexual SOE (510)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV

## Transtornos Alimentares (511)

### CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos Alimentares (511)

307.1 Anorexia Nervosa (511)

Especificar tipo: Tipo Restritivo; Tipo Compulsão Periódica/Purgativo

307.51 Bulimia Nervosa (517)

Especificar tipo: Tipo Purgativo/Tipo Sem Purgação

307.50 Transtorno Alimentar SOE (521)

### CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV

## Transtornos do Sono (523)

### CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos do Sono (523)

#### TRANSTORNOS PRIMÁRIOS DO SONO (525)

##### Dissonias (525)

307.42 Insônia Primária (525)

307.44 Hipersonia Primária (529)

Especificar se: Recorrente

347 Narcolepsia (533-534)

780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração (538)

307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (544)

Especificar tipo: Tipo Fase de Sono Atrasada/Tipo Mudança de Fuso Horário/Tipo Mudanças Frequentes de Turno de Trabalho /Tipo Não Especificado

307.47 Dissonia SOE (549-550)

##### Parassonias (549)

307.47 Transtorno de Pesadelo (550)

307.46 Transtorno de Terror Noturno (553)

307.46 Transtorno de Sonambulismo (557)

307.47 Parassonia SOE (562)

### CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos do Sono (523)

#### TRANSTORNOS DO SONO RELACIONADOS A OUTRO TRANSTORNO MENTAL

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



(562)

307.42 Insônia Relacionada a... [Indicar o Transtorno do Eixo I ou Eixo II] (562)

307.44 Hipersonia Relacionada a... [Indicar o Transtorno do Eixo I ou Eixo II] (562)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos do Sono (523)

### OUTROS TRANSTORNOS DO SONO

780.xx Transtorno do Sono Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (567)

.52 Tipo Insônia

.54 Tipo Hipersonia

.59 Tipo Parassonia

.59 Tipo Misto

—.— Transtorno do Sono Induzido por Substância (consultar Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos específicos às substâncias) (570-571)

Especificar tipo: Tipo Insônia/Tipo Hipersonia/Tipo Parassonia/Tipo Misto

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação/ Com Início Durante Abstinência

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV

### Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local (577)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local (577)

312.34 Transtorno Explosivo Intermitente (577)

312.32 Cleptomania (580)

312.33 Piromania (581)

312.31 Jogo Patológico (583)

312.39 Tricotilomania (586)

312.30 Transtorno do Controle dos Impulsos SOE (588)

### Transtornos de Ajustamento (589)

309.xx Transtorno de Ajustamento (589)

.0 Com Humor Depressivo

.24 Com Ansiedade

.28 Misto de Ansiedade e Depressão

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



- .3 Com Perturbação da Conduta
- .4 Com Perturbação Mista das Emoções e Conduta
- .9 Inespecificado

Especificar se: Agudo/Crônico

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV

### Transtornos da Personalidade (593)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Transtornos da Personalidade (593)

Obs.: Esses são classificados no Eixo II.

- 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide (598)
- 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide (601)
- 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica (604)
- 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social (608)
- 301.83 Transtorno da Personalidade **Borderline** (613)
- 301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica (617)
- 301.81 Transtorno da Personalidade Narcisista (620)
- 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva (624)
- 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente (627)
- 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva (630)
- 301.9 Transtorno da Personalidade SOE (634)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV

### Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica (635)

## CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica (635)

### FATORES PSICOLÓGICOS QUE AFETAM A CONDIÇÃO MÉDICA

316 ... [Fator Psicológico Especificado] Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral] (635)

Escolha nome com base na natureza dos fatores:

Transtorno Mental Afetando a... [Indicar a Condição Médica Geral]

Sintomas Psicológicos Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral]

Traços da Personalidade ou Forma de Manejo Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral]

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

**Comportamentos de Saúde Mal-Adaptativos Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral]**

**Resposta Fisiológica Relacionada ao Estresse Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral]**

**Fatores Psicológicos Outros ou Inespecificados Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral]**

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica (635)**

**TRANSTORNOS DOS MOVIMENTOS INDUZIDOS POR MEDICAMENTOS (637-638)**

**332.1 Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos (639)**

**333.92 Síndrome Maligna Induzida por Neurolépticos (639)**

**333.7 Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos (639)**

**333.99 Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos (639)**

**333.82 Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos (639)**

**333.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos (639)**

**333.90 Transtorno do Movimento Induzido por Medicamentos SOE (640)**

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica (635)**

**OUTRO TRANSTORNO INDUZIDO POR MEDICAMENTOS**

**995.2 Efeitos Adversos de Medicamentos SOE (640)**

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica (635)**

**PROBLEMAS DE RELACIONAMENTO (640)**

**V61.9 Problema de Relacionamento Associado a um Transtorno Mental ou Condição Médica Geral (640-641)**

**V61.20 Problema de Relacionamento entre Pai/Mãe-Criança (640-641)**

**V61.1 Problema de Relacionamento com Parceiro (640-641)**

**V61.8 Problema de Relacionamento com Irmãos (640-641)**

**V62.81 Problema de Relacionamento SOE (640-641)**

**© Editora Artes Médicas Sul Ltda**



**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica (635)**

**PROBLEMAS RELACIONADOS AO ABUSO OU NEGLIGÊNCIA (641-642)**

- V61.21 Abuso Físico da Criança (641-642)  
(código 995.5 se o foco de atenção clínica é a vítima)
- V61.21 Abuso Sexual da Criança (641-642)  
(código 995.5 se o foco de atenção clínica é a vítima)
- V61.21 Negligência da Criança (641)  
(código 995.5 se o foco de atenção clínica é a vítima)
- V61.1 Abuso Físico do Adulto (642)  
(código 995.8 se o foco de atenção clínica é a vítima)
- V61.1 Abuso Sexual do Adulto (642)  
(código 995.81 se o foco de atenção clínica é a vítima)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica (635)**

**CONDIÇÕES ADICIONAIS QUE PODEM SER UM FOCO DE ATENÇÃO CLÍNICA (642)**

- V15.81 Falta de Aderência ao Tratamento (642)
- V65.2 Simulação (642-643)
- V71.01 Comportamento Anti-Social no Adulto (643)
- V71.02 Comportamento Anti-Social na Criança ou Adolescente (643)
- V62.89 Funcionamento Intelectual **Borderline** (643)
- Obs: Este é codificado no Eixo II**
- 780.9 Declínio Cognitivo Relacionado à Idade (644)
- V62.82 Luto (644)
- V62.3 Problema Acadêmico (644)
- V62.2 Problema Ocupacional (644)
- 313.82 Problema de Identidade (645)
- V62.89 Problema Religioso ou Espiritual (645)
- V62.4 Problema de Aculturação (645)
- V62.89 Problema de Fase da Vida (645)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV**

**Códigos Adicionais**



**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Códigos Adicionais**

300.9 Transtorno Mental Inespecificado (não-psicótico) (647)

V71.09 Nenhum Diagnóstico ou Condição no Eixo I (647)

799.9 Diagnóstico ou Condição Protelados no Eixo I (647)

V71.09 Nenhum Diagnóstico no Eixo II (647)

799.9 Diagnóstico Protelado no Eixo II (647)

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV**

**Sistema Multiaxial**

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Sistema Multiaxial**

**Eixo I** Transtornos Clínicos

Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção  
Clínica

**Eixo II** Transtornos da Personalidade

Retardo Mental

**Eixo III** Condições Médicas Gerais

**Eixo IV** Problemas Psicossociais e Ambientais

**Eixo V** Avaliação Global do Funcionamento

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Sistema Multiaxial**

**CLASSIFICAÇÃO \ Classificação do DSM-IV \ Sistema Multiaxial**

---

## AVALIAÇÃO MULTIAXIAL

---

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL**

# Avaliação Multiaxial

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™

Um sistema multiaxial envolve uma avaliação em diversos eixos, cada qual relativo a um diferente domínio de informações capaz de ajudar o clínico a planejar o tratamento e prever o resultado. Na classificação multiaxial do DSM-IV existem cinco eixos:

**Eixo I Transtornos Clínicos  
Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção  
Clínica**

**Eixo II Transtornos da Personalidade  
Retardo Mental**

**Eixo III Condições Médicas Gerais**

**Eixo IV Problemas Psicossociais e Ambientais**

**Eixo V Avaliação Global do Funcionamento**

O uso do sistema multiaxial facilita a avaliação abrangente e sistemática com atenção para os vários transtornos mentais e condições médicas gerais, problemas psicossociais e ambientais e nível de funcionamento que poderiam ser ignorados se o foco estivesse na avaliação de um único problema apresentado. Um sistema multiaxial oferece um formato conveniente para organizar e comunicar informações clínicas, para captar a complexidade de situações clínicas e para descrever a heterogeneidade dos indivíduos que se apresentam com o mesmo diagnóstico. Além disso, o sistema multiaxial promove a aplicação do modelo biopsicossocial em contextos clínicos, educacionais e de pesquisa.

O restante desta seção oferece uma descrição de cada um dos eixos do DSM-IV. Em alguns contextos ou situações, os clínicos podem preferir não utilizar o sistema multiaxial. Por este motivo, diretrizes para o relato dos resultados de uma avaliação com o DSM-IV sem a aplicação do sistema multiaxial formal são fornecidas ao final desta seção.

### AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial

**Eixo I: Transtornos Clínicos  
Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção  
Clínica**

### AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo I: Transtornos Clínicos Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica

O Eixo I serve para o relato de todos os vários transtornos ou condições da Classificação, exceto Transtornos da Personalidade e Retardo Mental (relatados no

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Eixo II). Os principais grupos de transtornos relatados no Eixo I são listados no quadro a seguir. Também são relatadas no Eixo I Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica.

Quando um indivíduo apresenta mais de um transtorno do Eixo I, todos eles devem ser relatados (para exemplos, ver [p. 34](#)). Se mais do que um transtorno do Eixo I está presente, o diagnóstico principal ou o motivo da consulta (ver [p. 3](#)) deve ser indicado, listando-o primeiro. Quando um indivíduo apresenta tanto um transtorno do Eixo I quanto do Eixo II, o diagnóstico principal ou o motivo da consulta presumivelmente estarão no Eixo I, a menos que o diagnóstico do Eixo II seja seguido pela expressão qualificadora "(Diagnóstico Principal)" ou "(Motivo da Consulta)". Se nenhum transtorno do Eixo I está presente, isto deve ser codificado como V71.09. Se um diagnóstico do Eixo I é protelado por depender da coleta de informações adicionais, isto deve ser codificado como 799.9.

<b>Eixo I (33)</b>		
Transtornos Clínicos	Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica	Outras

## AValiaÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial

### Eixo II: Transtornos da Personalidade Retardo Mental

## AValiaÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo II: Transtornos da Personalidade Retardo Mental

O Eixo II diz respeito ao relato de Transtornos da Personalidade e Retardo Mental. Ele também pode ser usado para a anotação de aspectos da personalidade e mecanismos de defesa proeminentemente mal-adaptativos. A relação de Transtornos da Personalidade e Retardo Mental em um eixo separado garante consideração à possível presença de Transtornos da Personalidade e Retardo Mental, que, de outro modo, poderiam ser ignorados, quando a atenção é dirigida para os transtornos geralmente mais floridos do Eixo I. A codificação de Transtornos da Personalidade no Eixo II não deve ser tomada como implicando que sua patogênese ou série de tratamentos apropriados é fundamentalmente diferente daquela para os transtornos codificados no Eixo I. Os transtornos do Eixo II são relacionados no quadro adiante.

Na situação comum em que um indivíduo apresenta mais de um diagnóstico do Eixo II, todos devem ser relatados (para exemplos, ver [p. 34](#)). Quando um indivíduo exhibe tanto um diagnóstico do Eixo I quanto do Eixo II, e o diagnóstico do Eixo II é o diagnóstico principal ou o motivo da consulta, isto deve ser indicado pelo acréscimo da expressão qualificadora "(Diagnóstico Principal)" ou "(Motivo da

Consulta)" após o diagnóstico do Eixo II. Se nenhum transtorno do Eixo II está presente, aplica-se o código V71.09. Se um Diagnóstico do Eixo II é protelado por depender da coleta de informações adicionais, isto deve ser codificado como 799.9

O Eixo II também pode ser usado para indicar aspectos proeminentemente mal-adaptativos da personalidade que não alcançam o limiar para um Transtorno da Personalidade (nesses casos, nenhum código numérico deve ser usado — ver Exemplo 3 na p. 34). O uso habitual de mecanismos de defesa mal-adaptativos também pode ser indicado no Eixo II (ver [Apêndice B](#), p. 707, para definições e o Exemplo 1, na p. 34).

**Eixo II(34)**  
**Transtornos da Personalidade**  
**Retardo Mental**

## AValiaÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial

### Eixo III: Condições Médicas Gerais

#### AValiaÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo III: Condições Médicas Gerais

O Eixo III é usado para o relato de condições médicas gerais potencialmente relevantes para o entendimento ou manejo do transtorno mental do indivíduo. Essas condições são classificadas fora do capítulo "Transtornos Mentais" da CID-9-MC (e fora do Capítulo V da CID-10). Uma listagem das amplas categorias de condições médicas gerais é oferecida no quadro adiante. (Para uma listagem mais detalhada, incluindo os códigos específicos da CID-9-MC, consultar o [Apêndice G](#).)

Como já mencionamos na "Introdução", a distinção multiaxial entre os transtornos dos Eixos I, II e III não implica a existência de 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 se relacionem a fatores ou processos comportamentais ou psicossociais. A finalidade de salientar as condições médicas gerais é encorajar uma avaliação minuciosa e melhorar a comunicação entre os provedores de cuidados à saúde.

#### AValiaÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo III: Condições Médicas Gerais

As condições médicas gerais podem estar relacionadas aos transtornos mentais de diversas maneiras. Em alguns casos, está claro que a condição médica geral é diretamente etiológica ao desenvolvimento ou piora dos sintomas mentais e que o mecanismo para este efeito é fisiológico. Quando um transtorno mental é

considerado como uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral, um Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral deve ser diagnosticado no Eixo I, e a condição médica geral deve ser registrada tanto no Eixo I quanto III. Por exemplo, quando o hipotireoidismo é uma causa direta de sintomas depressivos, a designação no Eixo I é 293.83 Transtorno do Humor Devido a Hipotireoidismo, Com Características Depressivas, e o hipotireoidismo é listado novamente e codificado no Eixo III como 244.9 (ver exemplo 3, p. 34). Para uma discussão adicional, ver p. 161.

Naqueles casos em que a relação etiológica entre a condição médica geral e os sintomas mentais não é suficiente para garantir um diagnóstico de Transtorno Mental Devido a Uma Condição Médica Geral no Eixo I, o transtorno mental apropriado (por ex., Transtorno Depressivo Maior) deve ser listado e codificado no Eixo I; a condição médica geral deve ser codificada apenas no Eixo III.

Existem outras situações nas quais as condições médicas gerais são registradas no Eixo III em virtude de sua importância para o entendimento ou tratamento global do indivíduo com o transtorno mental. Um transtorno do Eixo I pode ser uma reação psicológica a uma condição médica geral do Eixo III (por ex., o desenvolvimento de 309.0 Transtorno de Ajustamento Com Humor Depressivo como reação ao diagnóstico de carcinoma da mama). Algumas condições médicas gerais podem não estar diretamente relacionadas ao transtorno mental, mas ainda assim ter importantes implicações para o prognóstico ou tratamento (por ex., quando o diagnóstico no Eixo I é 296.2 Transtorno Depressivo Maior e no Eixo III é 427.9 arritmia, a escolha da farmacoterapia é influenciada pela condição médica geral; ou quando uma pessoa com diabetes mellitus é admitida em um hospital por uma exacerbação da Esquizofrenia e o manejo da insulina deve ser monitorado).

## AValiação MULTiaxial \ Avaliação Multiaxial \ Eixo III: Condições Médicas Gerais

Quando um indivíduo apresenta mais de um diagnóstico clinicamente relevante do Eixo III, todos devem ser relatados. Para exemplos, ver p. 34. Se nenhum transtorno do Eixo III está presente, isto deve ser indicado pela anotação: "Eixo III: Nenhum". Se um diagnóstico do Eixo III é protelado por depender da coleta de informações adicionais, isto deve ser indicado pela anotação "Eixo III: Protelado".

### Eixo III (35)

Condições Médicas Gerais (com códigos da CID-9-MC)

## AValiação MULTiaxial \ Avaliação Multiaxial

### Eixo IV: Problemas Psicossociais e Ambientais

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



#### **AValiaÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo IV: Problemas Psicossociais e Ambientais**

O Eixo IV é utilizado para o relato de problemas psicossociais e ambientais que podem afetar o diagnóstico, tratamento e prognóstico dos transtornos mentais (Eixos I e II). Um problema psicossocial ou ambiental pode ser um evento de vida negativo, uma dificuldade ou deficiência ambiental, um estresse familiar ou outro estresse interpessoal, uma inadequação do apoio social ou de recursos pessoais, ou outro problema relacionado ao contexto no qual as dificuldades de uma pessoa se desenvolveram. Os chamados "estressores positivos", tais como uma promoção no emprego, devem ser listados apenas se constituem ou levam a um problema, como quando uma pessoa tem dificuldade para se adaptar à nova situação. Além de exercer um papel na iniciação ou exacerbação de um transtorno mental, os problemas psicossociais também podem desenvolver-se em consequência da psicopatologia da pessoa ou podem constituir problemas que devem ser considerados no plano global de manejo.

#### **AValiaÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo IV: Problemas Psicossociais e Ambientais**

Quando um indivíduo apresenta múltiplos problemas psicossociais ou ambientais, o clínico pode anotar tantos quantos sejam considerados relevantes. Em geral, o clínico deve anotar apenas aqueles problemas psicossociais e ambientais que estiveram presentes durante o ano anterior à avaliação atual. Entretanto, o clínico pode optar por anotar os problemas psicossociais e ambientais que ocorreram antes do ano anterior, se esses contribuem claramente para o transtorno mental ou tornaram-se um foco de tratamento — por exemplo, experiências de combate anteriores levando a um Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Na prática, a maioria dos problemas psicossociais e ambientais será indicada no Eixo IV. Entretanto, quando um problema psicossocial ou ambiental é o foco primário da atenção clínica, ele deve também ser registrado no Eixo I, com um código extraído da seção sobre Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica (ver [p. 635](#)).

#### **AValiaÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo IV: Problemas Psicossociais e Ambientais**

Por razões de conveniência, os problemas são agrupados nas seguintes categorias:

**Problemas com o grupo de apoio primário** — por ex., morte de um membro da família; problemas de saúde na família; ruptura da família por separação, divórcio ou desavença; despejo de casa; novo casamento do pai/mãe; abuso sexual ou físico; superproteção pelos pais; negligência da criança; disciplina inadequada; discórdia com irmãos; nascimento de um irmão.

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo IV: Problemas Psicossociais e Ambientais**

. **Problemas relacionados ao ambiente social** — por ex., morte ou perda de um amigo; apoio social inadequado; viver sozinho; dificuldades com aculturação; discriminação; adaptação à transição no ciclo de vida (tal como aposentadoria).

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo IV: Problemas Psicossociais e Ambientais**

. **Problemas educacionais** — por ex., analfabetismo; problemas acadêmicos; discórdia com professores ou colegas de escola; ambiente escolar inadequado.

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo IV: Problemas Psicossociais e Ambientais**

. **Problemas ocupacionais** — por ex., desemprego; ameaça de perda do emprego; programa de trabalho estressante; condições de trabalho difíceis; insatisfação com o emprego; mudança de emprego; discórdia com chefe ou colegas de trabalho.

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo IV: Problemas Psicossociais e Ambientais**

. **Problemas de moradia** — por ex., falta de moradia; moradia inadequada; vizinhança perigosa; discórdia com vizinhos ou locador.

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo IV: Problemas Psicossociais e Ambientais**

. **Problemas econômicos** — por ex., extrema pobreza; recursos financeiros inadequados; apoio previdenciário inadequado.

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo IV: Problemas Psicossociais e Ambientais**

. **Problemas com o acesso aos serviços de cuidados à saúde** — por ex., serviços inadequados de cuidados à saúde; indisponibilidade de transporte aos locais de cuidados à saúde; seguro saúde inadequado.

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo IV: Problemas Psicossociais e Ambientais**

. **Problemas relacionados à interação com o sistema legal/criminal** — por ex., detenção; encarceramento; litígio; vítima de crime.

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo IV: Problemas Psicossociais e Ambientais**

· **Outros problemas psicossociais e ambientais** — por ex., exposição a desastres, guerra e outras hostilidades; discórdia com prestadores de serviço que não fazem parte da família, tais como conselheiro, assistente social ou clínico; indisponibilidade de agências de serviços sociais.

#### AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo IV: Problemas Psicossociais e Ambientais

Ao usar o Formulário de Relato da Avaliação Multiaxial (ver [p. 35](#)), o clínico deve identificar as categorias relevantes de problemas psicossociais e ambientais e indicar os fatores específicos envolvidos. Se um formulário de registro com uma lista de categorias de problemas para checagem não é usado, o clínico pode simplesmente listar os problemas específicos no Eixo IV (Ver exemplos na [p. 34](#)).

##### Eixo IV (36)

##### Problemas Psicossociais e Ambientais

#### AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial

##### **Eixo V: Avaliação Global do Funcionamento**

#### AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Eixo V: Avaliação Global do Funcionamento

O Eixo V é usado para o relato do julgamento do clínico acerca do nível global de funcionamento do indivíduo. Essas informações são úteis para o planejamento do tratamento e para a mensuração de seu impacto, bem como na predição do resultado.

O relato do funcionamento global no Eixo V pode ser feito usando a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF). A Escala AGF pode ser particularmente útil para rastrear o progresso clínico dos indivíduos em termos globais, usando uma medida única. A Escala AGF deve ser pontuada com respeito apenas ao funcionamento psicológico, social e ocupacional. As instruções especificam: "Não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais)". Na maioria dos casos, as pontuações na Escala AGF devem ser relativas ao período atual (isto é, o nível de funcionamento à época da avaliação), uma vez que determinações do funcionamento atual geralmente refletem a necessidade de tratamento ou cuidados. Em alguns contextos, pode ser útil anotar a pontuação na Escala AGF no momento da admissão e quando da alta. A Escala AGF também pode ser pontuada para outros períodos de tempo (por ex., o mais alto nível de funcionamento por, pelo menos, alguns meses durante o ano anterior). A Escala AGF é relatada no Eixo V como segue: "AGF =", seguido pela pontuação de 1 a 100 da AGF, e pelo período de tempo refletido na pontuação entre parênteses — por



exemplo, "(atual)", "(nível mais alto no ano passado)", "(na alta)". Ver exemplos à [p. 34](#).

Em alguns contextos, pode ser útil avaliar a incapacitação social e ocupacional e rastrear o progresso na reabilitação independentemente da gravidade dos sintomas psicológicos. Para esta finalidade, uma proposta — Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (EAFSO) (ver [p. 716](#)) é incluída no [Apêndice B](#). Duas escalas adicionais propostas — Escala de Avaliação Global de Funcionamento das Relações (AGFR) (ver [p. 714](#)) e Escala de Funcionamento Defensivo (ver [pp. 709-710](#) - [Níveis de Defesa e Mecanismos de Defesa Individuais](#)), que podem ser úteis em alguns contextos, também são incluídas no [Apêndice B](#).

## AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial

### Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)

#### AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um **continuum** hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais).

Código (Obs.: Usar códigos intermediários quando apropriado, por ex., 45, 68, 72)

100 Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas de vida jamais vistos fora de seu controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas.

91 Não apresenta sintomas.

90 Sintomas ausentes ou mínimos (por ex., leve ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, efetivo socialmente, em geral satisfeito com a vida, nada além de problemas ou preocupações cotidianas (por ex., uma discussão ocasional com membros da família).

81

80 Se sintomas estão presentes, eles são temporários e consistem de reações previsíveis a estressores psicossociais (por ex., dificuldade para concentrar-se após discussão em família); não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., apresenta declínio temporário

71 na escola).

70 Alguns sintomas leves (por ex., humor depressivo e insônia

- leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., faltas injustificadas à escola ocasionalmente, ou furto dentro de casa), mas geralmente funcionando muito bem; possui alguns relacionamentos 61 interpessoais significativos.
- 60 Sintomas moderados (por ex., afeto embotado e fala circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., poucos amigos, conflitos com companheiros ou 51 colegas de trabalho).
- 50 Sintomas sérios (por ex., ideação suicida, rituais obsessivos graves, freqüentes furtos em lojas) OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., nenhum 41 amigo, incapaz de manter um emprego).
- 40 Algum prejuízo no teste da realidade ou comunicação (por ex., fala às vezes ilógica, obscura ou irrelevante) OU prejuízo importante em diversas áreas, tais como emprego ou escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor (por ex., homem deprimido evita amigos, negligencia a família e é incapaz de trabalhar; criança freqüentemente bate em crianças mais 31 jovens, é desafiadora em casa e está indo mal na escola).
- 30 Comportamento é consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU sério prejuízo na comunicação ou julgamento (por ex., ocasionalmente incoerente, age de forma grosseiramente inapropriada, preocupação suicida) OU incapacidade para funcionar na maioria das áreas (por ex., permanece na cama o dia inteiro; sem 21 emprego, casa ou amigos).
- 20 Algum perigo de ferir a si mesmo ou a outros (por ex., tentativas de suicídio sem clara expectativa de morte; freqüentemente violento; excitação maníaca) OU ocasionalmente falha ao manter a higiene pessoal mínima (por ex., suja-se de fezes) OU prejuízo grosseiro na 11 comunicação (por ex., amplamente incoerente ou mudo).
- 10 Perigo persistente de ferir gravemente a si mesmo ou a outros (por ex., violência recorrente) OU incapacidade persistente para manter uma higiene pessoal mínima OU sério ato suicida com

1 clara expectativa de morte.

0 Informações inadequadas.

Nota(37).

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)**

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial**

**Exemplos de como Registrar Resultados de uma Avaliação Multiaxial do DSM-IV**

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Exemplos de como Registrar Resultados de uma Avaliação Multiaxial do DSM-IV**

**Exemplo 1:**

Eixo I	296.23	Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único, Severo Sem Aspectos Psicóticos
	305.00	Abuso de Álcool
Eixo II	301.6	Transtorno da Personalidade Dependente
		Uso freqüente de negação
Eixo III		Nenhum
Eixo IV		Ameaça de perda do emprego
Eixo V	AGF = 35 (atual)	

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Exemplos de como Registrar Resultados de uma Avaliação Multiaxial do DSM-IV**

**Exemplo 2:**

Eixo I	300.4	Transtorno Distímico
	315.00	Transtorno da Leitura
Eixo II	V71.09	Nenhum diagnóstico
Eixo III	382.9	Otite média, recorrente
Eixo IV		Vítima de negligência à criança
Eixo V	AGF = 53 (atual)	

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Exemplos de como Registrar Resultados de uma Avaliação Multiaxial do DSM-IV**

**Exemplo 3:**

Eixo I	293.83	Transtorno do Humor Devido a Hipotireoidismo, Com Características Depressivas
--------	--------	---

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Eixo II	V71.09	Nenhum diagnóstico, características de personalidade histriônica
Eixo III	244.9	Hipotireoidismo
	365.23	Glaucoma crônico de ângulo estreito
Eixo IV		Nenhum
Eixo V	AGF = 45 (na admissão)	
	AGF = 65 (na alta)	

**AValiação MultiAxial \ Avaliação MultiAxial \ Exemplos de como Registrar Resultados de uma Avaliação MultiAxial do DSM-IV**

**Exemplo 4:**

Eixo I	V61.1	Problema de Relacionamento com Parceiro
Eixo II	V71.09	Nenhum diagnóstico
Eixo III		Nenhum
Eixo IV		Desemprego
Eixo V	AGF = 83 (nível mais alto no ano passado)	

**AValiação MultiAxial \ Avaliação MultiAxial**

**Formulário de Relato da Avaliação MultiAxial**

**AValiação MultiAxial \ Avaliação MultiAxial \ Formulário de Relato da Avaliação MultiAxial**

O formulário seguinte é oferecido como uma possibilidade para o relato de avaliações multiaxiais. Em alguns contextos, este formulário pode ser usado exatamente como está; em outros pode ser adaptado para atender a necessidades especiais.

**EIXO I: Transtornos Clínicos**

**Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Código Diagnóstico**      **Nome no DSM-IV**

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**EIXO II: Transtornos da Personalidade**

**Retardo Mental**

**Código Diagnóstico**      **Nome no DSM-IV**

_____	_____
_____	_____

**EIXO III: Condições Médicas Gerais**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Código da CID-9-MC	Nome na CID-9-MC
_____	_____
_____	_____
_____	_____

#### EIXO IV: Problemas Psicossociais e Ambientais

Checar:

- Problemas com o grupo de apoio primário Especificar: \_\_\_\_\_
- Problemas relacionados ao ambiente social Especificar: \_\_\_\_\_
- Problemas educacionais Especificar: \_\_\_\_\_
- Problemas ocupacionais Especificar: \_\_\_\_\_
- Problemas de moradia Especificar: \_\_\_\_\_
- Problemas econômicos Especificar: \_\_\_\_\_
- Problemas com o acesso aos serviços de cuidados à saúde Especificar: \_\_\_\_\_
- Problemas relacionados à interação com o sistema legal/criminal Especificar: \_\_\_\_\_
- Outros problemas psicossociais e ambientais Especificar: \_\_\_\_\_

#### EIXO V: Escala de Avaliação Global do Funcionamento

Escore: \_\_\_\_\_

Marco Temporal: \_\_\_\_\_

### AValiação MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial

#### Formato Não Axial

### AValiação MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Formato Não Axial

Os clínicos que não desejam usar o formato multiaxial podem simplesmente listar os diagnósticos apropriados. Aqueles que escolherem esta opção devem seguir a regra geral de registrar tantos transtornos mentais, condições médicas gerais e outros fatores coexistentes quantos sejam relevantes para os cuidados e tratamento do indivíduo. O Diagnóstico Principal ou o Motivo da Consulta devem ser listados primeiro.

Os exemplos abaixo ilustram o relato de diagnósticos em um formato que não faz uso do sistema multiaxial.

### AValiação MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Formato Não Axial

#### Exemplo 1:

- 296.23 Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único, Severo Sem Aspectos Psicóticos
- 305.00 Abuso de Álcool

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



301.6 Transtorno da Personalidade Dependente  
Uso freqüente da negação

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Formato Não Axial**

**Exemplo 2:**

300.4 Transtorno Distímico  
315.00 Transtorno da Leitura  
382.9 Otite média, recorrente

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Formato Não Axial**

**Exemplo 3:**

293.83 Transtorno do Humor Devido ao Hipotireoidismo, Com  
Características Depressivas  
244.9 Hipotireoidismo  
365.23 Glaucoma crônico de ângulo estreito  
Características de personalidade histriônica

**Exemplo 4:**

V61.1 Problema de Relacionamento com Parceiro

**AVALIAÇÃO MULTIAXIAL \ Avaliação Multiaxial \ Formato Não Axial**

---

## TRANSTORNOS

### TRANSTORNOS

## Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

O oferecimento de uma seção separada para os transtornos que geralmente são

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência serve apenas a razões práticas, e não pretende sugerir a existência de qualquer distinção clara entre transtornos "da infância" e "da idade adulta". Embora a maioria dos indivíduos com esses transtornos apresente-se à atenção clínica durante a infância ou adolescência, ocasionalmente os transtornos não são diagnosticados até a idade adulta. Além disso, muitos transtornos incluídos em outras seções do manual frequentemente têm seu início durante a infância ou adolescência. Ao avaliar um bebê, criança ou adolescente, o clínico deve considerar os diagnósticos incluídos nesta seção, mas também deve consultar os transtornos descritos em outros pontos do manual. Os adultos podem também receber diagnósticos de transtornos incluídos nesta seção para Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência, se sua apresentação clínica satisfaz critérios diagnósticos relevantes (por ex., Tartamudez, Pica). Além disso, se um adulto teve sintomas na infância que preenchiam todos os critérios para um transtorno, mas agora apresenta-se com uma forma atenuada ou residual, o especificador Em Remissão Parcial pode ser indicado (por ex., Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade, Tipo Combinado, Em Remissão Parcial). Para a maior parte dos transtornos do DSM-IV (mas nem todos eles), um único conjunto de critérios é oferecido, aplicando-se a crianças, adolescentes e adultos (por ex., se uma criança ou adolescente tem sintomas que satisfazem os critérios para Transtorno Depressivo Maior, este diagnóstico deve ser dado, não importando a idade do indivíduo). As variações na apresentação de um transtorno atribuíveis ao estágio de desenvolvimento do indivíduo são descritas na seção do texto intitulada "Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero". Questões específicas relacionadas ao diagnóstico de Transtornos da Personalidade em crianças e adolescentes são discutidas à [p. 595](#).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

Os transtornos seguintes são incluídos nesta seção:

**Retardo Mental.** Este transtorno caracteriza-se por funcionamento intelectual significativamente abaixo da média (um QI de aproximadamente 70 ou menos), com início antes dos 18 anos de idade e déficits ou prejuízos concomitantes no funcionamento adaptativo. Códigos distintos são oferecidos para **Retardo Mental Leve, Moderado, Severo e Profundo** e para **Retardo Mental, Gravidade Inespecificada**.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

**Transtornos da Aprendizagem.** Esses transtornos caracterizam-se por funcionamento acadêmico substancialmente abaixo do esperado, tendo em vista a idade cronológica, medidas de inteligência e educação apropriada à idade. Os transtornos específicos incluídos nesta seção são: **Transtorno da Leitura**,

Transtorno da Matemática, Transtorno da Expressão Escrita e Transtorno da Aprendizagem Sem Outra Especificação.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

**Transtorno das Habilidades Motoras.** Este inclui o Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação, caracterizado por uma coordenação motora substancialmente abaixo da esperada, tendo em vista a idade cronológica e as medidas de inteligência.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

**Transtornos da Comunicação.** Esses transtornos são caracterizados por dificuldades na fala ou linguagem e incluem Transtorno da Linguagem Expressiva, Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva, Transtorno Fonológico, Tartamudez (Gagueira) e Transtorno da Comunicação Sem Outra Especificação.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

**Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.** Esses transtornos são caracterizados por severos déficits e prejuízo invasivo em múltiplas áreas do desenvolvimento, e incluem prejuízo na interação social recíproca, prejuízo na comunicação e a presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipados. Os transtornos específicos incluídos nesta seção são Transtorno Autista, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

**Transtornos de Déficit de Atenção e Diruptivos.** Esta seção inclui o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, caracterizado por sintomas proeminentes de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade. São oferecidos subtipos para a especificação da apresentação sintomática predominante:

- Tipo Predominantemente Desatento,
- Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo e
- Tipo Combinado.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

Também estão incluídos nesta seção os **Transtornos do Comportamento Diruptivo:**

- O Transtorno da Conduta caracteriza-se por um padrão de comportamento que viola os direitos básicos de outros ou normas ou regras sociais importantes



apropriadas à idade.

- O **Transtorno Desafiador de Oposição** caracteriza-se por um padrão de comportamento negativista, hostil e desafiador. Esta seção também inclui duas categorias Sem Outra Especificação:

**Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade Sem Outra Especificação** e **Transtorno do Comportamento Diruptivo Sem Outra Especificação**.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

**Transtornos de Alimentação da Primeira Infância.** Esses transtornos caracterizam-se por perturbações persistentes na alimentação. Os transtornos específicos incluídos são **Pica**, **Transtorno de Ruminação** e **Transtorno de Alimentação da Primeira Infância**. Observe que a **Anorexia Nervosa** e a **Bulimia Nervosa** são incluídas na seção "Transtornos Alimentares", apresentada posteriormente neste manual (ver [p. 511](#)).

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

**Transtornos de Tique.** Esses transtornos caracterizam-se por tiques vocais e/ou motores. Os transtornos específicos incluídos são **Transtorno de Tourette**, **Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico**, **Transtorno de Tique Transitório** e **Transtorno de Tique Sem Outra Especificação**.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

**Transtornos da Excreção.** Este agrupamento inclui **Encoprese**, repetidas evacuações em locais impróprios, e **Enurese**, a repetida eliminação de urina em locais impróprios.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

**Outros Transtornos da Infância ou Adolescência.** Este agrupamento é utilizado para transtornos não cobertos nas seções antes listadas. O **Transtorno de Ansiedade de Separação** caracteriza-se por ansiedade inapropriada e excessiva em termos evolutivos, envolvendo a separação de casa ou daqueles a quem a criança tem apego. O **Mutismo Seletivo** é caracterizado por um fracasso persistente em falar em situações sociais específicas, apesar de falar em outras situações. O **Transtorno de Apego Reativo na Infância** caracteriza-se por ligações sociais acentuadamente perturbadas e inadequadas ao estágio evolutivo, ocorrendo na maioria dos contextos e em associação com cuidados amplamente patogênicos. O **Transtorno de Movimento Estereotipado** caracteriza-se por um comportamento motor repetitivo, aparentemente impulsivo e não funcional, que interfere acentuadamente nas atividades normais e ocasionalmente pode resultar em lesões

corporais. O **Transtorno da Infância ou Adolescência Sem Outra Especificação** é uma categoria residual para a codificação de transtornos com início na infância ou adolescência que não satisfazem os critérios para qualquer transtorno específico da Classificação.

Crianças e adolescentes podem apresentar problemas que exigem a atenção clínica, mas não são definidos como transtornos mentais (por ex., Problemas de Relacionamento. Problemas Relacionados a Abuso ou Negligência, Luto, Funcionamento Intelectual Borderline, Problema Acadêmico, Comportamento Anti-Social na Criança ou Adolescente, Problema de Identidade). Esses problemas são listados ao final do manual, na seção "Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica" (ver [p. 635](#)).

O DSM-III-R incluía dois transtornos de ansiedade específicos a crianças e adolescentes, a saber, o Transtorno de Ansiedade Excessiva da Infância e o Transtorno Evitante da Infância, que foram incorporados sob as rubricas de Transtorno de Ansiedade Generalizada e Fobia Social, respectivamente, tendo em vista as similaridades nas características essenciais.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**

### **Retardo Mental**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental**

### **APÊNDICE D(38)**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental**

### **Características Diagnósticas**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ 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.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ Características Diagnósticas**

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.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ Características Diagnósticas**

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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental

### Níveis de Gravidade do Retardo Mental

## TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ 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.**

<b>F70.9 - 317 Retardo Mental Leve</b>	Nível de QI 50-55 a aproximadamente 70
<b>F71.9 - 318.0 Retardo Mental Moderado</b>	Nível de QI 35-40 a 50-55
<b>F72.9 - 318.1 Retardo Mental Severo</b>	Nível de QI 20-25 a 35-40
<b>F73.9 - 318.2 Retardo Mental Profundo</b>	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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental

### F79.9 - 317 Retardo Mental Leve

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ 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 freqüência 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental**

**F71.9 - 318.0 Retardo Mental Moderado**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ 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 semiquilificados sob supervisão, em oficinas protegidas ou no mercado de trabalho geral, e adaptam-se bem à vida na comunidade, geralmente em contextos supervisionados.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental**

**F72.9 - 318.1 Retardo Mental Severo**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental**

**F73.9 - 318.2 Retardo Mental Profundo**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F73.9 - 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada**

**Procedimentos de Registro**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada \ Características e Transtornos Associados**

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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada \ Características e Transtornos Associados

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada \ 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 estandardização 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada \ 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" (ver [pp. 42-43](#)).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada \ 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 freqüentemente 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 (ver [pp. 643-644](#)) 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada**

**Relacionamento com Outras Classificações de Retardo Mental**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Retardo Mental \ F79.9 - 319 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada \ Relacionamento com Outras Classificações de Retardo Mental**

**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**

peçoais, 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 \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

### Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares)

## TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares)

A seção sobre Transtornos da Aprendizagem inclui Transtorno da Leitura, Transtorno da Matemática, Transtorno da Expressão Escrita e Transtorno da Aprendizagem Sem Outra Especificação.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares)

### APÊNDICE D(39)

## TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares)

### Características Diagnósticas

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares)**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ Características e Transtornos Associados**

Anormalidades subjacentes do processamento cognitivo (por ex., déficits na percepção visual, processos lingüísticos, atenção, memória ou uma combinação destes) freqüentemente 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, freqüentemente são encontrados em associação com uma variedade de condições médicas gerais (por ex., envenenamento por chumbo, síndrome alcoólica fetal ou síndrome do X frágil).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares)**

**Características Específicas à Cultura**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ 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 estandardização 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares)**



## Prevalência

### **TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ 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.

### **TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares)**

## Diagnóstico Diferencial

### **TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ 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 estandardizados 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.

### **TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ Diagnóstico Diferencial**

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 estandardizadas 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares)**

**F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura**

#### **Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura**

#### **Características Específicas ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.0 - 315.00 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 freqüência apresentar a tendência à identificação de indivíduos do sexo masculino, uma vez que estes exibem, com maior freqüência, 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura \ 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 percentagem significativa dos casos. O Transtorno da Leitura pode persistir até a idade adulta.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura

#### Padrão Familiar

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura \ Padrão Familiar  
O Transtorno da Leitura apresenta agregação familiar, tendo maior prevalência entre parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Transtornos da Aprendizagem.

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura

#### Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura \ Diagnóstico Diferencial

Consulte a seção "Diagnóstico Diferencial" relativa aos Transtornos da Aprendizagem (pp. 47-48).

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.0 - 315.00 Transtorno da Leitura \ Diagnóstico Diferencial

#### 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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares)**

**F81.2 - 315.1 Transtorno da Matemática**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.2 - 315.1 Transtorno da Matemática**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.2 - 315.1 Transtorno da Matemática**

### Características e Transtornos Associados

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.2 - 315.1 Transtorno da Matemática \ Características e Transtornos Associados**

Consultar a seção "Características e Transtornos Associados" referente aos Transtornos da Aprendizagem (pp. 46-47). O Transtorno da Matemática em geral é encontrado em combinação com o Transtorno da Leitura ou o Transtorno da Expressão Escrita.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.2 - 315.1 Transtorno da Matemática**

### Prevalência

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.2 - 315.1 Transtorno da Matemática \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.2 - 315.1 Transtorno da Matemática**

### Curso

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.2 - 315.1 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.2 - 315.1 Transtorno da Matemática**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.2 - 315.1 Transtorno da Matemática \ Diagnóstico Diferencial**

Consultar a seção "Diagnóstico Diferencial" relativa aos Transtornos da Aprendizagem (pp. 47-48).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.2 - 315.1 Transtorno da Matemática \ Diagnóstico Diferencial**

**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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na**



Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares)

**F81.8 - 315.2 Transtorno da Expressão Escrita**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.8 - 315.2 Transtorno da Expressão Escrita

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.8 - 315.2 Transtorno da Expressão Escrita**

#### **Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.8 - 315.2 Transtorno da Expressão Escrita \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.8 - 315.2 Transtorno da Expressão Escrita**

#### **Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.8 - 315.2 Transtorno da Expressão Escrita \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.8 - 315.2 Transtorno da Expressão Escrita**

#### **Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.8 - 315.2 Transtorno da Expressão Escrita \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.8 - 315.2 Transtorno da Expressão Escrita**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.8 - 315.2 Transtorno da Expressão Escrita \ 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**.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ F81.8 - 315.2 Transtorno da Expressão Escrita \ Diagnóstico Diferencial**

**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 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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares)**

**F81.9 - 315.9 Transtorno da Aprendizagem Sem Outra Especificação**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Aprendizagem (anteriormente Transtornos das Habilidades Escolares) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**

**Transtorno das Habilidades Motoras**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtorno das Habilidades Motoras**

**F82 - 315.4 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtorno das Habilidades Motoras \ F82 - 315.4 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação**

### Características Diagnósticas

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtorno das Habilidades Motoras \ F82 - 315.4 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação \ Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação é um prejuízo acentuado no desenvolvimento da coordenação motora (Critério A). O diagnóstico é feito apenas se este prejuízo interfere significativamente no rendimento escolar ou em atividades da vida diária (Critério B). O diagnóstico é feito se as dificuldades de coordenação não são devido a uma condição médica geral (por ex., paralisia cerebral, hemiplegia ou atrofia muscular) e não são satisfeitos os critérios para Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (Critério C). Em presença de Retardo Mental, as dificuldades motoras excedem aquelas habitualmente associadas ao transtorno (Critério D). As manifestações deste transtorno variam de acordo com a idade e o estágio do desenvolvimento. Por exemplo, crianças pequenas podem exibir falta de destreza e atrasos em alcançar marcos do desenvolvimento motor (por ex., caminhar, engatinhar, sentar, atar laços dos sapatos, abotoar camisas, fechar zíperes). Crianças mais velhas podem apresentar dificuldades com os aspectos motores da montagem de quebra-cabeças, construção de modelos, jogos com bola e caligrafia.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtorno das Habilidades Motoras \ F82 - 315.4 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação

### Características e Transtornos Associados

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtorno das Habilidades Motoras \ F82 - 315.4 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação \ Características e Transtornos Associados

Os problemas habitualmente associados com o Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação incluem atrasos em outros marcos não motores. Os transtornos associados podem incluir Transtorno Fonológico, Transtorno da Linguagem Expressiva e Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtorno das Habilidades Motoras \ F82 - 315.4 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação

### Prevalência

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtorno das Habilidades Motoras \ F82 - 315.4**

**Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação \ Prevalência**

A prevalência do Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação foi estimada em até 6% das crianças na faixa etária dos 5 aos 11 anos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtorno das Habilidades Motoras \ F82 - 315.4**

**Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtorno das Habilidades Motoras \ F82 - 315.4**

**Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação \ Curso**

O reconhecimento do Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação geralmente ocorre quando a criança tenta, pela primeira vez, realizar tarefas tais como correr, segurar garfo e faca, abotoar roupas ou brincar com bola. O curso é variável. Em alguns casos, a falta de coordenação persiste até a adolescência ou idade adulta.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtorno das Habilidades Motoras \ F82 - 315.4**

**Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtorno das Habilidades Motoras \ F82 - 315.4**

**Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação \ Diagnóstico Diferencial**

O Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação deve ser diferenciado dos prejuízos motores devido a uma condição médica geral. Problemas na coordenação podem estar associados com transtornos neurológicos específicos (por ex., paralisia cerebral, lesões progressivas do cerebelo), mas, nesses casos, existe um dano neural definido e achados anormais ao exame neurológico. Em presença de Retardo Mental, o diagnóstico de Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação apenas pode ser feito se as dificuldades motoras excedem aquelas habitualmente encontradas com o Retardo Mental. Um diagnóstico de Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação não se aplica se são satisfeitos os critérios para um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento. Os indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade podem cair, bater em coisas ou derrubar objetos, mas isso geralmente se deve à distração e à impulsividade, não existe prejuízo motor. Caso se satisfaçam os critérios para ambos os transtornos, os dois

diagnósticos podem ser feitos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtorno das Habilidades Motoras \ F82 - 315.4 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios Diagnósticos para F82 - 315.4 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação**

**A. O desempenho em atividades diárias que exigem coordenação motora está substancialmente abaixo do nível esperado, considerando a idade cronológica e a inteligência medida do indivíduo. O quadro pode manifestar-se por atrasos marcantes em alcançar marcos motores (por ex., caminhar, engatinhar, sentar), propensão a deixar cair coisas, desajeitamento, fraco desempenho nos esportes ou caligrafia insatisfatória.**

**B. A perturbação no Critério A interfere significativamente no rendimento escolar ou nas atividades da vida diária.**

**C. A perturbação não se deve a uma condição médica geral (por ex., paralisia cerebral, hemiplegia ou distrofia muscular), nem satisfaz os critérios para um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento.**

**D. Em presença de Retardo Mental, as dificuldades motoras excedem aquelas geralmente associadas com esse transtorno.**

**Nota para a codificação: Se uma condição médica geral (por ex., neurológica) ou déficit sensorial estiver presente, codificar no Eixo III.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**

**Transtornos da Comunicação**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação**

**APÊNDICE D(40)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação**

**Os seguintes Transtornos da Comunicação estão incluídos nesta seção: Transtorno da Linguagem Expressiva, Transtorno Misto da Linguagem**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação**

**F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva**

**APÊNDICE D(41)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.1 - 315.31 Transtorno 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

frequentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva**

**Características Específicas à Cultura e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva \ 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 cérebro-vascular, 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva \ 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva \ Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.1 - 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva \ Diagnóstico Diferencial**

**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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação

**F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva

APÊNDICE D(42)

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva \ Características Diagnósticas

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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva \ Características Diagnósticas

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva \ 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 falam. 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva**

**Aspectos Específicos à Cultura e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva \ 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 bilingües. 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva \ Diagnóstico Diferencial**

Consultar a seção "Diagnóstico Diferencial" referente ao Transtorno da Linguagem Expressiva (p. 57).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.2 - 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva \ Diagnóstico Diferencial**

**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.

Nota para a codificação: Caso esteja presente um déficit motor da fala, déficit sensorial ou uma condição neurológica, codificar a condição no Eixo III.

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação

**F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico  
(anteriormente Transtorno do  
Desenvolvimento da Articulação)**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico (anteriormente Transtorno do Desenvolvimento da Articulação)

APÊNDICE D(43)

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico (anteriormente Transtorno do Desenvolvimento da Articulação)

#### **Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico (anteriormente Transtorno do Desenvolvimento da Articulação)**

#### **Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico (anteriormente Transtorno do Desenvolvimento da Articulação) \**

#### **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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico (anteriormente Transtorno do Desenvolvimento da Articulação)**

**Características Específicas à Cultura e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico (anteriormente Transtorno do Desenvolvimento da Articulação) \**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico (anteriormente Transtorno do Desenvolvimento da Articulação)**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico (anteriormente Transtorno do Desenvolvimento da Articulação) \**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico (anteriormente Transtorno do Desenvolvimento da Articulação)**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico (anteriormente Transtorno do Desenvolvimento da Articulação) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico (anteriormente Transtorno do Desenvolvimento da Articulação)**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico (anteriormente Transtorno do Desenvolvimento da Articulação) \ Padrão Familiar**

Um padrão familiar foi demonstrado para algumas formas de Transtorno Fonológico.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico (anteriormente Transtorno do Desenvolvimento da Articulação)**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico (anteriormente Transtorno do Desenvolvimento da Articulação) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na**

Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F80.0 - 315.39 Transtorno Fonológico (anteriormente Transtorno do Desenvolvimento da Articulação) \ Diagnóstico Diferencial

**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 um déficit motor da fala, déficit sensorial ou condição neurológica esteja presente, codificar a condição no Eixo III.**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação

**F98.5 - 307.0 Tartamudez (Gagueira)**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F98.5 - 307.0 Tartamudez (Gagueira)

**APÊNDICE D(44)**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F98.5 - 307.0 Tartamudez (Gagueira)

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ 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 freqüentes 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), circunlocações (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 freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F98.5 - 307.0 Tartamudez (Gagueira)**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F98.5 - 307.0 Tartamudez (Gagueira) \ 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 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 freqüência maior em indivíduos com Tartamudez do que na população em geral.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F98.5 - 307.0 Tartamudez**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



(Gagueira)

### Prevalência

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F98.5 - 307.0 Tartamudez (Gagueira) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F98.5 - 307.0 Tartamudez (Gagueira)**

### Curso

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F98.5 - 307.0 Tartamudez (Gagueira) \ 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 freqüentes, 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F98.5 - 307.0 Tartamudez (Gagueira)**

### Padrão Familiar

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS



**Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F98.5 - 307.0 Tartamudez (Gagueira) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F98.5 - 307.0 Tartamudez (Gagueira)**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F98.5 - 307.0 Tartamudez (Gagueira) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ F98.5 - 307.0 Tartamudez (Gagueira) \ Diagnóstico Diferencial**

**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) circunlocuções (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 déficite motor da fala, déficite sensorial, as dificuldades na fala excedem aquelas habitualmente associadas com estes problemas.**

**Nota para a codificação: Caso um déficite motor da fala, um déficite sensorial ou uma condição neurológica esteja presente, codificar a condição no Eixo III.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação**

**F80.9 - 307.9 Transtorno da Comunicação Sem Outra Especificação**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Comunicação \ 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 \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**

**Transtornos Invasivos do Desenvolvimento**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento**

**APÊNDICE D(45)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ 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 e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. Esses transtornos em geral se manifestam nos primeiros anos de vida e freqüentemente 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento**

**F84.0 - 299.00 Transtorno Autista**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00 Transtorno Autista**

**APÊNDICE D(46)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00 Transtorno Autista**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00  
Transtorno Autista \ Características Diagnósticas**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00  
Transtorno Autista \ Características Diagnósticas**

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 freqüência 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 freqüência, 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00  
Transtorno Autista**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00  
Transtorno Autista \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00  
Transtorno Autista**

**Características Específicas à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00  
Transtorno Autista \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00  
Transtorno Autista**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00  
Transtorno Autista \ Prevalência**

Os estudos epidemiológicos sugerem taxas de Transtorno Autista de 2-5 casos por 10.000 indivíduos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00  
Transtorno Autista**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00  
Transtorno Autista \ 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 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.



**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00  
Transtorno Autista**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00  
Transtorno Autista \ Padrão Familiar**

O risco para Transtorno Autista é maior entre os irmãos de indivíduos com o transtorno.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00  
Transtorno Autista**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00  
Transtorno Autista \ 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 freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00 Transtorno Autista \ Diagnóstico Diferencial**

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 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.0 - 299.00 Transtorno Autista \ Diagnóstico Diferencial**

**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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento**

**F84.2 - 299.80 Transtorno de Rett**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.2 - 299.80 Transtorno de Rett**

**APÊNDICE D(47)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.2 - 299.80 Transtorno de Rett**

**Características Diagnósticas**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.2 - 299.80  
Transtorno de Rett \ 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.2 - 299.80  
Transtorno de Rett**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.2 - 299.80  
Transtorno de Rett \ 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 freqüência aumentada de anormalidades EEG e transtorno convulsivo em indivíduos com o transtorno. Foram relatadas anormalidades inespecíficas em imagens do cérebro.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.2 - 299.80  
Transtorno de Rett**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.2 - 299.80  
Transtorno de Rett \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.2 - 299.80  
Transtorno de Rett**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.2 - 299.80  
Transtorno de Rett \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.2 - 299.80  
Transtorno de Rett**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.2 - 299.80  
Transtorno de Rett \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.2 - 299.80 Transtorno de Rett \ Diagnóstico Diferencial**

**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

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento**

**F84.3 - 299.10 Transtorno Desintegrativo da Infância**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.3 - 299.10 Transtorno Desintegrativo da Infância**

**APÊNDICE D(48)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.3 - 299.10  
Transtorno Desintegrativo da Infância**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ 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 (ver p. 66). Existe um prejuízo qualitativo na interação social (Critério C1) e 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.3 - 299.10  
Transtorno Desintegrativo da Infância**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.3 - 299.10  
Transtorno Desintegrativo da Infância \ 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 freqüência 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.3 - 299.10  
Transtorno Desintegrativo da Infância**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.3 - 299.10  
Transtorno Desintegrativo da Infância \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.3 - 299.10  
Transtorno Desintegrativo da Infância**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.3 - 299.10  
Transtorno Desintegrativo da Infância \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.3 - 299.10 Transtorno Desintegrativo da Infância**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.3 - 299.10 Transtorno Desintegrativo da Infância \ 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 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.3 - 299.10 Transtorno Desintegrativo da Infância \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.3 - 299.10 Transtorno Desintegrativo da Infância \ Diagnóstico Diferencial**

**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 estereotípias motoras e maneirismos

**D. A perturbação não é melhor explicada por um outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento específico ou por Esquizofrenia.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento**

**F84.5 - 299.80 Transtorno de Asperger**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.5 - 299.80 Transtorno de Asperger**

**APÊNDICE D(49)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.5 - 299.80 Transtorno de Asperger**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.5 - 299.80  
Transtorno de Asperger**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.5 - 299.80  
Transtorno de Asperger \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.5 - 299.80  
Transtorno de Asperger**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.5 - 299.80  
Transtorno de Asperger \ Prevalência**

As informações sobre a prevalência do Transtorno de Asperger são limitadas, mas ele parece ser mais comum no sexo masculino.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na**

**Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.5 - 299.80  
Transtorno de Asperger**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na  
Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.5 - 299.80  
Transtorno de Asperger \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na  
Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.5 - 299.80  
Transtorno de Asperger**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na  
Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.5 - 299.80  
Transtorno de Asperger \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na  
Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.5 - 299.80  
Transtorno de Asperger**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na  
Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.5 - 299.80  
Transtorno de Asperger \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ F84.5 - 299.80 Transtorno de Asperger \ Diagnóstico Diferencial**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento**

**F84.9 - 299.80 Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (incluindo Autismo Atípico)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos Invasivos do Desenvolvimento \ 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 \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**

**Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Disruptivo**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo**

**Transtorno de Déficit de Atenção /  
Hiperatividade**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade**

**APÊNDICE D(50)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade \ Características Diagnósticas**

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 freqüentemente são desorganizados e os materiais necessários para a realização da tarefa com freqüência 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 freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade \ Características Diagnósticas**

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 freqüentemente 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 freqüência ou intensidade do que bebês e pré-escolares. Elas têm dificuldade para permanecer sentadas, levantam-se com freqüência 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 freqüência 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 tranqüilas. Em adolescentes e adultos, os sintomas de hiperatividade assumem a forma de sensações de inquietação e dificuldade para envolver-se em atividades tranqüilas e sedentárias.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade \ Características Diagnósticas**

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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade \ Características Diagnósticas**

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 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade**

**Subtipos**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade \ Subtipos**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade \ Subtipos**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade**

#### **Procedimentos de Registro**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade**

#### **Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade \ Características e Transtornos Associados

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade \ Características e Transtornos Associados**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade \ 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade \ Curso**

A maioria dos pais observa pela primeira vez o excesso de atividade motora quando as crianças ainda estão engatinhando, freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade \ Padrão Familiar**

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é encontrado com maior freqüência 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ 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 auto-regulagem adequada ao nível de desenvolvimento da criança em vários contextos.

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Disruptivo \ Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade \ Diagnóstico Diferencial**



**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

**Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (continuação)**

(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 frequência 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".**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo**

**F90.9 - 314.9 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Sem Outra Especificação**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento**

**Diruptivo \ F90.9 - 314.9 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Sem Outra Especificação**

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 \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo**

**F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta**

**APÊNDICE D(51)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta \ Características Diagnósticas**

A característica essencial do Transtorno da Conduta é um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros ou normas ou regras sociais importantes apropriadas à idade (Critério A). Esses comportamentos caem em quatro agrupamentos principais: conduta agressiva que causa ou ameaça danos físicos a outras pessoas ou a animais (Critérios A1-A7), conduta não-agressiva que causa perdas ou danos a propriedades (Critérios A8-A9), defraudação ou furto (Critérios A10-A12) e sérias violações de regras (Critérios A13-A15). Três (ou mais) comportamentos característicos devem ter estado presentes durante os últimos 12 meses, com presença de pelo menos um desses nos últimos 6 meses. A perturbação do comportamento causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional (Critério B). O Transtorno da Conduta pode ser diagnosticado em indivíduos com mais de 18 anos, mas apenas se os critérios para Transtorno da Personalidade Anti-Social não são satisfeitos (Critério C). O padrão de comportamento em geral está presente em uma variedade de contextos, tais como em casa, na escola ou comunidade. Uma vez que os indivíduos com Transtorno da Conduta tendem a

minimizar seus problemas de conduta, o clínico com freqüência precisa recorrer a informantes adicionais. Entretanto, o conhecimento do informante sobre os problemas de conduta da criança pode ser limitado por supervisão inadequada ou pelo fato de a criança não tê-los revelado.

As crianças ou adolescentes com este transtorno freqüentemente iniciam o comportamento agressivo e reagem agressivamente aos outros. Elas podem exibir um comportamento de provocação, ameaça ou intimidação (Critério A1); iniciar lutas corporais freqüentes (Critério A2); usar uma arma que possa causar sério dano físico (por ex., um bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca ou arma de fogo) (Critério A3); ser fisicamente cruéis com pessoas (Critério A4) ou animais (Critério A5); roubar em confronto com a vítima (por ex., "bater carteira", arrancar bolsas, extorquir ou assaltar à mão armada) (Critério A6); ou forçar alguém a manter atividade sexual consigo (Critério A7). A violência física pode assumir a forma de estupro, agressão ou, em casos raros, homicídio.

A destruição deliberada da propriedade alheia é um aspecto característico deste transtorno, podendo incluir a provocação deliberada de incêndios com a intenção de causar sérios danos (Critério A8) ou destruição deliberada da propriedade alheia de outras maneiras (por ex., quebrar vidros de automóveis, praticar vandalismo na escola) (Critério A9).

A defraudação ou furto é comum, podendo incluir a invasão de casa, prédio ou automóvel alheios (Critério A10); mentir ou romper promessas com freqüência para obter bens ou favores ou para evitar débitos ou obrigações (por ex., ludibriar outras pessoas) (Critério A11); ou furtar objetos de valor sem confronto com a vítima (por ex., furtar em lojas, falsificar documentos) (Critério A12).

Caracteristicamente, os indivíduos com este transtorno também cometem sérias violações de regras (por ex., escolares, parentais). As crianças com o transtorno freqüentemente apresentam um padrão, iniciando-se antes dos 13 anos, de permanência fora de casa até tarde da noite, apesar de proibições dos pais (Critério A13). Pode haver um padrão de fugas de casa durante a noite (Critério A14). Para ser considerada um sintoma de Transtorno da Conduta, a fuga deve ter ocorrido pelo menos duas vezes (ou apenas uma vez, sem o retorno do indivíduo por um extenso período). Os episódios de fuga que ocorrem como consequência direta de abuso físico ou sexual não se qualificam tipicamente para este critério. As crianças com este transtorno podem, com freqüência, faltar à escola sem justificativa, iniciando-se este comportamento antes dos 13 anos (Critério A15). Em indivíduos mais velhos, isso se manifesta por constantes ausências do emprego, sem uma boa razão.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta**

### **Subtipos**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta \ Subtipos**

Dois subtipos de Transtorno da Conduta são oferecidos, com base na idade de início do transtorno (isto é, Tipo com Início na Infância e Tipo com Início na Adolescência). Os subtipos diferem com relação à natureza característica dos problemas de conduta apresentados, curso, prognóstico e distribuição entre os gêneros. Ambos os subtipos podem ocorrer de forma leve, moderada ou severa. Na avaliação da idade de início do transtorno, as informações devem ser obtidas, preferivelmente, do jovem e de seus responsáveis. Uma vez que muitos dos comportamentos podem ser ocultados, os pais ou responsáveis podem não relatar todos os sintomas e superestimar a idade de seu início.

**Tipo com Início na Infância.** Este subtipo é definido pelo início de pelo menos um critério característico de Transtorno da Conduta antes dos 10 anos de idade. Os indivíduos com o Tipo com Início na Infância em geral são do sexo masculino, freqüentemente demonstram agressividade física para com outros, têm relacionamentos perturbados com seus pares, podem ter Transtorno Desafiador Opositivo durante um período precoce da infância e geralmente apresentam sintomas que satisfazem todos os critérios para Transtorno da Conduta antes da puberdade. Esses indivíduos estão mais propensos a terem Transtorno da Conduta persistente e a desenvolverem Transtorno da Personalidade Anti-Social na idade adulta do que aqueles com o Tipo com Início na Adolescência.

**Tipo com Início na Adolescência.** Este subtipo é definido pela ausência de quaisquer critérios característicos do Transtorno da Conduta antes dos 10 anos de idade. Em comparação com o Tipo com Início na Infância, esses indivíduos estão menos propensos a apresentar comportamentos agressivos e tendem a ter relacionamentos mais normais com seus pares (embora freqüentemente apresentem problemas de conduta na companhia de outros). Eles também estão menos propensos a terem um Transtorno da Conduta persistente ou a desenvolverem Transtorno da Personalidade Anti-Social na idade adulta. A razão de homens para mulheres com Transtorno da Conduta é menor para o Tipo com Início na Adolescência do que para o Tipo com Início na Infância.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta**

**Níveis de Gravidade**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta \ Níveis de Gravidade**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Leve.** Poucos problemas de conduta — se existem — excedendo aqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, e os problemas de conduta causam danos relativamente pequenos a outros (por ex., mentiras, gazetas à escola, permanência na rua à noite sem permissão).

**Moderado.** O número de problemas de conduta e o efeito sobre os outros são intermediários entre "leves" e "severos" (por ex., furtos sem confronto com a vítima, vandalismo).

**Severo.** Muitos problemas de conduta além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou os problemas de conduta causam danos consideráveis a outros (por ex., sexo forçado, crueldade física, uso de arma, roubo com confronto com a vítima, arrombamento e invasão).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta \ Características e Transtornos Associados**

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** Os indivíduos com Transtorno da Conduta podem ter pouca empatia e pouca preocupação pelos sentimentos, desejos e bem-estar alheios. Especialmente em situações ambíguas, os indivíduos agressivos com este transtorno em geral percebem mal as intenções dos outros, interpretando-as como mais hostis e ameaçadoras do que de fato são, e respondem com uma agressão que então percebem como razoável e justificada. Eles podem ser grosseiros e não possuir sentimentos apropriados de culpa ou remorso. Pode ser difícil avaliar a autenticidade do remorso demonstrado, pois esses indivíduos aprendem que a expressão de culpa pode reduzir ou evitar punições. Os indivíduos com este transtorno podem facilmente delatar seus companheiros e tentar culpar outras pessoas por seus atos. A auto-estima em geral é baixa, embora o indivíduo possa projetar uma imagem de "durão". Fraca tolerância à frustração, irritabilidade, acessos de raiva e imprudência são aspectos freqüentemente associados. Os índices de acidentes parecem ser mais altos entre os indivíduos com Transtorno da Conduta do que naqueles sem a condição.

O Transtorno da Conduta freqüentemente está associado com um início precoce de comportamento sexual, consumo de álcool, uso de substâncias ilícitas e atos imprudentes e arriscados. O uso de drogas ilícitas pode aumentar o risco de persistência do Transtorno da Conduta. Os comportamentos do Transtorno da Conduta podem levar à suspensão ou expulsão da escola, problemas de ajustamento no trabalho, dificuldades legais, doenças sexualmente transmissíveis,

gravidez não planejada e ferimentos por acidentes ou lutas corporais. Esses problemas podem impedir o comparecimento a escolas normais ou à vida na casa dos pais ou em lares adotivos. Ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio completo ocorrem em índices superiores ao esperado. O Transtorno da Conduta pode estar associado com inteligência inferior à média. O rendimento escolar, particularmente em leitura e outras habilidades verbais, em geral está abaixo do nível esperado com base na idade e na inteligência, podendo justificar o diagnóstico adicional de Transtorno da Aprendizagem ou Transtorno da Comunicação. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é comum em crianças com Transtorno da Conduta. O Transtorno da Conduta também pode estar associado com um ou mais dos seguintes transtornos mentais: Transtornos da Aprendizagem, Transtorno de Ansiedade, Transtorno do Humor e Transtornos Relacionados a Substâncias. Os seguintes fatores podem predispor o indivíduo ao desenvolvimento do Transtorno da Conduta: rejeição e negligência parental, temperamento difícil no bebê, práticas inconsistentes de criação dos filhos com disciplina rígida, abuso físico ou sexual, falta de supervisão, institucionalização nos primeiros anos de vida, mudanças freqüentes dos responsáveis pela criança, família muito numerosa, associação com um grupo de companheiros delinqüentes e certas espécies de psicopatologia na família.

Achados laboratoriais associados. Em alguns estudos, freqüência cardíaca e condução cutânea mais baixas foram observadas em indivíduos com Transtorno da Conduta, em comparação com aqueles sem o transtorno. Entretanto, os níveis de excitação fisiológica não são diagnósticos do transtorno.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta**

**Aspectos Específicos à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta \ Aspectos Específicos à Cultura, à Idade e ao Gênero**

Alguns profissionais já manifestaram a preocupação de que o diagnóstico de Transtorno da Conduta possa, ocasionalmente, ser mal aplicado a indivíduos em contextos nos quais os padrões de comportamento indesejável às vezes são vistos como protetores (por ex., contexto ameaçador, empobrecido, com alto índice de criminalidade). Consoante à definição de transtorno mental do DSM-IV, o diagnóstico de Transtorno da Conduta aplica-se apenas quando o comportamento em questão é sintomático de uma disfunção básica interior ao indivíduo e não uma mera reação ao contexto social imediato. Além disso, jovens imigrantes de países assolados pela guerra, com uma história de comportamentos agressivos que

podem ter sido necessários à sua sobrevivência naquele contexto, não indicariam, necessariamente, um diagnóstico de Transtorno da Conduta. Pode ser útil considerar o contexto sócio-econômico no qual os comportamentos indesejáveis ocorreram.

Os sintomas do transtorno variam com a idade, à medida que o indivíduo desenvolve maior força física, capacidades cognitivas e maturidade sexual. Comportamentos menos severos (por ex., mentir, furtar em lojas, entrar em lutas corporais) tendem a emergir primeiro, enquanto outros (por ex., roubo) tendem a manifestar-se mais tarde. Entretanto, existem amplas diferenças entre os indivíduos, sendo que alguns se envolvem em comportamentos mais prejudiciais em uma idade precoce.

O Transtorno da Conduta, especialmente do Tipo com Início na Infância, é muito mais comum no sexo masculino. As diferenças entre gêneros também são encontradas em tipos específicos de problemas de conduta. Os homens com um diagnóstico de Transtorno da Conduta freqüentemente apresentam lutas, furtos, vandalismo e problemas de disciplina na escola. As mulheres com diagnóstico de Transtorno da Conduta tendem mais a apresentar mentiras, gazeta à escola, fugas, uso de substâncias e prostituição. Enquanto a agressão com confronto é mais comum entre os homens, as mulheres tendem mais a usar comportamentos sem confronto.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta \ Prevalência**

A prevalência de Transtorno da Conduta parece ter aumentado nas últimas décadas, podendo ser superior em contextos urbanos, em comparação com a área rural. As taxas variam amplamente, dependendo na natureza da população amostrada e dos métodos de determinação: para os homens com menos de 18 anos, as taxas variam de 6 a 16%; para as mulheres, as taxas vão de 2 a 9%. O Transtorno da Conduta é uma das condições mais freqüentemente diagnosticada em instituições de saúde mental ambulatoriais e de internação para crianças.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta**



**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta \ Curso**

O Transtorno da Conduta pode iniciar já aos 5 ou 6 anos de idade, mas habitualmente aparece ao final da infância ou início da adolescência. O início após os 16 anos é raro. O curso do Transtorno da Conduta é variável. Na maioria dos indivíduos, ele apresenta remissão na idade adulta. Entretanto, uma proporção substancial dos indivíduos continua apresentando, na idade adulta, comportamentos que satisfazem os critérios para Transtorno da Personalidade Anti-Social. Muitos indivíduos com Transtorno da Conduta, particularmente aqueles com Tipo com Início na Adolescência e aqueles com sintomas mais leves e em menor número, conseguem um ajustamento social e profissional na idade adulta. O início precoce prediz um pior prognóstico e um risco aumentado de Transtorno da Personalidade Anti-Social e Transtornos Relacionados a Substâncias na vida adulta. Os indivíduos com Transtorno da Conduta estão em risco de posteriormente desenvolver Transtorno do Humor ou Transtorno de Ansiedade, Transtornos Somatoformes e Transtornos Relacionados a Substâncias.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta \ Padrão Familiar**

Estimativas obtidas a partir de estudos de gêmeos e de adoções mostram que o Transtorno da Conduta tem componentes tanto genéticos quanto ambientais. O risco de Transtorno da Conduta é maior em crianças com um dos pais biológicos ou adotivos com Transtorno da Personalidade Anti-Social ou um irmão com Transtorno da Conduta. O transtorno também parece ser mais comum em filhos de pais biológicos com Dependência de Álcool, Transtornos do Humor ou Esquizofrenia ou pais biológicos com história de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade ou Transtorno da Conduta.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta \ Diagnóstico Diferencial**

Embora o **Transtorno Desafiador Opositivo** inclua algumas das características observadas no Transtorno da Conduta (por ex., desobediência e oposição a figuras de autoridade), ele não inclui o padrão persistente das formas mais sérias de comportamento, nas quais são violados os direitos básicos dos outros ou as normas ou regras sociais apropriadas à idade. Quando o padrão de comportamento do indivíduo satisfaz os critérios para Transtorno da Conduta e Transtorno Desafiador Opositivo, o diagnóstico de Transtorno da Conduta assume precedência e não é diagnosticado o Transtorno Desafiador Opositivo.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta \ Diagnóstico Diferencial**

Embora as crianças com **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade** freqüentemente apresentem um comportamento impulsivo ou hiperativo que pode ser perturbador, este comportamento, em si, não viola as normas sociais apropriadas à idade e, portanto, não satisfaz, habitualmente, os critérios para o Transtorno da Conduta. Quando são satisfeitos os critérios para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtorno da Conduta, aplicam-se ambos os diagnósticos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta \ Diagnóstico Diferencial**

Irritabilidade e problemas de conduta freqüentemente ocorrem em crianças ou adolescentes que passam por um **Episódio Maníaco**. Esses geralmente podem ser diferenciados do padrão de problemas de conduta vistos no Transtorno da Conduta, com base no curso episódico e sintomas concomitantes característicos de um Episódio Maníaco. Se os critérios para ambas as condições são satisfeitos, aplicam-se os diagnósticos tanto de Transtorno da Conduta quanto de Transtorno Bipolar I.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta \ Diagnóstico Diferencial**

O diagnóstico de **Transtorno de Ajustamento** (Com Perturbação da Conduta ou Com Perturbação Mista das Emoções e Conduta) deve ser considerado se problemas de conduta clinicamente significativos que não satisfazem os critérios

para um outro transtorno específico se desenvolvem em clara associação com o início de um estressor psicossocial. Problemas de conduta isolados que não satisfazem os critérios para Transtorno da Conduta ou Transtorno de Ajustamento podem ser codificados como **Comportamento Anti-Social da Criança ou Adolescente** (veja "Outras Condições que Podem Ser o Foco de Atenção Clínica", pp. 643-644). O Transtorno da Conduta é diagnosticado apenas se os problemas de conduta representam um padrão repetitivo e persistente associado com prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta \ Diagnóstico Diferencial**

Para indivíduos com mais de 18 anos, um diagnóstico de Transtorno da Conduta aplica-se apenas se não forem satisfeitos os critérios para **Transtorno da Personalidade Anti-Social**. O diagnóstico de Transtorno da Personalidade Anti-Social é vedado a indivíduos com menos de 18 anos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta \ Diagnóstico Diferencial**

**Crítérios Diagnósticos para F91.8 - 312.8 Transtorno da Conduta**

**A. Um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros ou normas ou regras sociais importantes apropriadas à idade, manifestado pela presença de três (ou mais) dos seguintes critérios nos últimos 12 meses, com pelo menos um critério presente nos últimos 6 meses:**

**Agressão a pessoas e animais**

- (1) freqüentemente provoca, ameaça ou intimida outros
- (2) freqüentemente inicia lutas corporais
- (3) utilizou uma arma capaz de causar sério dano físico a outros (por ex., bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, arma de fogo)
- (4) foi fisicamente cruel com pessoas
- (5) foi fisicamente cruel com animais
- (6) roubou com confronto com a vítima (por ex., bater carteira, arrancar bolsa, extorsão, assalto à mão armada)
- (7) forçou alguém a ter atividade sexual consigo

**Destruição de propriedade**

- (8) envolveu-se deliberadamente na provocação de incêndio com a intenção de causar sérios danos
- (9) destruiu deliberadamente a propriedade alheia (diferente de provocação de incêndio)

**Defraudação ou furto**

(10) arrombou residência, prédio ou automóvel alheios

(11) mente com freqüência para obter bens ou favores ou para evitar obrigações legais (isto é, ludibria outras pessoas)

(12) roubou objetos de valor sem confronto com a vítima (por ex., furto em lojas, mas sem arrombar e invadir; falsificação)

**Sérias violações de regras**

(13) freqüentemente permanece na rua à noite, apesar de proibições dos pais, iniciando antes dos 13 anos de idade

(14) fugiu de casa à noite pelo menos duas vezes, enquanto vivia na casa dos pais ou lar adotivo (ou uma vez, sem retornar por um extenso período)

(15) freqüentemente gazeteia à escola, iniciando antes dos 13 anos de idade

**B. A perturbação no comportamento causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.**

**C. Se o indivíduo tem 18 anos ou mais, não são satisfeitos os critérios para o Transtorno da Personalidade Anti-Social.**

**Especificar tipo com base na idade de início:**

**Tipo com Início na Infância:** Início de pelo menos um critério característico de Transtorno da Conduta antes dos 10 anos de idade.

**Tipo com Início na Adolescência:** ausência de quaisquer critérios característicos de Transtorno da Conduta antes dos 10 anos de idade.

**Especificar gravidade:**

**Leve:** poucos problemas de conduta, se existem, além daqueles exigidos para fazer o diagnóstico e os problemas de conduta causam apenas um dano pequeno a outros.

**Moderado:** número de problemas de conduta e efeito sobre outros são intermediários, entre "leve" e "severo".

**Severo:** muitos problemas de conduta além daqueles exigidos para fazer o diagnóstico ou problemas de conduta que causam dano considerável a outros.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Disruptivo**

**F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo**

**APÊNDICE D(52)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo \ Características Diagnósticas**

A característica essencial do Transtorno Desafiador Opositivo é um padrão recorrente de comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil para com figuras de autoridade, que persiste por pelo menos 6 meses (Critério A) e se caracteriza pela ocorrência freqüente de pelo menos quatro dos seguintes comportamentos: perder a paciência (Critério A1), discutir com adultos (Critério A2), desafiar ativamente ou recusar-se a obedecer a solicitações ou regras dos adultos (Critério A3), deliberadamente fazer coisas que aborrecem outras pessoas (Critério A4), responsabilizar outras pessoas por seus próprios erros ou mau comportamento (Critério A5), ser suscetível ou facilmente aborrecido pelos outros (Critério A6), mostrar-se enraivecido e ressentido (Critério A7), ou ser rancoroso ou vingativo (Critério A8). A fim de se qualificarem para o Transtorno Desafiador Opositivo, os comportamentos devem ocorrer com mais freqüência do que se observa tipicamente em indivíduos de idade e nível de desenvolvimento comparáveis e deve acarretar prejuízo significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional (Critério B). O diagnóstico não é feito se a perturbação do comportamento ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico ou do Humor (Critério C) ou se são satisfeitos os critérios para Transtorno de Conduta ou Transtorno da Personalidade Anti-Social (em um indivíduo com mais de 18 anos).

Os comportamentos negativistas ou desafiadores são expressados por teimosia persistente, resistência a ordens e relutância em comprometer-se, ceder ou negociar com adultos ou seus pares. O desafio também pode incluir testagem deliberada ou persistente dos limites, geralmente ignorando ordens, discutindo e deixando de aceitar a responsabilidade pelas más ações. A hostilidade pode ser dirigida a adultos ou a seus pares, sendo demonstrada ao incomodar deliberadamente ou agredir verbalmente outras pessoas (em geral sem a agressão física mais séria vista no Transtorno da Conduta). As manifestações do transtorno

estão quase que invariavelmente presentes no contexto doméstico, mas podem não ser evidentes na escola ou na comunidade. Os sintomas do transtorno tipicamente se evidenciam mais nas interações com adultos ou companheiros a quem o indivíduo conhece bem, podendo assim não serem perceptíveis durante o exame clínico. Em geral, os indivíduos com este transtorno não se consideram oposicionais ou desafiadores, mas justificam seu comportamento como uma resposta a exigências ou circunstâncias irracionais.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo \ Características e Transtornos Associados**

As características e transtornos associados variam em função da idade do indivíduo e gravidade do Transtorno Desafiador Opositivo. No sexo masculino, o transtorno é mais prevalente entre aqueles indivíduos que, nos anos pré-escolares, têm temperamento problemático (por ex., alta reatividade, dificuldade em serem acalmados) ou alta atividade motora. Durante os anos escolares, pode haver baixa auto-estima, instabilidade do humor, baixa tolerância à frustração, blasfêmias e uso precoce de álcool, tabaco ou drogas ilícitas. Existem, freqüentemente, conflitos com os pais, professores e companheiros. Pode haver um círculo vicioso, no qual os pais e a criança trazem à tona o que há de pior um do outro. O Transtorno Desafiador Opositivo é mais prevalente em famílias nas quais os cuidados da criança são perturbados por uma sucessão de diferentes responsáveis ou em famílias nas quais práticas rígidas, inconsistentes ou negligentes de criação dos filhos são comuns. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é comum em crianças com Transtorno Desafiador Opositivo, bem como os Transtornos da Aprendizagem e da Comunicação.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo**

**Características Específicas à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na**

**Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento  
Diruptivo \ F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo \ Características Específicas  
à Idade e ao Gênero**

Uma vez que o comportamento oposicional temporário é muito comum em crianças pré-escolares e adolescentes, deve-se ter cuidado ao fazer o diagnóstico de Transtorno Desafiador Opositivo, especialmente durante esses períodos do desenvolvimento. O número de sintomas de oposição tende a aumentar com a idade. O transtorno é mais prevalente em homens do que em mulheres antes da puberdade, mas as taxas são provavelmente iguais após a puberdade. Os sintomas em geral são similares em ambos os gêneros, à exceção do fato de que os homens podem apresentar mais comportamentos de confronto e sintomas mais persistentes.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na  
Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento  
Diruptivo \ F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na  
Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento  
Diruptivo \ F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo \ Prevalência**

As taxas de Transtorno Desafiador Opositivo são de 2 a 16%, dependendo da natureza da amostra populacional e métodos de determinação.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na  
Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento  
Diruptivo \ F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na  
Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento  
Diruptivo \ F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo \ Curso**

O Transtorno Desafiador Opositivo em geral se manifesta antes dos 8 anos de idade e habitualmente não depois do início da adolescência. Os sintomas positivos freqüentemente emergem no contexto doméstico, mas com o tempo podem aparecer também em outras situações. O início é tipicamente gradual, em geral se estendendo por meses ou anos. Em uma proporção significativa dos casos, o Transtorno Desafiador Opositivo é um antecedente evolutivo do Transtorno da Conduta.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo \ Padrão Familiar**

O Transtorno Desafiador Opositivo parece ser mais comum em famílias nas quais pelo menos um dos pais tem uma história de Transtorno do Humor, Transtorno Desafiador Opositivo, Transtorno da Conduta, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno da Personalidade Anti-Social ou um Transtorno Relacionado a Substâncias. Além disso, alguns estudos sugerem que as mães com Transtorno Depressivo estão mais propensas a terem filhos com comportamento oposicional, mas não está claro o grau em que a depressão materna é causa ou conseqüência do comportamento oposicional nas crianças. O Transtorno Desafiador Opositivo é mais comum em famílias nas quais existe séria discórdia conjugal.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo \ Diagnóstico Diferencial**

Os comportamentos diruptivos dos indivíduos com Transtorno Desafiador Opositivo têm uma natureza menos severa do que os de indivíduos com Transtorno da Conduta e tipicamente não incluem agressão a pessoas ou animais, destruição de propriedades ou um padrão de furto ou fraude. Uma vez que todos os aspectos do Transtorno Desafiador Opositivo em geral estão presentes no **Transtorno da Conduta**, aquele não é diagnosticado se são satisfeitos os critérios para Transtorno da Conduta. O comportamento opositivo é uma característica associada comum dos **Transtornos do Humor** e dos **Transtornos Psicóticos** que se apresentam em crianças e adolescentes, não devendo ser diagnosticado em separado se os sintomas ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno do Humor ou Psicótico. Os comportamentos de oposição também devem ser diferenciados do comportamento diruptivo que resulta da desatenção e impulsividade no **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**.



Quando os dois transtornos ocorrem simultaneamente, ambos os diagnósticos devem ser feitos. Em indivíduos com **Retardo Mental**, um diagnóstico de Transtorno Desafiador Opositivo é dado apenas se o comportamento oposicional é acentuadamente maior do que aquele em geral observado entre indivíduos de idade, gênero e gravidade do Retardo Mental comparáveis. O Transtorno Desafiador Opositivo também deve ser diferenciado de um fracasso em obedecer a comandos resultante de **prejuízo na compreensão da linguagem** (por ex., perda auditiva, Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva). O comportamento oposicional é uma **característica típica de certos estágios do desenvolvimento** (por ex., infância ou adolescência). Um diagnóstico de Transtorno Desafiador Opositivo deve ser considerado apenas se os comportamentos ocorrem com maior frequência e têm conseqüências mais sérias do que se observa tipicamente em outros indivíduos de estágio evolutivo comparável e se acarretam prejuízo significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional. Um novo início de comportamentos opositivos na adolescência pode ser devido ao processo normal de individuação.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios Diagnósticos para F91.3 - 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo**

**A. Um padrão de comportamento negativista, hostil e desafiador durando pelo menos 6 meses, durante os quais quatro (ou mais) das seguintes características estão presentes:**

- (1) freqüentemente perde a paciência
- (2) freqüentemente discute com adultos
- (3) com freqüência desafia ou se recusa ativamente a obedecer a solicitações ou regras dos adultos
- (4) freqüentemente perturba as pessoas de forma deliberada
- (5) freqüentemente responsabiliza os outros por seus erros ou mau comportamento
- (6) mostra-se freqüentemente suscetível ou é aborrecido com facilidade pelos outros
- (7) freqüentemente enraivecido e ressentido
- (8) freqüentemente rancoroso ou vingativo

**Obs: Considerar o critério satisfeito apenas se o comportamento ocorre com maior freqüência do que se observa tipicamente em indivíduos de idade e nível de desenvolvimento comparáveis.**

**B. A perturbação do comportamento causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.**

C. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico ou Transtorno do Humor.

D. Não são satisfeitos os critérios para Transtorno da Conduta e, se o indivíduo tem 18 anos ou mais, não são satisfeitos os critérios para Transtorno da Personalidade Anti-Social.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo**

**F91.9 - 312.9 Transtorno de Comportamento Diruptivo Sem Outra Especificação**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo \ F91.9 - 312.9 Transtorno de Comportamento Diruptivo Sem Outra Especificação**

Esta categoria é usada para transtornos caracterizados por conduta ou comportamentos desafiadores opositivos que não satisfazem os critérios para Transtorno da Conduta ou Transtorno Desafiador Opositivo. Por exemplo, incluir as apresentações clínicas que não satisfazem todos os critérios para Transtorno Desafiador Opositivo ou para Transtorno da Conduta, mas nas quais existe um prejuízo clinicamente significativo.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**

**Transtornos de Alimentação da Primeira Infância**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância**  
**APÊNDICE D(53)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância**

Os Transtornos de Alimentação da Primeira Infância caracterizam-se por perturbações persistentes no comportamento alimentar. Os transtornos

específicos incluídos são Pica, Transtorno de Ruminação e Transtorno de Alimentação da Primeira Infância. Observe que Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa estão incluídas na seção "Transtornos Alimentares" (ver [p. 511](#)).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância**

**F98.3 - 307.52 Pica**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.3 - 307.52 Pica**

**APÊNDICE D(54)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.3 - 307.52 Pica**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.3 - 307.52 Pica**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.3 - 307.52 Pica \ Características e Transtornos Associados**

A Pica freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.3 - 307.52 Pica**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.3 - 307.52 Pica \ 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 freqüência em crianças pequenas e, ocasionalmente, em mulheres grávidas.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.3 - 307.52 Pica**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.3 - 307.52 Pica \ Prevalência**

Os dados epidemiológicos sobre a Pica são limitados. A condição freqüentemente

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.3 - 307.52 Pica**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.3 - 307.52 Pica \ 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 freqüentemente, até a idade adulta. Em indivíduos com Retardo Mental, o comportamento pode diminuir durante a idade adulta.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.3 - 307.52 Pica**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.3 - 307.52 Pica \ 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 Ruminação, Transtorno de Alimentação da Primeira Infância, Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa) pelo consumo de substâncias não nutritivas.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.3 - 307.52 Pica \ Diagnóstico Diferencial**

**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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância**

**F98.2 - 307.53 Transtorno de Ruminação**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.53 Transtorno de Ruminação**

**APÊNDICE D(55)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.53 Transtorno de Ruminação**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.53 Transtorno de Ruminação \ Características Diagnósticas**

**A característica essencial do Transtorno de Ruminação 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.53 Transtorno de Ruminação**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.53 Transtorno de Ruminação \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.53 Transtorno de Ruminação**

### Prevalência

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.53 Transtorno de Ruminação \ Prevalência**

O Transtorno de Ruminação parece ser incomum. É possível que ocorra com maior frequência no sexo masculino.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.53 Transtorno de Ruminação**

### Curso

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.53 Transtorno de Ruminação \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.53 Transtorno de Ruminação**

### Diagnóstico Diferencial

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.53 Transtorno de Ruminação \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.53 Transtorno de Ruminação \ Diagnóstico Diferencial**

**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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância**

**F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância**

**APÊNDICE D(56)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância \ Características e Transtornos Associados**

**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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância \ Características e Transtornos Associados**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância**

#### **Características Específicas à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância**

#### **Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância**

#### **Curso**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância \ Diagnóstico Diferencial**

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 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Alimentação da Primeira Infância \ F98.2 - 307.59 Transtorno de Alimentação da Primeira Infância \ Diagnóstico Diferencial**

**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 \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

### Transtornos de Tique

## TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique

### APÊNDICE D(57)

## TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique

Quatro transtornos estão incluídos nesta seção: Transtorno de Tourette, Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico, Transtorno de Tique Transitório e 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, freqüentemente 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).

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ 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 freqüentemente 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 conseqüência 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique

##### F95.2 - 307.23 Transtorno de Tourette

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.2 - 307.23 Transtorno de Tourette

##### Características Diagnósticas

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.2 - 307.23 Transtorno de Tourette \ 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, 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.2 - 307.23 Transtorno de Tourette \ Características Diagnósticas**

A localização anatômica, o número, a freqüência, a complexidade e a gravidade dos tiques mudam com o tempo. Eles tipicamente envolvem a cabeça e, com freqüência, 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 freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.2 - 307.23 Transtorno de Tourette**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.2 - 307.23 Transtorno de Tourette \ 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 freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.2 - 307.23 Transtorno de Tourette**

**Aspectos Específicos à Cultura e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.2 - 307.23 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.2 - 307.23 Transtorno de Tourette**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.2 - 307.23 Transtorno de Tourette \ Prevalência**

O Transtorno de Tourette ocorre em aproximadamente 4-5 em cada 10.000 indivíduos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.2 - 307.23 Transtorno de Tourette**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.2 - 307.23 Transtorno de**

### **Tourette \ 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, freqüência 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.

### **TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.2 - 307.23 Transtorno de Tourette**

#### **Padrão Familiar**

### **TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.2 - 307.23 Transtorno de Tourette \ 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 freqüência têm um outro transtorno mental (por ex., Transtorno Invasivo do Desenvolvimento) ou uma condição médica geral (por ex., um transtorno convulsivo).

### **TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.2 - 307.23 Transtorno de Tourette**

#### **Diagnóstico Diferencial**

### **TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.2 - 307.23 Transtorno de**

**Tourette \ Diagnóstico Diferencial**

Consultar a seção "Diagnóstico Diferencial" para Transtornos de Tique (pp. 98-99).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.2 - 307.23 Transtorno de Tourette \ Diagnóstico Diferencial**

**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).**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique**

**F95.1- 307.22 Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.1- 307.22 Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ 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 (veja p. 99), 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.1- 307.22 Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.1- 307.22 Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico \ Diagnóstico Diferencial**

Consultar a seção "Diagnóstico Diferencial" para os Transtornos de Tique (pp. 98-99).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.1- 307.22 Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico \ Diagnóstico Diferencial**

**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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique

**F95.0 - 307.21 Transtorno de Tique  
Transitório**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.0 - 307.21 Transtorno de Tique Transitório

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.0 - 307.21 Transtorno de Tique Transitório \ 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 (ver p. 101), exceto que a gravidade dos sintomas e o prejuízo funcional são habitualmente muito mais tênues.

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.0 - 307.21 Transtorno de Tique

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Transitório

### Especificadores

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.0 - 307.21 Transtorno de Tique Transitório \ Especificadores

O curso do Transtorno de Tique Transitório pode ser indicado especificando-se **Episódio Único** ou **Recorrente**.

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.0 - 307.21 Transtorno de Tique Transitório

### Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.0 - 307.21 Transtorno de Tique Transitório \ Diagnóstico Diferencial

Consultar a seção "Diagnóstico Diferencial" para os Transtornos de Tique ([pp. 98-99](#)).

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.0 - 307.21 Transtorno de Tique Transitório \ Diagnóstico Diferencial

#### Crterios Diagnsticos para F95.0 - 307.21 Transtorno de Tique Transitrio

A. Tiques motores e/ou tiques vocais, isolados ou mltiplos (isto , movimentos ou vocalizaes sbitas, rpidas, recorrentes, no rtmicas e estereotipadas).

B. Os tiques ocorrem muitas vezes ao dia, quase todos os dias, por pelo menos 4 semanas, mas por no mais de 12 meses consecutivos.

C. A perturbao causa acentuado sofrimento ou prejuzo significativo no funcionamento social, ocupacional ou outras reas da vida do indivduo.

D. O inccio da-se antes dos 18 anos de idade.

E. A perturbao no se deve aos efeitos fisiolgicos diretos de uma substncia (por ex., estimulantes) ou a uma condio mdica geral (por ex., doena de Huntington ou encefalite ps-viral).

F. Jamais foram satisfeitos os critrios para Transtorno de Tourette ou Transtorno

de Tique Motor ou Vocal Crônico.

Especificar se:  
Episódio Único ou Recorrente

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique

**F95.9 - 307.20 Transtorno de Tique Sem Outra Especificação**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos de Tique \ F95.9 - 307.20 Transtorno de Tique Sem Outra Especificação

Esta categoria destina-se a transtornos caracterizados por tiques que não preenchem os critérios para Transtornos de Tique específicos. Exemplos incluem tiques com duração inferior a 4 meses ou tiques com um início após os 18 anos de idade.

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

**Transtornos da Excreção**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção

**Encoprese**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ Encoprese

[APÊNDICE D\(58\)](#)

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ Encoprese

**Características Diagnósticas**

## TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ 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 incontinência 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 freqüentemente 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 incontinência por hiperfluxo secundária à retenção fecal.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ Encoprese

### Subtipos

## TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ Encoprese \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ Encoprese**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ Encoprese \ Características e Transtornos Associados**

A criança com encoprese com freqüência 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ Encoprese**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ Encoprese \ Prevalência**

Estima-se que aproximadamente 1% das crianças com 5 anos de idade têm encoprese, o transtorno sendo mais comum no sexo masculino.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ Encoprese**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ Encoprese \ 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 esfinteriano 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ Encoprese**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ Encoprese \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ Encoprese \ Diagnóstico Diferencial**

**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**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção**

**F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral)**

**APÊNDICE D(59)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral)**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ 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 freqüência 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral)**

### Subtipos

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ Subtipos**

A situação na qual a Enurese ocorre pode ser anotada com base em um dos seguintes subtipos:

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ Subtipos**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ Subtipos**

**Noturna e Diurna.** Este subtipo é definido como uma combinação dos dois subtipos acima.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral)**

### Características e Transtornos Associados

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não**

**Devido a uma Condição Médica Geral) \ 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 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 esfíncteriano, estresse psicossocial, uma disfunção na capacidade de concentrar a urina e um limiar de volume vesical mais baixo para o esvaziamento involuntário.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral)**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral)**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ 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 frequentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral)**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral)**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Transtornos da Excreção \ F98.0 - 307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ Diagnóstico Diferencial**

**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 frequência 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**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**

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

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência**

#### **F93.0 - 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 - 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação**

**APÊNDICE D(60)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 - 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação**

### **Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na**

**Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ 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.



**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 - 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação**

**Especificador**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 - 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação \ Especificador**

**Início Precoce.** Este especificador pode ser usado para indicar o início do transtorno antes dos 6 anos de idade.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 - 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 - 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação \ 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 freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 - 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 - 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 - 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 -**

**309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 -**

**309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 -**

**309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 -**

**309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 -**

**309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação \ 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 freqüente em filhos de mães com Transtorno de Pânico.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 -**

**309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 - 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação \ 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 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F93.0 - 309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação \ Diagnóstico Diferencial**

**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**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



- (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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência

**F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo  
(anteriormente Mutismo Eletivo)**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo (anteriormente Mutismo Eletivo)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**APÊNDICE D(61)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo (anteriormente Mutismo Eletivo)**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo (anteriormente Mutismo Eletivo) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo (anteriormente Mutismo Eletivo)**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo (anteriormente Mutismo Eletivo) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo (anteriormente Mutismo Eletivo)**

**Características Específicas à Cultura e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo (anteriormente Mutismo Eletivo) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo (anteriormente Mutismo Eletivo)**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo (anteriormente Mutismo Eletivo) \ Prevalência**

O Mutismo Seletivo é aparentemente raro, sendo encontrado em menos de 1% dos indivíduos vistos em contextos de saúde mental.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo (anteriormente Mutismo Eletivo)**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo (anteriormente Mutismo Eletivo) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo (anteriormente Mutismo Eletivo)**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo (anteriormente Mutismo Eletivo) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.0 - 313.23 Mutismo Seletivo (anteriormente Mutismo Eletivo) \ Diagnóstico Diferencial**

**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 duração da perturbação é de no mínimo 1 mês (não limitada ao primeiro mês de escolarização).

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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência

**F94.x - 313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.x - 313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância

APÊNDICE D(62)

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.x - 313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ 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 esquiva) (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 freqüentes de pais adotivos) (Critério C3). Os cuidados patológicos supostamente respondem pela perturbação na interação social (Critério D).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.x - 313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância**

**Subtipos**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.x - 313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.x - 313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância \ Subtipos**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.x - 313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância**

### Características e Transtornos Associados

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.x - 313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância \ 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.x - 313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância**

### Prevalência

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.x - 313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância \ Prevalência**

Os dados epidemiológicos são limitados, mas o Transtorno de Apego Reativo parece ser muito raro.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.x - 313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância**

### Curso

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.x -**

**313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.x -**

**313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.x -**

**313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F94.x - 313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância \ Diagnóstico Diferencial**

**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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência**

**F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado  
(anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito)**

**APÊNDICE D(63)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito)**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ 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).

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito) \ Características Diagnósticas**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito)**

**Especificadores**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito) \ 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito)**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito) \ 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito) \ Características e Transtornos Associados**

**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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito) \ Características e Transtornos Associados**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito)**

**Características Específicas à Idade e ao Gênero**



**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito)**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito)**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito) \ Curso**

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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito)**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito) \ Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito) \ Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ F98.4 - 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado (anteriormente Transtorno de Estereotipia/do Hábito) \ Diagnóstico Diferencial**

**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).

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência

**F98.9 - 313.9 Transtorno da Infância ou Adolescência Sem Outra Especificação**

TRANSTORNOS \ Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência \ Outros Transtornos da Infância ou Adolescência \ 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.

TRANSTORNOS

## Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos

APÊNDICE D(64)

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos

Esta seção inclui Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Transtorno Cognitivo Sem Outra Especificação. A perturbação predominante é um déficit clinicamente significativo na cognição ou memória que representa uma alteração importante em relação ao nível anterior de funcionamento. Para cada transtorno nesta seção, a etiologia é uma condição médica geral (embora a condição médica

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



geral específica possa não ser identificável) ou uma substância (uma droga de abuso, medicamento ou toxina), ou uma combinação desses fatores.

No DSM-III-R, esses transtornos foram colocados em uma seção intitulada "Síndromes e Transtornos Mentais Orgânicos". A expressão transtorno mental orgânico foi abandonada no DSM-IV, por implicar, incorretamente, que transtornos mentais "não-orgânicos" não possuem uma base biológica. No DSM-IV, os transtornos anteriormente denominados "transtornos mentais orgânicos" foram agrupados em três seções:

- 1) Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos;
- 2) Transtornos Mentais Devido a Uma Condição Médica Geral; e
- 3) Transtornos Relacionados a Substâncias.

### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos

Um **Delirium** é caracterizado por uma perturbação na consciência e por uma alteração na cognição que se desenvolvem em um curto período de tempo. Os transtornos incluídos na seção relativa a "Delirium" são relacionados de acordo com a suposta etiologia: Delirium Devido a uma Condição Médica Geral, Delirium Induzido por Substância (isto é, devido a uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a toxina), Delirium Devido a Múltiplas Etiologias ou Delirium Sem Outra Especificação (se a etiologia é indeterminada).

### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos

Uma **Demência** caracteriza-se por múltiplos déficits cognitivos que incluem prejuízo de memória. As Demências também são relacionadas de acordo com sua suposta etiologia: Demência do Tipo Alzheimer, Demência Vascular, Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais (por ex., doença do vírus da imunodeficiência adquirida [HIV], traumatismo craniano, doença de Parkinson, doença de Huntington) Demência Persistente Induzida por Substância, (isto é, devido a uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina), Demência Devido a Múltiplas Etiologias ou Demência Sem Outra Especificação (se a etiologia é indeterminada).

### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos

Um **transtorno amnésico** é caracterizado por prejuízo de memória na ausência de outros prejuízos cognitivos significativos. Os transtornos na seção relativa a "Transtornos Amnésicos" também são relacionados de acordo com a possível etiologia: Transtorno Amnésico Devido a uma Condição Médica Geral, Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância ou Transtorno Amnésico Sem Outra Especificação.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos**

O **Transtorno Cognitivo Sem Outra Especificação** serve para apresentações caracterizadas por disfunção cognitiva presumivelmente devido a uma condição médica geral ou uso de substância que não satisfazem os critérios para quaisquer dos transtornos relacionados em outro ponto desta seção.

Um texto introdutório discute as características gerais de cada grupo de transtornos, independentemente de sua etiologia, seguido de texto e critérios para cada transtorno com etiologia específica.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos**

**Delirium**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium**

**APÊNDICE D(65)**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico 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) e **Delirium Devido a Múltiplas Etiologias**. Além disso, **Delirium Sem Outra Especificação** está incluído nesta seção para apresentações nas quais o clínico é incapaz de determinar uma etiologia específica para o delirium.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium**

**Características Diagnósticas**

## TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ 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 conseqüência 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 freqüência 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.

## **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ Características Diagnósticas**

## **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium**

### **Características e Transtornos Associados**

## **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ 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.

## **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium**

### **Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

## **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ 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.

## **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium**

### **Prevalência**

## **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos**

**Cognitivos \ 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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ 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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ 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 etiológicamente relacionada à aparente perturbação cognitiva.

## **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

### Cognitivos \ Delirium \ Diagnóstico Diferencial

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**.

### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium

#### F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral

### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral

#### Características e Aspectos Associados

### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ 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" ([p. 161](#)).

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 sangüínea elevada) ocorrem com freqüência. 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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral**

**Procedimentos de Registro**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ 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 Vasculare, 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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral**

**Condições Médicas Gerais Associadas**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos**

Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ 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.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial

Consultar as pp. 124-125 para uma discussão geral acerca do diagnóstico diferencial de delirium.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial

**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).**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral

#### Delirium Induzido por Substância

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ Delirium Induzido por Substância

#### Características Diagnósticas e Aspectos Associados

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ Delirium Induzido por Substância \ Características Diagnósticas e Aspectos Associados

Os aspectos descritivos do Delirium Induzido por Substância (Critérios A-C) são discutidos às pp. 122-123. 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 (ver critérios estabelecidos para Delirium por Intoxicação com Substância, pp. 128-129).

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. Para uma discussão mais detalhada sobre as características associadas com Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [p. 171](#).

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ Delirium Induzido por Substância**

**Procedimentos de Registro**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ Delirium Induzido por Substância \ 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.



TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ Delirium Induzido por Substância

**Substâncias Específicas**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ Delirium Induzido por Substância \ 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 (freqüentemente 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.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ Delirium Induzido por Substância

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ Delirium Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial

Consultar as [pp. 124-125](#) para uma discussão geral sobre o diagnóstico diferencial do delirium e as [pp. 185-186](#) para uma discussão sobre o diagnóstico diferencial de Intoxicação e Abstinência de Substância.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos

Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ Delirium Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial

**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 etiológicamente 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]).

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ Delirium Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial

**Crterios Diagnsticos para Delirium por Abstinncia de Substncia**

**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.

**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]).

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral

**Delirium Devido a Múltiplas Etiologias**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ 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).

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ Delirium Devido a Múltiplas Etiologias**

**Procedimentos de Registro**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ Delirium Devido a Múltiplas Etiologias \ 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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.0 - 293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral \ Delirium Devido a Múltiplas Etiologias \ Procedimentos de Registro**

**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.**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium

**F05.9 - 780.09 Delirium Sem Outra Especificação**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ 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).

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Delirium \ F05.9 - 780.09 Delirium Sem Outra Especificação

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos

**Demência**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência

APÊNDICE D(66)

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência

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. As características diagnósticas relacionadas na próxima seção envolvem a **Demência do 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.

## **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência**

### **Características Diagnósticas**

#### **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ 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.

#### **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Características Diagnósticas**

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).

#### **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Características Diagnósticas**

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.

#### **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Características Diagnósticas**

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).

## **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Características Diagnósticas**

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.

## TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência

### Características e Transtornos Associados

## TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ 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 Vascular. Os múltiplos prejuízos cognitivos da demência freqüentemente 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 freqüentemente 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.

#### **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Características e Transtornos 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.

#### **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Características e Transtornos Associados**

**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 B<sub>12</sub>), 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).

#### **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Cognitivos \ Demência

**Características Específicas à Cultura e à Idade**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ 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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Características Específicas à Cultura e à Idade**

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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência**

**Prevalência**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ 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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ 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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Curso**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência**

## Diagnóstico Diferencial

### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ 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 (ver Demência Devido a Múltiplas Etiologias, p. 150). 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.

### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Diagnóstico Diferencial

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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

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**.

#### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Diagnóstico Diferencial

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.

#### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Diagnóstico Diferencial

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.

#### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Diagnóstico Diferencial

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.

#### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência

##### F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer

#### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer

##### Características Diagnósticas

#### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do 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 B<sub>12</sub>, infecção com HIV), ou efeitos persistentes de uma substância (por ex., álcool) (Critério D). Caso exista uma etiologia adicional (por ex., traumatismo craniano piorando a demência do Tipo Alzheimer), ambos os tipos de demência devem ser codificados (ver Demência Devido a Múltiplas Etiologias, p. 150). A Demência do Tipo Alzheimer não deve ser diagnosticada se os sintomas ocorrem exclusivamente durante o delírium (Critério E). Entretanto, este pode estar sobreposto a uma Demência preexistente do Tipo Alzheimer, devendo, neste caso, ser indicado o subtipo Com Delírium. Finalmente, os déficits cognitivos não são melhor explicados por um outro transtorno do Eixo I (por ex., Transtorno Depressivo Maior ou Esquizofrenia) (Critério F).

## TRANSTORNOS \ Delírium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer

### Subtipos e Especificadores

## TRANSTORNOS \ Delírium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer \ 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.

## TRANSTORNOS \ Delírium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer \ Subtipos e Especificadores

Os subtipos seguintes (cada um com seu próprio código individual) devem ser usados para indicar o aspecto predominante da apresentação clínica atual:

**Com Delírium.** Este subtipo é usado se o delírium 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).

## TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer

### Procedimentos de Registro

## TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer \ 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.

## TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer \ Procedimentos de Registro

· 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.

## TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer \ Procedimentos de Registro

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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer \ 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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer \ Características e Transtornos Associados**

**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 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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer**

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer \ 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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer \ 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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer \ 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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos**

**Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer \ 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.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer \ Diagnóstico Diferencial  
Apresentamos na [p. 135](#) uma discussão geral do diagnóstico diferencial de demência.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer \ Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F00.xx - Demência do Tipo Alzheimer \ Diagnóstico Diferencial

**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)

**B. Os déficits cognitivos nos Critérios A1 e A2 causam, cada qual, prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio**

significativo em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento.

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 B<sub>12</sub> 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 delírium.

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 Delírium: se delírium 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 Delírium: se delírium 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 \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência

**F01.xx - 290.xx Demência Vascular  
(anteriormente Demência Multi-Infarto)**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vascular (anteriormente Demência Multi-Infarto)

#### **Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vascular (anteriormente Demência Multi-Infarto) \ Características Diagnósticas

Os déficits cognitivos (Critério A) e o comprometimento exigido (Critério B) para o diagnóstico de Demência Vascular são discutidos às pp. 130-133. Deve haver evidências de doença cerebrovascular (isto é, sinais e sintomas neurológicos focais ou evidências laboratoriais) consideradas etiologicamente relacionadas com a demência (Critério C). Os sinais e sintomas neurológicos focais incluem resposta extensora plantar, paralisia pseudobulbar, anormalidades da marcha, exagero dos reflexos tendinosos profundos ou fraqueza de uma das extremidades. A tomografia computadorizada (TC) do crânio e a imagem por ressonância magnética (IRM) geralmente evidenciam múltiplas lesões vasculares do córtex cerebral e estruturas subcorticais. A Demência Vascular não é diagnosticada se os sintomas ocorrem exclusivamente durante um delirium (Critério D). Entretanto, este pode estar sobreposto a uma Demência Vascular preexistente e, neste caso, o subtipo Com Delirium deve ser indicado.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vascular (anteriormente Demência Multi-Infarto)

#### **Subtipos**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos

**Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vasculares (anteriormente Demência Multi-Infarto) \ Subtipos**

Os subtipos seguintes (cada um dos quais com seu próprio código) devem ser usados para indicar a característica predominante da apresentação clínica atual:

**Com Delirium:** Este subtipo é usado se há delirium sobreposto à demência.

**Com Delírios:** Este subtipo é usado se delírios são a característica predominante.

**Com Humor Deprimido:** Este subtipo é usado se humor deprimido (incluindo apresentações que satisfazem os critérios de sintomas para um Episódio Depressivo Maior) é a característica predominante. Um diagnóstico separado de Transtorno de Humor Devido a uma Condição Médica Geral não é dado.

**Sem Complicações:** Este subtipo é usado se nenhuma das características anteriores predomina na apresentação clínica atual.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vasculares (anteriormente Demência Multi-Infarto) \ Subtipos**

O especificador **Com Perturbação do Comportamento** (que não pode ser codificado) também pode ser usado para indicar perturbações comportamentais clinicamente significativas (por ex., vagar a esmo pelas ruas).

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vasculares (anteriormente Demência Multi-Infarto)**

**Procedimentos de Registro**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vasculares (anteriormente Demência Multi-Infarto) \ Procedimentos de Registro**

Por convenção da CID-9-MC, apenas Demência Vasculares e Demência do Tipo Alzheimer têm subtipos codificáveis. Os códigos diagnósticos para Demência Vasculares dependem do subtipo para as características predominantes: 290.41 para Com Delirium, F01.81- 290.42 para Com Delírios, F01.83 - 290.43 para Com Humor Deprimido, F01.80 - 290.40 para Sem Complicações. O especificador Com Perturbação do Comportamento não é codificado e pode ser aplicado a cada um dos subtipos acima (por ex., 290.43 Demência Vasculares, Com Humor Deprimido, com Perturbação do Comportamento). Além disso, a condição cerebrovascular (por ex., 436 acidente cerebrovascular) deve ser codificada no Eixo III.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vasculare (anteriormente Demência Multi-Infarto)

**Características e Transtornos Associados**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vasculare (anteriormente Demência Multi-Infarto) \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** Apresentamos na p. 133 uma discussão geral sobre as características e transtornos associados com a demência.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vasculare (anteriormente Demência Multi-Infarto) \ Características e Transtornos Associados

**Achados laboratoriais associados.** A extensão das lesões do sistema nervoso central detectadas pela TC e IRM na Demência Vasculare tipicamente excede a extensão das alterações detectadas no cérebro de pessoas idosas saudáveis (por ex., hiperintensidades periventriculares e da substância branca observadas em IRMs). As lesões freqüentemente aparecem tanto nas estruturas da substância branca quanto da cinzenta, incluindo regiões e núcleos subcorticais. Evidências de antigos infartos (por ex., atrofia focal) podem ser detectadas, bem como achados de doença mais recente. Os achados do EEG podem refletir lesões focais no cérebro. Além disso, pode haver evidências laboratoriais de condições cardíacas e vasculares sistêmicas associadas (por ex., anormalidades no EEG, evidência laboratorial de insuficiência renal).

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vasculare (anteriormente Demência Multi-Infarto) \ Características e Transtornos Associados

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.** Os sinais neurológicos comuns (por ex., reflexos anormais, fraqueza em uma das extremidades, perturbações da marcha) são discutidos na seção "Características Diagnósticas". Existem, freqüentemente, evidências de hipertensão arterial de longa duração (por ex., anormalidades fundoscópicas, coração aumentado de tamanho), valvulopatia (por ex., sons cardíacos anormais) ou doença vascular extra-craniana, que podem ser fontes de embolia cerebral. Um único acidente vascular encefálico pode causar uma alteração circunscrita do estado mental (por ex., afasia após uma lesão do hemisfério esquerdo, ou transtorno amnésico por infarto na distribuição das artérias cerebrais posteriores), mas em geral não causa Demência Vasculare, a qual resulta, tipicamente, da ocorrência de múltiplos acidentes vasculares encefálicos, geralmente em diferentes momentos.



**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vascular (anteriormente Demência Multi-Infarto)**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vascular (anteriormente Demência Multi-Infarto) \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**Apresentamos na p. 134 uma discussão geral acerca das características ligadas à cultura e à idade na demência.**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vascular (anteriormente Demência Multi-Infarto) \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**O início da Demência Vascular é tipicamente mais precoce do que o da Demência do Tipo Alzheimer. O transtorno é aparentemente mais comum em homens do que em mulheres.**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vascular (anteriormente Demência Multi-Infarto)**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vascular (anteriormente Demência Multi-Infarto) \ Prevalência**

**A Demência Vascular, conforme relatos, é muito menos comum do que a Demência do Tipo Alzheimer.**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vascular (anteriormente Demência Multi-Infarto)**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos**

Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vascul ar (anteriormente Demência Multi-Infarto) \ Curso

Apresentamos na [p. 134](#) uma discussão geral sobre o curso da demência.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vascul ar (anteriormente Demência Multi-Infarto) \ Curso

O início da Demência Vascul ar é tipicamente súbito, seguido por um curso flutuante e gradativo, caracterizado por rápidas alterações no funcionamento, ao invés de uma progressão lenta. O curso, entretanto, pode ser altamente variável, e um início insidioso com declínio gradual também é encontrado. Em geral o padrão deficitário é lacunar, dependendo das regiões do encéfalo que foram destruídas. Certas funções cognitivas podem ser afetadas precocemente, enquanto outras permanecem relativamente intactas. O tratamento precoce da hipertensão e doença vascul ar pode evitar uma maior progressão.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vascul ar (anteriormente Demência Multi-Infarto)

#### Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vascul ar (anteriormente Demência Multi-Infarto) \ Diagnóstico Diferencial

Apresentamos na [p. 135](#) uma discussão geral sobre o diagnóstico diferencial da demência.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vascul ar (anteriormente Demência Multi-Infarto) \ Diagnóstico Diferencial

#### Critérios Diagnósticos para F01.xx - 290.xx Demência Vascul ar

A. Desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos manifestados tanto por (1) quanto por (2):

(1) comprometimento da memória (capacidade prejudicada de aprender novas informações ou de 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 função motora intacta)

(c) agnosia (fracasso em reconhecer ou identificar objetos, apesar de função

sensorial intacta)

(d) perturbação do funcionamento executivo (isto é, planejamento, organização, seqüenciamento, abstração)

**B. Os déficits cognitivos nos Critérios A1 e A2 causam, cada qual, um prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo em relação a um nível anterior de funcionamento.**

**C. Sinais e sintomas neurológicos focais (por ex., exagero dos reflexos tendinosos profundos, resposta extensora plantar, paralisia pseudobulbar, anormalidades da marcha, fraqueza em uma das extremidades) ou evidências laboratoriais indicativas de uma doença cerebrovascular (por ex., múltiplos infartos envolvendo o córtex e substância branca) considerados etiologicamente relacionados à perturbação.**

**D. Os déficits não ocorrem exclusivamente durante o curso de um delirium.**

**Codificar com base nas características predominantes:**

**290.41 Com Delirium: se delirium está sobreposto à demência.**

**F01.81 - 290.42 Com Delírios: se delírios são a característica predominante.**

**F01.83 - 290.43 Com Humor Deprimido: se humor deprimido (incluindo apresentações que satisfazem todos os critérios de sintomas para Episódio Depressivo Maior) é a característica predominante. Um diagnóstico separado de Transtorno do Humor Devido a Uma Condição Médica Geral não é dado.**

**F01.80 - 290.40 Sem Complicações: se nenhuma das características acima predomina na apresentação clínica atual.**

**Especificar se:**

**Com Perturbação do Comportamento**

**Nota para a codificação: Codificar também a condição cerebrovascular no Eixo III.**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F01.xx - 290.xx Demência Vascular (anteriormente Demência Multi-Infarto) \ Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência**

**Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Cognitivos \ Demência \ Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ Características Diagnósticas**

Os déficits cognitivos (Critério A) e o comprometimento exigido para o diagnóstico (Critério B) de Demência Devido a outras Condições Médicas Gerais são discutidos às pp. 130-133. Deve haver evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que uma condição médica geral está etiologicamente relacionada à demência (por ex., infecção com vírus da imunodeficiência humana [HIV], lesão traumática do cérebro, doença de Parkinson, doença de Huntington, doença de Pick, doença de Creutzfeldt-Jakob, hidrocefalia de pressão normal, hipotireoidismo, tumor cerebral ou deficiência de vitamina B<sub>12</sub>) (Critério C). A Demência Devido a uma Condição Médica Geral não é diagnosticada se os sintomas ocorrem exclusivamente durante o delirium (Critério D). Entretanto, este pode estar sobreposto a uma Demência Devido a uma Condição Médica Geral preexistente e, neste caso, ambos os diagnósticos devem ser feitos.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ Características Diagnósticas**

Ao determinar se a demência se deve a uma condição médica geral, o clínico precisa, em primeiro lugar, estabelecer a presença desta condição. Além disso, ele deve estabelecer que a demência está etiologicamente relacionada à condição médica geral através de um mecanismo fisiológico. Uma avaliação detalhada e abrangente de múltiplos fatores é necessária para este julgamento. Embora não existam diretrizes infalíveis para estabelecer uma relação etiológica entre a demência e a condição médica geral, diversas considerações oferecem alguma orientação nesta área. Uma destas considerações diz respeito à presença de uma associação temporal entre o início ou exacerbação da condição médica geral e o início dos déficits cognitivos. As evidências da literatura que sugerem uma possível associação direta entre a condição médica geral em questão e o desenvolvimento da demência podem oferecer um contexto útil na avaliação de uma situação específica. Além disso, o clínico também deve determinar que a perturbação não é melhor explicada por Demência do Tipo Alzheimer, Demência Vasculares, Demência Persistente Induzida por Substância ou um outro transtorno mental (por ex., Transtorno Depressivo Maior). Essas determinações são explicadas em maiores detalhes na seção "Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral" (p. 161).

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Cognitivos \ Demência \ Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \  
Características Diagnósticas

Apresentamos na [p. 133](#) uma discussão geral sobre as características e transtornos associados com a demência.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais

**Procedimentos de Registro**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \  
Procedimentos de Registro

Algumas das Demências Devido a Uma Condição Médica Geral possuem códigos específicos ([ver conjunto de critérios](#)). Os códigos e os termos diagnósticos são selecionados com base na condição etiológica específica (por ex., 294.1 Demência Devido à Doença de Parkinson). A condição etiológica (por ex., 332.0 Doença de Parkinson) deve também ser registrada no Eixo III. Uma categoria residual (codificada como 294.1) está incluída para condições etiológicas não listadas especificamente e é registrada anotando-se tanto a demência quanto a condição etiológica específica (por ex., 294.1 Demência Devido a Hipotireoidismo) no Eixo I. O código da CID-9-MC para a condição etiológica também deve ser anotado no Eixo III (por ex., 244.9 hipotireoidismo). ([Ver Apêndice G](#) para uma lista de códigos diagnósticos selecionados da CID-9-MC para condições médicas gerais).

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \  
Procedimentos de Registro

Em um indivíduo com história estabelecida de demência, um Delirium Devido a uma Condição Médica Geral sobreposto deve ser anotado codificando-se tanto a demência quanto o Delirium no Eixo I (por ex., 294.1 Demência devido à Doença de Parkinson e 293.0 Delirium Devido à Encefalopatia Hepática). Isto contrasta com a Demência do Tipo Alzheimer e a Demência Vasculares, nas quais é especificado o subtipo Com Delirium.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência

**F02.4 - 294.9 Demência Devido à Doença do HIV**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.4 - 294.9 Demência Devido à Doença do HIV**

A característica essencial da Demência Devido à Doença do HIV é a presença de uma demência considerada uma consequência fisiopatológica direta da doença do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Os achados neuropatológicos envolvem, com maior frequência, a destruição difusa e multifocal da substância branca e das estruturas subcorticais. O liquor pode evidenciar proteínas normais ou levemente elevadas e uma discreta linfocitose, podendo o HIV em geral ser isolado diretamente a partir do liquor. A demência associada a uma infecção direta do sistema nervoso central pelo HIV tipicamente se caracteriza por esquecimento, lentificação, fraca concentração e dificuldades com a resolução de problemas. As manifestações comportamentais incluem, com maior frequência, apatia e retraimento social, às vezes acompanhados por delirium, delírios ou alucinações. Tremor, comprometimento de movimentos repetitivos rápidos, desequilíbrio, ataxia, hipertonia, hiper-reflexia generalizada, sinais positivos de liberação frontal e prejuízo nos movimentos oculares de acompanhamento visual e sacádicos podem estar presentes no exame físico. As crianças também podem desenvolver Demência Devido à Doença do HIV, tipicamente manifestada por atraso do desenvolvimento, hipertonia, microcefalia e calcificação dos gânglios basais. A demência em associação com a infecção por HIV também pode resultar de tumores simultâneos no sistema nervoso central (por ex., linfoma primário do sistema nervoso central) e de infecções oportunistas (por ex., toxoplasmose, citomegalovírus, criptococose, tuberculose e sífilis) e, neste caso, o tipo apropriado de demência deve ser diagnosticado (por ex., 294.1 Demência Devido à Toxoplasmose). Infecções sistêmicas incomuns (por ex., pneumonia por *Pneumocystis carinii*) ou neoplasias (por ex., sarcoma de Kaposi) também podem estar presentes.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência**

**F02.8 - 294.1 Demência Devido a Traumatismo Craniano**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Traumatismo Craniano**

A característica essencial da Demência Devido a Traumatismo Craniano é a presença de uma demência considerada uma consequência fisiopatológica direta de traumatismo craniano. O grau e o tipo de prejuízos cognitivos ou perturbações comportamentais dependem da localização e extensão da lesão cerebral. Uma amnésia pós-traumática frequentemente está presente, bem como um comprometimento persistente da memória. Uma variedade de outros sintomas

comportamentais podem manifestar-se, com ou sem a presença de déficits motores ou sensoriais. Esses sintomas incluem afasia, problemas de atenção, irritabilidade, ansiedade, depressão ou instabilidade afetiva, apatia, aumento da agressividade ou outras alterações da personalidade. A Intoxicação com Álcool ou outra Substância freqüentemente está presente em indivíduos com traumatismos cranianos agudos, e um concomitante Abuso ou Dependência de Substância pode estar presente. O traumatismo craniano ocorre mais freqüentemente em homens jovens e tem sido associado a comportamentos de risco. Quando ocorre no contexto de um dano isolado, a Demência Devido a Traumatismo Craniano geralmente não é progressiva, mas repetidos danos cranianos (por ex., em lutadores de boxe) podem levar a uma demência progressiva (a chamada demência pugilística). Um único trauma craniano seguido por um declínio progressivo na função cognitiva deve levantar a possibilidade de um outro processo sobreposto, tal como hidrocefalia ou um Episódio Depressivo Maior.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência**

**F02.3 - 294.1 Demência Devido à Doença de Parkinson**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.3 - 294.1 Demência Devido à Doença de Parkinson**

A característica essencial da Demência Devido à Doença de Parkinson é a presença de uma demência considerada uma consequência fisiopatológica direta dessa doença. A Doença de Parkinson é uma condição neurológica lentamente progressiva, caracterizada por tremor, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural. A demência ocorre, conforme relatos, em aproximadamente 20-60% dos indivíduos com Doença de Parkinson, com maior tendência a estar presente em indivíduos mais velhos, com doença mais severa ou em estágio mais avançado. A demência associada à Doença de Parkinson caracteriza-se por lentificação cognitiva e motora, disfunção executiva e comprometimento da evocação de recordações. O declínio no desempenho executivo em indivíduos com Doença de Parkinson é freqüentemente exacerbado pela depressão. Achados no exame físico incluem os sinais motores anormais característicos de tremor de repouso, evidências de lentidão e pobreza dos movimentos (como micrografia) ou rigidez muscular e perda de movimentos associados. Na autópsia, uma perda neural e corpos de Lewy são evidentes na substância nigra. Diversas síndromes podem manifestar-se como demência, transtornos de movimento parkinsonianos e características neurológicas adicionais (por ex., paralisia supranuclear progressiva, degeneração olivopontocerebelar e Demência Vasculare). Alguns indivíduos com Doença de Parkinson e demência apresentam, na autópsia, uma neuropatologia coexistente, indicativa de doença de Alzheimer ou de doença

difusa dos corpos de Lewy.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência

**F02.2 - 294.1 Demência Devido à Doença de Huntington**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.2 - 294.1 Demência Devido à Doença de Huntington

A característica essencial da Demência Devido à Doença de Huntington é a presença de uma demência considerada uma consequência fisiopatológica direta dessa doença. A doença de Huntington é uma condição degenerativa, hereditária e progressiva da cognição, emoção e movimentos. A doença afeta homens e mulheres igualmente e é transmitida por um gene autossômico dominante único no braço curto do cromossomo 4. A doença geralmente é diagnosticada no final da casa dos 30 anos e início dos 40, mas pode começar já aos 4 anos, na forma juvenil, ou aos 85 anos, na forma de início tardio. O início da doença de Huntington freqüentemente é prenunciado por alterações insidiosas do comportamento e personalidade, incluindo depressão, irritabilidade e ansiedade. Alguns indivíduos apresentam anormalidades dos movimentos que se assemelham a uma maior inquietação motora e que, posteriormente, progridem para uma coreoatetose generalizada característica. Dificuldades com a evocação de recordações, funcionamento executivo e julgamento são comuns no início do curso, com déficits mais severos de memória ocorrendo à medida que a doença progride. Um discurso desorganizado e características psicóticas ocasionalmente estão presentes. Em uma fase tardia da doença, ventrículos característicos em forma de "vagões" podem ser vistos na imagem estrutural do cérebro, devido à atrofia do corpo estriado. A tomografia por emissão de pósitron (TEP) pode mostrar hipometabolismo estriatal no início do curso da doença. Os filhos de indivíduos com doença de Huntington têm uma chance de 50% de desenvolverem a doença, sendo que um teste genético está disponível para determinar com relativa certeza se determinado indivíduo em risco está propenso a desenvolvê-la; entretanto, esta testagem pode ser melhor administrada por centros com experiência em aconselhamento e seguimento de indivíduos em risco para a doença de Huntington.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência

**F02.0 - 290.10 Demência Devido à Doença de Pick**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS



**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.0 - 290.10 Demência Devido à Doença de Pick**

A característica essencial da Demência Devido à Doença de Pick é a presença de uma demência considerada uma consequência fisiopatológica direta dessa doença. A doença de Pick é uma condição degenerativa do cérebro que afeta particularmente os lobos frontal e temporal. Como em outras demências do lobo frontal, a doença de Pick caracteriza-se clinicamente por alterações da personalidade no início do curso, deterioração das habilidades sociais, embotamento emocional, desinibição comportamental e anormalidades proeminentes da linguagem. Dificuldades com a memória, apraxia e outros aspectos da demência em geral ocorrem mais tarde no curso da doença. Reflexos primitivos importantes (sucção, preensão) podem estar presentes. À medida que progride a demência, pode ser acompanhada por apatia ou extrema agitação. Os indivíduos podem desenvolver problemas tão severos na linguagem, atenção ou comportamento, a ponto de dificultar a avaliação de seu grau de prejuízo cognitivo. A imagem estrutural do cérebro tipicamente revela atrofia frontal e / ou temporal proeminente, e a imagem funcional pode localizar hipometabolismo fronto-temporal, mesmo na ausência de uma nítida atrofia cerebral. O transtorno manifesta-se mais habitualmente em indivíduos entre os 50 e os 60 anos de idade, embora possa ocorrer em indivíduos mais velhos. A doença de Pick é uma das etiologias patologicamente distintas dentro do grupo heterogêneo dos processos demenciantes associados com atrofia cerebral fronto-temporal. O diagnóstico específico de uma demência do lobo frontal, como a doença de Pick, geralmente é estabelecido na autópsia com o achado patológico característico de corpos argentofílicos de inclusão de intraneuronal de Pick. Clinicamente, a doença de Pick em geral não pode ser diferenciada com certeza dos casos atípicos de doença de Alzheimer ou de outras demências que afetam os lobos frontais.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência**

**F02.1 - 290.10 Demência Devido à Doença de Creutzfeldt-Jakob**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.1 - 290.10 Demência Devido à Doença de Creutzfeldt-Jakob**

A característica essencial de Demência Devido à Doença de Creutzfeldt-Jakob é a presença de uma demência considerada uma consequência fisiopatológica direta dessa doença. A doença de Creutzfeldt-Jakob faz parte das encefalopatias espongiiformes subagudas, um grupo de doenças do sistema nervoso central causadas por agentes transmissíveis conhecidos como "vírus lentos" ou prions. Tipicamente, os indivíduos com doença de Creutzfeldt-Jakob manifestam a tríade

clínica de demência, movimentos involuntários (particularmente mioclono) e atividade EEG periódica. Entretanto, até 25% dos indivíduos com o transtorno podem ter apresentações atípicas, podendo a doença ser confirmada apenas por biópsia ou na autópsia, com a demonstração de alterações neuropatológicas espongiiformes. A doença de Creutzfeldt-Jakob pode desenvolver-se em qualquer idade nos adultos, porém mais tipicamente entre 40 e 60 anos de idade. De 5 a 15% dos casos podem ter um componente familiar. Os sintomas prodrômicos da doença de Creutzfeldt-Jakob podem incluir fadiga, ansiedade ou problemas com apetite, sono ou concentração e ser seguidos, após várias semanas, por falta de coordenação, visão alterada, marcha anormal ou outros movimentos que podem ser mioclônicos, coreoatetóides ou balísticos, juntamente com uma demência de rápida progressão. A doença tipicamente progride com muita rapidez ao longo de alguns meses, embora mais raramente possa progredir ao longo de anos, assemelhando-se a outras demências. Não existem achados distintivos na análise do liquor, e uma atrofia inespecífica pode aparecer na neuroimagem. Na maioria dos indivíduos, o EEG tipicamente revela descargas agudas periódicas, freqüentemente trifásicas e sincrônicas em uma taxa de 0,5-2 Hz em algum ponto durante o curso do transtorno. O agente transmissível supostamente responsável pela doença de Creutzfeldt-Jakob é resistente à fervura, formalina, álcool e radiação ultra-violeta, mas pode ser inativado por autoclave pressurizada ou por alvejante. A transmissão por transplante de córnea e injeção do fator de crescimento humano foi documentada, e casos de transmissão a profissionais da saúde já foram informalmente relatados. Portanto, ao fazer uma neurocirurgia, biópsia cerebral ou autópsia cerebral, deve-se tomar as precauções universais com tecidos e equipamentos que entram em contato com o tecido.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência**

**F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais**

Além das categorias específicas já descritas, diversas outras condições médicas gerais podem causar demência. Essas condições incluem lesões estruturais (tumores cerebrais primários ou secundários, hematoma subdural, hidrocefalia de progressão lenta ou pressão normal), condições endócrinas (hipotireoidismo, hipercalcemia, hipoglicemia), condições nutricionais (deficiências de tiamina, niacina e vitamina B<sub>12</sub>), outras condições infecciosas (neurossífilis, criptococose), distúrbios das funções renal e hepática e outras condições neurológicas tais como esclerose múltipla. Causas incomuns de danos ao sistema nervoso central, tais

como choque elétrico ou radiação intracraniana, geralmente são evidentes a partir da anamnese. Transtornos raros tais como doenças de armazenagem da infância e da idade adulta têm uma história familiar ou apresentação clínica definidas. Os achados associados do exame físico e testes laboratoriais e outras características clínicas dependem da natureza e gravidade da condição médica geral.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ Diagnóstico Diferencial

Apresentamos na [p. 135](#) uma discussão geral sobre o diagnóstico diferencial da demência.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ Diagnóstico Diferencial

**Critérios Diagnósticos para Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais**

**A. Desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos manifestados por (1) ou (2):**

- (1) comprometimento da memória (capacidade prejudicada de aprender novas informações ou de 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 função motora intacta)
  - (c) agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar de função sensorial intacta)
  - (d) perturbação no funcionamento executivo (isto é, planejamento, organização, seqüenciamento, abstração)

**B. Os déficits cognitivos nos Critérios A1 e A2 causam, cada qual, um prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo a partir de um nível anterior de funcionamento.**

**C. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de uma das condições médicas gerais relacionadas adiante.**

**D. Os déficits não ocorrem exclusivamente durante o curso de um delirium.**

**F02.4 - 294.9 Demência Devido à Doença do HIV**

Nota para a codificação: Codificar também 043.1 infecção por HIV afetando sistema nervoso central no Eixo III.

**F02.8 - 294.1 Demência Devido a Traumatismo Craniano**

Nota para a codificação: Codificar também 854.00 lesão craniana no Eixo III.

**F02.3 - 294.1 Demência Devido à Doença de Parkinson**

Nota para a codificação: Codificar também 332.0 doença de Parkinson no Eixo III.

**F02.2 - 294.1 Demência Devido à Doença de Huntington**

Nota para a codificação: Codificar também 333.4 doença de Huntington no Eixo III.

**F02.0 - 290.10 Demência Devido à Doença de Pick**

Nota para a codificação: Codificar também 331.1 doença de Pick no Eixo III.

**F02.1 - 290.10 Demência Devido à Doença de Creutzfeldt-Jakob**

Nota para a codificação: Codificar também 046.1 doença de Creutzfeldt-Jakob no Eixo III.

**F02.8 - 294.1 Demência Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral Não Relacionada Antes]**

Por exemplo, hidrocefalia de pressão normal, hipotireoidismo, tumor cerebral, deficiência de vitamina B<sub>12</sub>, radiação intracraniana.

Nota para a codificação: Codificar também a condição médica geral no Eixo III ([ver Apêndice G](#) para códigos).

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais

**Demência Persistente Induzida por Substância**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ Demência Persistente Induzida por Substância

**Diagnóstico e Características Associadas**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas

**Gerais \ Demência Persistente Induzida por Substância \ Diagnóstico e Características Associadas**

Os déficits cognitivos (Critério A) e o prejuízo exigidos para o diagnóstico (Critério B) são discutidos às [pp. 130-133](#). A Demência Persistente Induzida por Substância não é diagnosticada se os sintomas não persistem além da duração habitual da Intoxicação ou Abstinência de Substância ou se ocorrem exclusivamente durante o curso de um delirium (Critério C). Entretanto, este pode estar sobreposto a uma Demência Persistente Induzida por Substância preexistente, sendo que, neste caso, ambos os diagnósticos devem ser dados. Deve haver evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que os déficits estão etiológicamente relacionados aos efeitos persistentes do uso de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento, exposição à toxina) (Critério D). Este transtorno é chamado de "persistente" porque a demência persiste por muito tempo após o indivíduo ter experimentado os efeitos da Intoxicação ou Abstinência de Substância.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ Demência Persistente Induzida por Substância \ Diagnóstico e Características Associadas**

As características associadas com a Demência Persistente Induzida por Substância são aquelas associadas com as demências em geral (ver [p. 133](#)). Mesmo que atualmente abstinente do uso de substância, a maioria dos indivíduos com este transtorno teve, anteriormente, um padrão de uso prolongado e maciço de uma substância que satisfaz os critérios para Dependência de Substância. Uma vez que esses transtornos persistem por muito tempo após a cessação do uso da substância, os exames de sangue ou urina podem ser negativos para a substância etiológica. A idade de início da Demência Persistente Induzida por Substância raramente se situa antes dos 20 anos. Este transtorno em geral tem início insidioso e progressão lenta, tipicamente durante um período em que a pessoa se qualifica para um diagnóstico de Dependência de Substância. Os déficits em geral são permanentes e podem piorar mesmo após a interrupção do uso da substância, embora alguns casos cheguem a apresentar melhora.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ Demência Persistente Induzida por Substância \ Diagnóstico e Características Associadas**

Para uma discussão mais detalhada sobre as características associadas aos Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [p. 171](#).

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas**

Gerais \ Demência Persistente Induzida por Substância

**Procedimentos de Registro**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ Demência Persistente Induzida por Substância \ Procedimentos de Registro

O nome do diagnóstico inclui a substância específica (por ex., álcool) supostamente causadora da demência. 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, o código para "Outra Substância" deve ser usado. Além disso, no caso de medicamentos prescritos em doses terapêuticas, o medicamento específico deve ser indicado, listando o código E apropriado ([ver Apêndice G](#)). Quando mais de uma substância supostamente exerce um papel significativo no desenvolvimento da demência persistente, cada uma deve ser relacionada em separado (por ex., 291.2 Demência Persistente Induzida por Álcool; 292.82 Demência Persistente Induzida por Inalante). Se uma substância é considerada o fator etiológico, mas a substância ou classe de substâncias específica é desconhecida, o diagnóstico é 292.82 Demência Persistente Induzida por Substância Desconhecida.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ Demência Persistente Induzida por Substância

**Substâncias Específicas**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ Demência Persistente Induzida por Substância \ Substâncias Específicas

A Demência Persistente Induzida por Substância pode ocorrer em associação com as seguintes classes de substâncias: álcool; inalantes; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; outras substâncias ou substâncias desconhecidas. Os medicamentos que causam demência incluem anticonvulsivantes e metotrexato intratecal. As toxinas que provocam sintomas de demência incluem chumbo, mercúrio, monóxido de carbono, inseticidas organofosfatados e solventes industriais.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ Demência Persistente Induzida por Substância

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ Demência Persistente Induzida por Substância \ Diagnóstico Diferencial  
Apresentamos na [p. 135](#) uma discussão geral sobre o diagnóstico diferencial da demência.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ Demência Persistente Induzida por Substância \ Diagnóstico Diferencial

**Critérios Diagnósticos para Demência Persistente Induzida por Substância**

**A. O desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos manifestados tanto por (1) quanto por (2)**

(1) comprometimento da memória (capacidade prejudicada de aprender novas informações ou de 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 da função motora intacta)

(c) agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar da função sensorial intacta)

(d) perturbação no funcionamento executivo (isto é, planejamento, organização, seqüenciamento, abstração)

**B. Os déficits cognitivos nos Critérios A1 e A2 causam, cada qual, um prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo a partir de um nível anterior de funcionamento.**

**C. Os déficits não ocorrem exclusivamente durante o curso de um delirium e persistem além da duração habitual da Intoxicação ou Abstinência de Substância.**

**D. Existem evidências, a partir da história, exame físico e achados laboratoriais, de que os déficits estão etiologicamente relacionados a efeitos persistentes do uso de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento).**

**Codificar Demência Persistente Induzida por [Substância Específica]:**

(F10.73 - 291.2 Álcool;

F18.73 - 292.82 Inalante;

F13.73 - 292.82 Sedativo, Hipnótico ou Ansiolítico;

F19.73 - 292.82 Outra Substância (ou Substância Desconhecida).

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos

Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais

**F02.8 - Demência Devido a Múltiplas Etiologias**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ F02.8 - Demência Devido a Múltiplas Etiologias

A categoria Demência Devido a Múltiplas Etiologias é incluída para alertar os profissionais quanto à situação comum na qual a demência tem mais de uma etiologia. Mais de uma condição médica geral pode estar etiologicamente relacionada à demência (por ex., Demência do Tipo Alzheimer e Demência Devido a Traumatismo Craniano), ou a demência pode ser devido a efeitos combinados de uma condição médica geral (por ex., doença de Parkinson) e uso de uma substância a longo prazo (por ex., Demência Persistente Induzida por Álcool).

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ F02.8 - Demência Devido a Múltiplas Etiologias

**Procedimento de Registro**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ F02.8 - Demência Devido a Múltiplas Etiologias \ Procedimento de Registro

A Demência Devido a Múltiplas Etiologias não tem seu próprio código individual nem deve ser registrada como um diagnóstico. Por exemplo, tanto a Demência do Tipo Alzheimer quanto a Demência Vasculare devem ser diagnosticadas para um indivíduo com Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, Sem Complicações, que, ao longo do curso de diversos acidentes cerebrovasculares, desenvolve um declínio adicional significativo do funcionamento cognitivo. Neste exemplo, o médico relacionaria tanto F00.2 - 290.0 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, Sem Complicações, quanto F00.2 - 290.40 Demência Vasculare, Sem Complicações, no Eixo I, e 331.0 Doença de Alzheimer e 436 Acidente Cerebrovascular no Eixo III.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais \ F02.8 - Demência Devido a Múltiplas Etiologias \ Procedimento de Registro

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F02.8 - 294.1 Demência Devido a Outras Condições Médicas



Gerais \ F02.8 - Demência Devido a Múltiplas Etiologias \ Procedimento de Registro

**Critérios Diagnósticos para F02.8 - Demência Devido a Múltiplas Etiologias**

**A. O desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos manifestados tanto por (1) quanto por (2):**

(1) comprometimento da memória (capacidade prejudicada de aprender novas informações ou de recordar informações aprendidas anteriormente)

(2) uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas:

(a) afasia (perturbação da linguagem)

(b) apraxia (capacidade prejudicada de executar atividades motoras, apesar de função motora intacta)

(c) agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar de função sensorial intacta)

(d) perturbação do funcionamento executivo (isto é, planejamento, organização, seqüenciamento, abstração)

**B. Os déficits cognitivos nos Critérios A1 e A2 causam, cada qual, um prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo a partir de um nível anterior de funcionamento.**

**C. Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que a perturbação possui mais de uma etiologia (por ex., traumatismo craniano mais uso crônico de álcool, Demência do Tipo Alzheimer com o desenvolvimento subsequente de Demência Vascolar).**

**D. Os déficits não ocorrem exclusivamente durante o curso de um delírium.**

**Nota para a codificação: Utilizar múltiplos códigos com base nas demências e etiologias específicas, por ex., 290.0 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, Sem Complicações; 290.40 Demência Vascolar, Sem Complicações.**

TRANSTORNOS \ Delírium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência

**F03 - 294.8 Demência Sem Outra Especificação**

TRANSTORNOS \ Delírium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Demência \ F03 - 294.8 Demência Sem Outra Especificação

**Esta categoria deve ser usada para o diagnóstico de uma demência que não satisfaça os critérios para qualquer um dos tipos específicos descritos nesta**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



seção.

Um exemplo é uma apresentação clínica de demência na qual há evidências insuficientes para o estabelecimento de uma etiologia específica.

## TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos

### Transtornos Amnésicos

## TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ 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 **Transtorno Amnésico Devido a uma Condição Médica Geral** (por ex., trauma físico e deficiência vitamínica) e **Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância** (incluindo efeitos colaterais de medicamentos). Além disso, o **Transtorno Amnésico Sem Outra Especificação** é incluído nesta seção para apresentações nas quais o médico é incapaz de determinar uma etiologia específica para a perturbação da memória. Os textos e critérios para os Transtornos Dissociativos envolvendo comprometimento da memória não são incluídos aqui, uma vez que estão contidos na seção sobre Transtornos Dissociativos (ver [p. 453](#)).

## TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos

[APÊNDICE D\(67\)](#)

## TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos

### Características Diagnósticas

## TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ Características Diagnósticas

Os indivíduos com um transtorno amnésico apresentam comprometimento em sua capacidade de aprender novas informações ou são incapazes de recordar

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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 delirium 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.

## **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos**

### **Características e Transtornos Associados**

## **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ 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.

## **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos**

### **Características Específicas à Cultura**

## **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ 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).

## **TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos**

## Curso

### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ 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.

### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos

## Diagnóstico Diferencial

### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ 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.

### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ Diagnóstico Diferencial

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.

#### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ Diagnóstico Diferencial

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 (p. 640) 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 freqüentemente cede resultados inconsistentes no Transtorno Factício e na Simulação) e pela ausência de uma condição médica geral ou uso de substância etiologicamente 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 \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos

**F04 - 294.0 Transtorno Amnésico Devido a Uma Condição Médica Geral**

#### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ F04 - 294.0 Transtorno Amnésico Devido a Uma Condição Médica Geral

**Características Diagnósticas e Associadas**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ F04 - 294.0 Transtorno Amnésico Devido a Uma Condição Médica Geral \ Características Diagnósticas e Associadas**

As características descritivas do Transtorno Amnésico Devido a uma Condição Médica Geral (Critérios A-C) são discutidas na [p. 152](#). Além destas, 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 etiologicamente 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" ([p. 161](#)).

Os indivíduos com Transtorno Amnésico Devido a uma Condição Médica Geral freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ F04 - 294.0 Transtorno Amnésico Devido a Uma**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Condição Médica Geral

### Especificadores

#### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ F04 - 294.0 Transtorno Amnésico Devido a Uma Condição Médica Geral \ 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.

#### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ F04 - 294.0 Transtorno Amnésico Devido a Uma Condição Médica Geral

### Procedimentos de Registro

#### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ F04 - 294.0 Transtorno Amnésico Devido a Uma Condição Médica Geral \ 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).

#### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ F04 - 294.0 Transtorno Amnésico Devido a Uma Condição Médica Geral

### Condições Médicas Gerais Associadas

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ F04 - 294.0 Transtorno Amnésico Devido a Uma Condição Médica Geral \ Condições Médicas Gerais Associadas**

Um transtorno amnésico muitas vezes ocorre em conseqüência 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).

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ F04 - 294.0 Transtorno Amnésico Devido a Uma Condição Médica Geral**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ F04 - 294.0 Transtorno Amnésico Devido a Uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial**

Apresentamos na [p. 154](#) uma discussão sobre o diagnóstico diferencial dos transtornos amnésicos.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ F04 - 294.0 Transtorno Amnésico Devido a Uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ F04 - 294.0 Transtorno Amnésico Devido a Uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial**

**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).

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos

### Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância

#### Diagnóstico e Características Associadas

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância \ Diagnóstico e Características Associadas

As características descritivas do Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância (Critérios A e B) são discutidas na [p. 152](#). 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 etiologicamente 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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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 (ver [p. 152](#)). 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.

Para uma discussão mais detalhada sobre as características associadas com os Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [p. 171](#).

## TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância

### Procedimentos de Registro

## TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ Transtorno Amnésico Persistente Induzido por 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.

## TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Substâncias Específicas**

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância \ 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) freqüentemente 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 freqüência, 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.

**TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial

Apresentamos na [p. 154](#) uma discussão geral sobre o diagnóstico diferencial dos transtornos amnésicos.

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial

**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).

TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos

**R41.3 - 294.8 Transtorno Amnésico Sem**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



### Outra Especificação

#### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Transtornos Amnésicos \ 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).

#### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos

### Outros Transtornos Cognitivos

#### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ Outros Transtornos Cognitivos

### F06.9 - 294.9 Transtorno Cognitivo Sem Outra Especificação

#### TRANSTORNOS \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos \ 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,

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



acompanhado por evidências objetivas de uma condição médica geral sistêmica ou disfunção do sistema nervoso central (ver [p. 666](#) para critérios sugeridos para pesquisas).

2. Transtorno pós-concussão: após um traumatismo craniano, comprometimento da memória ou da atenção com sintomas associados (ver, na [p. 664](#), critérios sugeridos para pesquisas).

## TRANSTORNOS

# Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

### TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica 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 uma 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral**

**293.0 Delirium Devido a uma Condição Médica Geral.** O texto e os critérios são incluídos na seção relativa a "Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos", [p. 125](#).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral**

**—.— Demência Devido a uma Condição Médica Geral.** O texto e os critérios são incluídos na seção relativa a "Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos", [p. 136](#).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral**

**294.0 Transtorno Amnésico Devido a uma Condição Médica Geral.** O texto e os critérios são incluídos na seção relativa a "Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos", [pp. 153-154](#).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral**

**F06.x - 293.8x Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral.** O texto e os critérios são incluídos na seção relativa a "Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos", [p. 294](#).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral**

**F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral.** O texto e os critérios são incluídos na seção relativa a "Transtornos do Humor", [p. 349](#).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral**

**F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral.** O texto e os critérios são incluídos na seção relativa a "Transtornos de Ansiedade", [p. 416](#).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral**

**—.— Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral.** O texto e os critérios são incluídos na seção relativa a "Transtornos Sexuais e da Identidade de



Gênero", pp. 487-488.

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral  
G47.x - 780.5x **Transtorno do Sono Devido a Uma Condição Médica Geral.** O texto  
e os critérios são incluídos na seção relativa a "Transtornos do Sono", p. 567.

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

### Características Diagnósticas

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais 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:

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \  
Características Diagnósticas

**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.**

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \  
Características Diagnósticas

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 etiologicamente 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 freqüentemente 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 tireóide). 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 tateis acompanhando 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.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ Características Diagnósticas**

### **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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ Características Diagnósticas

**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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

##### Procedimentos de Registro

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ 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 Hipotiroidismo, 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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

### Diagnóstico Diferencial

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

### F06.1 - 293.89 Transtorno Catatônico Devido a Uma Condição Médica Geral

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F06.1 - 293.89 Transtorno Catatônico Devido a Uma Condição Médica Geral  
[APÊNDICE D\(68\)](#)

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F06.1 - 293.89 Transtorno Catatônico Devido a Uma Condição Médica Geral

### Características Diagnósticas

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ 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

conseqüência 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F06.1 - 293.89 Transtorno Catatônico Devido a Uma Condição Médica Geral**

**Procedimentos de Registro**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F06.1 - 293.89 Transtorno Catatônico Devido a Uma Condição Médica Geral \ 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F06.1 - 293.89 Transtorno Catatônico Devido a Uma Condição Médica Geral**

**Condições Médicas Gerais Associadas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F06.1 - 293.89 Transtorno Catatônico Devido a Uma Condição Médica Geral \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F06.1 - 293.89 Transtorno Catatônico Devido a Uma Condição Médica Geral

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F06.1 - 293.89 Transtorno Catatônico Devido a Uma Condição Médica Geral \ 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 etiologicamente relacionada à catatonia e pela presença de outros sintomas característicos de Esquizofrenia (por 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 etiologicamente relacionada à catatonia e pela presença de sintomas que satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo Maior ou Episódio Maníaco.

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F06.1 - 293.89 Transtorno Catatônico Devido a Uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial

**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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

### F07.0 - 310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 - 310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral  
[APÊNDICE D\(69\)](#)

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 - 310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral

### Características Diagnósticas

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ 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 freqüentemente 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 freqüentemente 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 -  
310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral

**Subtipos**

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 -  
310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 -  
310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral \ Subtipos

**Tipo Desinibido.** Este subtipo é usado se a característica predominante é um fraco controle dos impulsos (evidenciado, por exemplo, por indiscrições sexuais).

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 -  
310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral \ Subtipos

**Tipo Agressivo.** Este subtipo é usado se a característica predominante é um

comportamento agressivo.

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 -  
310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral \ Subtipos  
**Tipo Apático.** Este subtipo é usado se a característica predominante é uma  
acentuada apatia e indiferença.

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 -  
310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral \ Subtipos  
**Tipo Paranóide.** Este subtipo é usado se a característica predominante é a  
presença de desconfiança ou ideação paranóide.

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 -  
310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral \ Subtipos  
**Outro Tipo.** Este subtipo seria usado, por exemplo, para uma alteração da  
personalidade associada com um transtorno convulsivo.

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 -  
310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral \ Subtipos  
**Tipo Combinado.** Este subtipo é usado se mais de um aspecto predomina no  
quadro clínico.

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 -  
310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral \ Subtipos  
**Tipo Não Especificado.**

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 -  
310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral

### Procedimentos de Registro

TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 -  
310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral \

#### 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 - 310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral**

**Condições Médicas Gerais Associadas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 - 310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 - 310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 - 310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral \ 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 freqüentemente 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 etiológicamente 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ F07.0 - 310.1 Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial

**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 delírium 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 ideação 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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

### F09 - 293.9 Transtorno Mental Sem Outra Especificação Devido a uma Condição Médica Geral

## TRANSTORNOS \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral \ 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

# Transtornos Relacionados a Substâncias

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**APÊNDICE D(70)**

**TRANSTORNOS \ 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.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Os Transtornos Relacionados a Substâncias são divididos em dois grupos: **Transtornos por Uso de Substância** (Dependência de Substância e Abuso de Substância) e **Transtornos Induzidos 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 e 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 \ Transtornos Relacionados a Substâncias

### Transtornos por Uso de Substâncias

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos por Uso de Substâncias

### Dependência de Substância

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos por Uso de Substâncias \ Dependência de Substância

### APÊNDICE D(71)

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos por Uso de Substâncias \ Dependência de Substância

### Características

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos 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.



TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos por Uso de Substâncias \ Dependência de Substância \ Características

Tabela 1. Diagnósticos associados com classes de substâncias

	Depen- dência	Abuso	Intoxi- cação	Absti- nência	Delirium por Intoxi- cação	Delirium por Absti- nência	Demência	Trans- torno Amn ésico	Trans- tornos Psicó- ticos	Trans- tornos do Humor	Transt- nos de Ansie- dade
Álcool	X	X	X	X	I	A	P	P	I/A	I/A	I/A
Anfetaminas	X	X	X	X	I				I	I/A	I
Cafeína			X								I
Canabinóides	X	X	X						I		I
Cocaína	X	X	X	X	I				I	I/A	I/A
Alucinógenos	X	X	X		I				I*	I	I
Inalantes	X	X	X		I		P		I	I	I
Nicotina	X			X							
Opióides	X	X	X	X					I	I	I
Fenciclidina	X	X	X		I				I	I	I
Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos	X	X	X	X	I	A	P	P	I/A	I/A	A
Múltiplas substâncias	X										
Outras	X	X	X	X	I	A	P	P	I/A	I/A	I/A

\* Também Transtorno Persistente da Percepção por Alucinógenos (Flashbacks)

**APÊNDICE D**

**(72)Nota:** X, I, A, I/A ou P indicam que a categoria é reconhecida pelo DSM-IV. Além disso:

**I** indica que pode ser anotado para a categoria o especificador Com Início Durante Intoxicação (exceto para Delirium por Intoxicação);

**A** indica que pode ser anotado para a categoria o especificador Com Início Durante Abstinência (exceto para Delirium por Abstinência);

**I/A** indica que tanto Com Início Durante a Intoxicação quanto Com Início Durante a Abstinência podem ser anotados para a categoria;

**P** indica que o transtorno é persistente.

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos por Uso de Substâncias \ Dependência de Substância \ Características

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.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos por Uso de Substâncias \ Dependência de Substância \ Características**

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 dispendar 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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos por Uso de Substâncias \ Dependência de Substância

### Especificadores de Curso

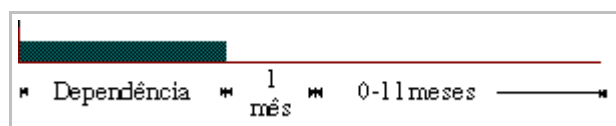
## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos por Uso de Substâncias \ Dependência de Substância \ Especificadores de Curso

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

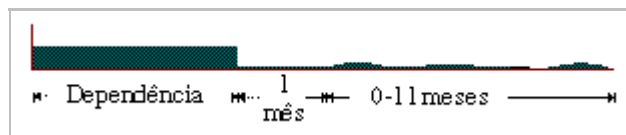
Inicial exige que novamente haja pelo menos 1 mês no qual os critérios para Dependência ou Abuso não são satisfeitos. Dois especificadores adicionais são oferecidos: Em Terapia com Agonista e Em Ambiente Controlado. Para que um indivíduo qualifique-se para a Remissão Inicial após a cessação de uma terapia 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).**

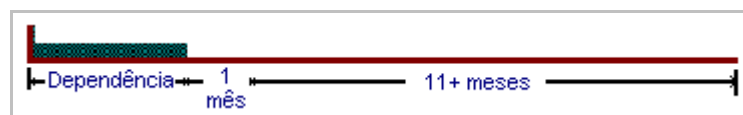
**Remissão Completa Inicial.** Este especificador é usado se, por pelo menos 1 mês, mas por menos de 12 meses, nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito.



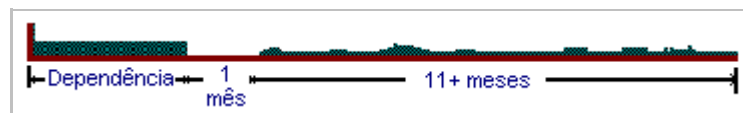
**Remissão Parcial Inicial.** Este especificador é usado se, por pelo menos 1 mês, mas menos de 12 meses, um ou mais critérios para Dependência ou Abuso foram satisfeitos (mas os critérios completos para Dependência não foram satisfeitos).



**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.



TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos por Uso de Substâncias \ Dependência de Substância \ Especificadores de Curso

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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos por Uso de Substâncias \ Dependência de Substância \ Especificadores de Curso

### 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

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos por Uso de Substâncias**

**Abuso de Substância**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos por Uso de Substâncias \ Abuso de Substância**

**APÊNDICE D(73)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos por Uso de Substâncias \ Abuso de Substância**

**Características**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos por Uso de**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



### Substâncias \ 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).

### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos por Uso de Substâncias \ Abuso de Substância \ Características

#### 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:**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



(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)

(3) problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções por conduta desordeira relacionada a 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 \ Transtornos Relacionados a Substâncias

### Transtornos Induzidos por Substâncias

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias

### Intoxicação com Substância

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Intoxicação com Substância

### APÊNDICE D(74)

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Intoxicação com Substância

### Características Diagnósticas



## **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por 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 freqüentemente 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 freqüentemente 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Intoxicação com Substância \ Características Diagnósticas**

**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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias**

**Abstinência de Substância**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância**

**APÊNDICE D(75)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ 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 (ver p. 174). A maior parte dos indivíduos com Abstinência (talvez todos) tem uma premência 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância \ Características Diagnósticas**

**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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Características associadas de Dependência, Abuso, Intoxicação e Abstinência de Substância**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância \ Características associadas de Dependência, Abuso, Intoxicação e Abstinência de Substância**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância \ Características associadas de Dependência, Abuso, Intoxicação e Abstinência 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância \ Características associadas de Dependência, Abuso, Intoxicação e Abstinência de Substância

**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. As situações nas quais se aplica um diagnóstico de Dependência de Múltiplas Substâncias são descritas na [p. 260](#).

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância \ Características associadas de Dependência, Abuso, Intoxicação e Abstinência de Substância

**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 ilicitamente 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 seqüenciais 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.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância \ Características associadas de Dependência, Abuso, Intoxicação e Abstinência de 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 freqüentemente 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 freqüência respiratória, do pulso e da temperatura corporal. A intoxicação com sedativos, hipnóticos ou substâncias ansiolíticas ou com medicamentos opióides freqüentemente envolve o padrão oposto. A Dependência e o Abuso de Substâncias muitas vezes estão associados a condições médicas

gerais, freqüentemente 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 (ver p. 187). 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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância

### Procedimentos de Registro para Dependência, Abuso, Intoxicação e Abstinência

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância \ 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). As situações nas quais se aplica um diagnóstico de 304.80 Dependência de Múltiplas Substâncias

são descritas na [p. 260](#).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância \ Procedimentos de Registro para Dependência, Abuso, Intoxicação e Abstinência**

**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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância

### Curso

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de 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 (ver especificadores de curso, pp. 175-176).

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 abstinidos, 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) freqüentemente aumenta o risco de complicações e de uma má evolução.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância**

### **Comprometimento e Complicações**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância \ 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 freqüentemente causam acentuado comprometimento e severas complicações. Os indivíduos com Transtornos Relacionados a Substâncias freqüentemente 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.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância**

### **Padrão Familiar**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância \ 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.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência de Substância**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Abstinência 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 (p. 127), Transtorno Psicótico Induzido por Substância, Com Início Durante Intoxicação (p. 297), Transtorno do Humor Induzido por Substância, Com Início Durante Intoxicação (pp. 352-353), Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância, Com Início Durante Intoxicação (p. 418), Disfunção Sexual Induzida por Substância, Com Início Durante Intoxicação (p. 491) e Transtorno do Sono Induzido por Substância, Com Início Durante a Intoxicação (pp. 570-571), 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 (p. 127), Transtorno Psicótico Induzido por Substância, Com Início Durante Abstinência (p. 297), Transtorno do Humor Induzido por Substância, Com Início Durante Abstinência (pp. 352-353) e Transtorno do Sono Induzido por Substância, Com Início Durante Abstinência (pp. 570-571), 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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



sintomas que se assemelham a **transtornos mentais não induzidos por substâncias** (isto é, **primários**). Apresentamos na **p. 188** uma discussão sobre este diagnóstico diferencial importante, mas freqüentemente difícil. 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 \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias

**Transtornos Mentais Induzidos por Substância Incluídos em Outra Parte do Manual**

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Transtornos Mentais Induzidos por Substância Incluídos em Outra Parte do Manual

Os Transtornos Induzidos por Substâncias causam uma variedade de sintomas

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



característicos de outros transtornos mentais (ver Tabela 1, [p. 173](#)). 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** (ver [p. 127](#)) é incluído na seção "Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos".

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Transtornos Mentais Induzidos por Substância Incluídos em Outra Parte do Manual**

**Demência Persistente Induzida por Substância** (ver [p. 148](#)) é incluída na seção "Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos".

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Transtornos Mentais Induzidos por Substância Incluídos em Outra Parte do Manual**

**Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância** (ver [p. 156](#)) é incluído na seção "Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos".

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Transtornos Mentais Induzidos por Substância Incluídos em Outra Parte do Manual**

**Transtorno Psicótico Induzido por Substância** (ver [p. 297](#)) é incluído na seção "Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos" (no DSM-III-R esses transtornos eram classificados como "alucinação orgânica" e "transtorno delirante orgânico").

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Transtornos Mentais Induzidos por Substância Incluídos em Outra Parte do Manual**

**Transtorno do Humor Induzido por Substância** (ver [pp. 352-353](#)) é incluído na seção "Transtornos do Humor".

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Transtornos Mentais Induzidos por Substância Incluídos em Outra Parte do Manual**

**Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância** (ver [p. 418](#)) é incluído na seção "Transtornos de Ansiedade".

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Transtornos Mentais Induzidos por Substância Incluídos em Outra**

**Parte do Manual**

**Disfunção Sexual Induzida por Substância** (ver [p. 491](#)) é incluída na seção "Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero".

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Transtornos Mentais Induzidos por Substância Incluídos em Outra Parte do Manual**

**Transtorno do Sono Induzido por Substância** (ver [pp. 570-571](#)) é incluído na seção "Transtornos do Sono".

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Transtornos Mentais Induzidos por Substância Incluídos em Outra Parte do Manual**

Além disso, o **Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos (Flashbacks)** ([p. 225](#)) é incluído sob "Transtornos Relacionados a Alucinógenos", nesta seção.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Transtornos Mentais Induzidos por Substância Incluídos em Outra Parte do Manual**

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 (ver [p. 148](#)) e Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância (ver [p. 156](#)), 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 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Transtornos Mentais Induzidos por Substância Incluídos em Outra Parte do Manual**

**Procedimento de Registro para Transtornos Mentais Induzidos por Substâncias Incluídos em Outra Parte deste Manual**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Induzidos por Substâncias \ Transtornos Mentais Induzidos por Substância Incluídos em Outra Parte do Manual \ 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".

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias

### Transtornos Relacionados ao Álcool

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool

Na maioria das culturas, o álcool é o depressor cerebral mais freqüentemente usado e uma causa de considerável morbidade e mortalidade. Em algum momento de suas vidas, até 90% dos adultos americanos tiveram alguma experiência com o álcool, e um número substancial destes (60% dos homens e 30% das mulheres) tiveram um ou mais acontecimentos vitais adversos relacionados ao álcool (por ex., dirigir após ter consumido álcool em demasia, perder aulas ou dias de trabalho devido a uma ressaca). Felizmente, a maioria dos indivíduos aprende com essas experiências a moderar seu consumo alcoólico e não desenvolve Dependência ou Abuso de Álcool.

Esta seção contém discussões específicas dedicadas aos Transtornos Relacionados ao Álcool. Os textos e conjuntos de critérios já foram apresentados antes, para os aspectos genéricos de Dependência de Substância (p. 172) e Abuso de Substância (pp. 177-178) que se aplicam a todas as substâncias. Textos específicos à Dependência e ao Abuso de Álcool são oferecidos adiante; entretanto, não existem critérios específicos adicionais para Dependência de Álcool e Abuso de Álcool. Textos e conjuntos específicos de critérios para Intoxicação com Álcool e Abstinência de Álcool também são oferecidos a seguir. Os Transtornos Induzidos por Álcool (outros que Intoxicação e Abstinência de Álcool) são descritos nas seções do manual juntamente com os transtornos com os quais compartilham a fenomenologia (por ex., o Transtorno do Humor Induzido

por Álcool é incluído na seção "Transtornos do Humor"). Adiante, relacionamos os Transtornos por Uso de Álcool e os Transtornos Induzidos por Álcool.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool

### Transtornos por Uso de Álcool

---

F10.2x - 303.90 Dependência de Álcool (ver [p. 190](#)).

F10.1 - 305.00 Abuso de Álcool (ver [p. 191](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool

### Transtornos Induzidos por Álcool

---

F10.00 - 303.00 Intoxicação com Álcool (ver [p. 191](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool

F10.3 - 291.8 Abstinência de Álcool (ver [p. 192](#))

Especificar se: Com Perturbações Perceptuais.

F10.03 - 291.0 Delirium por Intoxicação com Álcool (ver [p. 127](#)).

F10.4 - 291.0 Delirium por Abstinência de Álcool (ver [p. 127](#)).

F10.73 - 291.2 Demência Persistente Induzida por Álcool (ver [p. 148](#)).

F10.6 - 291.1 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool (ver [p. 157](#)).

F10.51 - 291.5 Transtorno Psicótico Induzido por Álcool, com Delírios (ver [p. 297](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.

F10.52 - 291.3 Transtorno Psicótico Induzido por Álcool, Com Alucinações (ver [p. 297](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.

F10.8 - 291.8 Transtorno do Humor Induzido por Álcool (ver [pp. 352-353](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.

F10.8 - 291.8 Transtorno de Ansiedade Induzido por Álcool (ver [p. 418](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.

F10.8 - 291.8 Disfunção Sexual Induzida por Álcool (ver [p. 491](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.

F10.8 - 291.8 Transtorno do Sono Induzido por Álcool (ver [pp. 570-571](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.

**F10.9 - 291.9 Transtorno Relacionado ao Álcool Sem Outra Especificação** (ver [p. 198](#)).

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool

**Transtornos por Uso de Álcool**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos por Uso de Álcool

**F10.2x - 303.90 Dependência de Álcool**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos por Uso de Álcool \ F10.2x - 303.90 Dependência de Álcool

Consultar também o texto e os critérios para Dependência de Substância (ver [p. 172](#)). A dependência fisiológica de álcool é indicada por evidências de tolerância ou sintomas de Abstinência. A Abstinência de Álcool (ver [p. 192](#)) é caracterizada pelo desenvolvimento de sintomas de abstinência, mais ou menos 12 horas após a redução do consumo pesado e prolongado de álcool. Uma vez que a abstinência do álcool pode ser desagradável e intensa, os indivíduos com Dependência de Álcool podem continuar consumindo álcool, apesar das conseqüências adversas, muitas vezes para evitar ou aliviar os sintomas de abstinência. Uma minoria substancial dos indivíduos com Dependência de Álcool jamais experimenta níveis clinicamente relevantes de Abstinência de Álcool, e apenas cerca de 5% dos indivíduos com Dependência de Álcool chegam a experimentar severas complicações da abstinência (por ex., Delirium, convulsões de grande mal). Uma vez que se desenvolva um padrão de uso compulsivo, os indivíduos com Dependência podem dedicar um tempo substancial à obtenção e ao consumo de bebidas alcoólicas. Esses indivíduos freqüentemente continuam usando o álcool, apesar das evidências de conseqüências psicológicas ou físicas adversas (por ex., depressão, apagamentos, doença hepática ou outras seqüelas).

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos por Uso de Álcool \ F10.2x - 303.90 Dependência de Álcool

**Especificadores**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos por Uso de Álcool \ F10.2x - 303.90 Dependência de Álcool \ Especificadores

Os seguintes especificadores podem ser aplicados a um diagnóstico de

Dependência de Álcool (ver [pp. 175-176](#), para mais detalhes):

Com Dependência Fisiológica

Sem Dependência Fisiológica

Remissão Completa Inicial

Remissão Parcial Inicial

Remissão Completa Mantida

Remissão Parcial Mantida

Em Terapia com Agonista

Em Ambiente Controlado

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos por Uso de Álcool

### F10.1 - 305.00 Abuso de Álcool

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos por Uso de Álcool \ F10.1 - 305.00 Abuso de Álcool

Consultar também o texto e critérios para Abuso de Substância (ver [pp. 177-178](#)). Os desempenhos escolar e ocupacional podem sofrer tanto pelos efeitos posteriores do consumo alcoólico quanto pela intoxicação durante o trabalho ou na escola; as responsabilidades envolvidas em cuidar dos filhos ou da casa podem ser negligenciadas, e ausências relacionadas ao álcool podem ocorrer na escola ou no trabalho. O indivíduo pode usar o álcool em circunstâncias fisicamente contra-indicadas (por ex., dirigir um veículo ou operar máquinas estando embriagado). Dificuldades legais podem decorrer do uso de álcool (por ex., detenções por comportamento intoxicado ou por dirigir alcoolizado). Finalmente, os indivíduos com Abuso de Álcool podem continuar consumindo-o, apesar de saberem que o consumo continuado lhes traz problemas sociais ou interpessoais significativos (por ex., discussões violentas com o cônjuge enquanto intoxicado, abuso dos filhos). Quando esses problemas são acompanhados por evidências de tolerância, abstinência ou comportamento compulsivo relacionado ao uso de álcool, um diagnóstico de Dependência de Álcool, ao invés de Abuso de Álcool, deve ser considerado.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool

### Transtornos Induzidos pelo Álcool

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool**

**F10.00 - 303.00 Intoxicação com Álcool**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ F10.00 - 303.00 Intoxicação com Álcool**

Consultar o texto e os critérios para Intoxicação com Substância (ver p. 179). A característica essencial da Intoxicação com Álcool é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e mal-adaptativas (por ex., comportamento sexual ou agressivo inadequado, instabilidade do humor, prejuízo no julgamento e no funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolvem durante ou logo após a ingestão de álcool (Critérios A e B). Essas alterações são acompanhadas por evidências de fala arrastada, falta de coordenação, marcha instável, nistagmo, prejuízo na atenção ou memória, estupor ou coma (Critério C). Os sintomas não devem decorrer de uma condição médica geral nem são melhor explicados por um outro transtorno mental (Critério D). O quadro resultante é similar ao observado durante a Intoxicação com Benzodiazepínico ou Barbitúrico. Os níveis de descoordenação podem interferir nas capacidades de dirigir veículos e realizar atividades habituais ao ponto de causar acidentes. Evidências do uso de álcool podem ser obtidas pelo odor de álcool no hálito do indivíduo, pela obtenção da história do indivíduo ou de outro observador, e, quando necessário, pela análise do nível alcoólico no hálito ("bafômetro") ou exames toxicológicos do sangue ou da urina.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ F10.00 - 303.00 Intoxicação com Álcool**

**Critérios Diagnósticos para F10.00 - 303.00 Intoxicação com Álcool**

**A. Ingestão recente de álcool.**

**B. Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e mal-adaptativas (por ex., comportamento sexual ou agressivo inadequado, instabilidade do humor, prejuízo no julgamento, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional) desenvolvidas durante ou logo após a ingestão de álcool.**

**C. Um ou mais dos seguintes sinais, desenvolvendo-se durante ou logo após o uso de álcool:**

- (1) fala arrastada**
- (2) falta de coordenação**
- (3) marcha instável**
- (4) nistagmo**
- (5) prejuízo na atenção ou memória**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



(6) estupor ou coma

D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool

**F10.3 - 291.8 Abstinência de Álcool**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ F10.3 - 291.8 Abstinência de Álcool

Consultar também o texto e os critérios para Abstinência de Substância (ver p. 180). A característica essencial da Abstinência de Álcool é a presença de uma síndrome característica de abstinência que se desenvolve após a cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de álcool (Critérios A e B). A síndrome de abstinência inclui dois ou mais dos seguintes sintomas: hiperatividade autonômica (por ex., sudorese ou pulso acima de 100); tremor aumentado nas mãos; insônia; náusea e vômitos; alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias; agitação psicomotora; ansiedade e convulsões de grande mal. Quando observar alucinações ou ilusões, o clínico pode especificar Com Perturbações Perceptuais (ver adiante). Os sintomas causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes (Critério C). Os sintomas não devem decorrer de uma condição médica geral, nem são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Abstinência de Sedativos, Hipnóticos e Ansiolíticos ou Transtorno de Ansiedade Generalizada) (Critério D).

Os sintomas em geral são aliviados pela administração de álcool ou qualquer outro depressor cerebral. Os sintomas de abstinência tipicamente começam quando as concentrações sanguíneas de álcool declinam abruptamente (isto é, em 4-12 horas) após a cessação ou redução do uso de álcool; entretanto, podem desenvolver-se após períodos mais longos de tempo (isto é, em alguns dias). Em vista da meia-vida curta do álcool, os sintomas de Abstinência de Álcool geralmente alcançam sua intensidade máxima durante o segundo dia de abstinência e tendem a melhorar acentuadamente no quarto ou quinto dia. Após a Abstinência aguda, entretanto, os sintomas de ansiedade, insônia e disfunção autonômica podem persistir por até 3-6 meses em níveis inferiores de intensidade.

Menos de 5% dos indivíduos que desenvolvem Abstinência de Álcool desenvolvem sintomas dramáticos (por ex., hiperatividade autonômica severa, tremores e Delirium por Abstinência de Álcool). Convulsões tônico-clônicas generalizadas (grande mal) ocorrem em menos de 3% dos indivíduos. O Delirium por Abstinência de Álcool (pp. 126-127) inclui perturbações na consciência e cognição e alucinações visuais, táteis ou auditivas (Delirium tremens ou "DT"). Quando

ocorre o Delirium por Abstinência de Álcool, provavelmente uma condição médica geral está presente (por ex., insuficiência hepática, pneumonia, sangramento gastrointestinal, seqüelas de traumatismo craniano, hipoglicemia e desequilíbrio eletrolítico ou estado pós-operatório).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ F10.3 - 291.8 Abstinência de Álcool**

**Especificador**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ F10.3 - 291.8 Abstinência de Álcool \ Especificador**

O seguinte especificador pode ser aplicado a um diagnóstico de Abstinência de Álcool:

**Com Perturbações Perceptuais.** Este especificador pode ser anotado quando alucinações com teste de realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou táteis ocorrem na ausência de um Delirium. Um teste de realidade intacto significa que a pessoa sabe que as alucinações são induzidas pela substância e não representam a realidade externa. Quando as alucinações ocorrem na ausência de um teste de realidade intacto, um diagnóstico de Transtorno Psicótico Induzido por Substância, Com Alucinações, deve ser considerado.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ F10.3 - 291.8 Abstinência de Álcool \ Especificador**

**Critérios Diagnósticos para F10.3 - 291.8 Abstinência de Álcool**

**A. Cessação (ou redução) do uso pesado ou prolongado de álcool.**

**B. Dois (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvendo-se dentro de algumas horas a alguns dias após o Critério A:**

- (1) hiperatividade autonômica (por ex., sudorese ou taquicardia)
- (2) tremor intensificado
- (3) insônia
- (4) náuseas ou vômitos
- (5) alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias
- (6) agitação psicomotora
- (7) ansiedade
- (8) convulsões de grande mal.

**C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes**



da vida do indivíduo.

D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Especificar se:

Com Perturbações Perceptuais.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool

### Outros Transtornos Induzidos por Álcool

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ Outros Transtornos Induzidos por Álcool

Os seguintes Transtornos Induzidos por Álcool são descritos nas seções do manual relativas aos transtornos cuja fenomenologia compartilham: Delírium por Intoxicação com Álcool (p. 127), Delírium por Abstinência de Álcool (p. 127), Demência Persistente Induzida por Álcool (p. 148), Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool (p. 157), Transtorno Psicótico Induzido por Álcool (p. 297), Transtorno do Humor Induzido por Álcool (pp. 352-353), Transtorno de Ansiedade Induzido por Álcool (p. 418), Disfunção Sexual Induzida por Álcool (p. 491) e Transtorno do Sono Induzido por Álcool (pp. 570-571). Esses transtornos são diagnosticados ao invés de Intoxicação com Álcool ou Abstinência de Álcool apenas quando os sintomas excedem aqueles geralmente associados com a Intoxicação com Álcool ou Síndrome de Abstinência, e quando são suficientemente severos para indicarem uma atenção clínica independente.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool

### Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados ao Álcool

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados ao Álcool

### Características e Transtornos Associados

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados

ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados ao Álcool \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** A Dependência e o Abuso de Álcool freqüentemente estão associados com Dependência ou Abuso de outras substâncias (por ex., Cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas e sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, bem como nicotina). O álcool pode ser usado para atenuar os efeitos indesejados dessas outras substâncias ou para substituí-las quando não estão disponíveis. Sintomas de depressão, ansiedade e insônia freqüentemente acompanham a Dependência de Álcool, e às vezes a precedem. A Intoxicação amnésia para os eventos que ocorreram durante o curso da intoxicação ("apagamentos"). Este fenômeno pode estar relacionado à presença de um alto nível sanguíneo de álcool e, talvez, à rapidez com que este nível é alcançado.

Os Transtornos Relacionados ao Álcool estão associados com um aumento significativo do risco de acidentes, violência e suicídio. Estima-se que aproximadamente metade das mortes no trânsito envolvem um motorista ou um pedestre embriagado. A Intoxicação com Álcool severa, especialmente em indivíduos com Transtorno da Personalidade Anti-Social, está associada com atos criminosos. Acredita-se, por exemplo, que mais da metade dos homicidas e suas vítimas estavam intoxicados com álcool no momento do assassinato. A Intoxicação com Álcool severa também promove a desinibição e sensações de tristeza e irritabilidade, que contribuem para tentativas de suicídio e suicídios cometidos com sucesso. Os Transtornos Relacionados ao Álcool contribuem para ausências do emprego, acidentes e baixa produtividade no trabalho. O Abuso e a Dependência de Álcool, juntamente com Abuso e Dependência de outras substâncias, são prevalentes entre indivíduos desabrigados nos Estados Unidos. Transtornos do Humor, Transtornos de Ansiedade e Esquizofrenia também podem estar associados com a Dependência de Álcool. Embora haja uma associação entre comportamento anti-social e Transtorno da Personalidade Anti-Social e os Transtornos Relacionados ao Álcool, eles são ainda mais comuns com transtornos relacionados a substâncias ilícitas (por ex., cocaína, heroína ou anfetamina), cujo custo geralmente leva a atividades criminosas.

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados ao Álcool \ Características e Transtornos Associados

**Achados laboratoriais associados.** Um indicador laboratorial sensível do consumo pesado de álcool é uma elevação (> 30 unidades) da gama-glutamyltransferase (GGT). Este achado pode ser a única anormalidade laboratorial. Pelo menos 70% dos indivíduos com alto nível de GGT são consumidores persistentes de álcool em altas doses. O volume corpuscular médio (VCM) pode estar elevado para valores acima dos normais em indivíduos que consomem álcool em demasia, devido a deficiências de algumas vitaminas do complexo B, bem como devido aos efeitos tóxicos diretos do álcool sobre a eritropoiese. Embora o VCM possa ser usado

para identificar aqueles que bebem pesadamente, ele é um método fraco de monitoramento da abstinência, em virtude da meia-vida longa dos eritrócitos. Os testes de função hepática (por ex., transaminase glutâmica-oxalacética sérica [TGO] e fosfatase alcalina) podem revelar danos hepáticos resultantes da ingestão maciça de álcool. Elevações dos níveis de lipídios no sangue (por ex., triglicerídios e colesterol) podem ser observadas em virtude da diminuição na gliconeogênese, associada com o consumo pesado de álcool. Um alto conteúdo de gordura no sangue também contribui para o desenvolvimento de esteatose hepática. Níveis altos de ácido úrico podem ocorrer com o consumo pesado de álcool, mas são relativamente inespecíficos. O teste mais direto disponível para a medição rotineira do consumo alcoólico é o da concentração alcoólica no sangue, que também pode ser usado para estimar o grau de tolerância ao álcool. Um indivíduo com uma concentração de 100mg de etanol por decilitro de sangue, sem apresentar sinais de intoxicação, presumivelmente adquiriu pelo menos algum grau de tolerância ao álcool. Com 200 mg/dl, a maioria dos indivíduos não tolerantes apresenta intoxicação severa.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados ao Álcool \ Características e Transtornos Associados**

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.** O consumo repetido de altas doses de álcool pode afetar quase todos os sistemas orgânicos, especialmente o trato gastrointestinal, o sistema cardiovascular e o sistema nervoso periférico. Os efeitos gastrointestinais incluem gastrite, úlceras gástricas ou duodenais e, em cerca de 15% dos indivíduos que consomem álcool em grandes quantidades, cirrose e pancreatite. Existe, também, uma taxa aumentada de câncer do esôfago, estômago e outras partes do trato gastrointestinal. Uma das condições médicas associadas mais comuns é uma hipertensão de baixa intensidade. Miocardiopatia e outras miopatias são menos comuns, mas ocorrem em uma proporção aumentada entre aqueles que bebem muito. Esses fatores, juntamente com aumentos acentuados nos níveis de triglicerídeos e colesterol de lipoproteína de baixa densidade, contribuem para um risco elevado de doença cardíaca. A neuropatia periférica pode ser evidenciada por fraqueza muscular, parestesias e sensação periférica diminuída. Efeitos mais persistentes sobre o sistema nervoso central incluem déficits cognitivos, severo comprometimento da memória e alterações degenerativas no cerebelo. Esses efeitos estão relacionados às deficiências vitamínicas (particularmente vitamina B, incluindo tiamina). O efeito mais devastador sobre o sistema nervoso central é o Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool, relativamente raro (síndrome de Wernicke-Korsakoff) (p. 157), no qual a capacidade de codificar novas recordações está severamente prejudicada.

Muitos dos sintomas e achados físicos associados com os Transtornos Relacionados ao Álcool são consequência dos estados mencionados anteriormente. Exemplos são a dispepsia, náusea e inchaço que acompanham a

gastrite e a hepatomegalia, as varizes esofágicas e hemorróidas que acompanham as alterações hepáticas induzidas pelo álcool. Outros sinais físicos incluem tremor, marcha instável, insônia e disfunção erétil. Os indivíduos com Dependência de Álcool crônica podem apresentar redução do tamanho dos testículos e efeitos feminilizantes, associados com a redução nos níveis de testosterona. O consumo repetido e pesado de álcool durante a gravidez está associado com aborto espontâneo e síndrome alcoólica fetal. Os indivíduos com história prévia de epilepsia ou severo traumatismo craniano estão mais propensos a desenvolver convulsões relacionadas ao álcool. A Abstinência de Álcool pode estar associada com náusea, vômitos, gastrite, hematêmese, boca seca, compleição inchada e avermelhada e leve edema periférico. A Intoxicação com Álcool pode resultar em quedas e acidentes capazes de causar fraturas, hematomas subdurais e outras formas de trauma cerebral. A Intoxicação com Álcool severa e repetida pode também suprimir os mecanismos imunológicos, predispondo o indivíduo a infecções e aumentando o risco de câncer. Finalmente, uma Abstinência de Álcool imprevista em indivíduos hospitalizados para os quais um diagnóstico de Dependência de Álcool foi ignorado pode aumentar os riscos, os custos e o tempo de hospitalização.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados ao Álcool**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados ao Álcool \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

As tradições culturais envolvendo o uso de álcool em contextos familiares, religiosos e sociais, especialmente durante a infância, podem afetar tanto os padrões de uso quanto a probabilidade de desenvolver problemas com o álcool. Acentuadas diferenças caracterizam a quantidade, a frequência e o padrão de consumo alcoólico nos diversos países do mundo. Na maioria das culturas asiáticas, a prevalência geral de Transtornos Relacionados ao Álcool pode ser relativamente baixa, e a proporção de homens para mulheres afetadas pode ser alta. Esses achados parecem relacionar-se com a ausência, em talvez 50% dos indivíduos japoneses, chineses e coreanos, da forma de aldeído desidrogenase que elimina baixos níveis do primeiro derivado do álcool, o acetaldeído. Ao consumirem álcool, esses indivíduos experimentam rubor facial e palpitações e tendem menos a consumi-lo em grandes quantidades. Nos Estados Unidos, os brancos e os afro-americanos apresentam taxas praticamente idênticas de Abuso e Dependência de Álcool. Os homens latinos têm taxas um pouco superiores,

embora a prevalência seja mais baixa entre as mulheres latinas do que entre as mulheres de outros grupos étnicos. Baixo nível educacional, desemprego e baixa situação sócio-econômica estão associados com Transtornos Relacionados ao Álcool, embora freqüentemente seja difícil separar a causa do efeito. O número de anos de escolarização pode não ser tão importante na determinação do risco, quanto a realização do objetivo acadêmico imediato (isto é, aqueles que abandonam a escola no segundo grau ou na universidade têm taxas particularmente altas de Transtornos Relacionados ao Álcool).

Entre os adolescentes, o Transtorno da Conduta e um comportamento anti-social repetido em geral ocorrem concomitantemente ao Abuso ou à Dependência de Álcool e a outros Transtornos Relacionados a Substâncias. As mudanças físicas relacionadas à idade em pessoas idosas resultam em maior suscetibilidade cerebral aos efeitos depressores do álcool, taxas diminuídas de metabolismo hepático de uma variedade de substâncias, incluindo o álcool, e diminuição nas porcentagens de líquidos corporais. Essas alterações podem fazer com que as pessoas idosas desenvolvam uma intoxicação mais severa e problemas subseqüentes mais graves com níveis inferiores de consumo. Os problemas relacionados ao álcool em pessoas idosas também apresentam uma tendência especial à associação com outras complicações médicas.

O Abuso e a Dependência de Álcool são mais comuns entre o sexo masculino, com a razão de homens para mulheres afetadas chegando a 5:1. Entretanto, esta razão varia substancialmente, dependendo do grupo etário. As mulheres tendem a começar a beber excessivamente mais tarde do que os homens e podem desenvolver Transtornos Relacionados ao Álcool mais tarde. Uma vez que o Abuso ou a Dependência de Álcool desenvolva-se em mulheres, a condição pode progredir mais rapidamente, de modo que, na meia-idade, as mulheres podem ter a mesma faixa de problemas de saúde e conseqüências sociais, interpessoais e ocupacionais que os homens. As mulheres tendem a desenvolver concentrações sangüíneas de álcool superiores às dos homens em uma determinada dose de álcool por quilograma, em razão de sua porcentagem inferior de líquido corporal, porcentagem superior de gordura corporal e pela tendência a metabolizar o álcool mais lentamente (em parte por causa dos níveis inferiores de álcool desidrogenase nas paredes mucosas do estômago). Em virtude desses níveis superiores de álcool, elas podem estar em maior risco do que os homens para o desenvolvimento de algumas das conseqüências relacionadas à saúde decorrentes do consumo pesado de álcool (em particular, dano hepático).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados ao Álcool**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados ao Álcool \ Prevalência**

A Dependência e o Abuso de Álcool estão entre os transtornos mentais mais prevalentes na população geral. Um estudo comunitário realizado nos Estados Unidos, de 1980 a 1985, que utilizou os critérios do DSM-III, descobriu que cerca de 8% da população adulta teve Dependência de Álcool e cerca de 5% teve Abuso de Álcool em algum momento de suas vidas. Aproximadamente 6% tiveram Dependência ou Abuso de Álcool durante o ano anterior. A partir de dados coletados prospectivamente, cerca de 7,5% apresentavam sintomas que satisfaziam os critérios para um Transtorno Relacionado ao Álcool durante um período de 1 ano. Uma amostra de âmbito nacional nos Estados Unidos, de adultos não institucionalizados (dos 15 aos 54 anos de idade), coletada em 1990-1991 com o uso de critérios do DSM-III-R, relatou que em torno de 14% tinham Dependência de Álcool em algum momento de suas vidas, com aproximadamente 7% tendo apresentado Dependência no ano anterior.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados ao Álcool**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados ao Álcool \ Curso**

O primeiro episódio de Intoxicação com Álcool tende a ocorrer no período intermediário da adolescência, com a idade de início da Dependência de Álcool atingindo um pico da casa dos 20 à metade da casa dos 30 anos. A grande maioria dos indivíduos que desenvolvem Transtornos Relacionados ao Álcool o fazem próximo aos 40 anos. A primeira evidência de Abstinência tende a aparecer apenas depois do desenvolvimento de muitos outros aspectos de Dependência. O Abuso e a Dependência de Álcool têm um curso variável, que freqüentemente se caracteriza por períodos de remissão e recaída. Uma decisão de parar de beber, freqüentemente em resposta a uma crise, tende a ser seguida por um período de semanas ou meses de abstinência, habitualmente seguido por períodos limitados de consumo controlado e não problemático. Entretanto, retomado o consumo, é bem provável que ele aumente rapidamente e que voltem a ocorrer severos problemas. Os clínicos com freqüência têm a impressão errônea de que a Dependência e o Abuso de Álcool são transtornos intratáveis, com base no fato de que os indivíduos que se apresentam para tratamento têm, tipicamente, uma história de muitos anos de severos problemas relacionados ao álcool. Entretanto, esses casos mais severos representam apenas uma pequena parcela dos

indivíduos com Dependência ou Abuso de Álcool, e a pessoa típica com um Transtorno por Uso de Álcool tem um prognóstico muito mais promissor. Estudos de seguimento de indivíduos com um melhor funcionamento apresentam uma taxa de abstinência por 1 ano superior a 65%, após o tratamento. Alguns indivíduos (talvez 20% ou mais) com Dependência de Álcool adquirem a sobriedade a longo prazo, mesmo sem um tratamento ativo.

Durante uma Intoxicação até mesmo leve com álcool, diferentes sintomas tendem a ser observados em diferentes pontos do tempo. No início do período de consumo, quando os níveis de álcool no sangue estão subindo, os sintomas freqüentemente incluem loquacidade, sensação de bem-estar e um humor vivaz e expansivo. Mais tarde, especialmente quando os níveis de álcool no sangue estão caindo, o indivíduo tende a tornar-se progressivamente mais deprimido, retraído e com prejuízos cognitivos. Com níveis alcoólicos sangüíneos muito altos (por ex., 200-300 mg/dl), um indivíduo não tolerante tende a adormecer e ingressar em um primeiro estágio de anestesia. Níveis alcoólicos sangüíneos superiores (por ex., excedendo 300-400mg/dl) podem causar inibição da respiração e de pulso e até mesmo a morte em indivíduos não tolerantes. A duração da Intoxicação depende de quanto álcool foi consumido, ao longo de quanto tempo. Em geral, o corpo é capaz de metabolizar aproximadamente uma dose por hora, de modo que o nível alcoólico sangüíneo em geral diminui a uma taxa de 15-20 mg/dl por hora. Os sinais e sintomas de intoxicação tendem a ser mais intensos quando o nível de álcool no sangue está subindo do que quando está descendo.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados ao Álcool**

### **Padrão Familiar**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados ao Álcool \ Padrão Familiar**

A Dependência de Álcool freqüentemente apresenta um padrão familiar, e pelo menos parte da transmissão pode basear-se em fatores genéticos. O risco para a Dependência de Álcool é três a quatro vezes maior em parentes próximos de pessoas com Dependência de Álcool. O maior risco está associado com um número maior de parentes afetados, parentesco genético mais próximo e gravidade dos problemas relacionados ao álcool no parente afetado. A maioria dos estudos revela um risco significativamente mais alto de Dependência de Álcool em gêmeos monozigóticos do que em gêmeos dizigóticos de pessoas com Dependência de Álcool. Estudos de adoções revelam um risco de três a quatro vezes maior para Dependência de Álcool entre os filhos biológicos de indivíduos com Dependência de Álcool, quando essas crianças foram adotadas e criadas por pais adotivos sem o transtorno. Entretanto, os fatores genéticos explicam apenas

uma parte do risco para Dependência de Álcool, sendo que uma parte significativa do risco provém de fatores ambientais ou interpessoais, que podem incluir atitudes culturais para com o beber e com a embriaguez, disponibilidade de álcool (inclusive o preço), expectativas quanto aos efeitos do álcool sobre o humor e o comportamento, experiências pessoais adquiridas com o álcool e estresse.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados ao Álcool

### Diagnóstico Diferencial

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados ao Álcool \ Diagnóstico Diferencial

Para uma discussão geral sobre o diagnóstico diferencial de Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [p. 186](#). Os Transtornos Induzidos pelo Álcool podem ser caracterizados por sintomas (por ex., humor deprimido) que se assemelham a **transtornos mentais primários** (por ex., Transtorno Depressivo Maior versus Transtorno do Humor Induzido por Álcool, Com Características Depressivas, Com Início Durante Intoxicação). Apresentamos na [p. 188](#) uma discussão sobre este diagnóstico diferencial.

A fraca coordenação e o prejuízo do julgamento associados com a Intoxicação com Álcool podem lembrar os sintomas de **certas condições médicas gerais** (por ex., acidose diabética, ataxias cerebelares e outras condições neurológicas tais como esclerose múltipla). De maneira semelhante, os sintomas de Abstinência de Álcool também podem ser imitados por **certas condições médicas gerais** (por ex., hipoglicemia e cetoacidose diabética). O **tremor essencial**, um transtorno que muitas vezes tem incidência familiar, pode sugerir o tremor associado com Abstinência de Álcool.

A Intoxicação com Álcool (exceto pelo hálito de álcool) assemelha-se muito à **Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**. A presença de hálito alcoólico não exclui, por si só, a intoxicação com outras substâncias, uma vez que múltiplas substâncias não raro são utilizadas ao mesmo tempo. Embora a intoxicação em algum momento da vida provavelmente faça parte da história da maioria dos indivíduos que consomem álcool, quando este fenômeno ocorre regularmente ou causa prejuízo, é importante considerar a possibilidade de um diagnóstico de Dependência de Álcool ou Abuso de Álcool. A **Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos** produz uma síndrome muito similar à da Abstinência de Álcool.

A Intoxicação e a Abstinência de Álcool são diferenciadas de **outros Transtornos Induzidos por Álcool** (por ex., Transtorno de Ansiedade Induzido por Álcool, Com Início Durante Abstinência), uma vez que os sintomas nesses últimos transtornos



excedem aqueles habitualmente associados à Intoxicação com Álcool ou Abstinência de Álcool e são suficientemente severos para indicarem uma atenção clínica independente. A **Intoxicação Alcoólica Idiossincrática**, definida como uma acentuada alteração comportamental, em geral consistindo de agressividade, após a ingestão de uma quantidade relativamente pequena de álcool, constava do DSM-III-R. Em vista do limitado apoio da literatura à validade desta condição, ela não mais é incluída como um diagnóstico distinto no DSM-IV. Essas apresentações podem ser diagnosticadas como Intoxicação com Álcool ou Transtorno Relacionado ao Álcool Sem Outra Especificação.

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool

**F10.9 - 291.9 Transtorno Relacionado ao Álcool Sem Outra Especificação**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados ao Álcool \ Transtornos Induzidos pelo Álcool \ F10.9 - 291.9 Transtorno Relacionado ao Álcool Sem Outra Especificação

A categoria Transtorno Relacionado ao Álcool Sem Outra Especificação serve para os transtornos associados com o uso de álcool que não podem ser classificados como Dependência de Álcool, Abuso de Álcool, Intoxicação com Álcool, Abstinência de Álcool, Delírium por Intoxicação com Álcool, Delírium por Abstinência de Álcool, Demência Persistente Induzida por Álcool, Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool, Transtorno Psicótico Induzido por Álcool, Transtorno do Humor Induzido por Álcool, Transtorno de Ansiedade Induzido por Álcool, Disfunção Sexual Induzida por Álcool ou Transtorno do Sono Induzido por Álcool.

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias

**Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina)**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina)

A classe da anfetamina e substâncias tipo anfetamina inclui todas as substâncias com uma estrutura de feniletilamina substituída, tais como anfetamina, dextroanfetamina e metanfetamina (speed). Também se incluem aquelas substâncias estruturalmente diferentes, porém que apresentam igualmente uma ação tipo-anfetamina, tais como metilfenidato e outros agentes usados como supressores do apetite ("comprimidos de dieta"). Essas substâncias em geral são

consumidas por via oral ou intravenosa, embora a metanfetamina também seja consumida via nasal ("cheirada"). Uma forma muito pura de metanfetamina é chamada ice ("gelo"), em razão da aparência de seus cristais quando observados sob um instrumento de ampliação. Devido à sua alta pureza e ao ponto de vaporização relativamente baixo, o ice pode ser fumado para produzir um efeito estimulante imediato e poderoso (como é feito com a cocaína na forma de crack).

Além dos compostos sintéticos tipo anfetamina, existem estimulantes naturais, extraídos de plantas, tais como o khat, que podem produzir Abuso ou Dependência. Diferentemente da cocaína, que é quase sempre comprada no mercado ilegal, anfetaminas e outros estimulantes podem ser obtidas por prescrição para o tratamento da obesidade, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Narcolepsia. Estimulantes prescritos ocasionalmente são desviados para o mercado ilegal, freqüentemente no contexto de programas de controle de peso. A maior parte dos efeitos das anfetaminas e drogas tipo anfetamina é similar aos efeitos da cocaína. Entretanto, diferentemente da cocaína, essas substâncias não possuem atividade anestésica local (isto é, canal de íon na membrana); portanto, seu risco para a indução de certas condições médicas gerais (por ex., arritmias cardíacas e convulsões) pode ser inferior. Os efeitos psicoativos da maioria das substâncias tipo anfetamina duram mais tempo do que os da cocaína, e os efeitos simpaticomiméticos periféricos podem ser mais potentes.

Esta seção contém discussões específicas aos Transtornos Relacionados à Anfetamina. Os textos e os conjuntos de critérios já foram oferecidos para os aspectos genéricos da Dependência de Substância (p. 172) e Abuso de Substância (pp. 177-178), que se aplicam a todas as substâncias. Os textos específicos à Dependência e ao Abuso são oferecidos abaixo; entretanto, não existem critérios adicionais específicos para Dependência ou Abuso de Anfetamina. Os textos e conjuntos de critérios específicos para Intoxicação com Anfetamina e Abstinência de Anfetamina também são oferecidos abaixo. Os Transtornos Induzidos por Anfetamina (outros que não Intoxicação e Abstinência de Anfetamina) são descritos nas seções do manual junto com os transtornos cuja fenomenologia compartilham (por ex., o Transtorno do Humor Induzido por Anfetamina é incluído na seção "Transtornos do Humor"). Abaixo, relacionamos os Transtornos por Uso de Anfetamina e os Transtornos Induzidos por Anfetamina

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina)

### Transtornos por Uso de Anfetamina

F15.2x - 304.40 Dependência de Anfetamina (ver p. 200).

F15.1 - 305.70 Abuso de Anfetamina (ver p. 200).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Transtornos Induzidos por Anfetamina**

**F15.00 - 292.89 Intoxicação com Anfetamina (ver p. 201).**

**Especificar se: Com Perturbações Perceptuais.**

**F15.3 - 292.0 Abstinência de Anfetamina (ver p. 202).**

**F15.03 - 292.81 Delirium por Intoxicação com Anfetamina (ver p. 127).**

**F15.51 - 292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Anfetamina, Com Delírios (ver p. 297).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

**F15.52 - 292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Anfetamina, Com Alucinações (ver p. 297).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

**F15.8 - 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Anfetamina (ver pp. 352-353).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.**

**F15.8 - 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Anfetamina (ver p. 418).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina)**

**F15.8 - 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Anfetamina (ver p. 491).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina)**

**F15.8 - 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Anfetamina (ver pp. 570-571).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.**

**F15.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Anfetamina Sem Outra Especificação (ver p. 205).**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina)**

**Transtornos por Uso de Anfetamina**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos por Uso de Anfetamina**

**F15.2x - 304.40 Dependência de Anfetamina**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos por Uso de Anfetamina \ F15.2x - 304.40 Dependência de Anfetamina**

Consultar também o texto e os critérios para Dependência de Substância (ver [p. 172](#)). Os padrões de uso e o curso da Dependência de Anfetamina são similares àqueles da Dependência de Cocaína, uma vez que ambas as substâncias são potentes estimulantes do sistema nervoso central, com efeitos psicoativos e simpaticomiméticos similares. Entretanto, as anfetaminas possuem ação mais longa do que a cocaína e, portanto, em geral são auto-administradas com menor frequência. Como ocorre com a Dependência de Cocaína, o uso pode ser crônico ou episódico, com episódios compulsivos pontuados por breves períodos livres da droga. O comportamento violento ou agressivo está associado com Dependência de Anfetamina, especialmente quando altas doses são fumadas (por ex., *ice*) ou administradas intravenosamente. Como ocorre com a cocaína, uma ansiedade intensa mas temporária, bem como ideação paranóide e episódios psicóticos que se assemelham à Esquizofrenia, tipo paranóide, muitas vezes são vistos, especialmente em associação com o uso em altas doses. A tolerância às anfetaminas desenvolve-se, freqüentemente levando a um aumento progressivo da dose. Em contrapartida, alguns indivíduos com Dependência de Anfetamina desenvolvem uma tolerância reversa (sensibilização). Nesses casos, pequenas doses podem produzir acentuados efeitos estimulantes e outros efeitos mentais e neurológicos adversos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos por Uso de Anfetamina \ F15.2x - 304.40 Dependência de Anfetamina**

**Especificadores**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos por Uso de Anfetamina \ F15.2x - 304.40 Dependência de Anfetamina \ Especificadores**

Os especificadores a seguir podem ser aplicados a um diagnóstico de Dependência de Anfetamina (ver [pp. 175-176](#) para maiores detalhes):

**Com Dependência Fisiológica**

**Sem Dependência Fisiológica**

**Remissão Completa Inicial**

**Remissão Parcial Inicial**

**Remissão Completa Mantida**

**Remissão Parcial Mantida**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Em Terapia com Agonista

Em Ambiente Controlado

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos por Uso de Anfetamina**

**F15.1 - 305.70 Abuso de Anfetamina**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos por Uso de Anfetamina \ F15.1 - 305.70 Abuso de Anfetamina**

Consultar também o texto e os critérios para Abuso de Substância (ver pp. 177-178). Dificuldades legais tipicamente surgem em decorrência do comportamento do indivíduo intoxicado com anfetaminas (especialmente comportamento agressivo), como consequência da obtenção da droga no mercado ilegal ou por posse ou uso de drogas. Às vezes os indivíduos com Abuso de Anfetamina envolvem-se em atos ilegais (por ex., fabricação de anfetaminas, furto) para a obtenção da droga; entretanto, este comportamento é mais comum nos casos de Dependência. Os indivíduos podem persistir usando a substância, apesar de saberem que o uso continuado resulta em discussão com membros da família durante a intoxicação ou representa um exemplo negativo para os filhos ou outros membros íntimos da família. Quando esses problemas são acompanhados por evidências de tolerância, abstinência ou comportamento compulsivo, um diagnóstico de Dependência de Anfetamina ao invés de Abuso deve ser considerado.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina)**

**Transtornos Induzidos por Anfetamina**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina**

**F15.00 - 292.89 Intoxicação com Anfetamina**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ F15.00 - 292.89 Intoxicação com Anfetamina**

Consultar também o texto e os critérios para Intoxicação com Substância (ver p.

**179).** A característica essencial da Intoxicação com Anfetamina é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas, que se desenvolvem durante ou logo após o uso de anfetamina ou de uma substância correlata (Critérios A e B). A Intoxicação com Anfetamina geralmente inicia com uma sensação de "barato", seguida pelo desenvolvimento de sintomas tais como euforia, com maior vigor, afabilidade, hiperatividade, inquietação, hipervigilância, sensibilidade interpessoal, loquacidade, ansiedade, tensão, alerta, grandiosidade, comportamento estereotipado e repetitivo, raiva, lutas e julgamento prejudicado. No caso de intoxicação crônica, pode haver embotamento afetivo, fadiga ou tristeza e retraimento social. Essas mudanças comportamentais e psicológicas são acompanhadas por dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: taquicardia ou bradicardia; dilatação das pupilas; pressão sanguínea elevada ou baixa; perspiração ou calafrios; fraqueza muscular; depressão respiratória; dor torácica ou arritmia cardíaca; confusão, convulsões, discinesias, distonias ou coma (Critério C). A Intoxicação com Anfetamina, aguda ou crônica, freqüentemente está associada com prejuízo no funcionamento social ou ocupacional. Os sintomas não devem ser decorrência de uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental (Critério D). A magnitude e as manifestações das alterações comportamentais e fisiológicas dependem da dose usada e das características individuais do usuário da substância (por ex., tolerância, taxa de absorção, cronicidade do uso). As alterações associadas à intoxicação começam no máximo uma hora após o uso da substância e às vezes em segundos, dependendo da droga específica e do método de administração.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ F15.00 - 292.89 Intoxicação com Anfetamina**

**Especificador**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ F15.00 - 292.89 Intoxicação com Anfetamina \ Especificador**

O seguinte especificador pode ser aplicado a um diagnóstico de Intoxicação com Anfetamina:

**Com Perturbações Perceptuais.** Este especificador pode ser anotado quando alucinações com teste de realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou táteis ocorrem na ausência de um delirium. O teste de realidade intacto significa que a pessoa sabe que as alucinações são induzidas pela substância e não representam a realidade externa. Quando as alucinações ocorrem na ausência de um teste de realidade intacto, um diagnóstico de Transtorno Psicótico Induzido por Substância, Com Alucinações, deve ser considerado.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ F15.00 - 292.89 Intoxicação com Anfetamina \ Especificador**

**Critérios Diagnósticos para F15.00 - 292.89 Intoxicação com Anfetamina**

**A. Uso recente de anfetamina ou substância correlata (por ex., metilfenidato).**

**B. Alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas (por ex., euforia ou embotamento afetivo; alterações na sociabilidade; hipervigilância; sensibilidade interpessoal; ansiedade, tensão ou raiva; comportamentos estereotipados; prejuízo no julgamento; funcionamento social ou ocupacional prejudicado) desenvolvidas durante ou logo após o uso de anfetamina ou substância correlata.**

**C. Dois (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvendo-se durante ou logo após o uso de anfetamina ou substância correlata:**

- (1) taquicardia ou bradicardia
- (2) dilatação das pupilas
- (3) pressão sangüínea elevada ou baixa
- (4) perspiração ou calafrios
- (5) náuseas ou vômitos
- (6) evidência de perda de peso
- (7) agitação ou retardo psicomotor
- (8) fraqueza muscular, convulsões, discinesias, distonias ou coma.

**D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.**

**Especificar se:**

**Com Perturbações Perceptuais.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina**

**F15.3 - 292.0 Abstinência de Anfetamina**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ F15.3 - 292.0 Abstinência de Anfetamina**

**Consultar também o texto e os critérios para a Abstinência de Substância (ver p. 180). A característica essencial da Abstinência de Anfetamina é a presença de uma**

síndrome característica de abstinência, que se desenvolve dentro de algumas horas a dias após a cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de anfetamina (Critérios A e B). A síndrome de abstinência caracteriza-se pelo desenvolvimento de um humor disfórico e duas ou mais das seguintes alterações fisiológicas: fadiga, sonhos vívidos e desagradáveis, insônia ou hipersonia, maior apetite e retardo ou agitação psicomotora. Anedonia e premissa pela droga também podem estar presentes, mas não fazem parte dos critérios de diagnóstico. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento (Critério C). Os sintomas não devem ser decorrentes de uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Sintomas acentuados de abstinência freqüentemente se seguem a um episódio de uso intenso de altas doses. Esses períodos são caracterizados por sentimentos intensos e desagradáveis de lassidão e depressão, em geral exigindo vários dias de repouso e recuperação. Uma perda de peso ocorre com freqüência durante o uso pesado de estimulantes, ao passo que um aumento acentuado no apetite, com rápido ganho de peso, é freqüentemente observado durante a abstinência. Os sintomas depressivos podem durar vários dias e ser acompanhados por ideiação suicida.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ F15.3 - 292.0 Abstinência de Anfetamina**

**Critérios Diagnósticos para F15.3 - 292.0 Abstinência de Anfetamina**

**A. Cessação (ou redução) de um uso pesado e prolongado de anfetamina (ou substância correlata).**

**B. Humor disfórico e duas (ou mais) das seguintes alterações fisiológicas, desenvolvendo-se em horas a dias após o Critério A:**

- (1) fadiga
- (2) sonhos vívidos e desagradáveis
- (3) insônia ou hipersonia
- (4) apetite aumentado
- (5) retardo ou agitação psicomotora.

**C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.**

**D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados**



à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina

**Outros Transtornos Induzidos por Anfetamina**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ Outros Transtornos Induzidos por Anfetamina**

Os seguintes transtornos induzidos por Anfetamina são descritos nas seções do manual referentes aos transtornos cuja fenomenologia compartilham: **Delirium por Intoxicação com Anfetamina (p. 127)**, **Transtorno Psicótico Induzido por Anfetamina (p. 297)**, **Transtorno do Humor Induzido por Anfetamina (pp. 352-353)**, **Transtorno de Ansiedade Induzido por Anfetamina (p. 418)**, **Disfunção Sexual Induzida por Anfetamina (p. 491)** e **Transtorno do Sono Induzido por Anfetamina (pp. 570-571)**. Esses transtornos são diagnosticados ao invés de Intoxicação com Anfetamina ou Abstinência de Anfetamina apenas quando os sintomas excedem aqueles habitualmente associados com Intoxicação ou Abstinência de Anfetamina e quando os sintomas são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina**

**Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Anfetamina**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Anfetamina**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Anfetamina \ Características e Transtornos Associados**

A Intoxicação com Anfetamina aguda às vezes está associada a confusão, fala errática, cefaléia, idéias transitórias de referência e tinido. Durante a Intoxicação intensa, podem ocorrer ideação paranóide, alucinações auditivas em um sensorio claro e alucinações táteis. Frequentemente, o usuário da substância reconhece que esses sintomas decorrem dos estimulantes. Raiva extrema, com ameaças ou demonstrações de comportamento agressivo, pode ocorrer. Alterações do humor,

tais como depressão com ideação suicida, irritabilidade, anedonia, instabilidade emocional ou perturbações na atenção e concentração são comuns, especialmente durante a abstinência. Perda de peso, anemia e outros sinais de desnutrição e comprometimento da higiene pessoal freqüentemente são vistos com a Dependência de Anfetamina prolongada.

Os Transtornos Relacionados à Anfetamina e outros transtornos relacionados aos estimulantes em geral estão associados com Dependência ou Abuso de outras substâncias, especialmente as com propriedades sedativas (tais como álcool ou benzodiazepínicos), que habitualmente são tomadas para reduzir as sensações desagradáveis de "nervosismo" resultantes dos efeitos da droga estimulante. O uso intravenoso de anfetaminas algumas vezes está associado com Dependência de Opióides.

Os achados laboratoriais e do exame físico e os transtornos mentais e condições médicas gerais associados com os Transtornos Relacionados à Anfetamina são similares, de um modo geral, àqueles associados aos Transtornos Relacionados à Cocaína (ver p. 219). Os testes de urina para as substâncias desta classe em geral permanecem positivos por apenas 1-3 dias, mesmo após uma "farra" com a substância. Efeitos adversos pulmonares são vistos com menor freqüência do que com a cocaína, porque as substâncias desta classe são inaladas com freqüência muito menor. Menos complicações para a mãe e para o recém-nascido têm sido atribuídas a esta classe de substâncias do que à cocaína. Esta diferença pode refletir uma maior prevalência do uso de cocaína, ao invés de uma toxicidade inferior das anfetaminas. Convulsões, infecção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), desnutrição, ferimentos por armas de fogo ou facadas, sangramentos nasais e problemas cardiovasculares são vistos com freqüência como queixas apresentadas por indivíduos com Transtornos Relacionados à Anfetamina. Uma história de Transtorno da Conduta na infância, Transtorno da Personalidade Anti-Social e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade pode estar associada com o desenvolvimento posterior de Transtornos Relacionados à Anfetamina.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Anfetamina**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Anfetamina \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

A Dependência e o Abuso de Anfetamina são vistos em todos os níveis sociais,

sendo mais comuns em pessoas entre 18 e 30 anos de idade. O uso intravenoso é mais comum entre pessoas de grupos de baixa situação sócio-econômica e tem uma distribuição de 3 ou 4:1 para homens e mulheres, respectivamente. A proporção entre homens e mulheres está distribuída de um modo mais uniforme entre os indivíduos com uso não-intravenoso.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Anfetamina**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Anfetamina \ Prevalência**

Um levantamento comunitário realizado nos Estados Unidos em 1991 relatou que 7% da população tinham uso não-médico de anfetaminas ou substâncias tipo anfetamina uma ou mais vezes durante seu período de vida; 1,3% haviam usado a substância no ano anterior, e 0,3% havia utilizado anfetaminas ou substâncias tipo anfetamina no mês anterior. Como o estudo avaliou padrões de uso ao invés de diagnósticos, não se sabe quantos daqueles que haviam usado anfetaminas tinham sintomas que satisfaziam os critérios para Dependência ou Abuso. Um estudo comunitário realizado nos Estados Unidos de 1980 a 1985, utilizando os critérios mais estreitamente definidos do DSM-III, descobriu que cerca de 2% da população adulta tivera Dependência ou Abuso de Anfetamina em algum momento de suas vidas.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Anfetamina**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Anfetamina \ Curso**

Alguns indivíduos que abusam ou se tornam dependentes de anfetaminas ou substâncias tipo anfetamina iniciam o uso na tentativa de controlar seu peso. Outros são iniciados nessas substâncias através do mercado ilegal. A dependência pode ocorrer rapidamente, quando a substância é usada intravenosamente ou fumada. A administração oral em geral resulta em uma progressão mais lenta do

uso para a Dependência. A Dependência de Anfetamina está associada com dois padrões de administração, a saber, uso episódico ou diário (ou quase diário). No padrão episódico, o uso da substância é intercalado com dias de não-uso (por ex., uso intenso ao longo de um fim-de-semana ou por um ou mais dias da semana). Esses períodos de uso intensivo em altas doses (freqüentemente chamados de "farras") estão em geral associados com o uso intravenoso. As farras tendem a terminar apenas quando se esgotam os suprimentos da droga. O uso diário crônico pode envolver doses altas ou baixas, ocorrer durante o dia inteiro ou restringir-se apenas a algumas horas. No uso diário crônico, geralmente não existem amplas flutuações na dose de um dia para outro, mas freqüentemente ocorre um aumento da dose, com o tempo. O uso crônico de altas doses em geral se torna desagradável, em razão da sensibilização e do surgimento de efeitos disfóricos ou de outros efeitos negativos da droga. Os poucos dados disponíveis indicam que existe uma tendência das pessoas dependentes de anfetaminas a diminuir ou cessarem o uso em 8 a 10 anos, provavelmente em decorrência do desenvolvimento dos efeitos mentais e físicos adversos que surgem em associação com a dependência a longo prazo. Existe pouco ou quase nada publicado sobre o curso do Abuso a longo prazo.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Anfetamina**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Anfetamina \ Diagnóstico Diferencial**

Para uma discussão geral acerca do diagnóstico diferencial de Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [pp. 185-186](#). Os Transtornos Induzidos por Anfetamina podem ser caracterizados por sintomas (por ex., delírios) que lembram **transtornos mentais primários** (por ex., Transtorno Esquizofreniforme versus Transtorno Psicótico Induzido por Anfetamina, Com Delírios, Com Início Durante Intoxicação). Ver [p. 188](#), para uma discussão sobre o diagnóstico diferencial.

**Intoxicação com Cocaína, Intoxicação com Alucinógenos e Intoxicação com Fenciclidina** podem provocar um quadro clínico similar, às vezes diferenciado da Intoxicação com Anfetamina apenas pela presença de metabólitos de anfetamina em uma amostra de urina ou por anfetamina no plasma. Dependência e Abuso de Anfetamina devem ser diferenciados de **Dependência e Abuso de Cocaína, de Fenciclidina e de Alucinógenos**. A Intoxicação com Anfetamina e a Abstinência de Anfetamina são diferenciadas de **outros Transtornos Induzidos por Anfetamina** (por ex., Transtorno de Ansiedade Induzido por Anfetamina, Com Início Durante Intoxicação) porque os sintomas desses últimos excedem aqueles habitualmente

associados com a Intoxicação com Anfetamina ou a Abstinência de Anfetamina e são suficientemente severos para indicarem uma atenção clínica independente.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina**

**F15.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Anfetamina Sem Outra Especificação**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Anfetamina (ou Substâncias Tipo Anfetamina) \ Transtornos Induzidos por Anfetamina \ F15.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Anfetamina Sem Outra Especificação**

A categoria Transtorno Relacionado à Anfetamina Sem Outra Especificação aplica-se a transtornos associados com o uso de anfetamina (ou substância correlata) não classificável como Dependência de Anfetamina, Abuso de Anfetamina, Intoxicação com Anfetamina, Abstinência de Anfetamina, Delirium por Intoxicação com Anfetamina, Transtorno Psicótico Induzido por Anfetamina, Transtorno do Humor Induzido por Anfetamina, Transtorno de Ansiedade Induzido por Anfetamina, Disfunção Sexual Induzida por Anfetamina ou Transtorno do Sono Induzido por Anfetamina.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias**

**Transtornos Relacionados à Cafeína**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína**

A cafeína pode ser consumida a partir de múltiplas fontes, incluindo café (coado — 100mg/185ml, instantâneo — 65 mg/185ml), chá (40 mg/185ml), refrigerante com cafeína (45 mg/370ml), analgésicos e medicamentos para resfriados vendidos sem prescrição médica (25-50 mg/comprimido), estimulantes (100-200 mg/comprimido) e coadjuvantes para a perda de peso (75-200 mg/comprimido). Chocolate e cacau possuem níveis muito mais baixos de cafeína (por ex., 5 mg/barra de chocolate). O consumo de cafeína é onipresente em grande parte dos Estados Unidos, chegando a aproximadamente 200 mg/dia. Certos indivíduos que consomem grandes quantidades de café apresentam alguns aspectos de dependência de cafeína, além de tolerância e talvez abstinência. Entretanto, existem, atualmente, dados insuficientes para determinar se esses sintomas estão associados com um prejuízo clinicamente significativo que satisfaz os critérios para Dependência de Substância ou Abuso de Substância. Em contrapartida, existem evidências de que

a Intoxicação com Cafeína pode ser clinicamente significativa, o texto e os critérios específicos sendo oferecidos abaixo. Evidências recentes também sugerem a possível relevância clínica da abstinência de cafeína; um conjunto de critérios para pesquisas está incluído na [p. 669](#). Os Transtornos Induzidos por Cafeína (outros que não a Intoxicação com Cafeína) são descritos nas seções do manual relativas aos transtornos cuja fenomenologia compartilham (por ex., o Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína está incluído entre os "Transtornos de Ansiedade"). Abaixo estão relacionados os Transtornos Induzidos por Cafeína.

#### Transtornos Induzidos por Cafeína

**F15.00 - 305.90 Intoxicação com Cafeína** (ver [p. 205](#)).

**F15.8 - 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína** (ver [p. 418](#)).  
**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

**F15.8 - 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Cafeína** (ver [pp. 570-571](#)).  
**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

**F15.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Cafeína Sem Outra Especificação** (ver [pp. 208-209](#)).

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína

#### Transtornos Induzidos por Cafeína

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína \ Transtornos Induzidos por Cafeína

#### F15.00 - 305.90 Intoxicação com Cafeína

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína \ Transtornos Induzidos por Cafeína \ F15.00 - 305.90 Intoxicação com Cafeína

Consultar também o texto e os critérios para a Intoxicação com Substância (ver [p. 179](#)). A característica essencial da Intoxicação com Cafeína é o consumo recente de cafeína e cinco ou mais sintomas que se desenvolvem durante ou logo após o uso de cafeína (Critérios A e B). Os sintomas que podem aparecer após a ingestão de apenas 100 mg de cafeína por dia incluem inquietação, nervosismo, excitação, insônia, rubor facial, diurese e queixas gastrintestinais. Os sintomas que em geral aparecem com níveis superiores a 1 g/dia incluem abalos musculares, pensamentos e discurso com fluxo errático, taquicardia ou arritmia cardíaca, períodos de inexaustibilidade e agitação psicomotora. A Intoxicação com Cafeína pode não ocorrer, apesar de um alto consumo da substância, devido ao

desenvolvimento de tolerância. Os sintomas podem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). Os sintomas não devem ser decorrentes de uma condição médica geral e nem ser melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Ansiedade) (Critério D).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína \ Transtornos Induzidos por Cafeína \ F15.00 - 305.90 Intoxicação com Cafeína**

**Critérios Diagnósticos para F15.00 - 305.90 Intoxicação com Cafeína**

**A. Consumo recente de cafeína, em geral excedendo 250mg (por ex., mais de 2-3 xícaras de café coado).**

**B. Cinco (ou mais) dos seguintes sinais, desenvolvendo-se durante ou logo após o uso de cafeína:**

- (1) inquietação
- (2) nervosismo
- (3) excitação
- (4) insônia
- (5) rubor facial
- (6) diurese
- (7) perturbação gastrointestinal
- (8) abalos musculares
- (9) fluxo errático do pensamento e do discurso
- (10) taquicardia ou arritmia cardíaca
- (11) períodos de inexaustibilidade
- (12) agitação psicomotora.

**C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.**

**D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., um Transtorno de Ansiedade).**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína \ Transtornos Induzidos por Cafeína**

**Outros Transtornos Induzidos por Cafeína**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína \ Transtornos Induzidos por Cafeína \ Outros Transtornos Induzidos por**

## Cafeína

Os seguintes Transtornos Induzidos por Cafeína são descritos em outras seções do manual referentes aos transtornos cuja fenomenologia compartilham: **Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína** (p. 418) e **Transtorno do Sono Induzido por Cafeína** (pp. 570-571). Esses transtornos são diagnosticados ao invés de Intoxicação com Cafeína apenas quando os sintomas excedem aqueles habitualmente associados com a Intoxicação com Cafeína e quando são severos o suficiente para indicarem uma atenção clínica independente.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína \ Transtornos Induzidos por Cafeína

### Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Cafeína

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína \ Transtornos Induzidos por Cafeína \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Cafeína

### Características e Transtornos Associados

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína \ Transtornos Induzidos por Cafeína \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Cafeína \ Características e Transtornos Associados

Leves perturbações sensoriais (por ex., zumbido nos ouvidos e lampejos de luz) têm sido relatadas com doses mais altas. Embora amplas doses de cafeína possam aumentar a frequência cardíaca, doses menores podem lentificar o pulso. Não está claro se o excesso de cafeína pode causar cefaléia. No exame físico, agitação, inquietação, sudorese, taquicardia, rubor facial e motilidade intestinal aumentada podem ser vistos. Os padrões típicos de consumo de cafeína não estão consistentemente associados com outros problemas médicos. Entretanto, o uso pesado está associado com o desenvolvimento ou exacerbação de ansiedade e sintomas somáticos tais como arritmias cardíacas e dor gastrintestinal ou diarreia. Com doses agudas, excedendo 10 g de cafeína, convulsões de grande mal e insuficiência respiratória podem resultar em morte. O uso excessivo de cafeína está associado com Transtornos do Humor, Alimentares, Psicóticos, do Sono e Relacionados a Substâncias, ao passo que os indivíduos com Transtornos de Ansiedade tendem a evitar esta substância.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína \ Transtornos Induzidos por Cafeína \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Cafeína



**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína \ Transtornos Induzidos por Cafeína \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Cafeína \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

O uso de cafeína e as fontes a partir das quais é consumida variam amplamente entre as culturas. O consumo médio de cafeína na maior parte do mundo em desenvolvimento é inferior a 50 mg/dia, em comparação com até 400 mg/dia ou mais na Suécia, Reino Unido e outras nações européias. O consumo de cafeína aumenta na casa dos 20 anos e freqüentemente diminui após os 65 anos. O consumo é maior em homens do que em mulheres.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína \ Transtornos Induzidos por Cafeína \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Cafeína**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína \ Transtornos Induzidos por Cafeína \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Cafeína \ Curso**

A meia-vida da cafeína é de 2-6 horas, de modo que a maioria dos sintomas de intoxicação tende a durar de 6 a 16 horas após a sua ingestão. Visto que ocorre tolerância aos efeitos comportamentais, a Intoxicação com Cafeína em geral é vista em usuários infreqüentes ou naqueles que há pouco aumentaram substancialmente seu consumo.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína \ Transtornos Induzidos por Cafeína \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Cafeína**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína \ Transtornos Induzidos por Cafeína \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Cafeína \ Diagnóstico Diferencial**

Para uma discussão geral sobre o diagnóstico diferencial dos Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [pp. 185-186](#). Os Transtornos Induzidos por Cafeína podem ser caracterizados por sintomas (por ex., Ataques de Pânico) que

lembram **transtornos mentais primários** (por ex., Transtorno de Pânico versus Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína, Com Ataques de Pânico, Com Início Durante Intoxicação). Ver [p. 188](#), para uma discussão desse diagnóstico diferencial.

A fim de satisfazerem os critérios para Intoxicação com Cafeína, os sintomas não devem ser decorrentes de uma **condição médica geral** ou **outro transtorno mental**, como **Transtorno de Ansiedade**, que poderia explicá-los melhor. **Episódios Maníacos, Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Intoxicação com Anfetamina, Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos ou Abstinência de Nicotina, Transtornos do Sono e efeitos colaterais induzidos por medicamentos** (por ex., acatisia) podem causar um quadro clínico semelhante ao da Intoxicação com Cafeína. O relacionamento temporal dos sintomas com o uso aumentado de cafeína ou com a abstinência de cafeína ajuda a estabelecer o **Com Início Durante Intoxicação** ([p. 418](#)) e do **Transtorno do Sono Induzido por Cafeína, Com Início Durante Intoxicação** ([pp. 570-571](#)), pelo fato de que os sintomas nesses últimos transtornos excedem aqueles habitualmente associados com a Intoxicação com Cafeína e são suficientemente severos para indicarem uma atenção clínica independente.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína \ Transtornos Induzidos por Cafeína

##### **F15.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Cafeína Sem Outra Especificação**

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cafeína \ Transtornos Induzidos por Cafeína \ F15.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Cafeína Sem Outra Especificação

A categoria **Transtorno Relacionado à Cafeína Sem Outra Especificação** aplica-se a transtornos associados com o uso de cafeína não classificáveis como Intoxicação com Cafeína, Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína ou Transtorno do Sono Induzido por Cafeína. Um exemplo é a abstinência de cafeína (ver [p. 667-668](#) para critérios sugeridos para pesquisas).

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias

##### **Transtornos Relacionados à Cannabis**

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis

Esta seção inclui problemas associados aos canabinóides e compostos sintéticos

quimicamente similares. Os canabinóides são substâncias derivadas da planta Cannabis Sativa. Quando as folhas superiores, inflorescências e brotos da planta são cortados, secados e enrolados na forma de cigarros, o produto em geral é chamado de maconha. O haxixe é o exsudato resinoso da cannabis; o óleo de haxixe é um destilado concentrado de haxixe. Os canabinóides em geral são fumados, mas podem ser consumidos via oral, e às vezes misturados ao chá ou alimentos. O canabinóide identificado como principal responsável pelos efeitos psicoativos da cannabis é o delta-9-tetraidrocanabinol (também conhecido como THC, ou delta-9-THC). Esta substância raramente está disponível para o uso em sua forma pura. O teor de THC da maconha em geral disponível varia imensamente, sendo que aumentou muito desde o final dos anos 60, de uma média de aproximadamente 1-5% para até 10-15%. O delta-9-THC sintético tem sido usado para certas condições médicas gerais (por ex., para náusea e vômitos causados por quimioterapia, para anorexia e perda de peso em indivíduos com síndrome de imunodeficiência adquirida [AIDS]).

Esta seção contém discussões específicas aos Transtornos Relacionados à Cannabis. O texto e os conjuntos de critérios já foram oferecidos com respeito à definição dos aspectos genéricos da Dependência de Substância (p. 172) e Abuso de Substância (pp. 177-178) que se aplicam a todas as substâncias. Textos específicos à Dependência e ao Abuso de Cannabis são oferecidos abaixo; entretanto, não existem critérios específicos adicionais para Dependência ou Abuso de Cannabis. O texto e os conjuntos de critérios específicos para a Intoxicação com Cannabis também são oferecidos abaixo. Os sintomas de uma possível abstinência de Cannabis (por ex., humor irritável ou ansioso acompanhado por alterações fisiológicas como tremor, perspiração, náusea e perturbações do sono) têm sido descritos em associação com o uso de doses muito altas, mas sua importância clínica é incerta. Por essas razões, o diagnóstico de abstinência de Cannabis não é incluído neste manual. Os Transtornos Induzidos por Cannabis (outros que não Intoxicação com Cannabis) são descritos nas seções do manual referentes aos transtornos cuja fenomenologia compartilham (por ex., Transtorno do Humor Induzido por Cannabis é incluído na seção "Transtornos do Humor"). Abaixo, relacionamos os Transtornos por Uso de Cannabis e Transtornos Induzidos por Cannabis.

### Transtornos por Uso de Cannabis

---

F12.2x - 304.30 Dependência de Cannabis (ver pp. 209-210).

F12.1 - 305.20 Abuso de Cannabis (ver pp. 210-211).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis

### Transtornos Induzidos por Cannabis

---

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



F12.00 - 292.89 Intoxicação com Cannabis (ver pp. 210-211).

Especificar se: Com Perturbações Perceptuais.

F12.03 - 292.81 Delirium por Intoxicação com Cannabis (ver pp. 126-127).

F12.51 - 292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Cannabis, Com Delírios (ver p. 297).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.

F12.52 - 292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Cannabis, Com Alucinações (ver p. 297).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.

F12.8 - 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cannabis (ver p. 418).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.

F12.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Cannabis, Sem Outra Especificação (ver p. 214).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis

### Transtornos por Uso de Cannabis

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos por Uso de Cannabis

### F12.2x - 304.30 Dependência de Cannabis

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos por Uso de Cannabis \ F12.2x - 304.30 Dependência de Cannabis

Consultar também o texto e os critérios para Dependência de Substância (ver p. 172). Os indivíduos com Dependência de Cannabis têm um uso compulsivo e em geral não desenvolvem dependência fisiológica, embora a tolerância à maior parte dos efeitos da Cannabis tenha sido relatada em indivíduos que a utilizam de forma crônica. Também existem relatos de sintomas de abstinência, mas esses ainda não se mostraram clinicamente significativos. Os indivíduos com Dependência de Cannabis podem usar um tipo muito potente durante o dia inteiro, por um período de meses ou anos, e passar várias horas por dia adquirindo e usando a substância. Isso frequentemente interfere na família, na escola, no trabalho ou em atividades recreativas. Os indivíduos com Dependência de Cannabis também podem persistir em seu uso, apesar de conhecerem os problemas físicos (por ex., tosse crônica relacionada ao hábito de fumar maconha) ou problemas psicológicos resultantes

(por ex., sedação excessiva decorrente do uso repetido de altas doses).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos por Uso de Cannabis \ F12.2x - 304.30 Dependência de Cannabis**

**Especificadores**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos por Uso de Cannabis \ F12.2x - 304.30 Dependência de Cannabis \ Especificadores**

Os especificadores seguintes podem ser aplicados a um diagnóstico de Dependência de Cannabis (ver [pp. 174-175](#) para maiores detalhes):

**Com Dependência Fisiológica**

**Sem Dependência Fisiológica**

**Remissão Completa Inicial**

**Remissão Parcial Inicial**

**Remissão Completa Mantida**

**Remissão Parcial Mantida**

**Em Ambiente Controlado**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos por Uso de Cannabis**

**F12.1 - 305.20 Abuso de Cannabis**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos por Uso de Cannabis \ F12.1 - 305.20 Abuso de Cannabis**

Consultar também o texto e os critérios para Abuso de Substância (ver [pp. 177-178](#)). O uso e a intoxicação periódica com cannabis podem interferir no desempenho no trabalho ou na escola e ser fisicamente perigosos em situações tais como dirigir um automóvel. Problemas legais podem decorrer de detenções por posse de maconha. Pode haver discussões com o cônjuge ou com os pais acerca da posse da substância em casa ou seu uso na presença de crianças. Quando existem níveis significativos de tolerância, ou quando problemas psicológicos ou físicos estão associados à Cannabis no contexto do uso compulsivo, um diagnóstico de Dependência de Cannabis, ao invés de Abuso de Cannabis, deve ser considerado.

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis

**Transtornos Induzidos por Cannabis**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis

**F12.00 - 292.89 Intoxicação com Cannabis**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ F12.00 - 292.89 Intoxicação com Cannabis

Consultar também o texto e os critérios para Intoxicação com Substância (ver [p. 179](#)). A característica essencial da Intoxicação com Cannabis é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas, que se desenvolvem durante ou logo após o uso de Cannabis (Critérios A e B). A Intoxicação tipicamente inicia com um "barato", seguido de sintomas que incluem euforia, com risos inadequados ou idéias de grandeza, sedação, letargia, comprometimento da memória de curto prazo, dificuldade para a execução de processos mentais complexos, prejuízo no julgamento, percepções sensoriais distorcidas, prejuízo no desempenho motor e sensação de lentificação do tempo. Às vezes ocorrem ansiedade (que pode ser severa), disforia ou retraimento social. Esses efeitos psicoativos são acompanhados por dois ou mais dos seguintes sinais, desenvolvendo-se dentro de 2 horas após o uso de Cannabis: conjuntivas injetadas, aumento do apetite, boca seca e taquicardia (Critério C).

Os sintomas não devem ser decorrentes de uma condição médica geral nem ser melhor explicados por outro transtorno mental (Critério D).

A Intoxicação desenvolve-se dentro de minutos se a cannabis é fumada, mas pode levar algumas horas, se ingerida via oral. Os efeitos em geral duram de 3 a 4 horas, mas a atuação pode ser mais longa, quando a substância é consumida via oral. A magnitude das alterações comportamentais e fisiológicas depende da dose, do método de administração e das características individuais do usuário da substância, tais como taxa de absorção, tolerância e sensibilidade aos efeitos da mesma. Uma vez que a maioria dos canabinóides, incluindo o delta-9-THC, é lipossolúvel, os efeitos da cannabis ou do haxixe podem às vezes persistir ou apresentar recorrência por 12 a 24 horas, devido a uma lenta liberação das substâncias psicoativas do tecido adiposo ou para a circulação entero-hepática.

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ F12.00 - 292.89 Intoxicação com Cannabis

**Especificador**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ F12.00 - 292.89 Intoxicação com Cannabis \ Especificador**

O especificador seguinte pode ser aplicado a um diagnóstico de Intoxicação com Cannabis:

**Com Perturbações Perceptuais.** Este especificador pode ser anotado quando alucinações com teste de realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou táteis ocorrem na ausência de um delírium. Um teste de realidade intacto significa que a pessoa sabe que as alucinações são induzidas pela substância e não representam a realidade externa. Quando as alucinações ocorrem na ausência de um teste de realidade intacto, um diagnóstico de Transtorno Psicótico Induzido por Substância, Com Alucinações, deve ser considerado.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ F12.00 - 292.89 Intoxicação com Cannabis \ Especificador**

**Critérios Diagnósticos para F12.00 - 292.89 Intoxicação com Cannabis**

**A. Uso recente de cannabis.**

**B. Alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas (por ex., prejuízo na coordenação, euforia, ansiedade, sensação de lentificação do tempo, prejuízo no julgamento, retraimento social) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de cannabis.**

**C. Dois ou mais dos seguintes sinais, desenvolvendo-se no período de 2 horas após o uso de cannabis:**

- (1) conjuntivas injetadas
- (2) apetite aumentado
- (3) boca seca
- (4) taquicardia.

**D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.**

**Especificar se:**

**Com Perturbações Perceptuais.**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ F12.00 - 292.89 Intoxicação com Cannabis \ Especificador

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis

**Outros Transtornos Induzidos por Cannabis**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ Outros Transtornos Induzidos por Cannabis

Os Transtornos Induzidos por Cannabis apresentados a seguir são descritos em outras seções do manual, juntos com os transtornos cuja fenomenologia compartilham: **Delirium por Intoxicação com Cannabis (p. 127)**, **Transtorno Psicótico Induzido por Cannabis (p. 297)** e **Transtorno de Ansiedade Induzido por Cannabis (p. 418)**. Esses transtornos são diagnosticados ao invés de Intoxicação com Cannabis apenas quando os sintomas excedem aqueles habitualmente associados à Intoxicação com Cannabis e quando são suficientemente severos para indicarem uma atenção clínica independente.

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis

**Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cannabis**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cannabis

**Características e Transtornos Associados**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cannabis \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** A cannabis é usada em geral com outras substâncias, especialmente nicotina, álcool e cocaína, podendo (especialmente a maconha) ser misturada ou fumada com opióides, fenciclidina (PCP) ou outras drogas alucinógenas. Os indivíduos que a utilizam



regularmente freqüentemente relatam letargia física e mental e anedonia. Formas leves de depressão, ansiedade ou irritabilidade são vistas em cerca de um terço dos indivíduos que usam regularmente a cannabis (diária ou quase diariamente). Quando consumidos em altas doses, os canabinóides têm efeitos psicoativos que podem lembrar aqueles dos alucinógenos (por ex., ácido lisérgico dietilamida [LSD]), e os indivíduos que utilizam canabinóides podem experimentar efeitos mentais adversos que se assemelham a "viagens ruins" induzidas por alucinógenos. Estes últimos variam desde níveis leves a moderados de ansiedade (por ex., preocupação com a possibilidade de a polícia descobrir o uso da substância) até reações severas de ansiedade que lembram Ataques de Pânico. Também pode haver ideação paranóide, variando de desconfiança a francos delírios e alucinações. Episódios de despersonalização e desrealização também já foram descritos. Existem relatos de uma ocorrência mais freqüente de acidentes fatais de trânsito em indivíduos com teste positivo para canabinóides do que na população geral. Entretanto, a importância desses achados não está clara, já que o álcool e outras substâncias com freqüência também estão presentes.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cannabis \ Características e Transtornos Associados**

**Achados laboratoriais associados.** Os testes de urina em geral identificam metabólitos de canabinóides. Uma vez que essas substâncias são lipossolúveis, persistem nos líquidos corporais por extensos períodos de tempo e são lentamente excretadas, os testes rotineiros de urina para canabinóides em indivíduos que usam a substância esporadicamente podem ser positivos por 7 a 10 dias; a urina de indivíduos com uso pesado de cannabis pode apresentar resultados apenas é consistente com um uso prévio; ele não estabelece Intoxicação, Dependência ou Abuso. As alterações biológicas incluem supressão temporária (e provavelmente relacionada à dose) da função imunológica e secreção suprimida de testosterona e hormônio luteinizante (LH), embora a importância clínica dessas alterações não esteja clara. O uso agudo de canabinóides também causa lentificação difusa da atividade de fundo no EEG e supressão do sono de movimentos oculares rápidos (REM).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cannabis \ Características e Transtornos Associados**

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.** A fumaça da cannabis é altamente irritante para a nasofaringe e o revestimento brônquico e, portanto, aumenta o risco de tosse crônica e outros sinais e sintomas de patologia nasofaríngea. O uso crônico de Cannabis às vezes está associado com ganho de peso, provavelmente em decorrência do excesso alimentar e da redução da atividade física. Sinusite, faringite, bronquite com tosse persistente, enfisema e displasia pulmonar podem ocorrer com o uso crônico e pesado. A fumaça da

maconha contém quantidades ainda mais altas de carcinógenos conhecidos do que o tabaco, sendo que o uso pesado pode aumentar o risco para o desenvolvimento de doença maligna.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cannabis**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cannabis \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

A cannabis é provavelmente a substância ilícita mais usada no mundo inteiro. Ela tem sido consumida desde remotas eras, por seus efeitos psicoativos e como remédio para uma ampla gama de condições médicas. A cannabis está entre as primeiras drogas de experimentação (freqüentemente durante a adolescência) para todos os grupos culturais nos Estados Unidos. Como ocorre com a maioria das outras drogas ilícitas, os Transtornos por Uso de Cannabis aparecem mais freqüentemente em homens, e a prevalência é maior em pessoas entre 18 e 30 anos de idade.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cannabis**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cannabis \ Prevalência**

Os canabinóides, especialmente a Cannabis, são as substâncias psicoativas ilícitas mais amplamente usadas nos Estados Unidos, embora a prevalência ao longo da vida venha diminuindo lentamente, conforme os números observados por levantamentos da década de 80. Um estudo comunitário realizado nos Estados Unidos em 1991 relatou que cerca de um terço da população havia usado maconha uma ou mais vezes em sua vida; 10% haviam usado a substância no ano anterior e 5% haviam usado a maconha no mês anterior. Uma vez que o estudo avaliava padrões de uso, ao invés de diagnósticos, não se sabe quantos daqueles que usaram maconha possuíam sintomas que satisfaziam os critérios para

**Dependência ou Abuso.** Um estudo comunitário realizado nos Estados Unidos, de 1980 a 1985, utilizando os critérios mais estreitamente definidos do DSM-III, constatou que cerca de 4% da população adulta apresentava Dependência ou Abuso de Cannabis em algum momento de suas vidas.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cannabis**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cannabis \ Curso**

A Dependência ou o Abuso de Cannabis geralmente levam um extenso período para se desenvolverem. Os indivíduos que se tornam dependentes tipicamente estabelecem um padrão de uso crônico, que aumenta gradualmente tanto em frequência quanto em quantidade. Com o uso pesado e crônico existe, às vezes, uma diminuição ou perda dos efeitos agradáveis da substância. Embora possa haver um aumento correspondente dos efeitos disfóricos, estes não são vistos com tanta frequência quanto no uso crônico de outras substâncias como álcool, cocaína ou anfetaminas. Uma história de Transtorno da Conduta na infância ou adolescência e Transtorno da Personalidade Anti-Social é fator de risco para o desenvolvimento de muitos Transtornos Relacionados a Substâncias, inclusive Transtornos Relacionados à Cannabis. Poucos dados estão disponíveis sobre o curso a longo prazo da Dependência ou do Abuso de Cannabis.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cannabis**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cannabis \ Diagnóstico Diferencial**

Para uma discussão geral sobre o diagnóstico diferencial dos Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [p. 186](#). Os Transtornos Induzidos por Cannabis podem ser caracterizados por sintomas (por ex., ansiedade) que lembram **transtornos mentais primários** (por ex., Transtorno de Ansiedade Generalizada versus Transtorno de Ansiedade Induzido por Cannabis, com Ansiedade Generalizada, Com Início Durante Intoxicação). Ver [p. 188](#) para uma discussão do diagnóstico diferencial. O consumo crônico de Cannabis pode produzir sintomas

semelhantes ao **Transtorno Distímico**. As reações adversas agudas à cannabis devem ser diferenciadas dos sintomas de **Transtorno de Pânico**, **Transtorno Depressivo Maior**, **Transtorno Delirante**, **Transtorno Bipolar** ou **Esquizofrenia**, **Tipo Paranóide**. O exame físico geralmente apresenta taquicardia e conjuntivas injetadas. A testagem toxicológica da urina pode ser útil para fazer o diagnóstico.

Contrastando com a Intoxicação com Cannabis, a **Intoxicação com Álcool** e a **Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos** freqüentemente diminuem o apetite, aumentam o comportamento agressivo e produzem nistagmo ou ataxia. Os **alucinógenos** em baixas doses podem causar um quadro clínico semelhante à Intoxicação com Cannabis. A fenciclidina (PCP), como a cannabis, pode ser fumada e também apresenta efeitos alucinogênicos, mas a **Intoxicação com Fenciclidina** está muito mais propensa a causar ataxia e comportamento agressivo. A Intoxicação com cannabis é diferenciada de **outros Transtornos Induzidos por Cannabis** (por ex., **Transtorno de Ansiedade Induzido por Cannabis**, **Com Início Durante Intoxicação**), uma vez que os sintomas nesses últimos transtornos excedem aqueles habitualmente associados com a Intoxicação com Cannabis e são suficientemente severos para indicarem uma atenção clínica independente.

A distinção entre o **uso da cannabis para fins recreativos** e Dependência ou Abuso de Cannabis pode ser difícil, porque também é difícil atribuir os problemas sociais, comportamentais ou psicológicos à substância, especialmente no contexto do uso simultâneo de outras substâncias. A negação do uso pesado é comum, e as pessoas parecem buscar o tratamento para a Dependência ou Abuso de Cannabis com menor freqüência do que para outros tipos de Transtornos Relacionados a Substâncias.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis

### F12.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Cannabis Sem Outra Especificação

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cannabis \ Transtornos Induzidos por Cannabis \ F12.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Cannabis Sem Outra Especificação

A categoria **Transtorno Relacionado à Cannabis Sem Outra Especificação** aplica-se a transtornos associados com o uso de cannabis não classificáveis como Dependência de Cannabis, Abuso de Cannabis, Intoxicação com Cannabis, Delirium, **Transtorno Psicótico Induzido por Cannabis** ou **Transtorno de Ansiedade Induzido por Cannabis**.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias

## Transtornos Relacionados à Cocaína

### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína

A cocaína, uma substância natural produzida pela planta da coca, é consumida em diversas preparações (por ex., folhas de coca, cloridrato de cocaína e alcalóide da cocaína) que diferem em potência devido a variados níveis de pureza e rapidez do início dos efeitos. A cocaína é o ingrediente ativo em cada preparação. Mascar folhas de coca é uma prática em geral limitada às populações nativas da América Central e América do Sul, onde a cocaína é cultivada. O uso de pasta de coca, um extrato bruto da planta de coca, ocorre quase que exclusivamente nos países produtores de coca da América do Sul e Central, onde recebe o apelido de "basulca". Os solventes usados na preparação da pasta de coca frequentemente a contaminam e podem causar efeitos tóxicos no sistema nervoso central e em outros sistemas orgânicos quando a pasta é fumada. O pó de cloridrato de cocaína em geral é "cheirado" ou dissolvido em água e injetado intravenosamente. Às vezes ele é misturado com heroína, em uma combinação de drogas conhecida como speedball.

Uma forma de cocaína bastante difundida nos Estados Unidos é o crack, um alcalóide da cocaína extraído dos sais de cloridrato em pó pela mistura com bicarbonato de sódio e posterior secagem, formando pequenas "pedras". O crack difere de outras formas de cocaína principalmente porque é vaporizado e inalado com facilidade, de modo que seus efeitos têm um início extremamente rápido. A síndrome clínica e os efeitos adversos associados com o uso de crack são idênticos aos produzidos por doses comparáveis de outras preparações de cocaína. Antes do advento do crack, a cocaína era separada de sua base de cloridrato mediante aquecimento com éter, amônia ou algum outro solvente volátil. A cocaína de "base livre" resultante era então fumada. Este processo é perigoso, em razão do risco de ignição dos solventes e possíveis danos ao usuário.

Esta seção contém discussões específicas aos Transtornos Relacionados à Cocaína. Já foram oferecidos textos e conjuntos de critérios para a definição de aspectos genéricos da Dependência de Substância (p. 172) e Abuso de Substância (pp. 177-178) que se aplicam a todas as substâncias. Um texto específico à Dependência de Cocaína é oferecido abaixo; entretanto, não existem conjuntos adicionais de critérios para Dependência e Abuso de Cocaína. Textos e conjuntos de critérios específicos para Intoxicação com Cocaína e Abstinência de Cocaína também são apresentados abaixo. Os Transtornos Induzidos por Cocaína (outros que não Intoxicação com Cocaína e Abstinência de Cocaína) são descritos nas seções do manual referentes aos transtornos cuja fenomenologia compartilham (por ex., o Transtorno do Humor Induzido por Cocaína é incluído na seção "Transtornos do Humor"). Abaixo, estão relacionados os Transtornos por Uso de

Cocaína e os Transtornos Induzidos por Cocaína.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína**

**Transtornos por Uso de Cocaína**

---

**F14.2x - 304.20 Dependência de Cocaína (ver p. 215).**

**F14.1 - 305.60 Abuso de Cocaína (ver p. 216).**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína**

**Transtornos Induzidos por Cocaína**

---

**F14.00 - 292.89 Intoxicação com Cocaína (ver p. 216).**

**Especificar se: Com Perturbações Perceptuais.**

**F14.3 - 292.0 Abstinência de Cocaína (ver p. 218).**

**F14.03 - 292.81 Delirium por Intoxicação com Cocaína (ver pp. 126-127).**

**F14.51 - 292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Cocaína, Com Delírios (ver p. 297).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

**F14.52 - 292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Cocaína, com Alucinações (ver p. 297).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

**F14.8 - 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Cocaína (ver pp. 352-353).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.**

**F14.8 - 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cocaína (ver p. 418).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.**

**F14.8 - 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Cocaína (ver p. 491).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína**

**F14.8 - 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Cocaína (ver pp. 570-571).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.**

**F14.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Cocaína Sem Outra Especificação (ver p. 222).**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



à Cocaína

### Transtornos por Uso de Cocaína

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos por Uso de Cocaína

#### F14.2x - 304.20 Dependência de Cocaína

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos por Uso de Cocaína \ F14.2x - 304.20 Dependência de Cocaína

Consultar também o texto e os critérios para Dependência de Substância (ver [p. 172](#)). A cocaína tem efeitos eufóricos extremamente potentes, e os indivíduos expostos a ela podem desenvolver dependência após o uso por períodos muito curtos. Um sinal inicial de Dependência de Cocaína ocorre quando o indivíduo considera cada vez mais difícil resistir a mesma sempre que ela esteja disponível. Em vista de sua meia-vida curta, existe uma necessidade de doses freqüentes para a manutenção dos efeitos. As pessoas com Dependência de Cocaína podem gastar quantias extremamente altas com a droga, dentro de um período muito curto de tempo. Como resultado, o usuário da substância pode envolver-se em furtos, prostituição ou tráfico de drogas ou pedir adiantamentos salariais para poder comprar a droga. Os indivíduos com Dependência de Cocaína freqüentemente consideram necessário descontinuar o uso por alguns dias para descansar ou obter dinheiro. Responsabilidades importantes tais como o emprego ou cuidados com os filhos podem ser amplamente negligenciadas para a obtenção e uso da substância. Complicações mentais ou físicas do uso crônico, tais como ideação paranóide, comportamento agressivo, ansiedade, depressão e perda de peso, são comuns. A tolerância ocorre com o uso repetido, não importando a via de administração. Sintomas de abstinência, particularmente humor disfórico, podem ser vistos, mas em geral são transitórios e estão associados ao uso de altas doses.

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos por Uso de Cocaína \ F14.2x - 304.20 Dependência de Cocaína

#### Especificadores

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos por Uso de Cocaína \ F14.2x - 304.20 Dependência de Cocaína \ Especificadores

Os especificadores seguintes podem ser aplicados a um diagnóstico de Dependência de Cocaína (ver [pp. 175-176](#) para maiores detalhes):

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Com Dependência Fisiológica

Sem Dependência Fisiológica

Remissão Completa Inicial

Remissão Parcial Inicial

Remissão Completa Mantida

Remissão Parcial Mantida

Em Terapia com Agonista

Em Ambiente Controlado

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos por Uso de Cocaína**

**F14.1 - 305.60 Abuso de Cocaína**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos por Uso de Cocaína \ F14.1 - 305.60 Abuso de Cocaína**

Consultar também o texto e os critérios para Abstinência de Substância (ver [pp. 177-178](#)). A intensidade e a frequência da administração de cocaína são menores no Abuso de Cocaína, em comparação com a Dependência. Episódios de uso problemático, negligência de responsabilidades e conflitos interpessoais frequentemente ocorrem em dias de pagamento ou ocasiões especiais, resultando em um padrão de breves períodos (de horas a alguns dias) de uso de altas doses, seguido por períodos muito mais longos (semanas a meses) de uso ocasional e não-problemático ou de abstinência. Dificuldades legais podem ocorrer devido à posse ou uso da droga. Quando os problemas associados com o uso são acompanhados por evidências de tolerância, abstinência ou comportamento compulsivo relacionado à obtenção ou administração de cocaína, um diagnóstico de Dependência de Cocaína ao invés de Abuso de Cocaína deve ser considerado.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína**

**Transtornos Induzidos por Cocaína**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína**

**F14.00 - 292.89 Intoxicação com Cocaína**



**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ F14.00 - 292.89 Intoxicação com Cocaína**

Consultar também o texto e os critérios para Intoxicação com Substância (ver [p. 179](#)). A característica essencial da Intoxicação com Cocaína é a presença de alterações comportamentais ou adaptativas e clinicamente significativas, que se desenvolvem durante ou logo após o uso de cocaína (Critérios A e B). A Intoxicação com Cocaína geralmente inclui um ou mais dos seguintes sintomas: euforia com aumento do vigor, afabilidade, hiperatividade, alerta, grandiosidade, hipervigilância, sensibilidade interpessoal, loquacidade, ansiedade, tensão, inquietação, comportamento estereotipado e repetitivo, raiva, julgamento prejudicado e, no caso de intoxicação crônica, embotamento afetivo com fadiga, tristeza e retraimento social. Essas alterações comportamentais e psicológicas são acompanhadas por dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas, que se desenvolvem durante ou logo após o uso de cocaína: taquicardia ou bradicardia; dilatação das pupilas; pressão sanguínea elevada ou abaixo do normal; perspiração ou calafrios; náusea ou vômitos; evidência de perda de peso; agitação ou retardo psicomotor; fraqueza muscular; depressão respiratória; dor torácica ou arritmias cardíacas; confusão, convulsões, discinesias, distonias ou coma (Critério C). A Intoxicação, aguda ou crônica, freqüentemente está associada com prejuízo no funcionamento social ou ocupacional. A intoxicação severa pode levar ao coma. Para fazer um diagnóstico de Intoxicação com Cocaína, os sintomas não devem ser decorrentes de uma condição médica geral nem ser melhor explicados por outro transtorno mental (Critério D).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ F14.00 - 292.89 Intoxicação com Cocaína**

A magnitude e direção das alterações comportamentais e fisiológicas dependem de muitas variáveis, incluindo a dose usada e as características individuais do usuário da substância (por ex., tolerância, taxa de absorção, cronicidade do uso, contexto no qual a substância é consumida). Os efeitos estimulantes, tais como euforia, taquicardia, aumento da pressão sanguínea e atividade psicomotora diminuída são mais comuns. Efeitos depressores, tais como tristeza, bradicardia, diminuição da pressão arterial e da atividade psicomotora, são menos comuns e geralmente emergem apenas com o uso crônico de altas doses de cocaína.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ F14.00 - 292.89 Intoxicação com Cocaína**

**Especificador**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ F14.00 - 292.89 Intoxicação com Cocaína \ Especificador**

O especificador seguinte pode ser aplicado a um diagnóstico de Intoxicação com Cocaína:

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ F14.00 - 292.89 Intoxicação com Cocaína \ Especificador**

**Com Perturbações Perceptuais.** Este especificador pode ser anotado quando alucinações com teste de realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou táteis ocorrem na ausência de um delírium. Um teste de realidade intacto significa que a pessoa sabe que as alucinações são induzidas pela substância e não representam a realidade externa. Quando as alucinações ocorrem na ausência de um teste de realidade intacto, um diagnóstico de Transtorno Psicótico Induzido por Substância, Com Alucinações, deve ser considerado.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ F14.00 - 292.89 Intoxicação com Cocaína \ Especificador**

**Critérios Diagnósticos para F14.00 - 292.89 Intoxicação com Cocaína**

**A. Uso recente de cocaína.**

**B. Alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas (por ex., euforia ou embotamento afetivo; mudanças na sociabilidade; hipervigilância; sensibilidade interpessoal; ansiedade; tensão ou raiva; comportamentos estereotipados; julgamento prejudicado; funcionamento social ou ocupacional prejudicado), que se desenvolvem durante ou logo após o uso de cocaína.**

**C. Dois ou mais dos seguintes sintomas, desenvolvendo-se durante ou logo após o uso de cocaína:**

- (1) taquicardia ou bradicardia
- (2) dilatação das pupilas
- (3) pressão sanguínea elevada ou abaixo do normal
- (4) perspiração ou calafrios
- (5) náusea ou vômitos
- (6) evidências de perda de peso
- (7) agitação ou retardo psicomotor
- (8) fraqueza muscular, depressão respiratória, dor torácica ou arritmias cardíacas
- (9) confusão, convulsões, discinesias, distonias ou coma

D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Especificar se:

Com Perturbações Perceptuais.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína**

**F14.3 - 292.0 Abstinência de Cocaína**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ F14.3 - 292.0 Abstinência de Cocaína**

Consultar também o texto e os critérios para Abstinência de Substância (ver p. 180). A característica essencial da Abstinência de Cocaína é a presença de uma síndrome característica de abstinência, que se desenvolve dentro de algumas horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de cocaína (Critérios A e B). A síndrome de abstinência caracteriza-se pelo desenvolvimento de um humor disfórico acompanhado por duas ou mais das seguintes alterações fisiológicas: fadiga, sonhos vívidos e desagradáveis, insônia ou hipersonia, maior apetite e retardo ou agitação psicomotora. Anedonia e premissa pela droga também podem estar presentes, mas não fazem parte dos critérios de diagnóstico. Esses sintomas causam um sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). Os sintomas não devem ser decorrência de uma condição médica geral e nem ser melhor explicados por outro transtorno mental (Critério D).

Os sintomas agudos de abstinência freqüentemente são vistos após períodos de uso repetitivo de altas doses e caracterizam-se por sensações intensas e desagradáveis de lassidão e depressão, geralmente exigindo vários dias de repouso e recuperação. Sintomas depressivos com ideação ou comportamento suicida podem ocorrer e geralmente são os problemas mais sérios vistos durante a "aterrissagem" ou outras formas de Abstinência de Cocaína. Uma parcela considerável dos indivíduos com Dependência de Cocaína apresenta poucos ou nenhum sintoma de abstinência evidente ao cessar o uso da substância.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ F14.3 - 292.0 Abstinência de Cocaína**

**Critérios Diagnósticos para F14.3 - 292.0 Abstinência de Cocaína**

**A. Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de cocaína.**

**B. Humor disfórico e duas (ou mais) das seguintes alterações fisiológicas, desenvolvendo-se de algumas horas a alguns dias após o Critério A:**

- (1) fadiga  
(2) sonhos vívidos e desagradáveis  
(3) insônia ou hipersonia  
(4) aumento do apetite  
(5) retardo ou agitação psicomotora
- C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína**

**Outros Transtornos Induzidos por Cocaína**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ Outros Transtornos Induzidos por Cocaína**

Os seguintes Transtornos Induzidos por Cocaína são descritos em outras seções do manual, junto com transtornos cuja fenomenologia compartilham: **Delirium por Intoxicação com Cocaína** (pp. 126-127), **Transtorno Psicótico Induzido por Cocaína** (p. 297), **Transtorno do Humor Induzido por Cocaína** (pp. 352-353), **Transtorno de Ansiedade Induzido por Cocaína** (p. 418), **Disfunção Sexual Induzida por Cocaína** (p. 491) e **Transtorno do Sono Induzido por Cocaína** (pp. 570-571). Esses transtornos são diagnosticados ao invés de Intoxicação com Cocaína ou Abstinência de Cocaína apenas quando os sintomas excedem aqueles habitualmente associados à Intoxicação com Cocaína ou à síndrome de Abstinência, e quando são suficientemente severos para indicarem uma atenção clínica independente.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína**

**Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cocaína**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cocaína**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cocaína \ Características e Transtornos Associados**

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** A cocaína é uma droga de curta ação que produz efeitos rápidos e poderosos sobre o sistema nervoso central, especialmente quando consumida intravenosamente ou fumada como crack. Quando injetada ou fumada, a cocaína tipicamente produz uma sensação instantânea de bem-estar, confiança e euforia. Alterações comportamentais dramáticas podem desenvolver-se com rapidez, especialmente em associação com a dependência. Os indivíduos com Dependência de Cocaína podem gastar muito dinheiro com a substância em períodos muito curtos de tempo, resultando em catástrofes financeiras nas quais as economias ou a própria residência são perdidas. Os indivíduos podem se envolver em atividades criminosas para adquirir cocaína. Comportamento errático, isolamento social e disfunções sexuais são vistos com freqüência no contexto da Dependência de Cocaína a longo prazo. Um comportamento agressivo pode resultar dos efeitos da cocaína; a violência também está associada com o "comércio" da substância. O comportamento sexual promíscuo, em decorrência do aumento do desejo sexual ou do uso do sexo para finalidades de obtenção da cocaína (ou para obter dinheiro para comprar a droga), tornou-se um fator de difusão de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

A Intoxicação aguda com altas doses de cocaína pode estar associada com discurso digressivo, cefaléia, idéias transitórias de referência e tinido. Também pode haver ideação paranóide, alucinações auditivas em um sensorio claro e alucinações táteis, que o usuário habitualmente reconhece como efeitos da cocaína. Extrema raiva, com ameaças ou demonstrações de comportamento agressivo, pode ocorrer. Alterações do humor, tais como depressão, ideação suicida, irritabilidade, anedonia, instabilidade emocional ou perturbações na atenção e concentração são comuns, especialmente durante a Abstinência de Cocaína.

Os indivíduos com Dependência de Cocaína com freqüência têm sintomas depressivos temporários que satisfazem os critérios referentes a sintomas e duração para Transtorno Depressivo Maior (ver Transtorno do Humor Induzido por Substância, [p. 360](#)). Histórias consistentes com Ataques de Pânico repetidos, comportamento tipo fobia social e síndromes tipo ansiedade generalizada não são incomuns (ver Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância, [p. 418](#)). Transtornos Alimentares podem também estar associados com esta substância. Um dos exemplos mais extremos de toxicidade por cocaína é o Transtorno Psicótico Induzido por Cocaína (ver [p. 297](#)), um transtorno com delírios e alucinações que lembram a Esquizofrenia, Tipo Paranóide. As perturbações mentais que ocorrem em associação com a cocaína geralmente se resolvem em

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

horas a dias após a cessação do uso, embora possam persistir por semanas.

Os indivíduos com Dependência de Cocaína muitas vezes desenvolvem respostas condicionadas aos estímulos relacionados à Cocaína (por ex., presença pela droga, ao verem qualquer substância em forma de pó branco). Essas respostas provavelmente contribuem para a recaída, são difíceis de extinguir e tipicamente persistem por muito tempo após a desintoxicação ser completada. Os Transtornos por Uso de Cocaína freqüentemente estão associados com Dependência ou Abuso de outras substâncias, especialmente envolvendo álcool, maconha e benzodiazepínicos, que freqüentemente são consumidos para reduzir a ansiedade e outros efeitos colaterais estimulantes desagradáveis da cocaína. A Dependência de Cocaína pode estar associada com Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno da Personalidade Anti-Social, Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade e Jogo Patológico.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cocaína \ Características e Transtornos Associados**

**Achados laboratoriais associados.** A maioria dos laboratórios realiza testes para a benzilecgonina, um metabólito da cocaína que tipicamente permanece na urina por 1 a 3 dias após uma única dose e pode estar presente por 7 a 12 dias naqueles que usam doses altas repetidamente. Testes de função hepática um pouco elevados podem ser vistos em indivíduos que injetam cocaína ou usam álcool excessivamente em associação com a cocaína. Hepatite, doenças sexualmente transmissíveis — incluindo HIV — e tuberculose podem estar associadas com uso de cocaína. Pneumonite ou pneumotórax ocasionalmente são observados no raio-X torácico. A descontinuação do uso crônico de cocaína freqüentemente está associada com alterações no EEG, alterações nos padrões de secreção de prolactina e na regulação dos receptores dopamínicos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cocaína \ Características e Transtornos Associados**

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.** Uma ampla gama de condições médicas gerais pode ocorrer, de forma específica, à via de administração da cocaína. As pessoas que a utilizam por via intranasal freqüentemente desenvolvem sinusite, irritação e sangramento das mucosas nasais e perfuração do septo nasal. Aqueles que fumam a cocaína estão em risco aumentado para problemas respiratórios (por ex., tosse, bronquite e pneumonite devido à irritação e inflamação dos tecidos que revestem o trato respiratório). As pessoas que injetam a cocaína têm marcas de picadas recentes e cicatrizes de antigas picadas, com maior freqüência nos antebraços, como ocorre com indivíduos com Dependência de Opióides. A infecção pelo HIV está associada com a Dependência de Cocaína devido a freqüentes injeções intravenosas e ao aumento do comportamento sexual promíscuo. Outras doenças sexualmente

transmissíveis, hepatite, tuberculose e outras infecções pulmonares também são vistas. A Dependência de Cocaína (com qualquer via de administração) está habitualmente associada a sinais de perda de peso e desnutrição, decorrentes dos efeitos de supressão do apetite. A dor torácica também pode ser um sintoma comum. Um pneumotórax pode resultar de manobras tipo Valsalva, realizadas para melhor absorver a cocaína inalada. Infarto do miocárdio, morte súbita por parada respiratória ou cardíaca e acidentes vasculares encefálicos estão associados com o uso de cocaína entre pessoas jovens de outro modo saudáveis. Esses incidentes provavelmente são causados pela capacidade da cocaína de aumentar a pressão sangüínea, causar vasoconstrição ou alterar a atividade elétrica do coração. Convulsões têm sido observadas em associação com o uso de cocaína, bem como palpitações e arritmias. Ferimentos traumáticos devido a brigas resultando em comportamento violento são comuns, especialmente entre traficantes da droga. Em mulheres grávidas, o uso de cocaína está associado com irregularidades no fluxo sangüíneo placentário, deslocamento da placenta, contrações e parto prematuro e maior prevalência de bebês com baixo peso ao nascer.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cocaína**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cocaína \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

O uso de cocaína e seus transtornos conseqüentes afetam todos os grupos étnicos, sócio-econômicos, etários e gêneros nos Estados Unidos. Os Transtornos Relacionados à Cocaína são encontrados mais comumente em pessoas entre 18 e 30 anos de idade. Embora a epidemia atual de uso de cocaína tenha começado na década de 70 entre indivíduos mais afluentes, ela engloba, atualmente, grupos de situação sócio-econômica mais baixa, residentes em grandes áreas metropolitanas. As áreas rurais, anteriormente poupadas de problemas associados com o uso de drogas ilícitas, também foram afetadas. Diferentemente da maioria dos outros Transtornos Relacionados a Substâncias, nos quais os homens geralmente são mais afetados do que as mulheres, os Transtornos por Uso de Cocaína estão quase que igualmente distribuídos entre homens e mulheres.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cocaína**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cocaína \ Prevalência**

Um estudo comunitário realizado nos Estados Unidos em 1991 relatou que 12% da população haviam usado cocaína uma ou mais vezes durante sua vida; 3% haviam usado a droga no ano anterior, e menos de 1% a utilizou no mês anterior. Uma vez que o estudo avaliou os padrões de uso ao invés de diagnósticos, não se sabe quantos daqueles que usaram a cocaína tinham sintomas que satisfaziam os critérios para Dependência ou Abuso. Um estudo comunitário realizado nos Estados Unidos, de 1980 a 1985, utilizando os critérios mais estreitamente definidos do DSM-III, que apenas reconhecia o Abuso de Cocaína, constatou que cerca de 0,2% da população adulta tivera Abuso de Cocaína em algum momento de suas vidas. Entre aqueles que em algum momento haviam tido Abuso de Cocaína, 17% relataram o uso no mês anterior e 46% relataram um problema com a Cocaína no ano anterior. Esses números antedatam o aumento no uso de cocaína percebido desde meados da década de 80.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cocaína**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cocaína \ Curso**

Como no caso das anfetaminas, a Dependência de Cocaína está associada a um dentre dois padrões de auto-administração: uso episódico ou diário (ou quase diário). No padrão episódico, o uso da cocaína tende a ser intercalado com dois ou mais dias de não-uso (por ex., uso intenso durante um fim-de-semana ou em um ou mais dias da semana). As "farras" representam uma forma de uso episódico que tipicamente envolve o uso contínuo de altas doses durante um período de horas ou dias, e são freqüentemente associadas com Dependência. Elas habitualmente só terminam quando os suprimentos de cocaína estão esgotados. O uso diário crônico pode envolver altas ou baixas doses e ocorrer durante o dia inteiro ou restringir-se a apenas algumas horas. No uso diário crônico, geralmente não existem amplas variações na dose de um dia para outro, mas com freqüência há um aumento da dose com o tempo.

O hábito de fumar cocaína e o uso intravenoso tendem particularmente a estar associados com uma rápida progressão do uso para o abuso ou dependência,



frequentemente dentro de semanas a meses. O uso intranasal está associado com uma progressão mais gradual, geralmente ocorrendo durante meses a anos. A dependência costuma estar associada a uma tolerância progressiva aos efeitos agradáveis da cocaína, levando a doses progressivamente maiores. Com o uso continuado, existe uma diminuição dos efeitos prazerosos, devido à tolerância e ao aumento dos efeitos disfóricos. Há poucos dados disponíveis sobre o curso a longo prazo dos Transtornos por Uso de Cocaína.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cocaína**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Cocaína \ Diagnóstico Diferencial**

Para uma discussão geral sobre o diagnóstico diferencial dos Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [p. 190](#). Os Transtornos Induzidos por Cocaína podem ser caracterizados por sintomas (por ex., humor deprimido) que lembram **transtornos mentais primários** (por ex., Transtorno Depressivo Maior versus Transtorno do Humor Induzido por Cocaína, Com Características Depressivas, Com Início Durante Intoxicação). Ver [p. 193](#), para uma discussão deste diagnóstico diferencial. As acentuadas perturbações mentais que podem resultar dos efeitos da cocaína devem ser diferenciadas dos sintomas de **Esquizofrenia, Tipo Paranóide, Transtorno Bipolar e outros Transtornos do Humor, Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno de Pânico**.

A **Intoxicação com Anfetamina** e a **Intoxicação com Fenciclidina** podem provocar um quadro clínico similar e muitas vezes só podem ser diferenciadas da Intoxicação com Cocaína pela presença de metabólitos de cocaína na urina ou de cocaína no plasma. A Intoxicação com Cocaína e a Abstinência de Cocaína são diferenciadas de outros **Transtornos Induzidos por Cocaína** (por ex., Transtorno de Ansiedade Induzido por Cocaína, Com Início Durante Intoxicação), pelo fato de uma vez que os sintomas, nestes últimos, excedem aqueles habitualmente associados com Intoxicação com Cocaína ou Abstinência de Cocaína e são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína**

**F14.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Cocaína**

**Sem Outra Especificação**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Cocaína \ Transtornos Induzidos por Cocaína \ F14.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Cocaína Sem Outra Especificação**

A categoria Transtorno Relacionado à Cocaína Sem Outra Especificação aplica-se a transtornos associados com o uso de cocaína não classificáveis como Dependência de Cocaína, Abuso de Cocaína, Intoxicação com Cocaína, Abstinência de Cocaína, Delirium por Intoxicação com Cocaína, Transtorno Psicótico Induzido por Cocaína, Transtorno do Humor Induzido por Cocaína, Transtorno de Ansiedade Induzido por Cocaína, Disfunção Sexual Induzida por Cocaína ou Transtorno do Sono Induzido por Cocaína.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias**

**Transtornos Relacionados a Alucinógenos**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos**

Este grupo de substâncias inclui o ergot e compostos correlatos (ácido lisérgico dietilamida [LSD], sementes de ipoméia), fenilalquilaminas (mesalina, "STP" 5-dimetóxi-4-metilamfetamina] e MDMA [3,4-metilenodioximetamfetamina, também chamado de "Ecstasy"]), alcalóides indol (psilocibina, DMT [dimetiltryptamina]) e outros compostos diversos. Excluídos deste grupo estão a fenciclidina (PCP) (p. 246) e a Cannabis e seu composto ativo, delta-9-tetraidrocanabinol (THC) (p. 209). Embora estas substâncias possam ter efeitos alucinogênicos, elas são discutidas separadamente, em razão de diferenças significativas em seus outros efeitos psicológicos e comportamentais. Os alucinógenos geralmente são consumidos via oral, embora a DMT seja fumada e ocorra também o uso por injeção.

Esta seção contém discussões específicas aos Transtornos Relacionados aos Alucinógenos. O texto e os critérios já foram oferecidos para a definição dos aspectos genéricos da Dependência de Substância (p. 172) e do Abuso de Substância (pp. 177-178) que se aplicam a todas as substâncias. O texto específico à Dependência de Alucinógenos e ao Abuso de Alucinógenos é apresentado adiante; entretanto, não existem critérios adicionais específicos para Dependência ou Abuso de Alucinógenos. O texto e os critérios específicos para Intoxicação com Alucinógenos também são relacionados adiante. A tolerância desenvolve-se com o uso repetido, mas uma abstinência dessas substâncias não foi bem documentada. Por este motivo, o diagnóstico de abstinência de alucinógenos não é incluído neste manual. Os **Transtornos Induzidos por Alucinógenos** (outros que não Intoxicação com Alucinógenos) são descritos em outras seções do manual referentes aos transtornos cuja fenomenologia compartilham (por ex., o

Transtorno do Humor Induzido por Alucinógeno é incluído na seção "Transtornos do Humor"). Abaixo, são apresentados os Transtornos por Uso de Alucinógenos e os Transtornos Induzidos por Alucinógenos.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos

### Transtornos por Uso de Alucinógenos

---

F16.2x - 304.50 Dependência de Alucinógenos (ver [p. 223](#)).

F16.1 - 305.30 Abuso de Alucinógenos (ver [p. 224](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos

### Transtornos Induzidos por Alucinógenos

---

F16.00 - 292.89 Intoxicação com Alucinógenos (ver [pp. 224-225](#)).

F16.70 - 292.89 Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos (Flashbacks) (ver [p. 225](#)).

F16.03 - 292.81 Delirium por Intoxicação com Alucinógenos (ver [p. 127](#)).

F16.51 - 292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Alucinógenos, Com Delírios (ver [p. 297](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.

F16.52 - 292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Alucinógenos, Com Alucinações (ver [p. 297](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.

F16.8 - 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Alucinógenos (ver [pp. 352-353](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.

F16.8 - 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Alucinógenos (ver [p. 418](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos

F16.9 - 292.9 Transtorno Relacionado a Alucinógenos Sem Outra Especificação (ver [p. 228](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos

## Transtornos por Uso de Alucinógenos

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos por Uso de Alucinógenos

### F16.2x - 304.50 Dependência de Alucinógenos

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos por Uso de Alucinógenos \ F16.2x - 304.50 Dependência de Alucinógenos

Consultar também o texto e os critérios para Dependência de Substância (ver [p. 172](#)). Alguns dos critérios genéricos para Dependência não se aplicam aos alucinógenos e outros exigem uma explicação adicional. A tolerância desenvolve-se rapidamente para os efeitos euforizantes e psicodélicos dos alucinógenos, conforme relatos, mas não para os efeitos autonômicos, tais como dilatação das pupilas, hiperreflexia, pressão sangüínea aumentada, hipertermia, piloereção e taquicardia. Existe tolerância cruzada entre o LSD e outros alucinógenos (por ex., psilocibina e mescalina). O uso de alucinógenos, mesmo entre indivíduos com apresentações que satisfazem todos os critérios para Dependência, freqüentemente se limita a apenas algumas vezes por semana. Esta freqüência relativamente baixa de uso (comparada com o uso de outras substâncias) pode estar relacionada ao desejo de suprimir o desenvolvimento de tolerância aos efeitos psicológicos dos alucinógenos. A abstinência não foi demonstrada, mas relatos claros de premência ("fissura") após a cessação dos alucinógenos são conhecidos. Devido à meia-vida longa e à extensa duração de ação da maioria dos alucinógenos, os indivíduos com Dependência de Alucinógenos freqüentemente passam horas a dias usando e se recuperando de seus efeitos. Em comparação, algumas drogas alucinógenas (por ex., DMT) têm uma ação bastante curta. Os alucinógenos podem continuar sendo usados, apesar do conhecimento de seus efeitos adversos (por ex., prejuízo de memória enquanto intoxicado, "viagens ruins", que geralmente consistem de reações de pânico, ou flashbacks). Alguns indivíduos que usam MDMA (uma droga sintética com efeitos alucinogênicos) descrevem uma "ressaca" no dia seguinte ao uso, caracterizada por insônia, fadiga, sonolência, dor nos músculos da mandíbula por cerrar os dentes, perda do equilíbrio e cefaléia. Uma vez que adulteradores ou substitutos freqüentemente são vendidos como "ácido" ou outros alucinógenos, alguns dos efeitos adversos relatados podem ser causados por substâncias tais como estricnina, fenciclidina ou anfetamina. Alguns indivíduos podem manifestar reações comportamentais perigosas (por ex., saltar de uma janela acreditando poder "voar") devido à falta de insight e julgamento enquanto intoxicados. Esses efeitos adversos parecem ser mais comuns entre indivíduos com transtornos mentais preexistentes.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos por Uso de Alucinógenos \ F16.2x - 304.50 Dependência de Alucinógenos**

**Especificadores**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos por Uso de Alucinógenos \ F16.2x - 304.50 Dependência de Alucinógenos \ Especificadores**

Os especificadores seguintes podem ser aplicados a um diagnóstico de Dependência de Alucinógenos (ver [pp. 175-176](#) para mais detalhes):

**Remissão Completa Inicial**

**Remissão Parcial Inicial**

**Remissão Completa Mantida**

**Remissão Parcial Mantida**

**Em Ambiente Controlado**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos por Uso de Alucinógenos**

**F16.1 - 305.30 Abuso de Alucinógenos**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos por Uso de Alucinógenos \ F16.1 - 305.30 Abuso de Alucinógenos**

Consultar também o texto e os critérios para Abuso de Substâncias (ver [pp. 177-178](#)). As pessoas que abusam de alucinógenos podem utilizá-los com uma frequência muito menor que as com Dependência. Entretanto, elas podem deixar de cumprir repetidamente com suas obrigações na escola, no trabalho ou em casa, devido ao prejuízo comportamental causado da Intoxicação com Alucinógenos. O indivíduo pode usar alucinógenos em situações nas quais isto é fisicamente perigoso (por ex., enquanto dirige um automóvel), e dificuldades legais podem decorrer de comportamentos resultantes da intoxicação ou posse de alucinógenos. Pode haver problemas sociais ou interpessoais recorrentes devido ao comportamento do indivíduo enquanto intoxicado, ao estilo de vida isolado ou a discussões com pessoas que lhe são caras.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Transtornos Induzidos por Alucinógenos

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos

### F16.00 - 292.89 Intoxicação com Alucinógenos

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos \ F16.00 - 292.89 Intoxicação com Alucinógenos

Consultar também o texto e os critérios para Intoxicação com Substância (ver [p. 179](#)). A característica essencial da Intoxicação com Alucinógenos é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas (por ex., ansiedade acentuada ou depressão, idéias de referência, medo de ficar "louco", ideação paranóide, prejuízo no julgamento ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolvem durante ou logo após (em minutos a algumas horas) o uso de alucinógenos (Critérios A e B). As alterações perceptuais desenvolvem-se durante ou logo após o uso de alucinógenos e ocorrem em um estado de plena vigília e alerta (Critério C). Essas alterações incluem a intensificação subjetiva das percepções, despersonalização, desrealização, ilusões, alucinações e sinestésias. Além disso, o diagnóstico exige também a presença de dois dos sinais fisiológicos seguintes: dilatação das pupilas, taquicardia, sudorese, palpitações, visão turva, tremores e falta de coordenação (Critério D). Os sintomas não devem ser decorrentes de uma condição médica geral nem ser melhor explicados por outro transtorno mental (Critério E).

A Intoxicação com Alucinógenos geralmente inicia com alguns efeitos estimulantes, tais como inquietação e ativação autonômica, podendo ocorrer náusea. Uma seqüência de experiências então ocorre, com a produção de sintomas mais intensos com doses mais altas. Sentimentos de euforia podem alternar-se rapidamente com depressão ou ansiedade. As ilusões visuais ou experiências sensoriais ampliadas iniciais podem dar lugar a alucinações. Em baixas doses, as alterações perceptuais freqüentemente não incluem alucinações. As sinestésias (fusão dos sentidos) podem ter como conseqüência, por exemplo, "ver" sons. As alucinações em geral são visuais, freqüentemente de formas ou figuras geométricas, às vezes de pessoas ou objetos. Mais raramente, são experimentadas alucinações auditivas ou táteis. Na maioria dos casos, o teste de realidade é preservado (isto é, o indivíduo sabe que os efeitos são induzidos pela substância).

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos \ F16.00 - 292.89 Intoxicação com Alucinógenos

**Critérios Diagnósticos para F16.00 - 292.89 Intoxicação com Alucinógenos**

**A. Uso recente de um alucinógeno.**

**B. Alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas (por ex., ansiedade ou depressão acentuada, idéias de referência, medo de perder o juízo, ideação paranóide, prejuízo no julgamento ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de alucinógenos.**

**C. Alterações perceptuais ocorrendo em um estado de plena vigília e alerta (por ex., intensificação subjetiva de percepções, despersonalização, desrealização, ilusões, alucinações, sinestésias) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de alucinógenos.**

**D. Dois (ou mais) dos seguintes sinais, desenvolvendo-se durante ou logo após o uso de alucinógenos:**

- (1) dilatação das pupilas
- (2) taquicardia
- (3) sudorese
- (4) palpitações
- (5) visão turva
- (6) tremores
- (7) falta de coordenação.

**E. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos

**F16.70 - 292.89 Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos (Flashbacks)**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos \ F16.70 - 292.89 Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos (Flashbacks)

A característica essencial do Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos (flashbacks) é a recorrência transitória de perturbações da percepção que relembram aquelas experimentadas durante uma ou mais Intoxicações com Alucinógenos. A pessoa não deve ter sofrido uma Intoxicação com Alucinógenos recente nem apresentar toxicidade atual com a droga (Critério A). Esta

reexperiência dos sintomas perceptuais causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério B). Os sintomas não se devem a uma condição médica geral (por ex., lesões anatômicas e infecções cerebrais ou epilepsias visuais) nem são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Delirium, demência ou Esquizofrenia) ou por alucinações hipnopômicas (Critério C). As perturbações perceptuais podem incluir formas geométricas, imagens no campo periférico de visão, lampejos coloridos, cores intensificadas, rastros de imagens (imagens que ficam suspensas no trajeto de um objeto em movimento, como pode ser visto na fotografia estroboscópica), percepções de objetos inteiros, pós-imagens (uma "sombra" da mesma cor ou da cor complementar de um objeto, que permanece após a remoção deste objeto), halos em torno dos objetos, macropsia e micropsia. As percepções anormais associadas com o Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos ocorrem episodicamente e podem ser auto-induzidas (por ex., quando o indivíduo pensa nelas) ou ativadas pelo ingresso em um ambiente escuro, por várias drogas, ansiedade, fadiga ou outros estressores. Os episódios podem ceder após vários meses, mas muitas pessoas relatam episódios que persistem por 5 anos ou mais. O teste de realidade permanece intacto (isto é, a pessoa reconhece que a percepção é um efeito da droga e não representa a realidade externa). Em comparação, se a pessoa tem uma interpretação delirante envolvendo a etiologia de uma perturbação perceptual, o diagnóstico apropriado é Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos \ F16.70 - 292.89 Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos (Flashbacks)**

**Critérios Diagnósticos para F16.70 - 292.89 Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos (Flashbacks)**

**A. Reexperiência, após a cessação do uso de um alucinógeno, de um ou mais dos sintomas perceptuais experimentados durante a intoxicação com o alucinógeno (por ex., alucinações geométricas, falsas percepções de movimentos nos campos visuais periféricos, lampejos coloridos, cores intensificadas, rastros de imagens de objetos em movimento, pós-imagens positivas, halos em torno dos objetos, macropsia e micropsia).**

**B. Os sintomas no Critério A causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.**

**C. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral (por ex., lesões anatômicas e infecções do cérebro, epilepsias visuais) nem são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Delirium, Demência, Esquizofrenia) ou**



**alucinações hipnopômicas.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos**

**Outros Transtornos Induzidos por Alucinógenos**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos \ Outros Transtornos Induzidos por Alucinógenos**

Os seguintes Transtornos Induzidos por Alucinógenos são descritos em outras seções do manual juntamente com transtornos cuja fenomenologia compartilham: **Delirium por Intoxicação com Alucinógenos (p. 127)**, **Transtorno Psicótico Induzido por Alucinógenos (pp. 352-353)** e **Transtorno de Ansiedade Induzido por Alucinógenos (p. 418)**. Esses transtornos são diagnosticados ao invés de Intoxicação com Alucinógenos apenas quando os sintomas excedem aqueles habitualmente associados com a síndrome de Intoxicação com Alucinógenos e são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos**

**Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados a Alucinógenos**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados a Alucinógenos**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Características e Transtornos Associados**

Quando intoxicados com um alucinógeno, os indivíduos podem ser volúveis, loquazes e apresentar rápida alternância de humores. O medo e a ansiedade podem tornar-se intensos, com o temor de ficar louco ou morrer. Muitas substâncias alucinogênicas têm efeitos estimulantes (por ex., taquicardia, leve hipertensão, hipertermia e dilatação pupilar) e causam algumas das características da Intoxicação com Anfetamina. As perturbações perceptuais e o prejuízo de julgamento associados com a Intoxicação com Alucinógenos podem acarretar

ferimentos ou mortes em acidentes automobilísticos, lutas corporais ou tentativas de "voar" de locais altos. Os fatores ambientais e a personalidade e expectativas do usuário de alucinógenos podem contribuir para a natureza e a gravidade da Intoxicação com Alucinógenos. O Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos pode produzir considerável ansiedade e preocupação, sendo possivelmente mais comum em pessoas sugestionáveis. A Dependência e o Abuso de Alucinógenos podem ocorrer com condições psicóticas crônicas. Ainda existem controvérsias acerca da possibilidade de o uso de alucinógenos produzir um Transtorno Psicótico de novo, desencadear sintomas psicóticos apenas em pessoas vulneráveis ou ser simplesmente um sinal precoce e continuado de um processo psicótico em evolução. O Abuso e a Dependência de Alucinógenos também ocorrem freqüentemente em pessoas com Transtorno da Conduta preexistente na adolescência ou Transtorno da Personalidade Anti-Social na idade adulta. A intoxicação com LSD pode ser confirmada por exame toxicológico da urina.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados a Alucinógenos**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

Os alucinógenos podem ser usados como parte de práticas religiosas estabelecidas. Dentro dos Estados Unidos, existem diferenças regionais em seu uso. A Intoxicação com Alucinógenos geralmente ocorre pela primeira vez na adolescência, podendo os usuários mais jovens estar propensos a experimentar mais emoções perturbadoras. O uso de alucinógenos e a Intoxicação parecem ser três vezes mais comuns entre os homens do que entre as mulheres.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados a Alucinógenos**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Prevalência**

Um estudo comunitário realizado nos Estados Unidos em 1991 relatou que 8% da população haviam usado alucinógenos ou fenciclidina (PCP) pelo menos uma ou mais vezes durante sua vida. A faixa com o maior uso durante a vida era de pessoas com 26 a 34 anos de idade, entre as quais 26% já haviam experimentado alucinógenos. Entretanto, o uso recente era mais comum entre os indivíduos de 18 a 25 anos, com 2% deste grupo tendo usado alucinógenos no mês anterior. Um estudo comunitário realizado nos Estados Unidos, de 1980 a 1985, utilizando os critérios mais estreitamente definidos do DSM-III, constatou que cerca de 0,3% da população adulta havia apresentado Abuso de Alucinógenos em algum momento de suas vidas.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados a Alucinógenos**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Curso**

A Intoxicação com Alucinógenos pode ser um evento breve e isolado ou pode ocorrer repetidamente. A Intoxicação pode ser prolongada, se as doses são freqüentemente repetidas durante um episódio. O uso freqüente, entretanto, tende a reduzir os efeitos da intoxicação, em vista do desenvolvimento de tolerância. Dependendo da droga e de sua via de administração, o auge dos efeitos ocorre dentro de alguns minutos a algumas horas, e a intoxicação termina dentro de algumas horas a alguns dias após a última dose. A alta prevalência do uso de alucinógenos no passado entre os indivíduos com 26 a 34 anos e a prevalência mais baixa do uso recente neste grupo sugerem que muitos indivíduos podem deixar de usar alucinógenos com o avanço da idade. Alguns indivíduos que utilizam alucinógenos relatam a ocorrência de flashbacks não associados com qualquer prejuízo ou sofrimento. Por outro lado, os flashbacks podem causar prejuízo ou sofrimento em alguns indivíduos (Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos; ver antes).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados a Alucinógenos**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos \ Informações Adicionais**

### sobre os Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Diagnóstico Diferencial

Para uma discussão geral sobre o diagnóstico diferencial de Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [p. 186](#). Os Transtornos Induzidos por Alucinógenos podem ser caracterizados por sintomas (por ex., delírios) que lembram **transtornos mentais primários** (por ex., Transtorno Esquizofreniforme versus Transtorno Psicótico Induzido por Alucinógenos, com Delírios, Com Início Durante Intoxicação). Ver [p. 188](#) para uma discussão acerca deste diagnóstico diferencial.

A Intoxicação com Alucinógenos deve ser diferenciada da **Intoxicação com Anfetamina** ou **Fenciclidina**. Exames toxicológicos são úteis para esta distinção. A **Intoxicação com Anticolinérgicos** também pode produzir alucinações, mas estas freqüentemente estão associadas com achados físicos de febre, boca e pele secas, rubor facial e perturbações visuais. A Intoxicação com Alucinógenos é diferenciada de **outros Transtornos Induzidos por Alucinógenos** (por ex., Transtorno de Ansiedade Induzido por Alucinógenos, Com Início Durante Intoxicação), porque os sintomas nesses últimos excedem aqueles habitualmente associados com a Intoxicação com Alucinógenos e são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente.

A Intoxicação com Alucinógenos é diferenciada do **Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos (Flashbacks)**, pelo fato de que este último continua episodicamente por semanas (ou mais) após a intoxicação mais recente. No Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos, o indivíduo não acredita que a percepção representa a realidade externa, enquanto uma pessoa com um **Transtorno Psicótico** freqüentemente acredita que a percepção é real. O Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos pode ser diferenciado da **enxaqueca**, da **epilepsia** ou de uma **condição neurológica** através da anamnese neuro-oftalmológica, exame físico e avaliação laboratorial apropriada.

### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos

**F16.9 - 292.9 Transtorno Relacionado a Alucinógenos Sem Outra Especificação**

### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Alucinógenos \ Transtornos Induzidos por Alucinógenos \ F16.9 - 292.9 Transtorno Relacionado a Alucinógenos Sem Outra Especificação

A categoria Transtorno Relacionado a Alucinógenos Sem Outra Especificação aplica-se a transtornos associados ao uso de alucinógenos não classificáveis como Dependência de Alucinógenos, Abuso de Alucinógenos, Intoxicação com Alucinógenos, Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos, Delirium por Intoxicação com Alucinógenos, Transtorno Psicótico Induzido por Alucinógenos, Transtorno do Humor Induzido por Alucinógenos ou Transtorno de Ansiedade

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Induzido por Alucinógenos.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias

### Transtornos Relacionados a Inalantes

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes

Esta seção inclui transtornos induzidos pela inalação de hidrocarbonos alifáticos e aromáticos encontrados em substâncias tais como gasolina, cola, solventes e tintas em spray. Os hidrocarbonos halogenados (encontrados em limpadores, fluidos de correção datilográfica e propulsores de sprays) e outros compostos voláteis contendo ésteres, cetonas e glicóis são menos comumente usados. A maior parte dos compostos inalados consiste de uma mistura de diversas substâncias capazes de produzir efeitos psicoativos, sendo freqüentemente difícil determinar a substância exata responsável pelo transtorno. A menos que existam claras evidências de que uma única substância sem mistura foi usada, deve-se empregar o termo geral inalante, no registro do diagnóstico. Essas substâncias voláteis estão disponíveis em uma ampla variedade de produtos comerciais e podem ser usadas intercambiavelmente, dependendo da disponibilidade e da preferência pessoal. Embora possa haver diferenças sutis nos efeitos psicoativos e físicos dos diferentes compostos, ainda não sabemos o suficiente acerca de seus efeitos diferenciais para fazer uma distinção entre eles. Todos são capazes de produzir Dependência, Abuso e Intoxicação.

Diversos métodos são usados para a inalação de vapores intoxicantes. Em geral, um trapo encharcado com a substância é encostado ao nariz e à boca, e os vapores são inspirados. As substâncias também podem ser colocadas em um saco plástico ou de papel para inalação dos gases, ou ainda podem ser inaladas diretamente de suas embalagens ou de aerossóis, cujos jatos são dirigidos à boca ou ao nariz. Existem relatos de indivíduos que aquecem esses compostos para acelerar a vaporização. Os inalantes alcançam os pulmões, a corrente sanguínea e os sítios-alvo muito rapidamente.

Esta seção contém discussões específicas aos Transtornos Relacionados a Inalantes. Os textos e os conjuntos de critérios já foram oferecidos para os aspectos genéricos da Dependência de Substância (p. 182) e do Abuso de Substância (p. 177), os quais se aplicam a todas as substâncias. Os textos específicos à Dependência e ao Abuso de Inalantes são oferecidos abaixo; entretanto, não existem critérios adicionais específicos para Dependência ou Abuso de Inalantes. Texto e conjunto de critérios específicos para Intoxicação com Inalantes também são oferecidos abaixo. A tolerância tem sido relatada entre indivíduos com uso pesado, mas uma síndrome de abstinência dessas substâncias não foi bem documentada. Por este motivo, o diagnóstico de abstinência de

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



inalante não é incluído neste manual. Os Transtornos Relacionados a Inalantes (outros que não Intoxicação com Inalantes) são descritos em outras seções do manual, junto com os transtornos cuja fenomenologia compartilham (por ex., o Transtorno do Humor Induzido por Inalantes é incluído na seção "Transtornos do Humor"). A seguir, relacionamos os Transtornos por Uso de Inalantes e os Transtornos Relacionados a Inalantes. Refletindo seus diferentes modos de ação e perfis de problemas associados, os transtornos que resultam do uso de gases anestésicos (por ex., óxido nitroso, éter) e vasodilatadores de curta ação (por ex., nitrato de amila ou nitrato de butila) são excluídos da categoria Transtornos Relacionados a Inalantes e devem ser classificados sob Transtornos Relacionados a Outras Substâncias.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes

### Transtornos por Uso de Inalantes

---

F18.2x - 304.60 Dependência de Inalantes (ver [p. 230](#)).

F18.1 - 305.90 Abuso de Inalantes (ver [p. 230](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes

### Transtornos Induzidos por Inalantes

---

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes

F18.00 - 292.89 Intoxicação com Inalantes (ver [pp. 230-231](#)).

F18.03 - 292.81 Delirium por Intoxicação com Inalantes (ver [p. 127](#)).

F18.73 - 292.82 Demência Persistente Induzida por Inalantes (ver [p. 148](#)).

F18.51 - 292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Inalantes, Com Delírios (ver [p. 297](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.

F18.52 - 292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Inalantes, Com Alucinações (ver [p. 297](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes

F18.8 - 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Inalantes (ver [pp. 352-353](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes**

**F18.8 - 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Inalantes (ver p. 418).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes**

**F18.9 - 292.9 Transtorno Relacionado a Inalantes Sem Outra Especificação (ver pp. 233-234).**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes**

**Transtornos por Uso de Inalantes**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos por Uso de Inalantes**

**F18.2x - 304.60 Dependência de Inalantes**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos por Uso de Inalantes \ F18.2x - 304.60 Dependência de Inalantes**

Consultar também o texto e os critérios para Dependência de Substância (ver p. 172). Alguns dos critérios genéricos para a Dependência não se aplicam aos inalantes, enquanto outros exigem explicação adicional. A tolerância aos efeitos dos inalantes foi relatada entre indivíduos com uso pesado, embora sua prevalência e importância clínica não sejam conhecidas. Uma possível síndrome de abstinência foi descrita, iniciando 24 a 48 horas após a cessação do uso e durando 2 a 5 dias, com sintomas incluindo perturbações do sono, tremor, irritabilidade, diaforese, náusea e ilusões fugazes. Entretanto, esta síndrome não foi bem documentada e parece não ser clinicamente significativa. Portanto, a Dependência de Inalantes não inclui uma síndrome de abstinência, nem evidências do uso de inalantes para aliviar ou evitar sintomas de abstinência. Contudo, os inalantes podem ser consumidos por longos períodos de tempo ou em quantidades maiores do que o originalmente pretendido, e os seus usuários podem considerar difícil cortar ou regular seu consumo. Uma vez que os inalantes são baratos, legais e facilmente disponíveis, o dispêndio de muito tempo tentando obtê-los é raro. Entretanto, um tempo significativo pode ser gasto no seu uso e na recuperação dos efeitos do seu uso, que, quando recorrente, pode acarretar o abandono ou a redução de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas

importantes para o indivíduo. O uso da substância pode continuar, apesar de o indivíduo saber que tem problemas físicos (por ex., doença hepática ou dano ao sistema nervoso central ou periférico) ou psicológicos (por ex., depressão severa) causados por essa prática.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos por Uso de Inalantes \ F18.2x - 304.60 Dependência de Inalantes**

**Especificadores**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos por Uso de Inalantes \ F18.2x - 304.60 Dependência de Inalantes \ Especificadores**

Os seguintes especificadores podem ser aplicados a um diagnóstico de Dependência de Inalantes (ver [pp. 175-176](#) para maiores detalhes):

**Remissão Completa Inicial**

**Remissão Parcial Inicial**

**Remissão Completa Mantida**

**Remissão Parcial Mantida**

**Em Ambiente Controlado**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos por Uso de Inalantes**

**F18.1 - 305.90 Abuso de Inalantes**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos por Uso de Inalantes \ F18.1 - 305.90 Abuso de Inalantes**

Consultar também o texto e os critérios para Abuso de Substância (ver [pp. 177-178](#)). Os indivíduos que abusam de inalantes podem usá-los em circunstâncias perigosas (por ex., enquanto dirigem veículos ou operam máquinas, prejudicando o julgamento e a coordenação devido à Intoxicação com Inalantes). O consumo repetido de inalantes pode estar associado a conflitos familiares e problemas escolares (por ex., gazeta, notas baixas, abandono da escola).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes**



## Transtornos Induzidos por Inalantes

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes

### F18.00 - 292.89 Intoxicação com Inalantes

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes \ F18.00 - 292.89 Intoxicação com Inalantes

Consultar também o texto e os critérios para Intoxicação com Substância (ver p. 179). A característica essencial da Intoxicação com Inalantes é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas (por ex., beligerância, agressividade, apatia, prejuízo no julgamento, no funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolvem durante ou logo após o uso intencional ou exposição breve a altas doses de inalantes voláteis (Critérios A e B). As alterações mal-adaptativas são acompanhadas por sinais que incluem tonturas ou perturbações visuais (visão turva ou diplopia), nistagmo, fraca coordenação, fala arrastada e marcha instável, tremor e euforia. Doses mais altas de inalantes podem levar ao desenvolvimento de letargia e retardo psicomotor, fraqueza muscular generalizada, reflexos deprimidos, estupor ou coma (Critério C). A perturbação não deve ser decorrente de uma condição médica geral nem ser melhor explicada por outro transtorno mental (Critério D).

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes \ F18.00 - 292.89 Intoxicação com Inalantes

#### Critérios Diagnósticos de F18.00 - 292.89 Intoxicação com Inalantes

**A. Recente uso intencional ou exposição breve a altas doses de inalantes voláteis (excluindo gases anestésicos ou vasodilatadores de curta ação).**

**B. Alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas (por ex., beligerância, agressividade, apatia, prejuízo no julgamento, no funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolveram durante ou logo após o uso ou a exposição a inalantes voláteis.**

**C. Dois (ou mais) dos seguintes sinais, desenvolvendo-se durante ou logo após o uso ou a exposição a inalantes:**

- (1) tontura
- (2) nistagmo
- (3) fraca coordenação

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



- (4) fala arrastada
- (5) marcha instável
- (6) letargia
- (7) reflexos deprimidos
- (8) retardo psicomotor
- (9) tremor
- (10) fraqueza muscular generalizada
- (11) visão turva ou diplopia
- (12) estupor ou coma
- (13) euforia.

D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes

### Outros Transtornos Induzidos por Inalantes

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes \ Outros Transtornos Induzidos por Inalantes

Os seguintes Transtornos Induzidos por Inalantes são descritos em outras seções do manual referentes aos transtornos cuja fenomenologia compartilham: **Delirium por Intoxicação com Inalantes (p. 127)**, **Demência Persistente Induzida por Inalantes (p. 148)**, **Transtorno Psicótico Induzido por Inalantes (p. 297)**, **Transtorno do Humor Induzido por Inalantes (pp. 352-353)** e **Transtorno de Ansiedade Induzido por Inalantes (p. 418)**. Esses transtornos são diagnosticados ao invés de Intoxicação com Inalantes apenas quando os sintomas excedem aqueles habitualmente associados à Intoxicação com Inalantes e são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes

### Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Inalantes

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Inalantes

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Inalantes \ Características e Transtornos Associados**

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** Os indivíduos com Intoxicação com Inalantes podem apresentar alucinações auditivas, visuais ou táteis ou outras perturbações da percepção (macropsia, micropsia, falsas percepções ilusórias, alterações na percepção do tempo. Delírios (tais como a crença de poder voar) podem desenvolver-se durante os períodos de Intoxicação com Inalantes, especialmente aqueles caracterizados por acentuada confusão; em alguns casos, esses delírios podem ser postos em prática, resultando em ferimentos. A ansiedade também pode estar presente. O consumo repetido porém episódico de inalantes pode estar associado, inicialmente, com problemas escolares (por ex., gazeta, notas baixas, abandono da escola) e conflitos familiares. O uso por adolescentes mais velhos e adultos jovens está associado, freqüentemente, com problemas sociais e profissionais (por ex., delinqüência, desemprego). Com maior freqüência, os inalantes são usados por adolescentes, em um contexto de grupo. O uso solitário tende a ser mais típico dos indivíduos com uso pesado, de longa data. Parece rara a procura de auxílio por Dependência de Substância devido ao uso de inalantes como substância predominante, mas estes podem ser uma droga secundária, usada por indivíduos com Dependência de outras substâncias. Em alguns indivíduos pode haver uma progressão para um estágio no qual os inalantes se tornam a substância preferida.

**Achados laboratoriais associados.** Testes diretos para inalantes raramente são usados na clínica, em geral não fazem parte da triagem de rotina para drogas de abuso. Os testes laboratoriais podem indicar danos aos músculos, rins, fígado e outros órgãos.

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.** O odor de tinta ou solventes pode estar presente no hálito ou nas roupas dos usuários de inalantes, ou pode haver resíduos da substância nas roupas ou na pele. Uma "erupção do cheirador de cola" pode ser evidente em torno do nariz e da boca, podendo ser observada uma irritação do tecido conjuntivo. É possível haver evidências de trauma devido ao comportamento desinibido ou queimaduras devido à natureza inflamável desses compostos. Os achados respiratórios inespecíficos incluem evidências de irritação das vias aéreas superiores ou inferiores, incluindo tosse, sinusite, dispnéia, estertores ou roncos; raramente, pode ocorrer cianose em virtude de pneumonite ou asfixia. Pode haver cefaléia, fraqueza generalizada, dor abdominal, náusea e vômitos. Os inalantes podem causar danos permanentes ao sistema nervoso central e periférico. O exame do indivíduo que utiliza inalantes de forma crônica pode revelar diversos déficits neurológicos, incluindo fraqueza generalizada e neuropatias periféricas. Atrofia cerebral, degeneração cerebelar e lesões da substância branca resultando em sinais dos nervos cranianos ou do

trato piramidal foram relatadas entre indivíduos com uso pesado. O uso recorrente pode levar ao desenvolvimento de hepatite (que pode progredir para cirrose) ou acidose metabólica consistente com acidose tubular renal distal. Insuficiência renal crônica, síndrome hepato-renal e acidose tubular renal proximal também foram relatadas, assim como supressão da medula óssea. Alguns inalantes (por ex., cloreto de metileno) podem ser metabolizados para monóxido de carbono. A morte pode ocorrer por depressão cardiovascular ou respiratória; em particular, pode ocorrer "morte súbita por cheirar", por arritmia aguda, hipóxia ou anormalidades eletrolíticas.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Inalantes**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Inalantes \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

Em razão de seu baixo custo e fácil disponibilidade, os inalantes freqüentemente são as primeiras drogas de experimentação por pessoas jovens, podendo haver maior incidência em populações de baixo nível econômico. O uso de inalantes pode iniciar em torno dos 9-12 anos de idade, parece atingir o auge na adolescência e é menos comum após os 35 anos. Os homens respondem por 70 a 80% das consultas relacionadas a inalantes nas salas de emergência.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Inalantes**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Inalantes \ Prevalência**

A Dependência e o Abuso de Inalantes parecem ocorrer em apenas uma pequena proporção dos usuários.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes \ Informações Adicionais sobre**

## Transtornos Relacionados a Inalantes

### Curso

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Inalantes \ Curso

Pode ser difícil comparar a dose de inalante com seu efeitos, uma vez que os diferentes métodos de administração e as variadas concentrações dos produtos usados causam concentrações altamente variáveis no corpo. O curso temporal da Intoxicação com Inalantes está relacionado às características farmacológicas da substância específica usada, mas tipicamente é breve, durando de alguns minutos a uma hora. O início é súbito, atingindo um pico alguns minutos após a inalação. As crianças com diagnóstico de Dependência de Inalantes podem usar inalantes várias vezes por semana, freqüentemente em finais de semana ou após a escola. A dependência severa em adultos pode envolver variados períodos de intoxicação durante o dia, todos os dias, intercalando períodos ocasionais de uso mais pesado que podem durar vários dias. Este padrão pode persistir por anos, com necessidade recorrente de tratamento. Os indivíduos que usam inalantes podem ter um nível preferido de intoxicação, e o método de administração (tipicamente cheirar a substância dentro de uma embalagem ou em um trapo encharcado) pode permitir que o indivíduo mantenha este nível por várias horas. Também foram relatados casos de desenvolvimento de Dependência em operários de indústrias com longa exposição ocupacional e acesso aos inalantes. Um operário pode começar a usar o composto por seus efeitos psicoativos e subseqüentemente desenvolver um padrão de Dependência. O uso levando à Dependência também pode ocorrer em pessoas que não têm acesso a outras substâncias (por ex., presidiários, pessoal militar isolado e adolescentes ou adultos jovens em áreas rurais isoladas).

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Inalantes

### Diagnóstico Diferencial

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Inalantes \ Diagnóstico Diferencial

Para uma discussão geral sobre o diagnóstico diferencial dos Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [pp. 185-186](#). Os Transtornos Induzidos por Inalantes podem ser caracterizados por sintomas (por ex., humor deprimido) que lembram **transtornos mentais primários** (por ex., Transtorno Depressivo Maior

versus Transtorno do Humor Induzido por Inalantes, Com Características Depressivas, Com Início Durante Intoxicação). Ver [p. 188](#) para uma discussão sobre o diagnóstico diferencial.

Os sintomas de Intoxicação com Inalantes de leve a moderada podem ser similares àqueles da **Intoxicação com Álcool e Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**. O odor no hálito ou resíduos no corpo ou nas roupas podem ser importantes indícios diferenciadores, mas não devem ser os únicos. Os indivíduos que usam inalantes de uma forma crônica tendem a fazer uso pesado de outras substâncias com frequência, complicando o quadro diagnóstico. O uso concomitante de álcool também pode dificultar a diferenciação. A história da droga usada e achados característicos (incluindo odor de solvente ou resíduos de tintas) podem diferenciar a Intoxicação com Inalantes da intoxicação com outras substâncias; além disso, os sintomas podem ceder mais rapidamente com a Intoxicação com Inalantes do que com outras substâncias. O início e resolução rápidos também podem diferenciar a Intoxicação com Inalantes de outros transtornos mentais e condições neurológicas. A Intoxicação com Inalantes é diferenciada de **outros Transtornos Induzidos por Inalantes** (por ex., Transtorno do Humor Induzido por Inalantes, Com Início Durante Intoxicação), porque os sintomas nestes últimos excedem aqueles habitualmente associados à Intoxicação com Inalantes e são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente.

Os operários de indústrias podem às vezes sofrer **exposição acidental a substâncias químicas voláteis** e sofrer intoxicação fisiológica. A categoria "Outros Transtornos Relacionados a Substâncias" deve ser usada para essas exposições a toxinas.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes

### **F18.9 - 292.9 Transtorno Relacionado a Inalantes Sem Outra Especificação**

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Inalantes \ Transtornos Induzidos por Inalantes \ F18.9 - 292.9 Transtorno Relacionado a Inalantes Sem Outra Especificação

A categoria Transtorno Relacionado a Inalantes Sem Outra Especificação aplica-se a transtornos associados com o uso de inalantes não classificáveis como Dependência de Inalantes, Abuso de Inalantes, Delirium por Intoxicação com Inalantes, Demência Persistente Induzida por Inalantes, Transtorno Psicótico Induzido por Inalantes, Transtorno do Humor Induzido por Inalantes ou Transtorno de Ansiedade Induzido por Inalantes.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Transtornos Relacionados à Nicotina

### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina

A Dependência e a Abstinência de Nicotina podem desenvolver-se com o uso de qualquer forma de tabaco (cigarros, fumo de mascar, rapé, cachimbos e charutos) e com medicamentos prescritos (goma de mascar e adesivos de nicotina). A capacidade relativa desses produtos de produzirem Dependência ou induzirem Abstinência está associada com a rapidez característica da via de administração (fumada > oral > transdérmica) e do teor de nicotina do produto.

Esta seção contém discussões específicas aos Transtornos Relacionados à Nicotina. Já foram oferecidos textos e critérios para a definição dos aspectos genéricos da Dependência de Substância ([p. 172](#)), os quais se aplicam a todas as substâncias. O texto específico à Dependência de Nicotina é oferecido abaixo. A intoxicação com nicotina e o abuso de nicotina não são incluídos no DSM-IV; a intoxicação com nicotina raramente ocorre e não foi bem estudada. Além disso, o abuso de nicotina tende a não ser observado na ausência de Dependência. Texto e critérios específicos para Abstinência de Nicotina são oferecidos abaixo. Também relacionamos a seguir os Transtornos Relacionados à Nicotina.

#### Transtorno por Uso de Nicotina

F17.2x - 305.10 Dependência de Nicotina (ver [pp. 234-235](#)).

#### Transtorno Induzido por Nicotina

F17.3 - 292.0 Abstinência de Nicotina (ver [pp. 235-236](#)).

F17.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Nicotina Sem Outra Especificação (ver [p. 238](#)).

### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina

#### Transtorno por Uso de Nicotina

### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno por Uso de Nicotina

#### F17.2x - 305.10 Dependência de Nicotina

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno por Uso de Nicotina \ F17.2x - 305.10 Dependência de Nicotina**

Consultar também o texto e os critérios para Dependência de Substâncias (ver [p. 172](#)). Alguns dos critérios genéricos para Dependência parecem não se aplicar à nicotina, enquanto outros exigem explicações adicionais. A tolerância à nicotina é manifestada pela ausência de náusea, tontura e outros sintomas característicos, apesar do uso de quantidades substanciais de nicotina, ou de uma diminuição do efeito observado com o uso continuado da mesma quantidade de produtos contendo nicotina. A cessação do uso de nicotina produz uma síndrome bem definida de abstinência, descrita adiante. Muitos indivíduos que usam a nicotina podem consumi-la para aliviar ou evitar sintomas de abstinência ao despertarem ou ao saírem de uma situação onde o uso é restrito (por ex., no trabalho ou em um avião). Os indivíduos que fumam e os que utilizam a nicotina de outra forma tendem a verificar que esgotam seu suprimento de cigarros ou outros produtos contendo nicotina mais rapidamente do que de início pretendiam. Embora mais de 80% dos fumantes expressem um desejo de deixar de fumar e 35% parem a cada ano, menos de 5% obtêm sucesso em tentativas de abandonar o hábito sem auxílio externo. O melhor exemplo do longo tempo gasto usando a substância é representado pelo hábito de fumar um cigarro atrás do outro. Uma vez que as fontes de nicotina estão prontas e legalmente disponíveis, é raro um indivíduo dispende muito tempo tentando obter a nicotina. A desistência de importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas pode ocorrer quando o indivíduo evita uma atividade porque esta ocorre em áreas onde o fumo é restrito. O uso continuado, apesar do conhecimento dos problemas médicos relacionados ao fumar, representa um problema de saúde particularmente importante (por ex., um indivíduo que continua condição médica geral induzida pelo tabaco tal como bronquite ou outra doença pulmonar obstrutiva crônica).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno por Uso de Nicotina \ F17.2x - 305.10 Dependência de Nicotina**

**Especificadores**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno por Uso de Nicotina \ F17.2x - 305.10 Dependência de Nicotina \ Especificadores**

Os seguintes especificadores podem ser aplicados a um diagnóstico de Dependência de Nicotina (ver [pp. 175-176](#) para mais detalhes):

**Com Dependência Fisiológica**

**Sem Dependência Fisiológica**

**Remissão Completa Inicial**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





Remissão Parcial Inicial

Remissão Completa Mantida

Remissão Parcial Mantida

Em Terapia com Agonista

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina

**Transtorno Induzido por Nicotina**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina

**F17.3 - 292.0 Abstinência de Nicotina**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ F17.3 - 292.0 Abstinência de Nicotina

Consultar também o texto e os critérios para Abstinência de Substância (ver [p. 180](#)). A característica essencial da Abstinência de Nicotina é uma síndrome característica de abstinência que se desenvolve após a cessação abrupta ou redução do uso de produtos contendo nicotina após um período prolongado (de pelo menos algumas semanas) de uso diário (Critérios A e B). A síndrome de abstinência inclui quatro ou mais dos seguintes sintomas: humor disfórico ou deprimido; insônia; irritabilidade, frustração ou raiva; ansiedade; dificuldade para concentrar-se; inquietação ou impaciência; frequência cardíaca diminuída e aumento do apetite ou ganho de peso. Os sintomas de abstinência causam sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento (Critério C). Os sintomas não devem ser decorrentes de uma condição médica geral nem melhor explicados por outro transtorno mental (Critério D).

Esses sintomas se devem, em grande parte, à privação de nicotina, e tipicamente são mais intensos entre os indivíduos que fumam cigarros do que entre aqueles que usam outros produtos contendo nicotina. O início mais rápido dos efeitos da nicotina ao fumar cigarros leva a um padrão de hábito mais intensivo e mais difícil de abandonar, em vista da frequência e rapidez do reforço e maior dependência física da nicotina. Em indivíduos que fumam cigarros, a frequência cardíaca diminui em 5 a 12 batimentos por minuto nos primeiros dias após a cessação do hábito de fumar, e o peso aumenta em média 2 a 3 kg ao longo do primeiro ano. Leves sintomas de abstinência podem ocorrer após a mudança para cigarros com baixo teor de alcatrão e nicotina e após a cessação do uso de tabaco de mascar, goma de nicotina ou adesivos de nicotina.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ F17.3 - 292.0 Abstinência de Nicotina**

**Critérios Diagnósticos para F17.3 - 292.0 Abstinência de Nicotina**

**A. Uso diário de nicotina por pelo menos algumas semanas.**

**B. Cessaçã abrupta do uso de nicotina, ou reduçã na quantidade de nicotina usada, seguidas dentro de 24 horas por quatro (ou mais) dos seguintes sinais:**

- (1) humor disfórico ou deprimido
- (2) insônia
- (3) irritabilidade, frustraçã ou raiva
- (4) ansiedade
- (5) dificuldade para concentrar-se
- (6) inquietaçã
- (7) freqüência cardíaca diminuída
- (8) aumento do apetite ou ganho de peso

**C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas de funcionamento importantes.**

**D. Os sintomas não se devem a uma condiçã médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina**

**Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Nicotina**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Nicotina**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Nicotina \ Características e Transtornos Associados**

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** A **premência** é um elemento importante na **Abstinência de Nicotina** e pode explicar a dificuldade que os indivíduos têm de abandonar os produtos contendo nicotina. Outros sintomas

associados à Abstinência de Nicotina incluem um desejo por doces e um desempenho prejudicado em tarefas que exigem vigilância. Diversas características associadas com a Dependência de Nicotina parecem prever um maior nível de dificuldade na cessação do uso de nicotina: fumar logo após acordar, fumar quando enfermo, dificuldade para evitar fumar; afirmativa de que o primeiro cigarro do dia é o mais difícil de abandonar, e fumar mais pela manhã do que à tarde. O número de cigarros fumados por dia, o teor de nicotina do cigarro e o número de maços / ano também estão relacionados à probabilidade de um indivíduo deixar de fumar. A Dependência de Nicotina é mais comum entre indivíduos com outros transtornos mentais. Dependendo da população estudada, 55 a 90% dos indivíduos com outros transtornos mentais fumam, em comparação com 30% na população geral. Transtornos do Humor, de Ansiedade e outros Transtornos Relacionados a Substâncias podem ser mais comuns em indivíduos que fumam do que nos ex-fumantes e naqueles que jamais fumaram.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Nicotina \ Características e Transtornos Associados**

**Achados laboratoriais associados.** Os sintomas de abstinência estão associados com uma lentificação do EEG, aumento dos níveis de catecolaminas e cortisol, alterações nos movimentos oculares rápidos (REM), prejuízo na testagem neuropsicológica e taxa metabólica diminuída. Fumar aumenta o metabolismo de muitos medicamentos prescritos para o tratamento de transtornos mentais e de outras substâncias. Portanto, a cessação do fumar pode aumentar os níveis sanguíneos desses medicamentos e de outras substâncias, às vezes em um grau clinicamente significativo. Este efeito parece não ser devido à nicotina, mas sim a outros componentes do tabaco. A nicotina e seu metabólito cotinina podem ser medidas no sangue, saliva ou urina. As pessoas que fumam também têm testes de função pulmonar diminuída e volume corpuscular médio (VCM) aumentado.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Nicotina \ Características e Transtornos Associados**

**Achados do exame físico e condições médicas gerais associadas.** A Abstinência de Nicotina pode estar associada com tosse seca e improdutiva, frequência cardíaca diminuída, aumento do apetite ou ganho de peso e resposta ortostática deprimida. Os sinais mais comuns de Dependência de Nicotina são odor de tabaco, tosse, evidência de doença pulmonar obstrutiva crônica e de tabaco nos dedos podem ocorrer, mas são raras. O uso de tabaco pode aumentar acentuadamente o risco de câncer pulmonar, oral e de outras espécies; condições cardiovasculares e cerebrovasculares; doenças obstrutivas crônicas e outras doenças pulmonares; úlceras; complicações maternas e fetais, e outras condições. Embora a maior parte desses problemas pareça ser causada pelos carcinógenos e monóxido de carbono da fumaça do tabaco, ao invés de pela nicotina em si, a nicotina pode aumentar o

risco de eventos cardiovasculares. Aqueles que jamais fumaram mas são cronicamente expostos ao tabaco parecem estar em risco aumentado para condições tais como câncer pulmonar e doença cardíaca.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Nicotina**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Nicotina \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

A prevalência do hábito de fumar está diminuindo nos países industrializados, mas está aumentando nas áreas em desenvolvimento. Nos Estados Unidos, a prevalência do hábito de fumar é levemente maior nos homens do que nas mulheres; entretanto, a prevalência está diminuindo mais rapidamente entre os homens do que entre as mulheres. Em outros países, o hábito de fumar é freqüentemente muito mais prevalente entre os homens.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Nicotina**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Nicotina \ Prevalência**

Nos Estados Unidos, aproximadamente 45% da população geral jamais fumou. O restante ajusta-se a uma ou mais das seguintes categorias:

- 25% são ex-fumantes,
- 30% atualmente fumam cigarros,
- 4% usam cachimbo e charutos, e
- 3% usam tabaco de mascar.

Nos Estados Unidos, a prevalência do hábito de fumar tem diminuído em aproximadamente 0,7-1,0% ao ano. A prevalência da Dependência de Nicotina durante a vida na população geral está estimada em 20%. Nos Estados Unidos, entre 50 e 80% dos indivíduos que atualmente fumam têm Dependência de Nicotina. A prevalência da Abstinência de Nicotina durante a vida entre pessoas que fumam parece ser de cerca de 50%. Prospectivamente, estima-se que cerca de

50% daqueles que abandonam o cigarro por conta própria e 75% daqueles que ingressam em programas de tratamento experimentam Abstinência de Nicotina quando deixam de fumar.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Nicotina**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Nicotina \ Curso**

O hábito de fumar geralmente começa no início da adolescência. Não está clara a velocidade com a qual a dependência se desenvolve. Entre aqueles que continuam a fumar depois dos 20 anos, 95% tornam-se fumantes regulares e diários. Daqueles que abandonam o cigarro com sucesso, menos de 25% conseguem fazê-lo na primeira tentativa. A maioria dos indivíduos que fumam tem 3 a 4 fracassos antes de deixar definitivamente de fumar. Nos Estados Unidos, cerca de 45% daqueles que algum dia fumaram acabam abandonando o hábito. Os sintomas de abstinência podem começar algumas horas após a cessação, tipicamente atingindo um pico em 1-4 dias, e durar por 3 a 4 semanas. Os sintomas depressivos pós-cessação podem estar associados com uma recaída do hábito de fumar. Ainda existem debates acerca de os sintomas de Abstinência de Nicotina exercerem ou não um papel na recaída. O aumento da fome e o ganho de peso freqüentemente persistem por pelo menos 6 meses. Seis meses depois de parar, 50% dos indivíduos que deixaram de fumar relatam o desejo por um cigarro nas últimas 24 horas.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Nicotina**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Nicotina \ Padrão Familiar**

O risco para fumar aumenta três vezes se um parente biológico em primeiro grau fuma. Estudos de gêmeos e de adoções indicam a contribuição de fatores genéticos para o início e continuação do fumar, com o grau de herança sendo equivalente àquele observado com relação à Dependência de Álcool.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Nicotina**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados à Nicotina \ Diagnóstico Diferencial**

Para uma discussão geral sobre o diagnóstico diferencial dos Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [pp. 185-186](#).

Os sintomas de Abstinência de Nicotina sobrepõem-se às seguintes condições: **outras síndromes de abstinência; Intoxicação com Cafeína; Transtornos do Humor, de Ansiedade e do Sono, e acatisia induzida por medicamentos.** A admissão a unidades de internação onde é proibido fumar pode induzir sintomas de abstinência capazes de imitar, intensificar ou disfarçar outros diagnósticos. A redução dos sintomas associada com o reinício do fumar ou com uma terapia de substituição da nicotina confirma o diagnóstico.

Uma vez que o uso de nicotina parece não prejudicar o funcionamento mental, a Dependência de Nicotina não é facilmente confundida com outros Transtornos Relacionados a Substâncias e transtornos mentais.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina**

**F17.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Nicotina Sem Outra Especificação**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Nicotina \ Transtorno Induzido por Nicotina \ F17.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Nicotina Sem Outra Especificação**

A categoria **Transtorno Relacionado à Nicotina Sem Outra Especificação** aplica-se a transtornos associados com o uso de nicotina não classificáveis como Dependência de Nicotina ou Abstinência de Nicotina.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias**

**Transtornos Relacionados a Opióides**

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides

Os opióides incluem opióides naturais (por ex., morfina), semi-sintéticos (por ex., heroína) e sintéticos com ação tipo morfina (por ex., codeína, hidromorfona, metadona, oxicodona, meperidina, fentanil). Medicamentos como a pentazocina e buprenorfina, que têm efeitos tanto de agonistas quanto de antagonista de opiáceos, também são incluídos nesta classe, porque suas propriedades agonistas produzem efeitos fisiológicos e comportamentais similares. Os opióides são prescritos como analgésicos, anestésicos, antidiarréicos ou supressores da tosse. A heroína é uma das drogas mais comumente abusadas desta classe e geralmente é injetada, embora possa ser fumada ou "cheirada" quando a heroína muito pura está disponível. O fentanil é injetado, enquanto os supressores da tosse e os agentes antidiarréicos são tomados oralmente. Os outros opióides são tomados tanto por injeção quanto oralmente.

Esta seção contém discussões específicas aos Transtornos Relacionados a Opióides. Já foram oferecidos textos e conjuntos de critérios para os aspectos genéricos da Dependência de Substância (p. 176) e do Abuso de Substância (p. 182), que se aplicam a todas as substâncias. Textos específicos à Dependência e ao Abuso de Opióides são oferecidos abaixo; entretanto, não existem critérios adicionais específicos para Dependência ou Abuso de Opióides. Textos e conjuntos de critérios específicos para Intoxicação com Opióides e Abstinência de Opióides também são oferecidos abaixo. Os Transtornos Induzidos por Opióides (outros que não Intoxicação e Abstinência de Opióides) são descritos em outras seções do manual, junto com os transtornos cuja fenomenologia compartilham (por ex., o Transtorno do Humor Induzido por Opióide está incluído na seção "Transtornos do Humor"). Abaixo, estão relacionados os Transtornos por Uso de Opióides e os Transtornos Induzidos por Opióides.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides

### Transtornos por Uso de Opióides

---

F11.2x - 304.00 Dependência de Opióides (ver p. 239).

F11.1 - 305.50 Abuso de Opióides (ver p. 240).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides

### Transtornos Induzidos por Opióides

---

F11.00 - 292.89 Intoxicação com Opióides (ver p. 240).

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Especificar se: F11.04 - Com Perturbações Perceptuais.**

F11.3 - 292.0 Abstinência de Opióides (ver [p. 241](#)).

F11.03 - 292.81 Delirium por Intoxicação com Opióides (ver [p. 127](#)).

F11.51 - 292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Opióides, Com Delírios (ver [p. 297](#)).

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

F11.52 - 292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Opióides, Com Alucinações (ver [p. 297](#)).

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

F11.8 - 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Opióides (ver [pp. 352-353](#)).

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

F11.8 - 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Opióides (ver [p. 491](#)).

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

F11.8 - 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Opióides (ver [pp. 570-571](#)).

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.**

F11.9 - 292.9 Transtorno Relacionado a Opióides Sem Outra Especificação (ver [p. 246](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides

### Transtornos por Uso de Opióides

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos por Uso de Opióides

### F11.2x - 304.00 Dependência de Opióides

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos por Uso de Opióides \ F11.2x - 304.00 Dependência de Opióides

Consultar também o texto e os critérios para a Dependência de Substâncias (ver [p. 172](#)). A maioria dos indivíduos com Dependência de Opióides tem níveis significativos de tolerância e experimenta abstinência quando da descontinuação abrupta de tais substâncias. A Dependência de Opióides inclui sinais e sintomas que refletem a auto-administração compulsiva e prolongada de substâncias opióides usadas sem qualquer finalidade médica legítima ou, se uma condição médica geral está presente, exigindo tratamento com um opióide, este é usado em doses que excedem em muito a quantidade necessária para o alívio da dor. As pessoas com Dependência de Opióides tendem a desenvolver padrões tão



regulares de uso compulsivo da droga, que as atividades diárias são tipicamente planejadas em torno da obtenção e administração dos opióides. Os opióides geralmente são comprados no mercado ilegal, mas também podem ser obtidos de médicos, quando o indivíduo simula ou exagera problemas médicos gerais ou recebe prescrições simultâneas de vários médicos. Os profissionais da saúde com Dependência de Opióides freqüentemente obtêm a substância fazendo prescrições para si mesmos, desviando opióides prescritos para pacientes ou de suprimentos de farmácias.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos por Uso de Opióides \ F11.2x - 304.00 Dependência de Opióides**

**Especificadores**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos por Uso de Opióides \ F11.2x - 304.00 Dependência de Opióides \ Especificadores**

Os seguintes especificadores podem ser aplicados a um diagnóstico de Dependência de Opióides (ver [pp. 175-176](#) para maiores detalhes):

**Com Dependência Fisiológica**

**Sem Dependência Fisiológica**

**Remissão Completa Inicial**

**Remissão Parcial Inicial**

**Remissão Completa Mantida**

**Remissão Parcial Mantida**

**Em Terapia com Agonista**

**Em Ambiente Controlado**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos por Uso de Opióides**

**F11.1 - 305.50 Abuso de Opióides**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos por Uso de Opióides \ F11.1 - 305.50 Abuso de Opióides**

Consultar também o texto e os critérios para Abuso de Substância (ver [p. 18](#)). Dificuldades legais podem decorrer do comportamento durante a intoxicação com opióides ou pelo recurso a fontes ilegais de suprimento. As pessoas que abusam de opióides tipicamente usam essas substâncias com freqüência muito menor do

que aquelas com dependência e não desenvolvem tolerância ou abstinência significativas. Quando os problemas relacionados ao uso de opióides são acompanhados por evidências de tolerância, abstinência ou comportamento compulsivo relacionado ao uso de opióides, um diagnóstico de Dependência de Opióides, ao invés de Abuso de Opióides, deve ser considerado.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides**

**Transtornos Induzidos por Opióides**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides**

**F11.00 - 292.89 Intoxicação com Opióides**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ F11.00 - 292.89 Intoxicação com Opióides**

Consultar também o texto e os critérios para Intoxicação com Substância (ver [p. 179](#)). A característica essencial da Intoxicação com Opióides é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas (por ex., euforia inicial seguida por apatia, disforia, agitação ou retardo psicomotor, prejuízo no julgamento ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolvem durante ou logo após o uso de opióides (Critérios A e B). A intoxicação é acompanhada por constrição das pupilas (a menos que tenha ocorrido uma superdosagem severa, com conseqüente anóxia e dilatação das pupilas) e um ou mais dos seguintes sinais: torpor ou até mesmo coma, fala arrastada e prejuízo na atenção ou memória (Critério C). Os indivíduos com Intoxicação com Opióides podem demonstrar desatenção quanto ao ambiente, a ponto de ignorarem eventos potencialmente perigosos. Os sintomas não devem decorrer de uma condição médica geral nem ser melhor explicados por outro transtorno mental (Critério D).

A magnitude das alterações comportamentais e psicológicas resultantes do uso de opióides depende da dose, bem como das características individuais do usuário da substância (por ex., tolerância, taxa de absorção, cronicidade do uso). Os sintomas de Intoxicação com Opióides geralmente duram várias horas, uma moldura de tempo consistente com a meia-vida da maior parte das drogas opióides. A intoxicação severa após uma superdosagem de opióides pode provocar coma, depressão respiratória, dilatação das pupilas, inconsciência ou mesmo morte.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados**

a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ F11.00 - 292.89 Intoxicação com Opióides

**Especificador**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ F11.00 - 292.89 Intoxicação com Opióides \ Especificador

O seguinte especificador pode ser aplicado a um diagnóstico de Intoxicação com Opióides:

**Com Perturbações Perceptuais.** Este especificador pode ser anotado quando alucinações com teste de realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou táteis ocorrem na ausência de um Delirium. Um teste de realidade intacto significa que a pessoa sabe que as alucinações são induzidas pela substância e não representam a realidade externa. Quando as alucinações ocorrem na ausência de um teste de realidade intacto, um diagnóstico de Transtorno Psicótico Induzido por Substância, Com Alucinações, deve ser considerado.

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ F11.00 - 292.89 Intoxicação com Opióides \ Especificador

**Critérios Diagnósticos para F11.00 - 292.89 Intoxicação com Opióides**

**A. Uso recente de um opióide.**

**B. Alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas (por ex., euforia inicial seguida por apatia, disforia, agitação ou retardo psicomotor, julgamento prejudicado ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de opióides.**

**C. Constrição das pupilas (ou dilatação das pupilas devido a anóxia por superdosagem severa) e um (ou mais) dos seguintes sinais, desenvolvendo-se durante ou logo após o uso de opióides:**

- (1) torpor ou coma
- (2) fala arrastada
- (3) prejuízo na atenção ou memória

**D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.**

**Especificar se:**

**F11.04 - Com Perturbações Perceptuais**

TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides

**F11.3 - 292.0 Abstinência de Opióides**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ F11.3 - 292.0 Abstinência de Opióides**

Consultar também o texto e os critérios para Abstinência de Substâncias (ver p. 180). A característica essencial da Abstinência de Opióides é a presença de uma síndrome característica de abstinência, que se desenvolve após a cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de opióides (Critério A1). A síndrome de abstinência também pode ser precipitada pela administração de um antagonista de opióides (por ex., naloxona ou naltrexona) após um período de uso de opióides (Critério A2). A Abstinência de Opióides é caracterizada por um padrão de sinais e sintomas opostos aos efeitos agudos do agonista. Os primeiros sintomas são subjetivos e consistem de queixas de ansiedade, inquietação e uma "sensação dolorida", freqüentemente localizada nas costas e pernas, acompanhada por uma avidez por opióides ("fissura") e um comportamento de busca da droga, juntamente com irritabilidade e maior sensibilidade à dor. Três ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes para fazer um diagnóstico de Abstinência de Opióides: humor disfórico; náusea ou vômito; dores musculares; lacrimejamento ou rinorréia; dilatação das pupilas, piloereção ou sudorese aumentada; diarreia; bocejos, febre e insônia (Critério B). A piloereção e a febre estão associadas com abstinência severa e não são vistas com freqüência na prática clínica de rotina, porque os indivíduos com Dependência de Opióides geralmente obtêm a substância antes de a abstinência tornar-se tão avançada. Estes sintomas de Abstinência de Opióides devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes (Critério C). Os sintomas não devem decorrer de uma condição médica geral nem ser melhor explicados por outro transtorno mental (Critério D).

Na maioria dos indivíduos dependentes de drogas de curta ação, tais como heroína, os sintomas de abstinência ocorrem dentro de 6 a 24 horas após a última dose. Os sintomas podem levar de 2 a 4 dias para manifestar-se no caso de drogas de ação mais longa, como metadona ou LAAM (L-alfacetilmetadol). Os sintomas agudos de abstinência de um opióide de curta ação como a heroína em geral atingem o auge em 1 a 3 dias e cedem gradualmente ao longo de 5 a 7 dias. Sintomas menos agudos de abstinência podem durar por semanas a meses. Estes sintomas mais crônicos incluem ansiedade, disforia, anedonia, insônia e avidez pela droga.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ F11.3 - 292.0 Abstinência de Opióides**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Crítérios Diagnósticos para F11.3 - 292.0 Abstinência de Opióides**

**A. Qualquer um dos seguintes quesitos:**

- (1) cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de opióides (algumas semanas ou mais)
- (2) administração de um antagonista de opióides após um período de uso de opióides

**B. Três (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvendo-se dentro de alguns minutos a alguns dias após o Critério A:**

- (1) humor disfórico
- (2) náusea ou vômito
- (3) dores musculares
- (4) lacrimejamento ou rinorréia
- (5) dilatação das pupilas, piloereção ou sudorese
- (6) diarreia
- (7) bocejos
- (8) febre
- (9) insônia

**C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas de funcionamento importantes.**

**D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ F11.3 - 292.0 Abstinência de Opióides**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides**

**Outros Transtornos induzidos por Opióides**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ Outros Transtornos induzidos por Opióides**

Os seguintes Transtornos Induzidos por Opióides são descritos em outras seções do manual, junto com os transtornos cuja fenomenologia compartilham: **Delirium por Intoxicação com Opióides** (pp. 126-127), **Transtorno Psicótico Induzido por**

Opióides (p. 297), Transtorno do Humor Induzido por Opióides (pp. 352-353), Disfunção Sexual Induzida por Opióides (p. 491) e Transtorno do Sono Induzido por Opióides (pp. 570-571). Estes transtornos são diagnosticados ao invés de Intoxicação com Opióides ou Abstinência de Opióides apenas quando excedem aqueles habitualmente associados com a Intoxicação ou com a síndrome de Abstinência e quando são suficientemente severos para indicarem uma atenção clínica independente.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides

### Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Opióides

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Opióides

### Características e Transtornos Associados

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Opióides \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** A Dependência de Opióides está geralmente associada com uma história de crimes relacionados à droga (por ex., posse ou distribuição de drogas, falsificação, roubo, assalto ou receptação de mercadorias roubadas). Entre os profissionais da saúde e indivíduos que têm fácil acesso a substâncias controladas existe, freqüentemente, um padrão diferente de atividades ilegais envolvendo problemas junto a conselhos de licenciamento, equipes de profissionais dos hospitais ou outras agências administrativas. Divórcio, desemprego ou emprego irregular freqüentemente estão associados com a Dependência de Opióides em todos os níveis sócio-econômicos.

Para muitos indivíduos, o efeito de consumir um opióide pela primeira vez é disfórico, ao invés de eufórico, podendo ocorrer náusea e vômito. Os indivíduos com Dependência de Opióides estão em risco especial para o desenvolvimento de sintomas depressivos e para episódios de depressão de leve a moderada, que satisfazem os critérios de sintomas e de duração para o Transtorno Depressivo Maior. Esses sintomas podem representar um Transtorno do Humor Induzido por Opióides (ver p. 352-353) ou exacerbações de um transtorno depressivo primário preexistente. Períodos de depressão são especialmente comuns durante a intoxicação crônica ou em associação com estressores psicossociais relacionados à Dependência de Opióides. A insônia é comum, especialmente durante a abstinência. O Transtorno da Personalidade Anti-Social é muito mais comum em

indivíduos com Dependência de Opióides do que na população geral. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático também é visto com uma frequência aumentada. Uma história de Transtorno da Conduta na infância ou adolescência foi identificada como um fator significativo de risco para Transtornos Relacionados a Substâncias, especialmente Dependência de Opióides.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Opióides \ Características e Transtornos Associados**

**Achados laboratoriais associados.** Os testes toxicológicos rotineiros de urina freqüentemente são positivos para opióides em indivíduos com Dependência de Opióides. Os testes de urina permanecem positivos para a maioria dos opióides por 12 a 36 horas após a administração da droga. Os Opióides com duração mais longa (por ex., metadona e LAAM) podem ser identificados na urina por vários dias. O fentanil não é detectado por testes padronizados de urina, mas isto é possível com o uso de procedimentos mais especializados. É comum haver evidências laboratoriais da presença de outras substâncias (por ex., cocaína, maconha, álcool, anfetamina, benzodiazepínicos). Os testes de triagem para hepatite freqüentemente são positivos tanto para o antígeno da hepatite (significando infecção ativa) quanto para anticorpos da hepatite (significando infecção passada). É comum haver testes de função hepática ligeiramente elevados tanto como resultado da resolução de uma hepatite passada quanto por danos tóxicos ao fígado devido a contaminadores que foram acrescidos ao opióides injetado. Alterações sutis nos padrões de secreção de cortisol e regulação da temperatura corporal foram observadas por até 6 meses após a desintoxicação de opióides.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Opióides \ Características e Transtornos Associados**

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.**

O uso agudo e crônico de opióides está associado com falta de secreções, causando secura da boca e do nariz, lentificação da atividade gastrointestinal e constipação. A acuidade visual pode ser prejudicada em consequência da constrição das pupilas. Em indivíduos que usam opióides intravenosamente, veias esclerosadas e marcas de picadas nas porções inferiores das extremidades superiores são comuns. As veias ocasionalmente se tornam tão esclerosadas a ponto de um edema periférico desenvolver-se e os indivíduos terem de mudar para veias das pernas, pescoço ou virilha. Quando essas veias se tornam inaproveitáveis, os indivíduos injetam-se diretamente no tecido subcutâneo, resultando em celulite, abscessos e cicatrizes de aparência circular por lesões cutâneas curadas. O tétano é relativamente raro, mas uma consequência muito séria da injeção de opióides. Infecções também podem ocorrer em outros órgãos e incluem endocardite bacteriana, hepatite e infecção com vírus da imunodeficiência humana (HIV). A tuberculose é um problema particularmente sério entre indivíduos

que usam drogas intravenosas, especialmente aqueles dependentes de heroína. A infecção com o bacilo da tuberculose geralmente é assintomática e se evidencia apenas pela presença de um teste cutâneo com tuberculina. Entretanto, muitos casos de tuberculose ativa já foram encontrados, especialmente entre indivíduos infectados com HIV. Esses indivíduos em geral apresentam infecção recentemente adquirida, mas também tendem a experimentar reativação de uma infecção anterior, devido a prejuízo na função imunológica. As pessoas que inalam heroína ou outros opióides freqüentemente desenvolvem irritação da mucosa nasal, às vezes acompanhada de perfuração do septo nasal. Dificuldades no funcionamento sexual são comuns. Os homens freqüentemente experimentam disfunção erétil durante a intoxicação ou uso crônico. As mulheres habitualmente têm perturbações da função reprodutora e menstruação irregular.

A incidência de **infecção com HIV** é alta entre os indivíduos que usam drogas intravenosas; uma grande porcentagem destes têm Dependência de Opióides. As taxas de infecção com HIV chegam a 60% entre as pessoas dependentes de heroína em algumas áreas dos Estados Unidos.

Além de infecções tais como celulite, hepatite, HIV, tuberculose e endocardite, a Dependência de Opióides está associada com uma taxa muito alta de mortalidade — em níveis de aproximadamente 10 por 1.000 pessoas por ano, entre os indivíduos não tratados. A morte decorre, com maior freqüência, de superdosagem, acidentes, ferimentos ou outras complicações médicas gerais. Acidentes e ferimentos devido à violência associada à compra e venda de drogas são comuns. Em algumas áreas, a violência responde por mais mortes relacionadas a opióides do que a superdosagem ou a infecção com HIV. A dependência fisiológica de opióides pode ocorrer em cerca de metade dos bebês nascidos de mulheres com Dependência de Opióides, podendo produzir uma severa síndrome de abstinência, que exige tratamento médico. Embora um baixo peso ao nascer também seja visto em crianças de mães com Dependência de Opióides, este geralmente não é acentuado nem está associado com sérias conseqüências adversas.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Opióides**

### **Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Opióides \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

Os membros de grupos minoritários que vivem em áreas economicamente



carentes têm sido super-representados entre as pessoas com Dependência de Opióides nos Estados Unidos, desde a década de 20. Entretanto, ao final do século passado e início deste, a Dependência de Opióides era mais comum entre indivíduos brancos da classe média, sugerindo que as diferenças no uso refletem a disponibilidade das drogas opióides e outros fatores sociais. O pessoal da área clínica que tem fácil acesso aos opióides pode estar em risco aumentado para Abuso e Dependência de Opióides.

O aumento na idade parece estar associado com uma diminuição da prevalência. Esta tendência à remissão da Dependência geralmente se inicia após os 40 anos e tem sido chamada de "abandono pelo amadurecimento". Entretanto, muitas pessoas permanecem dependentes de opióides por 50 anos ou mais. Os homens são afetados com maior frequência, a uma proporção de 3 ou 4:1.

### **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Opióides**

#### **Prevalência**

### **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Opióides \ Prevalência**

Um estudo comunitário realizado nos Estados Unidos em 1991 relatou que 6% da população amostrada já haviam usado analgésicos com finalidades não-médicas; 2,5% haviam utilizado estas substâncias no ano anterior e 0,7%, no mês anterior. O estudo também mostrou que 1,3% haviam usado heroína durante sua vida e 0,2% havia usado heroína no ano anterior (o uso no mês anterior não foi relatado). Uma vez que o estudo avaliava padrões de uso, ao invés de diagnósticos, não se sabe quantos daqueles que haviam utilizado analgésicos ou heroína tinham sintomas que satisfaziam os critérios para Dependência ou Abuso. Um estudo comunitário realizado nos Estados Unidos, de 1980 a 1985, usando os critérios mais estreitamente definidos do DSM-III, constatou que 0,7% da população adulta apresentava Dependência ou Abuso de Opióides em algum momento de suas vidas. Entre indivíduos com Dependência ou Abuso, 18% relatavam o uso no mês anterior e 42% relatavam ter tido um problema com opióides no ano anterior.

### **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Opióides**

#### **Curso**

### **TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados**

**a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Opióides \ Curso**

A Dependência de Opióides pode começar em qualquer idade, mas os problemas associados com o uso de opióides são observados pela primeira vez, com maior frequência, ao final da adolescência ou logo após os 20 anos. Uma vez desenvolvida a Dependência, ela geralmente é contínua por um período de muitos anos, embora breves períodos de abstinência sejam freqüentes. A recaída após a abstinência é comum, mesmo após muitos anos de encarceramento. Uma exceção ao curso crônico típico da Dependência de Opióides pôde ser observada no pessoal do exército que se tornou dependente de opióides no Vietnã. Ao voltarem aos Estados Unidos, menos de 10% daqueles que haviam sido dependentes de opióides recaíram, embora experimentassem taxas aumentadas de Dependência de Álcool ou Dependência de Anfetamina. Há poucos dados disponíveis sobre o curso do Abuso de Opióides.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Opióides**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Opióides \ Padrão Familiar**

Os membros da família de indivíduos com Dependência de Opióides tendem a ter níveis superiores de psicopatologia, especialmente uma incidência aumentada de outros Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtorno da Personalidade Anti-Social.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Opióides**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Opióides \ Diagnóstico Diferencial**

Para uma discussão geral sobre o diagnóstico diferencial dos Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [pp. 185-186](#). Os Transtornos Induzidos por Opióides podem ser caracterizados por sintomas (por ex., humor deprimido) que lembram **transtornos mentais primários** (por ex., Distímia versus Transtorno do Humor Induzido por Opióides, Com Características Depressivas, Com Início

Durante Intoxicação). Ver a [p. 188](#) para uma discussão sobre este diagnóstico diferencial. Os opióides tendem menos a produzir sintomas de perturbação mental do que a maioria das outras drogas de abuso e, em alguns casos, até mesmo reduzem esses sintomas. Nesses casos, os sintomas ou transtornos mentais emergem após a interrupção do uso de opióides.

A **Intoxicação com Álcool** e a **Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos** podem causar um quadro clínico semelhante à Intoxicação com Opióides. Um diagnóstico de Intoxicação com Álcool ou com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos pode ser feito, em algumas ocasiões, com base na ausência de constrição pupilar ou na falta de resposta a um desafio com naloxona. Em alguns casos, a intoxicação pode ser provocada pela associação de opióides e álcool ou outros sedativos. A ansiedade e inquietação associadas com a Abstinência de Opióides assemelham-se aos sintomas vistos na **Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**. Entretanto, a Abstinência de Opióides também é acompanhada por rinorréia, lacrimejamento e dilatação das pupilas, que não são vistos na abstinência de sedativos. As pupilas dilatadas também são vistas na **Intoxicação com Alucinógenos, Intoxicação com Anfetamina e Intoxicação com Cocaína**. Entretanto, outros sinais ou sintomas de Abstinência de Opióides estão ausentes, tais como náusea, vômitos, diarreia, cólicas abdominais, rinorréia e lacrimejamento. A Intoxicação com Opióides e a Abstinência de Opióides são diferenciadas de **outros Transtornos Induzidos por Opióides** (por ex., Transtorno do Humor Induzido por Opióides, Com Início Durante Intoxicação) porque os sintomas nestes últimos excedem aqueles habitualmente associados com a Intoxicação com Opióides ou Abstinência de Opióides e são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides

### F11.9 - 292.9 Transtorno Relacionado a Opióides Sem Outra Especificação

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Opióides \ Transtornos Induzidos por Opióides \ F11.9 - 292.9 Transtorno Relacionado a Opióides Sem Outra Especificação

A categoria Transtorno Relacionado a Opióides Sem Outra Especificação aplica-se a transtornos associados ao uso de opióides não classificáveis como Dependência de Opióides, Abuso de Opióides, Intoxicação com Opióides, Abstinência de Opióides, Delirium por Intoxicação com Opióides, Transtorno Psicótico Induzido por Opióides, Transtorno do Humor Induzido por Opióides, Disfunção Sexual Induzida por Opióides ou Transtorno do Sono Induzido por Opióides.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina)

### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina)

As fenciclidinas (ou substâncias tipo fenciclidina) incluem a fenciclidina (PCP, Sernylan) e compostos de ação similar tais como quetamina (Ketalar, Ketaject) e o tiofeno análogo da fenciclidina (TCP; 1-[1-22-tienil-ciclohexil piperidina). Essas substâncias foram desenvolvidas inicialmente como anestésicos dissociativos nos anos 50 e se tornaram drogas de rua na década de 60. Elas podem ser tomadas por via oral, injetadas ou fumadas. A fenciclidina (vendida ilicitamente sob uma variedade de nomes como PCP, Hog, Tranq, Angel Dust) é a substância abusada com maior frequência, nesta classe.

Esta seção contém discussões específicas aos Transtornos Relacionados à Fenciclidina. O texto e os conjuntos de critérios já foram oferecidos para os aspectos genéricos de Dependência de Substância (p. 172) e Abuso de Substância (pp. 177-178), que se aplicam a todas as substâncias. Textos específicos para Dependência e Abuso de Fenciclidina são oferecidos adiante; entretanto, não existem critérios específicos para Dependência de Fenciclidina ou Abuso de Fenciclidina. O texto e o conjunto de critérios específicos para a Intoxicação com Fenciclidina também são oferecidos adiante. Embora possam ocorrer sintomas de abstinência de fenciclidina, sua importância clínica é incerta, de modo que um diagnóstico de abstinência de fenciclidina não é incluído neste manual. Os Transtornos Induzidos por Fenciclidina (outros que não Intoxicação com Fenciclidina) são descritos em outras seções do manual, junto com os transtornos cuja fenomenologia compartilham (por ex., o Transtorno Psicótico Induzido por Fenciclidina é incluído na seção "Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos"). A seguir, relacionamos os Transtornos por Uso de Fenciclidina e os Transtornos Induzidos por Fenciclidina.

### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina)

#### Transtornos por Uso de Fenciclidina

F19.2x - 304.90 Dependência de Fenciclidina (ver p. 247).

F19.1 - 305.90 Abuso de Fenciclidina (ver p. 248).

#### Transtornos Induzidos por Fenciclidina

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina)**

**F19.00 - 292.89 Intoxicação com Fenciclidina (ver p. 248).**

**Especificar se: F19.04 - Com Perturbações Perceptuais.**

**F19.03 - 292.81 Delirium por Intoxicação com Fenciclidina (ver p. 127).**

**F19.51 - 292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Fenciclidina, Com Delírios (ver p. 297).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

**F19.52 - 292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Fenciclidina, Com Alucinações (ver p. 297).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

**F19.8 - 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Fenciclidina (ver p. 352-353).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

**F19.8 - 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Fenciclidina (ver p. 418).**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.**

**F19.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Fenciclidina Sem Outra Especificação (ver p. 252).**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina)**

**Transtornos por Uso de Fenciclidina**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos por Uso de Fenciclidina**

**F19.2x - 304.90 Dependência de Fenciclidina**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos por Uso de Fenciclidina \ F19.2x - 304.90 Dependência de Fenciclidina**

Consultar também o texto e os critérios para Dependência de Substâncias (ver p. 172). Alguns dos critérios genéricos para Dependência de Substâncias não se aplicam à fenciclidina. Embora a "fissura" tenha sido relatada por indivíduos com uso pesado, nem tolerância nem sintomas de abstinência foram claramente demonstrados em humanos (muito embora ambas tenham ocorrido em estudos com animais). A Fenciclidina geralmente não é difícil de ser obtida, e os indivíduos com dependência de fenciclidina freqüentemente fumam pelo menos 2 a 3 vezes por dia, passando uma porção significativa de seu tempo usando a

substância e experimentando seus efeitos. O uso de fenciclidina pode continuar, apesar da presença de problemas psicológicos (por ex., desinibição, ansiedade, raiva, agressividade, pânico, flashbacks) ou problemas médicos (por ex., hipertermia, hipertensão, convulsões), que o indivíduo sabe serem causados pela substância. Os indivíduos com Dependência de Fenciclidina podem manifestar reações comportamentais perigosas devido à falta de insight e julgamento enquanto intoxicados. Um comportamento agressivo envolvendo lutas corporais foi identificado como um efeito adverso especialmente problemático da fenciclidina. Como no caso dos alucinógenos, reações adversas à fenciclidina podem ser mais comuns entre indivíduos com transtornos mentais preexistentes.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos por Uso de Fenciclidina \ F19.2x - 304.90 Dependência de Fenciclidina**

**Especificadores**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos por Uso de Fenciclidina \ F19.2x - 304.90 Dependência de Fenciclidina \ Especificadores**

Os seguintes especificadores podem ser aplicados a um diagnóstico de Dependência de Fenciclidina (ver pp. 175-176 para maiores detalhes):

**Remissão Completa Inicial**

**Remissão Parcial Inicial**

**Remissão Completa Mantida**

**Remissão Parcial Mantida**

**Em Ambiente Controlado**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos por Uso de Fenciclidina**

**F19.1 - 305.90 Abuso de Fenciclidina**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos por Uso de Fenciclidina \ F19.1 - 305.90 Abuso de Fenciclidina**

Consultar também o texto e os critérios para Abuso de Substância (ver pp. 177-178). Embora os indivíduos que abusam de fenciclidina usem a substância com muito menor frequência do que os com Dependência, eles podem repetidamente deixar de cumprir importantes obrigações relativas a seu papel na escola, no trabalho ou no lar, em razão da intoxicação com fenciclidina. Os

indivíduos podem usar a substância em situações onde isto é fisicamente perigoso (por ex., enquanto operam máquinas pesadas ou dirigem automóvel). Dificuldades legais podem decorrer da posse da fenciclidina ou de comportamentos resultantes da intoxicação (por ex., lutas corporais). Pode haver problemas sociais ou interpessoais recorrentes devido ao comportamento do indivíduo enquanto intoxicado ou a seu estilo de vida caótico, múltiplos problemas legais ou discussões com pessoas significativas.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina)**

**Transtornos Induzidos por Fenciclidina**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina**

**F19.00 - 292.89 Intoxicação com Fenciclidina**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina \ F19.00 - 292.89 Intoxicação com Fenciclidina**

Consultar também o texto e os critérios para Intoxicação com Substância (ver [p. 179](#)). A característica essencial da Intoxicação com Fenciclidina é a presença de alterações comportamentais mal-adaptativas e clinicamente significativas (por ex., beligerância, agressividade, impulsividade, imprevisibilidade, agitação psicomotora, prejuízo no julgamento ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolvem durante ou logo após o uso de fenciclidina (ou substância correlata) (Critérios A e B). Essas alterações são acompanhadas por dois ou mais dos seguintes sinais, que se desenvolvem dentro de uma hora após o uso da substância (ou menos, quando ela é fumada, cheirada ou usada intravenosamente): nistagmo horizontal ou vertical, hipertensão ou taquicardia, torpor ou resposta diminuída à dor, ataxia, disartria, rigidez muscular, convulsões ou coma e hiperacusia (Critério C). Os sintomas não devem ser decorrentes de uma condição médica geral nem ser melhor explicados por outro transtorno mental (Critério D).

Os sinais e sintomas específicos estão relacionados à dose. Doses mais baixas de fenciclidina produzem vertigem, ataxia, nistagmo, leve hipertensão, movimentos involuntários anormais, fala arrastada, náusea, fraqueza, tempo de reação mais lento, euforia ou embotamento afetivo, loquacidade e falta de preocupação. Pensamento desorganizado, alteração da imagem corporal e da percepção sensorial, despersonalização e sentimentos de irrealidade ocorrem com doses

intermediárias. Doses mais altas produzem amnésia e coma, com analgesia suficiente para a cirurgia, e convulsões com depressão respiratória ocorrem nas maiores doses. Os efeitos começam quase que imediatamente após uma dose intravenosa ou transpulmonar, alcançando um pico em minutos. O pico de efeitos ocorre cerca de 2 horas após as doses orais. Nas intoxicações mais leves, os efeitos resolvem-se dentro 8 a 20 horas, enquanto os sinais e sintomas de intoxicação severa podem persistir por vários dias. O Transtorno Psicótico Induzido por Fenciclidina (p. 297) pode persistir por semanas.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina \ F19.00 - 292.89 Intoxicação com Fenciclidina**

**Especificador**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina \ F19.00 - 292.89 Intoxicação com Fenciclidina \ Especificador**

O seguinte especificador pode ser aplicado a um diagnóstico de Intoxicação com Fenciclidina:

**Com Perturbações Perceptuais.** Este especificador pode ser anotado quando alucinações com teste de realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou táteis ocorrem na ausência de um Delirium. Um teste de realidade intacto significa que a pessoa sabe que as alucinações são induzidas pela substância e não representam a realidade externa. Quando as alucinações ocorrem na ausência de um teste de realidade intacto, um diagnóstico de Transtorno Psicótico Induzido por Substância, Com Alucinações, deve ser considerado.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina \ F19.00 - 292.89 Intoxicação com Fenciclidina \ Especificador**

**Critérios Diagnósticos para F19.00 - 292.89 Intoxicação com Fenciclidina**

**A. Uso recente de fenciclidina (ou substância correlata).**

**B. Alterações comportamentais mal-adaptativas e clinicamente significativas (por exemplo, beligerância, agressividade, impulsividade, imprevisibilidade, agitação psicomotora, prejuízo no julgamento ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de fenciclidina.**

**C. Dentro de uma hora (menos, quando fumada, cheirada ou usada intravenosamente), dois (ou mais) dos seguintes sinais:**

**(1) nistagmo vertical ou horizontal**



- (2) hipertensão ou taquicardia
- (3) torpor ou resposta diminuída à dor
- (4) ataxia
- (5) disartria
- (6) rigidez muscular
- (7) convulsões ou coma
- (8) hiperacusia.

D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Especificar se:

F19.04 - Com Perturbações Perceptuais

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina**

**Outros Transtornos Induzidos por Fenciclidina**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina \ Outros Transtornos Induzidos por Fenciclidina**

Os seguintes Transtornos Induzidos por Fenciclidina são descritos em outras seções do manual, junto com os transtornos cuja fenomenologia compartilham: Delírium por Intoxicação com Fenciclidina (ver p. 127), Transtorno Psicótico Induzido por Fenciclidina (p. 297), Transtorno do Humor Induzido por Fenciclidina (pp. 352-353) e Transtorno de Ansiedade Induzido por Fenciclidina (p. 418). Esses transtornos são diagnosticados ao invés de Intoxicação com Fenciclidina apenas quando os sintomas excedem aqueles habitualmente associados com a síndrome de Intoxicação por Fenciclidina e quando os sintomas são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina**

**Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Fenciclidina**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Fenciclidina**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Fenciclidina \ Características e Transtornos Associados**

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** Embora os indivíduos com Intoxicação com Fenciclidina possam permanecer vigis e orientados, eles podem apresentar delirium, coma, sintomas psicóticos ou mutismo catatônico com posturas. Repetidas intoxicações podem acarretar problemas no trabalho, na família, na vida social ou problemas legais. Violência, agitação e comportamento bizarro (por ex., andar a esmo e confuso pelas ruas) podem ocorrer. Os indivíduos com Dependência ou Abuso de Fenciclidina podem relatar hospitalizações repetidas induzidas pela intoxicação, consultas a salas de emergência e detenções por comportamento confuso ou bizarro ou por lutas corporais. O Transtorno da Conduta em adolescentes e ao Transtorno da Personalidade Anti-Social em adultos podem estar associados com o uso de fenciclidina. A dependência de outras substâncias (especialmente cocaína, álcool e anfetaminas) é comum entre os indivíduos com Dependência de Fenciclidina.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Fenciclidina \ Características e Transtornos Associados**

**Achados laboratoriais associados.** A fenciclidina (ou substância correlata) está presente na urina de indivíduos agudamente intoxicados com uma dessas substâncias. A substância pode ser detectável na urina por várias semanas após o término de um uso prolongado ou de doses muito altas. A fenciclidina pode ser detectada mais facilmente na urina acidificada. A creatinina fosfoquinase (CPK) e a transaminase glutâmico-oxalacética sérica (TGO) freqüentemente estão elevadas.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Fenciclidina \ Características e Transtornos Associados**

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.** A Intoxicação com Fenciclidina produz extensa toxicidade cardiovascular e neurológica (por ex., convulsões, distonias, discinesias, cataplexia e hipo ou hipertermia). Nos indivíduos com Dependência ou Abuso de Fenciclidina, pode haver evidências físicas de ferimentos por acidentes, lutas e quedas. Marcas de agulhas, hepatite, doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e endocardite bacteriana podem ser encontradas entre os relativamente poucos indivíduos que consomem

fenciclidina intravenosamente. Afogamentos, até mesmo em pequenos volumes d'água, já foram relatados. Os problemas respiratórios manifestam-se por apnéia, broncoespasmo, broncorréia, aspiração durante o coma e hipersalivação. A rabdomiólise, com prejuízo renal, é vista em cerca de 2% dos indivíduos que buscam os serviços de emergência. A parada cardíaca é um efeito raro.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Fenciclidina**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Fenciclidina \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

A prevalência de problemas relacionados à fenciclidina parece ser maior entre os homens (cerca de duas vezes), na idade de 20 a 40 anos e entre minorias étnicas (cerca de duas vezes). Os homens compõem cerca de 3/4 dos indivíduos que procuram as salas de emergência devido à fenciclidina.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Fenciclidina**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Fenciclidina \ Prevalência**

Os médicos legistas relatam que, em nível nacional, nos EUA, a fenciclidina está envolvida em cerca de 3% das mortes associadas com o uso de substâncias. A fenciclidina é mencionada como um problema em cerca de 3% das consultas às salas de emergência relacionadas a substâncias. A porcentagem de estudantes em final de segundo grau que relatam já terem usado fenciclidina caiu de cerca de 13% em 1980 para aproximadamente 3% em 1990.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Fenciclidina**

Diagnóstico Diferencial

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina \ Informações Adicionais sobre os Transtornos Relacionados à Fenciclidina \ Diagnóstico Diferencial**

Para uma discussão geral do diagnóstico diferencial dos Transtornos Relacionados a Substâncias, ver pp. 185-186. Os Transtornos Induzidos por Fenciclidina podem ser caracterizados por sintomas (por ex., humor deprimido) que lembram transtornos mentais primários (por ex., Transtorno Depressivo Maior versus Transtorno do Humor Induzido por Fenciclidina, Com Características Depressivas, Com Início Durante Intoxicação). Ver p. 188 para uma discussão deste diagnóstico diferencial. Os episódios recorrentes de sintomas psicóticos ou de humor devido à Intoxicação com Fenciclidina podem imitar a Esquizofrenia ou Transtornos do Humor. A história relatada ou evidências laboratoriais do uso de fenciclidina confirmam a participação da substância no quadro clínico, mas não descartam a co-ocorrência de outros transtornos mentais primários. O rápido início dos sintomas também sugere Intoxicação com Fenciclidina, ao invés de Esquizofrenia, mas o uso de fenciclidina pode induzir a episódios psicóticos agudos em indivíduos com Esquizofrenia preexistente. A rápida resolução dos sintomas e a ausência de uma história de Esquizofrenia podem auxiliar nesta diferenciação. Violência ou prejuízo no julgamento relacionados à droga podem co-ocorrer ou imitar aspectos de Transtorno da Conduta ou Transtorno da Personalidade Anti-Social. A ausência de problemas comportamentais anteriores ao início do uso da substância ou durante a abstinência pode ajudar a esclarecer esta diferenciação.

A fenciclidina e substâncias correlatas podem produzir perturbações perceptuais (por ex., luzes cintilantes, percepção de sons, ilusões ou imagens visuais) que a pessoa em geral reconhece como sendo consequência do uso da droga. Se o teste de realidade permanece intacto e a pessoa não acredita que as percepções são reais nem age de acordo com elas, o especificador Com Perturbações Perceptuais é apostado a Intoxicação com Fenciclidina. Se o teste de realidade está prejudicado, o diagnóstico de Transtorno Psicótico Induzido por Fenciclidina deve ser considerado.

A diferenciação entre Intoxicação com Fenciclidina e outras Intoxicações com Substâncias (com as quais ela freqüentemente coexiste) depende de uma avaliação da história do consumo de substâncias, da presença de achados característicos (por ex., nistagmo e leve hipertensão) e de testes toxicológicos positivos de urina. Os indivíduos que usam fenciclidina freqüentemente usam também outras drogas, e a comorbidade de Abuso ou Dependência de outras drogas deve ser considerada. A Intoxicação por Fenciclidina é diferenciada de outros Transtornos Induzidos por Fenciclidina (por ex., Transtorno do Humor Induzido por Fenciclidina, Com Início Durante Intoxicação) porque os sintomas

nestes últimos excedem aqueles geralmente associados à Intoxicação com Fenciclidina e são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina**

**F19.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Fenciclidina Sem Outra Especificação**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados à Fenciclidina (ou Substâncias Tipo Fenciclidina) \ Transtornos Induzidos por Fenciclidina \ F19.9 - 292.9 Transtorno Relacionado à Fenciclidina Sem Outra Especificação**

A categoria Transtorno Relacionado à Fenciclidina Sem Outra Especificação aplica-se a transtornos associados ao uso de fenciclidina não classificáveis como Dependência de Fenciclidina, Abuso de Fenciclidina, Intoxicação com Fenciclidina, Delírium por Intoxicação com Fenciclidina, Transtorno Psicótico Induzido por Fenciclidina, Transtorno do Humor Induzido por Fenciclidina ou Transtorno de Ansiedade Induzido por Fenciclidina.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias**

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

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

As substâncias sedativas, hipnóticas e ansiolíticas (antiansiedade) incluem benzodiazepínicos, carbamatos (por ex., glutetimida, meprobamato), barbitúricos (por ex., secobarbital) e hipnóticos tipo barbitúricos (por ex., glutetimida, metaqualona). Esta classe de substâncias inclui todos os medicamentos soníferos vendidos com prescrição e praticamente qualquer medicamento antiansiedade vendido sob prescrição médica. Os agentes antiansiedade não-diazepínicos (por ex., buspirona, gepirona) não são incluídos nesta classe. Alguns medicamentos desta classe têm outros importantes usos clínicos (por ex., como anticonvulsivantes). Como o álcool, esses agentes são depressores cerebrais e podem produzir similares Transtornos Induzidos por Substâncias e por Uso de Substância. Em altas doses, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos podem ser letais, particularmente quando misturados com álcool. Sedativos, hipnóticos e ansiolíticos estão disponíveis tanto por prescrição quanto por fontes ilegais.

Ocasionalmente, os indivíduos que obtêm essas substâncias por prescrição abusam delas; em contrapartida, alguns que compram substâncias desta classe "na rua" não desenvolvem Dependência ou Abuso. Os medicamentos com rápido início e/ou ação curta ou intermediária podem ser especialmente vulneráveis ao abuso.

Esta seção contém discussões específicas aos Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos. Já foram oferecidos textos e critérios para a definição dos aspectos genéricos de Dependência de Substância (p. 172) e Abuso de Substância (pp. 177-178), que se aplicam a todas as substâncias. Os textos específicos à Dependência e ao Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos são oferecidos a seguir; entretanto, não existem critérios específicos adicionais para Dependência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos ou Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos. Textos e conjuntos de critérios específicos para Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos e Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos também são oferecidos a seguir. Os Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (outros que não Intoxicação e Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos) são descritos em outras seções do manual, junto com os transtornos cuja fenomenologia compartilham (por ex., o Transtorno de Ansiedade Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos é incluído na seção "Transtornos de Ansiedade"). A seguir, relacionamos os Transtornos por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos e os Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

### Transtornos por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

F13.2x - 304.10 Dependência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver pp. 252-253).

F13.1 - 305.40 Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver pp. 253-254).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

### Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

F13.00 - 292.89 Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver pp. 253-254).

F13.3 - 292.0 Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver pp. 254-255).

**Especificar se: Com Perturbações Perceptuais.**

F13.03 - 292.81 Delirium por Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

(ver [p. 127](#)).

F13.4 - 292.81 Delirium por Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver [p. 127](#)).

F13.73 - 292.82 Demência Persistente Induzida por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver [p. 148](#)).

F13.6 - 292.83 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolítico (ver [pp. 156-157](#)).

F13.51 - 292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos, Com Delírios (ver [p. 297](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.

F13.52 - 292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos, Com Alucinações (ver [p. 297](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.

F13.8 - 292.84 Transtorno de Humor Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver [pp. 352-353](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.

F13.8 - 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver [p. 418](#)).

Especificar se: Com Início Durante Abstinência.

F13.8 - 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver [p. 491](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.

F13.8 - 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver [pp. 570-571](#)).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.

F13.9 - 292.9 Transtorno Relacionado a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos Sem Outra Especificação (ver [pp. 259-260](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

### Transtornos por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

### F13.2x - 304.10 Dependência de Sedativos,

## Hipnóticos ou Ansiolíticos

### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ F13.2x - 304.10 Dependência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

Consultar também o texto e os critérios para Dependência de Substâncias (ver [p. 172](#)). Níveis muito significativos de dependência fisiológica, marcados tanto por tolerância quanto por abstinência, podem desenvolver-se em relação aos sedativos, hipnóticos e ansiolíticos. O momento de início e a gravidade da síndrome de abstinência diferem de acordo com a substância específica e sua farmacocinética e farmacodinâmica. Por exemplo, a abstinência de substâncias de ação mais curta que são rapidamente absorvidas sem metabólitos ativos (por ex., triazolam) pode iniciar algumas horas após cessação do uso da substância; a abstinência de substâncias de ação mais longa (por ex., diazepam) pode não se iniciar antes de 1-2 dias ou mais. A síndrome de abstinência produzida por substâncias desta classe pode caracterizar-se pelo desenvolvimento de um delírium ameaçador à vida. Pode haver evidências de tolerância e abstinência na ausência de um diagnóstico de Dependência de Substância em um indivíduo que tenha suspenso abruptamente os benzodiazepínicos tomados por um longo período em doses terapêuticas prescritas. Um diagnóstico de Dependência de Substância deve ser considerado apenas quando, além da dependência fisiológica, o indivíduo que usa a substância apresenta evidências de uma gama de problemas (por ex., um indivíduo que desenvolveu um comportamento de busca da droga, a ponto de reduzir ou desistir de atividades importantes para obter a substância).

### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ F13.2x - 304.10 Dependência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

#### Especificadores

### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ F13.2x - 304.10 Dependência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Especificadores

Os seguintes especificadores podem ser aplicados a um diagnóstico de Dependência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver [pp. 175-176](#) para mais detalhes).

Com Dependência Fisiológica

Sem Dependência Fisiológica

Remissão Completa Inicial



Remissão Parcial Inicial

Remissão Completa Mantida

Remissão Parcial Mantida

Em Terapia com Agonista

Em Ambiente Controlado

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**F13.1 - 305.40 Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ F13.1 - 305.40 Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

Consultar também o texto e os critérios para **Abuso de Substância** (ver [pp. 177-178](#)). O abuso de substâncias desta classe pode ocorrer isoladamente ou em conjunção com o uso de outras substâncias. Por exemplo, os indivíduos podem usar doses capazes de produzir intoxicação por sedativos ou benzodiazepínicos para atenuar os efeitos da intoxicação com cocaína ou anfetaminas, ou usar altas doses de benzodiazepínicos em combinação com metadona para amplificar seus efeitos. O abuso de substâncias desta classe pode envolver o uso em situações perigosas, tais como ficar "alto" e depois dirigir. O indivíduo pode faltar ao trabalho ou à escola ou negligenciar deveres domésticos em consequência da intoxicação ou entrar em discussões com o cônjuge ou os pais acerca dos episódios de uso da substância. Quando esses problemas são acompanhados por evidências de tolerância, abstinência ou comportamento compulsivo relacionado ao uso de sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, um diagnóstico de Dependência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos deve ser considerado.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**F13.00 - 292.89 Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ F13.00 - 292.89 Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

Consultar também o texto e os critérios para Intoxicação com Substância (ver p. 179). A característica essencial da Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas (por ex., comportamento sexual ou agressivo inadequado, instabilidade do humor, prejuízo no julgamento e prejuízo no funcionamento social ou ocupacional, que se desenvolvem durante ou logo após o uso de uma substância sedativa, hipnótica ou ansiolítica (Critérios A e B). Como no caso de outros depressores cerebrais, esses comportamentos podem ser acompanhados de fala arrastada, marcha instável, nistagmo, problemas de memória ou atenção, níveis de incoordenação que podem interferir na capacidade de dirigir e no desempenho em atividades habituais, a ponto de causar acidentes, e estupor ou coma (Critério C). O comprometimento da memória é uma característica proeminente da Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos, sendo mais freqüentemente caracterizada por uma amnésia anterógrada que lembra os "apagamentos alcoólicos", que pode ser bastante perturbadora para o indivíduo. Os sintomas não devem ser decorrentes de uma condição médica geral nem ser melhor explicados por outro transtorno mental (Critério D). A Intoxicação pode ocorrer em indivíduos que estão recebendo essas substâncias por prescrição, estão tomando medicamentos emprestados de amigos ou parentes ou consomem a substância deliberadamente para conseguirem a intoxicação.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ F13.00 - 292.89 Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**Crítérios Diagnósticos para F13.00 - 292.89 Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**A. Uso recente de um sedativo, hipnótico ou ansiolítico.**

**B. Alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas e clinicamente significativas (por ex., comportamento sexual ou agressivo inadequado, instabilidade do humor, prejuízo no julgamento, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional), desenvolvidas durante ou logo após o uso de um sedativo, hipnótico ou ansiolítico.**

**C. Um (ou mais) dos seguintes sinais, desenvolvendo-se durante ou logo após o uso de um sedativo, hipnótico ou ansiolítico:**

- (1) fala arrastada
- (2) incoordenação
- (3) marcha instável
- (4) nistagmo
- (5) prejuízo na atenção ou memória
- (6) estupor ou coma

**D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**F13.3 - 292.0 Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ F13.3 - 292.0 Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

Consultar também o texto e os critérios para Abstinência de Substâncias (ver [p. 180](#)). A característica essencial da Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos é a presença de uma síndrome característica que se desenvolve após uma diminuição acentuada ou cessação do consumo após várias semanas ou mais de uso regular (Critérios A e B). Esta síndrome de abstinência é caracterizada por dois ou mais sintomas (similar à Abstinência de Álcool), que incluem hiperatividade autonômica (por ex., aumento da frequência cardíaca, da frequência respiratória, da pressão sangüínea ou da temperatura corporal, juntamente com sudorese), tremor das mãos, insônia, ansiedade e náusea, acompanhadas ocasionalmente por vômitos e agitação psicomotora. Uma convulsão de grande mal pode ocorrer em talvez até 20 a 30% dos indivíduos que passam por uma abstinência não tratada dessas substâncias. Na Abstinência severa, alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas podem ocorrer. Se o teste de realidade da pessoa está intacto (isto é, ela sabe que a substância está causando as alucinações) e as ilusões ocorrem em um sensorio claro, o especificador Com Perturbações Perceptuais pode ser anotado (ver a seguir). Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério C). Os sintomas não devem ser decorrentes de uma condição médica geral nem ser melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Abstinência de Álcool ou Transtorno de Ansiedade Generalizada) (Critério D). O alívio dos sintomas de abstinência com a administração de qualquer agente sedativo-hipnótico apóia um

diagnóstico de Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos.

A síndrome de abstinência caracteriza-se por sinais e sintomas em geral opostos aos efeitos agudos que podem ser observados em um usuário principiante desses agentes. O curso temporal da síndrome de abstinência geralmente é previsto pela meia-vida da substância. Os medicamentos cujas ações tipicamente duram cerca de 10 horas ou menos (por ex., lorazepam, oxazepam e temazepam) produzem sintomas de abstinência dentro de 6-8 horas após a diminuição dos níveis sanguíneos, atingindo um pico de intensidade no segundo dia e melhorando acentuadamente por volta do quarto ou quinto dia. No caso de substâncias com meia-vida mais longa (por ex., diazepam), os sintomas podem não demorar mais de uma semana para se desenvolverem, alcançando uma intensidade máxima durante a segunda semana e diminuindo acentuadamente por volta da quarta ou quinta semana. Pode haver sintomas adicionais mais duradouros em um nível de intensidade muito menor, que persistem por vários meses. Como no caso do álcool, esses sintomas persistentes de abstinência (por ex., ansiedade, mudanças súbitas do humor e perturbações do sono) podem ser tomados erroneamente por Transtornos de Ansiedade ou Transtornos Depressivos não induzidos por substâncias (por ex., Transtorno de Ansiedade Generalizada).

Quanto mais tempo a substância foi consumida e quanto maiores as doses utilizadas, maior a probabilidade de haver uma Abstinência severa. Entretanto, há relatos de Abstinência com apenas 15 mg de diazepam (ou seu equivalente em outros benzodiazepínicos), com uso diário por vários meses. Doses diárias de aproximadamente 40 mg de diazepam (ou seu equivalente) tendem mais a produzir sintomas de abstinência clinicamente significativos, e doses ainda maiores (por ex., 100 mg de diazepam) apresentam maior propensão a serem seguidas por convulsões ou delírium por abstinência. O Delírium por Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver [p. 127](#)) caracteriza-se por perturbações na consciência e cognição, com alucinações visuais, táteis ou auditivas. Quando presente, o Delírium por Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos deve ser diagnosticado ao invés de Abstinência.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ F13.3 - 292.0 Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**Especificador**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ F13.3 - 292.0 Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Especificador**

O seguinte especificador pode ser aplicado a um diagnóstico de Abstinência de

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos:**

**Com Perturbações Perceptuais.** Este especificador pode ser anotado quando alucinações com teste de realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou táteis ocorrem na ausência de um delírium. Um teste de realidade intacto significa que a pessoa sabe que as alucinações são induzidas pela substância e não representam a realidade externa. Quando as alucinações ocorrem na ausência de um teste de realidade intacto, um diagnóstico de Transtorno Psicótico Induzido por Substância, Com Alucinações, deve ser considerado.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ F13.3 - 292.0 Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Especificador**

**Critérios Diagnósticos para F13.3 - 292.0 Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**A. Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.**

**B. Dois (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolvendo-se dentro de algumas horas a alguns dias após o Critério A:**

- (1) hiperatividade autonômica (por ex., sudorese ou freq ncia cardíaca acima de 100 bpm)
- (2) tremor aumentado das mãos
- (3) insônia
- (4) náusea ou vômitos
- (5) alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias
- (6) agitação psicomotora
- (7) ansiedade
- (8) convulsões de grande mal

**C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes.**

**D. Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.**

**Especificar se:**

**Com Perturbações Perceptuais**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ F13.3 - 292.0 Abstin ncia de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Especificador**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**Outros Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Outros Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

Os seguintes Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos são descritos em outras seções do manual, junto com os transtornos cuja fenomenologia compartilham: Delirium por Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver p. 127), Delirium por Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver p. 127), Demência Persistente Induzida por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver p. 148), Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver pp. 156-157), Transtorno Psicótico Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver p. 297) Transtorno do Humor Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver pp. 352-353), Transtorno de Ansiedade Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver p. 418), Disfunção Sexual Induzida por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver p. 491) e Transtorno do Sono Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (ver pp. 570-571). Esses transtornos não são diagnosticados ao invés de Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos ou Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos apenas quando os sintomas excedem aqueles habitualmente associados com a Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos ou síndrome de Abstinência e quando são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

## Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

### Características e Transtornos Associados

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** A Dependência e o Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos podem freqüentemente estar associados com Dependência ou Abuso de outras substâncias (por ex., álcool, cannabis, heroína, anfetaminas). Os sedativos freqüentemente são usados para atenuar os efeitos indesejados dessas outras substâncias. A intoxicação aguda pode resultar em ferimentos acidentais por quedas e acidentes automobilísticos. No caso de indivíduos idosos, até mesmo o uso a curto prazo desses medicamentos sedativos em doses prescritas pode estar associado com um maior risco de problemas cognitivos e quedas. Alguns dados indicam que os efeitos desinibidores desses agentes podem, como o álcool, realmente contribuir para um comportamento demasiadamente agressivo, com problemas legais e interpessoais subseqüentes. A Intoxicação intensa ou repetida com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos pode estar associada com depressões severas que, embora temporárias, podem ser suficientemente intensas para ocasionar tentativas de suicídio e suicídios completados. Superdosagens acidentais ou deliberadas, similares àquelas observadas no caso de Abuso ou Dependência de Álcool ou repetida Intoxicação com Álcool podem ocorrer. Em comparação com a ampla margem de segurança quando usados isoladamente, os benzodiazepínicos tomados em combinação com o álcool parecem ser particularmente perigosos, com relatos de superdosagens acidentais. Superdosagens acidentais também têm sido relatadas em indivíduos que abusam deliberadamente de barbitúricos e outros sedativos não-benzodiazepínicos (por ex., metaqualona). Com o uso repetido em busca da euforia, desenvolve-se tolerância para os efeitos sedativos, e uma dose progressivamente maior pode ser usada. Entretanto, a tolerância aos efeitos depressores sobre o tronco cerebral desenvolve-se muito mais lentamente, e à medida que a pessoa consome mais substância para adquirir euforia pode haver o súbito aparecimento de depressão respiratória e hipotensão, que podem resultar em morte. Comportamento anti-social e Transtorno da Personalidade Anti-Social estão associados com Dependência e Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos, especialmente quando as substâncias são obtidas por meios ilícitos.

**Achados laboratoriais associados.** Praticamente todas essas substâncias podem ser identificadas através de exames laboratoriais de urina ou sangue (que podem quantificar esses agentes no corpo). Os exames de urina tendem a permanecer positivos por até aproximadamente uma semana após o uso de substâncias de longa ação (por ex., flurazepam).

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.** O exame físico

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



tende a revelar evidências de uma leve diminuição na maioria dos aspectos do funcionamento do sistema nervoso autônomo, incluindo frequência cardíaca mais lenta, frequência respiratória ligeiramente diminuída e uma ligeira queda na pressão sanguínea (que tende mais a ocorrer com mudanças de postura). As superdosagens de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem estar associadas a uma deterioração nos sinais vitais, a qual pode sinalizar uma emergência médica iminente (por ex., parada respiratória por barbitúricos). Pode haver conseqüências de traumas (por ex., hemorragia interna ou hematoma subdural) por acidentes que ocorrem durante a intoxicação. O uso intravenoso dessas substâncias pode acarretar complicações médicas relacionadas ao uso de agulhas contaminadas (por ex., hepatite e infecção com vírus da imunodeficiência humana [HIV]).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

Pode haver variações acentuadas nos padrões de prescrição (e disponibilidade) desta classe de substâncias em diferentes países, ocasionando variações na prevalência dos Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos. A intoxicação deliberada para adquirir os efeitos da substância tende mais a ser observada em adolescentes e indivíduos na faixa dos 20 anos. Abstinência, Dependência e Abuso também são vistos em indivíduos na faixa dos 40 anos ou mais, que aumentam progressivamente a dose de medicamentos prescritos. Os efeitos tóxicos agudos e crônicos dessas substâncias, especialmente efeitos sobre a cognição, memória e coordenação motora, tendem a aumentar com a idade, em conseqüência de mudanças farmacodinâmicas e farmacocinéticas relacionadas à idade. Os indivíduos com demência estão mais propensos a desenvolver Intoxicação e prejuízo no funcionamento fisiológico em doses menores. As mulheres podem estar em maior risco para o abuso de substâncias prescritas desta classe.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a**



## Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

### Prevalência

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Prevalência

Nos Estados Unidos, até 90% dos indivíduos hospitalizados para cuidados médicos ou cirurgia recebem sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos durante sua baixa, e mais de 15% dos adultos americanos usam esses medicamentos (geralmente com prescrição médica) durante qualquer período de um ano. A maioria dessas pessoas consome o medicamento como indicado, sem evidências de mau uso. Entre os medicamentos desta classe, os benzodiazepínicos são os mais amplamente usados, com talvez 10% dos adultos tendo consumido um benzodiazepínico por pelo menos 1 mês durante o ano anterior. Um estudo comunitário realizado nos Estados Unidos em 1991 constatou que cerca de 4% da população amostrada já haviam usado sedativos com finalidades não-médicas; quase 2% apresentaram este uso no último ano e 0,4%, no último mês. Aproximadamente 6% da população já usaram agentes antiansiedade com finalidades não-médicas; quase 2% apresentaram este uso no último ano, e 0,5% no último mês. Uma vez que o estudo avaliava padrões de uso, ao invés de diagnósticos, não sabemos quantos daqueles que usaram substâncias desta classe apresentavam sintomas que satisfaziam os critérios para Dependência ou Abuso. Um estudo comunitário realizado nos Estados Unidos de 1980 a 1985, usando os critérios mais estreitamente definidos do DSM-III, constatou que 1,1% da população estudada satisfaziam os critérios para Abuso ou Dependência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos em algum momento de suas vidas.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

### Curso

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Curso

O curso mais habitual envolve pessoas jovens nos anos da adolescência ou na casa dos 20 anos, que podem aumentar progressivamente o uso "recreativo" de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, a ponto de desenvolverem problemas que se

qualificariam para um diagnóstico de Dependência ou Abuso. Este padrão é especialmente provável entre indivíduos com outros Transtornos por Uso de Substância (por ex., relacionados ao álcool, opióides, cocaína, anfetaminas). Um padrão inicial de uso intermitente em festas pode levar ao uso diário e altos níveis de tolerância. Uma vez que isto ocorra, pode-se esperar um nível crescente de dificuldades interpessoais, profissionais e legais, bem como episódios progressivamente severos de prejuízo de memória e abstinência fisiológica.

O segundo curso clínico, observado com menor frequência, começa com um indivíduo que originalmente obteve o medicamento por prescrição médica, em geral para o tratamento de ansiedade, insônia ou queixas somáticas. Embora a imensa maioria dos indivíduos que recebem medicamentos prescritos desta classe não desenvolva problemas, o mesmo não ocorre com uma pequena parcela deles. Para estes, à medida que a tolerância ou uma necessidade por doses maiores do medicamento se desenvolve, existe um aumento gradual na dose e frequência da auto-administração. A pessoa tende a continuar justificando o uso com base nos sintomas originais de ansiedade ou insônia, mas o comportamento de busca pela droga torna-se mais proeminente, podendo levar a consultas a múltiplos médicos para obter suprimentos suficientes do medicamento. A tolerância pode alcançar altos níveis, e a Abstinência (incluindo convulsões e Delirium por Abstinência) pode ocorrer. Outros indivíduos em risco aumentado podem incluir aqueles com Dependência de Álcool, que podem receber repetidas prescrições em resposta a suas queixas de ansiedade ou insônia relacionadas ao álcool.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Informações Adicionais sobre Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Diagnóstico Diferencial**

Para uma discussão geral do diagnóstico diferencial dos Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [pp. 185-186](#). Os Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos podem apresentar-se com sintomas (por ex., ansiedade) que lembram **transtornos mentais primários** (por ex., Transtorno de Ansiedade Generalizada versus Transtorno de Ansiedade Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos, Com Início Durante Abstinência). Ver [p. 188](#) para uma discussão deste diagnóstico diferencial.

A Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos assemelha-se muito à **Intoxicação com Álcool**, exceto pelo hálito alcoólico. Em pessoas mais velhas, o

quadro clínico da intoxicação pode assemelhar-se a uma **demência progressiva**. Além disso, fala arrastada, falta de coordenação e outros aspectos associados característicos da Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos podem decorrer de uma **condição médica geral** (por ex., esclerose múltipla) ou de um **traumatismo craniano prévio** (por ex., hematoma subdural).

A **Abstinência de Álcool** produz uma síndrome muito similar àquela da Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos. Ansiedade, insônia e hiperatividade do sistema nervoso autônomo, resultantes de **intoxicação com outras drogas** (por ex., estimulantes tais como anfetaminas ou cocaína), que são **conseqüências de condições fisiológicas** (por ex., hipotireoidismo) ou que estão relacionadas a **Transtornos de Ansiedade primários** (por ex., Transtorno de Pânico ou Transtorno de Ansiedade Generalizada), podem assemelhar-se a alguns aspectos da Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos.

A Intoxicação e a Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos são diferenciadas de **outros Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos** (por ex., Transtorno de Ansiedade Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos, Com Início Durante Abstinência), porque os sintomas nestes últimos excedem aqueles habitualmente associados com a Intoxicação ou Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos e são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente.

Cabe notar que existem indivíduos que continuam usando medicamentos benzodiazepínicos de acordo com as orientações médicas para uma indicação clínica legítima, por extensos períodos de tempo. Mesmo que fisiologicamente dependentes do medicamento, muitos desses indivíduos não desenvolvem sintomas que satisfazem os critérios para Dependência, porque não estão preocupados com a obtenção da substância e o uso desta não interfere em seu desempenho nos papéis sociais e ocupacionais costumeiros.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

**F13.9 - 292.9 Transtorno Relacionado a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos Sem Outra Especificação**

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos \ F13.9 - 292.9 Transtorno Relacionado a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos Sem Outra Especificação

A categoria Transtorno Relacionado a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos Sem Outra Especificação aplica-se a Transtornos associados com o uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos não classificáveis como Dependência de Sedativos,

Hipnóticos ou Ansiolíticos; Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos; Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos, Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos; Delirium por Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos; Delirium por Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos; Demência Persistente Induzida por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos; Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos; Transtorno Psicótico Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos; Transtorno do Humor Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos; Transtorno de Ansiedade Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos; Disfunção Sexual Induzida por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos, ou Transtorno do Sono Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias

### **Transtorno Relacionado a Múltiplas Substâncias**

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtorno Relacionado a Múltiplas Substâncias

### **F19.2x - 304.80 Dependência de Múltiplas Substâncias**

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtorno Relacionado a Múltiplas Substâncias \ F19.2x - 304.80 Dependência de Múltiplas Substâncias

Este diagnóstico é reservado para o comportamento, durante o mesmo período de 12 meses, no qual a pessoa usou repetidamente pelo menos três grupos de substâncias (não incluindo cafeína e nicotina), sem predomínio de nenhuma substância isolada. Além disso, durante este período, os critérios para Dependência foram satisfeitos para as substâncias como um grupo, mas não para qualquer substância específica.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias

### **Transtornos Relacionados a Outras Substâncias (ou a Substâncias Desconhecidas)**

## TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Outras Substâncias (ou a Substâncias Desconhecidas)

A categoria Transtornos Relacionados a Outras Substâncias (ou a Substâncias

Desconhecidas) serve para a classificação de Transtornos Relacionados a Substâncias associados com substâncias não relacionadas anteriormente. Exemplos dessas substâncias, que são descritas em maiores detalhes adiante, incluem esteróides anabólicos, nitritos inalantes, óxido nitroso, medicamentos vendidos com ou sem prescrição não cobertos pelas 11 categorias (por ex., cortisol, anti-histamínicos, benzotropina) e outras substâncias com efeitos psicoativos. Além disso, esta categoria pode ser usada quando a substância específica é desconhecida (por ex., intoxicação após consumir um vidro de comprimidos sem rótulo).

Os **esteróides anabólicos** ocasionalmente produzem uma sensação inicial de maior bem-estar (ou até mesmo euforia), que é substituída, após o uso repetido, por falta de energia, irritabilidade e outras formas de disforia. O uso continuado dessas substâncias pode provocar sintomas mais severos (por ex., sintomatologia depressiva) e condições médicas gerais (doença hepática).

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Outras Substâncias (ou a Substâncias Desconhecidas)

Os **nitritos inalantes** (formas de amila, butila e nitrito de isobutila) produzem uma intoxicação caracterizada por uma sensação de "cabeça cheia", leve euforia, alteração na percepção do tempo, relaxamento dos músculos lisos e um possível aumento nas sensações sexuais. Além do possível uso compulsivo, essas substâncias trazem perigos de potencial prejuízo do funcionamento imunológico, irritação do sistema respiratório, uma diminuição na capacidade de transporte de oxigênio do sangue e uma reação tóxica que pode incluir vômitos, severa cefaléia, hipotensão e tonturas.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Outras Substâncias (ou a Substâncias Desconhecidas)

O **óxido nitroso** ("gás do riso") causa rápido início de uma intoxicação caracterizada por sensação de tontura e de estar flutuando, que desaparece em questão de minutos após a administração. Existem relatos de confusão temporária, mas clinicamente relevante, e estados paranóides reversíveis quando o óxido nitroso é usado regularmente.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Outras Substâncias (ou a Substâncias Desconhecidas)

Outras substâncias capazes de produzir leves intoxicações incluem um tipo de **menta** (*Nepeta cataria*), que pode produzir estados similares àqueles observados com a maconha e que, em altas doses, pode resultar em percepções tipo LSD; **noz-de-areca**, que é mascada em muitas culturas para a produção de leve euforia e sensação de flutuar; e **kava** (uma substância extraída da pimenteira do Pacífico Sul), que produz sedação, incoordenação, perda de peso, formas leves de hepatite e anormalidades pulmonares. Além disso, os indivíduos podem desenvolver

dependência e prejuízo através da auto-administração repetida de **drogas vendidas sem prescrição e drogas prescritas**, incluindo **cortisol, agentes antiparkinsonianos com propriedades anticolinérgicas e anti-histamínicos**. Uma discussão sobre como codificar transtornos relacionados a medicamentos é encontrada nas [pp. 183-184](#).

Já foram oferecidos textos e conjuntos de critérios para a definição dos aspectos genéricos de Dependência de Substância ([p. 172](#)), Abuso de Substância ([pp. 177-178](#)), Intoxicação com Substância ([p. 179](#)) e Abstinência de Substância ([p. 180](#)), aplicáveis a todas as classes de substâncias. Os Transtornos Induzidos por Outras Substâncias (ou por Substâncias Desconhecidas) são descritos em outras seções do manual, junto com os transtornos cuja fenomenologia compartilham (por ex., o Transtorno do Humor Induzido por Outra Substância [ou por Substância Desconhecida] está incluído na seção "Transtornos do Humor"). Relacionados, a seguir, estão os Transtornos por Uso de Outras Substâncias (ou por Substâncias Desconhecidas) e os Transtornos Induzidos por Outras Substâncias (ou por Substâncias Desconhecidas).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Outras Substâncias (ou a Substâncias Desconhecidas)**

**Transtornos por Uso de Outras Substâncias (ou de Substâncias Desconhecidas)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Outras Substâncias (ou a Substâncias Desconhecidas) \ Transtornos por Uso de Outras Substâncias (ou de Substâncias Desconhecidas)**

**F19.2x - 304.90 Dependência de Outra Substância (ou de Substância Desconhecida)** (ver [p. 172](#)).

**F19.1 - 305.90 Abuso de Outra Substância (ou de Substância Desconhecida)** (ver [pp. 177-178](#)).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Outras Substâncias (ou a Substâncias Desconhecidas)**

**Transtornos Induzidos por Outras Substâncias (ou por Substâncias Desconhecidas)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Relacionados a Substâncias \ Transtornos Relacionados a Outras Substâncias (ou a Substâncias Desconhecidas) \ Transtornos Induzidos por Outras Substâncias (ou por Substâncias Desconhecidas)**

F19.00 - 292.89 Intoxicação com Outra Substância (ou com Substância Desconhecida) (ver p. 179).

Especificar se: F19.04 - Com Perturbações Perceptuais.

F19.3 - 292.0 Abstinência de Outra Substância (ou de Substância Desconhecida) (ver p. 180).

Especificar se: Com Perturbações Perceptuais.

F19.73 - 292.82 Demência Persistente Induzida por Outra Substância (ou por Substância Desconhecida) (ver p. 148).

F19.6 - 292.83 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Outra Substância (ou por Substância Desconhecida) (ver pp. 156-157).

F19.51 - 292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Outra Substância (ou por Substância Desconhecida), Com Delírios (ver p. 297).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.

F19.52 - 292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Outra Substância (ou por Substância Desconhecida), com Alucinações (ver p. 297).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.

F19.08 - 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Outra Substância (ou por Substância Desconhecida) (ver pp. 352-353).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.

F19.08 - 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Outra Substância (ou por Substância Desconhecida) (ver p. 418).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.

F19.08 - 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Outra Substância (ou por Substância Desconhecida) (ver p. 491).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação.

F19.08 - 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Outra Substância (ou por Substância Desconhecida) (ver pp. 570-571).

Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência.

F19.08 - 292.9 Transtorno Relacionado a Outra Substância (ou a Substância Desconhecida) Sem Outra Especificação

## TRANSTORNOS

# Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



APÊNDICE D(76)

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros 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 Delírium Induzido por Substância na seção "Delírium, 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

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). Esta seção também inclui definições para os subtipos de Esquizofrenia (Paranóide, Desorganizado, Catatônico, Indiferenciado e Residual).



**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

O **Transtorno Delirante** caracteriza-se por pelo menos 1 mês de delírios não-bizarros sem outros sintomas da fase ativa da Esquizofrenia.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

O **Transtorno Psicótico Breve** é uma perturbação psicótica com duração maior que 1 dia e remissão em 1 mês.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

O **Transtorno Psicótico Compartilhado** é uma perturbação que se desenvolve em um indivíduo influenciado por outra pessoa com um delírio estabelecido de conteúdo similar.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

No **Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral**, os sintomas psicóticos são considerados uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

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.

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

### Esquizofrenia.

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. APÊNDICE D(77)

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia.

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, jornais, letras de músicas ou outros indicadores ambientais são dirigidos especificamente a ela. A distinção entre 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.

#### **TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ 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.

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia.

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, pp. 363-364), em condições médicas gerais (ver Transtorno Catatônico Devido a uma Condição Médica Geral, p. 165) e Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos (ver Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos, p. 694).

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia.

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".

#### **TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia.**

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 freqüentemente 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 freqüência 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".

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia.

### Subtipos e Especificadores de Curso

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ 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** (ver [pp. 275-276](#))

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



F20.1x - 295.10 Tipo Desorganizado (ver pp. 275-276)

F20.2x - 295.20 Tipo Catatônico (ver p. 277)

F20.3x - 295.90 Tipo Indiferenciado (ver pp. 277-278)

F20.5x - 295.60 Tipo Residual (ver pp. 277-278)

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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ Subtipos e 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ Subtipos e Especificadores de Curso**

**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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ Subtipos e Especificadores de Curso**

**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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ Subtipos e Especificadores de Curso**

**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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \**



### Subtipos e Especificadores de Curso

**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.

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ Subtipos e Especificadores de Curso

**Outro Padrão ou Padrão Inespecífico.** Este especificador é usado se um outro padrão ou padrão inespecífico de curso está presente.

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia.

#### Procedimentos de Registro

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ 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 e 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).

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia.

#### Características e Transtornos Associados

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ 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 freqüentemente 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 freqüentemente 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 freqüência 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 prodrômicos à Esquizofrenia ou se constituem um transtorno anterior distinto.

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ Características e Transtornos Associados

**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 (ver [p. 697](#)).

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ Características e Transtornos Associados

**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 (ver [pp. 704-705](#)), Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos (ver [p. 694](#)), Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos (ver [p. 702](#)), Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos (ver [p. 700](#)) e Síndrome Neuroléptica Maligna (ver [p. 697](#)). 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).

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia.

##### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ 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.

#### **TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

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 freqüência 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 freqüência 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.

## **TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia.**

### **Prevalência**

## **TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ 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.

## **TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia.**

### **Curso**

## **TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia.**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ Padrão Familiar**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

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.

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia.

### Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \  
Diagnóstico Diferencial

Uma ampla variedade de condições médicas gerais pode apresentar-se com sintomas psicóticos. **Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral, delirium 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) (ver [p. 294](#)). **Transtorno Psicótico Induzido por Substância, Delirium Induzido por Substância e Demência Persistente Induzida por Substância** são diferenciados 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 (ver [p. 297](#)). 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 freqüente 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).

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ Diagnóstico Diferencial

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**.

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ Diagnóstico Diferencial

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.

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ Diagnóstico Diferencial

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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





proeminente, comportamento desorganizado ou afeto embotado ou inadequado e freqüentemente 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.

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ Diagnóstico Diferencial

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, Esquióide 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)].

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ Diagnóstico Diferencial

##### Critérios Diagnósticos para Esquizofrenia

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**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**

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Esquizofrenia. \ Diagnóstico Diferencial

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

#### Subtipos de Esquizofrenia

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Subtipos de Esquizofrenia

Os subtipos de Esquizofrenia são definidos pela sintomatologia predominante à época da avaliação. Embora as implicações para o prognóstico e tratamento dos subtipos sejam variáveis, os Tipos Paranóide e Desorganizado tendem a ser o menos e o mais severo, respectivamente. O diagnóstico de determinado subtipo baseia-se no quadro clínico que ocasionou a avaliação ou admissão mais recente aos cuidados clínicos e pode, portanto, mudar com o tempo. Não raro, a apresentação pode incluir sintomas característicos de mais de um subtipo. A escolha entre os subtipos depende do seguinte algoritmo:

Tipo Catatônico é atribuído sempre que sintomas catatônicos proeminentes estão presentes (não importando a presença de outros sintomas);

Tipo Desorganizado é atribuído sempre que se destacam discurso e comportamento desorganizados e afeto embotado ou inadequado (a menos que o Tipo Catatônico também esteja presente);

Tipo Paranóide é atribuído sempre que existe uma preocupação com delírios ou quando alucinações freqüentes são proeminentes (a menos que Tipo Catatônico

ou Tipo Desorganizado estejam presentes).

O Tipo Indiferenciado é uma categoria residual, descrevendo apresentações que incluem sintomas proeminentes da fase ativa mas não satisfazem os critérios para Tipo Catatônico, Desorganizado ou Paranóide, e o Tipo Residual serve para apresentações nas quais existem evidências contínuas da perturbação, mas os critérios para os sintomas da fase ativa não mais são satisfeitos.

Uma alternativa dimensional para os subtipos tradicionais de Esquizofrenia é descrita no [Apêndice B](#) (ver pp. 669-670). As dimensões sugeridas são a dimensão psicótica, a dimensão desorganizada e a dimensão negativa.

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Subtipos de Esquizofrenia

### F20.0x - 295.30 Tipo Paranóide

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Subtipos de Esquizofrenia \ F20.0x - 295.30 Tipo Paranóide

A característica essencial da Esquizofrenia, Tipo Paranóide, é a presença de delírios ou alucinações auditivas proeminentes no contexto de uma relativa preservação do funcionamento cognitivo e do afeto. Os sintomas característicos dos Tipos Desorganizado e Catatônico (por ex., discurso desorganizado, afeto embotado ou inadequado, comportamento catatônico ou desorganizado) não são proeminentes. Os delírios são tipicamente persecutórios ou grandiosos, ou ambos, mas delírios envolvendo outros temas (por ex., ciúme, religiosidade ou somatização) também podem ocorrer. Os delírios podem ser múltiplos, mas geralmente são organizados em torno de um tema coerente. As alucinações também são tipicamente relacionadas ao conteúdo do tema delirante. Aspectos associados incluem ansiedade, raiva, afastamento e tendência a discussões. O indivíduo pode ter uma atitude superior e condescendente, apresentar uma qualidade afetada e formal, ou então extrema intensidade nas interações interpessoais. Os temas persecutórios podem predispor o indivíduo ao comportamento suicida, e a combinação de delírios persecutórios e grandiosos com raiva pode predispor à violência. O início tende a ser mais tardio do que em outros tipos de Esquizofrenia, e as características diferenciadoras podem ser mais estáveis ao longo do tempo. Esses indivíduos geralmente apresentam pouco ou nenhum prejuízo na testagem neuropsicológica ou em outros testes cognitivos. Algumas evidências sugerem que o prognóstico para o Tipo Paranóide pode ser consideravelmente melhor do que para os outros tipos de Esquizofrenia, particularmente com relação ao funcionamento ocupacional e à capacidade para a vida independente.

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Subtipos de Esquizofrenia \ F20.0x - 295.30 Tipo Paranóide

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Crítérios Diagnósticos para F20.0x - 295.30 Tipo Paranóide**

Um tipo de Esquizofrenia no qual são satisfeitos os seguintes critérios:

- A. Preocupação com um ou mais delírios ou alucinações auditivas freqüentes.
- B. Nenhum dos seguintes sintomas é proeminente: discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, ou afeto embotado ou inadequado.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Subtipos de Esquizofrenia**

**F20.1x - 295.10 Tipo Desorganizado**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Subtipos de Esquizofrenia \ F20.1x - 295.10 Tipo Desorganizado**

As características essenciais da Esquizofrenia, Tipo Desorganizado, são discurso desorganizado, comportamento desorganizado e afeto embotado ou inadequado. O discurso desorganizado pode ser acompanhado por atitudes tolas e risos sem relação adequada com o conteúdo do discurso. A desorganização comportamental (isto é, falta de orientação para um objetivo) pode levar a uma severa perturbação na capacidade de executar atividades da vida diária (por ex., tomar banho, vestir-se ou preparar refeições). Os critérios para a Esquizofrenia, Tipo Catatônico, não são satisfeitos, e os delírios e alucinações, se presentes, são fragmentados e não organizados em um tema coerente. Os aspectos associados incluem trejeitos faciais, maneirismos e outras estranhezas do comportamento. O prejuízo no desempenho pode ser notado em uma variedade de testes neuropsicológicos e cognitivos. Este subtipo também está geralmente associado com fraca personalidade pré-mórbida, início precoce ou insidioso e um curso contínuo sem remissões significativas. Historicamente, e em outros sistemas de classificação, este tipo é chamado de hebefrênico.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Subtipos de Esquizofrenia \ F20.1x - 295.10 Tipo Desorganizado**

**Crítérios Diagnósticos para F20.1x - 295.10 Tipo Desorganizado**

Um tipo de Esquizofrenia no qual são satisfeitos os seguintes critérios:

- A. Todos os seguintes sintomas são proeminentes:
  - (1) discurso desorganizado
  - (2) comportamento desorganizado
  - (3) afeto embotado ou inadequado

**B. Não são satisfeitos os critérios para Tipo Catatônico.**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Subtipos de Esquizofrenia**

**F20.2x - 295.20 Tipo Catatônico**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Subtipos de Esquizofrenia \ F20.2x - 295.20 Tipo Catatônico**

A característica essencial da Esquizofrenia, Tipo Catatônico, é uma acentuada perturbação psicomotora, que pode envolver imobilidade motora, atividade motora excessiva, extremo negativismo, mutismo, peculiaridades dos movimentos voluntários, ecolalia ou ecopraxia. A imobilidade motora pode ser manifestada por cataplexia (flexibilidade cérea) ou estupor. A atividade motora excessiva é aparentemente desprovida de sentido e não é influenciada por estímulos externos. Pode haver extremo negativismo, manifestado pela manutenção de uma postura rígida contra tentativas de mobilização, ou resistência a toda e qualquer instrução. Peculiaridades do movimento voluntário são manifestadas pela adoção voluntária de posturas inadequadas ou bizarras ou por trejeitos faciais proeminentes. A ecolalia é a repetição patológica, tipo papagaio e aparentemente sem sentido de uma palavra ou frase que outra pessoa acabou de falar. A ecopraxia é a imitação repetitiva dos movimentos de outra pessoa. Aspectos adicionais incluem estereotípias, maneirismos e obediência ou imitação automáticas. Durante o estupor severo ou a excitação catatônica, a pessoa pode necessitar de cuidadosa supervisão, para evitar danos a si mesma ou a outros. Existem riscos potenciais de desnutrição, exaustão, hiperpirexia ou ferimentos auto-infligidos. Para o diagnóstico deste subtipo, a apresentação do indivíduo deve, primeiro, satisfazer todos os critérios para Esquizofrenia e não ser melhor explicada por uma outra etiologia, ou seja, induzida por uma substância (por ex., Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos, ver pp. 358-359), uma condição médica geral (ver p. 165) ou Episódio Maníaco ou Depressivo Maior (ver pp. 363-364).

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Subtipos de Esquizofrenia \ F20.2x - 295.20 Tipo Catatônico**

**Crítérios Diagnósticos para F20.2x - 295.20 Tipo Catatônico**

**Um tipo de Esquizofrenia no qual o quadro clínico é dominado por pelo menos dois dos seguintes sintomas:**

- (1) imobilidade motora evidenciada por cataplexia (incluindo flexibilidade cérea ou estupor)**
- (2) atividade motora excessiva (aparentemente desprovida de propósito e não**

influenciada por estímulos externos)

(3) extremo negativismo (uma resistência aparentemente sem motivo a toda e qualquer instrução, ou manutenção de uma postura rígida contra tentativas de mobilização) ou mutismo

(4) peculiaridades do movimento voluntário evidenciadas por posturas (adoção voluntária de posturas inadequadas ou bizarras, movimentos estereotipados, maneirismos proeminentes ou trejeitos faciais proeminentes)

(5) ecolalia ou ecopraxia

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Subtipos de Esquizofrenia

### F20.3x - 295.90 Tipo Indiferenciado

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Subtipos de Esquizofrenia \ F20.3x - 295.90 Tipo Indiferenciado

A característica essencial da Esquizofrenia, Tipo Indiferenciado, é a presença de sintomas que satisfazem o Critério A de Esquizofrenia, mas não satisfazem os critérios para os Tipos Paranóide, Desorganizado ou Catatônico.

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Subtipos de Esquizofrenia \ F20.3x - 295.90 Tipo Indiferenciado

### Critérios Diagnósticos para F20.3x - 295.90 Tipo Indiferenciado

Um tipo de Esquizofrenia no qual os sintomas que satisfazem o Critério A estão presentes, mas não são satisfeitos os critérios para os Tipos Paranóide, Desorganizado ou Catatônico.

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Subtipos de Esquizofrenia

### F20.5x - 295.60 Tipo Residual

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Subtipos de Esquizofrenia \ F20.5x - 295.60 Tipo Residual

A Esquizofrenia, Tipo Residual deve ser usado quando houve pelo menos um episódio de Esquizofrenia, mas o quadro clínico atual não apresenta sintomas psicóticos positivos proeminentes (por ex., delírios, alucinações, discurso ou comportamento desorganizados). Existem contínuas evidências da perturbação, indicadas pela presença de sintomas negativos (por ex., afeto embotado, discurso

pobre ou avolição) ou dois ou mais sintomas positivos atenuados (por ex., comportamento excêntrico, discurso levemente desorganizado ou crenças incomuns). Se delírios ou alucinações estão presentes, eles não são proeminentes nem são acompanhados por forte afeto. O curso do Tipo Residual pode ser limitado, representando uma transição entre um episódio pleno e uma remissão completa. Entretanto, ele também pode estar presente de uma forma contínua por muitos anos, com ou sem exacerbações agudas.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ Subtipos de Esquizofrenia \ F20.5x - 295.60 Tipo Residual**

**Critérios Diagnósticos para F20.5x - 295.60 Tipo Residual**

Um tipo de Esquizofrenia no qual são satisfeitos os seguintes critérios:

- A. Ausência de delírios e alucinações, discurso desorganizado e comportamento amplamente desorganizado ou catatônico proeminentes.**
- B. Existem evidências contínuas da perturbação, indicadas pela presença de sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A para Esquizofrenia, presentes de forma atenuada (por ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

**F20.8 - 295.40 Transtorno Esquizofreniforme**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F20.8 - 295.40 Transtorno Esquizofreniforme**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F20.8 - 295.40  
Transtorno Esquizofreniforme**

**Especificadores**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F20.8 - 295.40  
Transtorno Esquizofreniforme \ 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.

**Sem Bons Aspectos Prognósticos.** Este especificador é usado se dois ou mais dos aspectos acima não estão presentes.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F20.8 - 295.40  
Transtorno Esquizofreniforme**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F20.8 - 295.40  
Transtorno Esquizofreniforme \ Características e Transtornos Associados**

Ver também a discussão na seção "Características e Transtornos Associados"

para Esquizofrenia, pp. 268-269. 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).

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F20.8 - 295.40  
Transtorno Esquizofreniforme**

**Características Específicas à Cultura, à  
Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F20.8 - 295.40  
Transtorno Esquizofreniforme \ 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 (p. 270). 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F20.8 - 295.40  
Transtorno Esquizofreniforme**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F20.8 - 295.40  
Transtorno Esquizofreniforme \ Prevalência**

Estudos comunitários relataram uma prevalência do Transtorno Esquizofreniforme durante a vida em torno de 0,2%, com uma prevalência anual de 0,1%.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F20.8 - 295.40  
Transtorno Esquizofreniforme**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F20.8 - 295.40  
Transtorno Esquizofreniforme \ 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F20.8 - 295.40  
Transtorno Esquizofreniforme**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F20.8 - 295.40  
Transtorno Esquizofreniforme \ 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 (p. 272) também se aplica ao Transtorno Esquizofreniforme. O Transtorno Esquizofreniforme difere do **Transtorno Psicótico Breve**, que tem uma duração menor do que 1 mês.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F20.8 - 295.40  
Transtorno Esquizofreniforme \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios 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**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F20.8 - 295.40  
Transtorno Esquizofreniforme \ Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

**F25.x - 295.70 Transtorno Esquizoafetivo**

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo

APÊNDICE D(78)

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo \ Características Diagnósticas

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) (ver [p. 264](#)) quanto para Episódio Depressivo Maior ([p. 306](#)), Episódio Maníaco ([p. 313](#)) ou Episódio Misto ([pp. 317-318](#)). 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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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.

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70 Transtorno Esquizoafetivo \ Características Diagnósticas

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.

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo

**Subtipos**

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo \ 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.

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo

**Características e Transtornos Associados**

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo \ 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo**

**Características Específicas à Cultura, à  
Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo \ 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 (p. 270), e para uma discussão dos fatores relevantes ao diagnóstico de Transtornos do Humor, ver p. 325 e p. 336. 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo \ Prevalência**

Não há informações detalhadas disponíveis, mas o Transtorno Esquizoafetivo parece ser menos comum que a Esquizofrenia.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo \ 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.

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo

**Padrão Familiar**

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo \ 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.

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70  
Transtorno Esquizoafetivo \ 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, delirium 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 (ver [p. 294](#)).

**Transtorno Psicótico Induzido por Substância e Delirium 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 etiológicamente relacionada com os sintomas (ver [p. 297](#)). A distinção entre Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia e Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos freqüentemente 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 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.

## **TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F25.x - 295.70 Transtorno Esquizoafetivo \ Diagnóstico Diferencial**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

**F22.0 - 297.1 Transtorno Delirante**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1 Transtorno Delirante**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ 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 conceivelmente 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1  
Transtorno Delirante**

**Subtipos**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



### Transtorno Delirante \ Subtipos

O tipo de Transtorno Delirante pode ser especificado com base no tema delirante predominante:

**Tipo Erotomaniaco.** Este subtipo aplica-se quando o tema central do delírio diz respeito a ser amado por outra pessoa. O delírio freqüentemente 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 Erotomaniaco, 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.

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1

#### Transtorno Delirante \ Subtipos

**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 freqüência, 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).

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1

#### Transtorno Delirante \ Subtipos

**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 desalinhamento 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).

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1

#### Transtorno Delirante \ Subtipos

**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 deslizos podem ser exagerados e se tornar o foco de um sistema delirante. O foco do delírio freqüentemente 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 freqüência sentem ressentimento e raiva, podendo recorrer à violência contra aqueles que supostamente os estão prejudicando.

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1

### Transtorno Delirante \ Subtipos

**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.

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1

### Transtorno Delirante \ Subtipos

**Tipo Misto.** Este subtipo aplica-se quando não há predomínio de qualquer tema delirante.

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1

### Transtorno Delirante \ Subtipos

**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).

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1

### Transtorno Delirante

#### Características e Transtornos Associados

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1

### Transtorno Delirante \ 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 Erotomaniaco. 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1  
Transtorno Delirante**

**Características Específicas à Cultura e ao  
Gênero**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1  
Transtorno Delirante \ 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1  
Transtorno Delirante**

**Prevalência**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1  
Transtorno Delirante \ 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%.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1  
Transtorno Delirante**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1  
Transtorno Delirante \ 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 freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1  
Transtorno Delirante**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1  
Transtorno Delirante \ 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1  
Transtorno Delirante**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1  
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 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1  
Transtorno Delirante \ Diagnóstico Diferencial**

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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





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**.

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1 Transtorno Delirante \ Diagnóstico Diferencial

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.

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1 Transtorno Delirante \ Diagnóstico Diferencial

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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1  
Transtorno Delirante \ Diagnóstico Diferencial**

**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 Erotomaniaco: 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.**

**Tipo Misto: delírios característicos de mais de um dos tipos acima, sem predomínio de nenhum deles.**

Tipo Inespecificado.

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F22.0 - 297.1  
Transtorno Delirante \ Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

**F23.xx - 298.8 Transtorno Psicótico Breve**

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8  
Transtorno Psicótico Breve

APÊNDICE D(79)

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8  
Transtorno Psicótico Breve

### **Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ 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).

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8  
Transtorno Psicótico Breve

### **Especificadores**

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



### Transtorno Psicótico Breve \ 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 consequência 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.

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8

#### Transtorno Psicótico Breve \ Especificadores

**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.

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8

#### Transtorno Psicótico Breve \ Especificadores

**Com Início no Pós-Parto.** Este especificador pode ser anotado se o início dos sintomas psicóticos ocorre dentro de até 4 semanas pós-parto.

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8

#### Transtorno Psicótico Breve

### Características e Transtornos Associados

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8

#### Transtorno Psicótico Breve \ 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 consequências do fraco

juízo 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8  
Transtorno Psicótico Breve**

**Características Específicas à Cultura**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8  
Transtorno Psicótico Breve \ 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8  
Transtorno Psicótico Breve**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8  
Transtorno Psicótico Breve \ Prevalência**

As poucas evidências disponíveis sugerem que o Transtorno Psicótico Breve é raro.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8  
Transtorno Psicótico Breve**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8  
Transtorno Psicótico Breve \ 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).

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8  
Transtorno Psicótico Breve

**Padrão Familiar**

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8  
Transtorno Psicótico Breve \ 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.

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8  
Transtorno Psicótico Breve

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8  
Transtorno Psicótico Breve \ 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 consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (por ex., síndrome de Cushing, tumor cerebral) (p. 294). **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 etiologicamente relacionada com os sintomas psicóticos (ver p. 297). 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 Fictício 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.

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8 Transtorno Psicótico Breve \ Diagnóstico Diferencial

### 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F23.xx - 298.8  
Transtorno Psicótico Breve \ Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

**F24 - 297.3 Transtorno Psicótico Compartilhado  
(Folie à Deux)**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F24 - 297.3  
Transtorno Psicótico Compartilhado (Folie à Deux)**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F24 - 297.3  
Transtorno Psicótico Compartilhado (Folie à Deux) \ 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 freqüentemente 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 freqüência 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F24 - 297.3  
Transtorno Psicótico Compartilhado (Folie à Deux)**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F24 - 297.3  
Transtorno Psicótico Compartilhado (Folie à Deux) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F24 - 297.3  
Transtorno Psicótico Compartilhado (Folie à Deux)**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F24 - 297.3  
Transtorno Psicótico Compartilhado (Folie à Deux) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F24 - 297.3  
Transtorno Psicótico Compartilhado (Folie à Deux)**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F24 - 297.3  
Transtorno Psicótico Compartilhado (Folie à Deux) \ 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 frequência 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F24 - 297.3  
Transtorno Psicótico Compartilhado (Folie à Deux)**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F24 - 297.3  
Transtorno Psicótico Compartilhado (Folie à Deux) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F24 - 297.3**

**Transtorno Psicótico Compartilhado (Folie à Deux) \ Diagnóstico Diferencial**

**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.**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

**F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral**

**APÊNDICE D(80)**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno 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 alucinatórios 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" (p. 161).

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno**

**© Editora Artes Médicas Sul Ltda**



**ARTES  
MÉDICAS**

## Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral

### Subtipos

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico 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.

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral

### Procedimentos de Registro

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ 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.)

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral

### Condições Médicas Gerais Associadas

#### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



### Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ 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 hidroeletrólíticos, 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.

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral

#### Diagnóstico Diferencial

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ 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 sanguínea 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.

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial

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 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 **hipnopômpicas** podem ocorrer em indivíduos sem um transtorno mental, mas acontecem apenas ao adormecer ou despertar.

### TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial

**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.

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral

**Transtorno Psicótico Induzido por Substância**

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno Psicótico Induzido por Substância

[APÊNDICE D\(81\)](#)

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno Psicótico Induzido por Substância

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ 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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





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. Para uma discussão mais detalhada dos Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [p. 171](#).

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.

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno Psicótico Induzido por Substância

#### Subtipos e Especificadores

TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno Psicótico Induzido 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno Psicótico Induzido por Substância**

**Procedimentos de Registro**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno Psicótico Induzido por Substância \ 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.

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno Psicótico Induzido por Substância

### Substâncias Específicas

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno Psicótico Induzido por Substância \ 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 procarbazina), 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.

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno Psicótico Induzido por Substância

### Diagnóstico Diferencial

## TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno Psicótico Induzido por Substância \ 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** (ver p. 225). Além disso, se os sintomas psicóticos induzidos por uma substância ocorrem exclusivamente durante o curso de um **delirium**, como nas formas mais severas da Abstinência de Álcool, os sintomas psicóticos são considerados como um aspecto associado do delirium 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**.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno Psicótico Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial**

**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).**

**D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírium.**

**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 (ver tabela na [p. 173](#) para aplicabilidade conforme a substância):

**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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F06.x - Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno Psicótico Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

**F29 - 298.9 Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação**

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ 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.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F29 - 298.9 Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F29 - 298.9  
Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação**

3. Alucinações auditivas persistentes na ausência de quaisquer outros aspectos.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F29 - 298.9  
Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação**

4. Delírios não-bizarros persistentes, com períodos de episódios de humor sobrepostos, que estão presentes por uma porção substancial da perturbação delirante.

**TRANSTORNOS \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos \ F29 - 298.9  
Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação**

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**

## **Transtornos do Humor**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor**

A seção relativa aos Transtornos do Humor inclui aqueles transtornos que têm como característica predominante uma perturbação no humor. A seção está dividida em três partes. A primeira descreve os episódios de humor (Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco, Episódio Misto e Episódio Hipomaníaco), os quais foram incluídos separadamente no início desta seção para a conveniência de diagnóstico dos vários Transtornos do Humor. Estes episódios não têm seus próprios códigos diagnósticos nem podem ser diagnosticados como entidades distintas; entretanto, eles servem de "blocos de construção" para o diagnóstico dos transtornos. A segunda parte descreve os Transtornos do Humor (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico, Transtorno Bipolar I). Os conjuntos de critérios para a maior parte dos Transtornos do Humor exige presença ou ausência dos episódios de humor descritos na primeira parte da seção. A terceira parte compreende os especificadores que descrevem o episódio de humor mais recente ou o curso de episódios recorrentes.

Os Transtornos do Humor estão divididos em Transtornos Depressivos



("depressão unipolar"), Transtornos Bipolares e dois transtornos baseados na etiologia — Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno do Humor Induzido por Substância. Os Transtornos Depressivos (a saber, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação) são diferenciados dos Transtornos Bipolares pelo fato de haver uma história de jamais ter tido um Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco. Os Transtornos Bipolares (a saber, Transtorno Bipolar I, Transtorno Bipolar II, Transtorno Ciclotímico e Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação) envolvem a presença (ou história) de Episódios Maníacos, Episódios Mistos ou Episódios Hipomaníacos, geralmente acompanhados pela presença (ou história) de Episódios Depressivos Maiores.

O **Transtorno Depressivo Maior** caracteriza-se 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).

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

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).

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

O **Transtorno Bipolar I** é caracterizado por um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos, geralmente acompanhados por Episódios Depressivos Maiores.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

O **Transtorno Bipolar II** caracteriza-se por um ou mais Episódios Depressivos Maiores, acompanhado por pelo menos um Episódio Hipomaníaco.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

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).

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

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).

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

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 (p. 358) 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 (p. 370) 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 seguinte maneira:

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

### Episódios de Humor

Episódio Depressivo Maior ([p. 306](#)).

Episódio Maníaco ([p. 313](#)).

Episódio Misto ([p. 317](#)).

Episódio Hipomaníaco ([p. 320](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

### Transtornos Depressivos

---

F32.x - 296.xx Transtorno Depressivo Maior ([p. 323](#)).

F34.1 - 300.4 Transtorno Distímico ([p. 329](#)).

F32.9 - 311 Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação ([p. 333](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

### Transtornos Bipolares

---

F30.x/F31.x - 296.xx Transtorno Bipolar I ([p. 334](#)).

F31.8 - 296.89 Transtorno Bipolar II ([p. 342](#)).

F34.0 - 301.13 Transtorno Ciclotímico ([p. 346](#)).

F06.xx - 296.80 Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação ([p. 349](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

### Outros Transtornos do Humor

---

F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] ([p. 349](#)).

29x.xx Transtorno do Humor Induzido por Substância ([p. 353](#)).

F39 - 296.90 Transtorno do Humor Sem Outra Especificação ([p. 358](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

### Especificadores descrevendo o episódio de humor mais recente

---

Leve, Moderado, Severo Sem Aspectos Psicóticos, Severo Com Aspectos Psicóticos, Em Remissão Parcial, Em Remissão Completa (para Episódio Depressivo Maior, [p. 359](#); para Episódio Maníaco, [p. 360](#); para Episódio Misto, [p. 362](#)).

Crônico ([p. 363](#)).

Com Características Catatônicas ([p. 364](#)).

Com Características Melancólicas ([p. 365](#)).

Com Características Atípicas ([p. 366](#)).

Com Início no Pós-Parto ([p. 368](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

### Especificadores descrevendo o curso dos episódios recorrentes

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios) ([p. 369](#)).

Com Padrão Sazonal ([p. 371](#)).

Com Ciclagem Rápida ([p. 372](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

### Procedimentos de Registro para Transtorno Depressivo Maior e Transtornos Bipolar I e Bipolar II

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Procedimentos de Registro para

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Transtorno Depressivo Maior e Transtornos Bipolar I e Bipolar II

### 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 Hipomaniaco 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 Hipomaniaco 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 Hipomaniaco, o quinto dígito é sempre "0". Para Transtorno Bipolar, Episódio Mais Recente Inespecificado, não há quinto dígito.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Procedimentos de Registro para Transtorno Depressivo Maior e Transtornos Bipolar I e Bipolar II

Para Transtorno Bipolar II, o código diagnóstico é 296.89.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Procedimentos de Registro para Transtorno Depressivo Maior e Transtornos Bipolar I e Bipolar II

### 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:

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



- 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

### Episódios de Humor

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor

### Episódio Depressivo Maior

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Depressivo Maior

### APÊNDICE D(82)

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Depressivo Maior

### Características do Episódio

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios 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 freqüentemente é descrito pela pessoa como deprimido, triste, desesperançado, desencorajado ou "na fossa" (Critério A1). Em alguns casos, a tristeza pode ser inicialmente negada, mas subseqüentemente 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 freqüentemente 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.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Depressivo Maior \ Características do Episódio**

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 freqüência, 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 ruminacões acerca de pequenos fracassos do passado (Critério 7). Esses indivíduos freqüentemente 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 freqüência 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 freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Depressivo**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS



### **Maior \ Características do Episódio**

Freqüentemente, 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 freqüência, 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 Hipomaniacos. 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, diabete). 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 (ver pp. 643-644), a menos que estejam associados com acentuado prejuízo funcional ou incluam preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor (Critério E).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Depressivo Maior

### Características e Transtornos Associados

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Depressivo Maior \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** Os indivíduos com um Episódio Depressivo Maior freqüentemente 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 freqüentemente 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 (ver p. 368).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Depressivo Maior \ Características e Transtornos Associados

**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 freqüentes 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Depressivo Maior

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Depressivo Maior \ 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 (p. 325), Transtorno Bipolar I (p. 336) e Transtorno Bipolar II (p. 294) para informações específicas relativas ao gênero.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Depressivo Maior

### Curso

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Depressivo Maior \ Curso

Os sintomas de um Episódio Depressivo Maior geralmente se desenvolvem ao longo de dias ou semanas. Um período prodromático 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; p. 360). A remissão parcial após um Episódio Depressivo Maior parece ser preditiva de um padrão similar após episódios subsequentes. 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; ver p. 363).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Depressivo Maior

### Diagnóstico Diferencial

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Depressivo Maior \ 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) (ver p. 349). 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 (ver p. 297). 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, freqüentemente 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 distraibilidade 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Depressivo Maior \ Diagnóstico Diferencial

##### 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 (p. 319).

**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 \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Depressivo Maior \ Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor**

### **Episódio Maníaco**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Maníaco  
**APÊNDICE D(83)**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Maníaco

**Características do Episódio**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ 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 freqüência.

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, freqüentemente, 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 freqüência, 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.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Maníaco \ Características do Episódio**

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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Maníaco

**Características e Transtornos Associados**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Maníaco \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** Os indivíduos com um Episódio Maníaco com freqüência 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 imprópriamente, 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) freqüentemente 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 (ver [p. 364](#)).

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 (ver [p. 317](#)). À medida que se desenvolve o Episódio Maníaco, freqüentemente 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Maníaco

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Maníaco \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

As considerações culturais sugeridas para os Episódios Depressivos Maiores também são relevantes aos Episódios Maníacos (ver [pp. 309-310](#)). 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 ([p. 336](#)) e Transtorno Bipolar II ([p. 343](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Maníaco

### Curso

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Maníaco \ 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 freqüência, 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 subseqüentes, e aplica-se o especificador Com Início no Pós-Parto (ver [p. 368](#)).

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Maníaco

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Maníaco \  
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) (ver [p. 349](#)). 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 (ver [pp. 352-353](#)). 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Maníaco \  
Diagnóstico Diferencial

**Episódios Depressivos Maiores com humor irritável proeminente podem ser**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Maníaco \ Diagnóstico Diferencial

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Maníaco \ Diagnóstico Diferencial

##### 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) distratibilidade (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 (ver [p. 339](#)).

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., hipertireoidismo).

**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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor

### Episódio Misto

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Misto [APÊNDICE D\(84\)](#)

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Misto

### Características do Episódio

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ 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 (ver [p. 313](#)) e de um Episódio Depressivo Maior (ver [p. 306](#)). 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., hipertireoidismo) (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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Misto

##### Características e Transtornos Associados

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Misto \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** As características associadas de um Episódio Misto são similares àquelas 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 àqueles encontrados em Episódios Depressivos Maiores severos.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Misto

##### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Misto \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

As considerações culturais sugeridas para Episódios Depressivos Maiores são

relevantes também aos Episódios Mistos (ver [p. 309](#)). 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Misto

### Curso

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Misto \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Misto

### Diagnóstico Diferencial

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Misto \ 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) (ver [p. 349](#)). 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 (ver [pp. 352-353](#)). 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).

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Misto \ Diagnóstico Diferencial

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).

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Misto \ Diagnóstico Diferencial

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Misto \ Diagnóstico Diferencial

##### Critérios para Episódio Misto

A. Satisfazem-se os critérios tanto para Episódio Maníaco (ver p. 317) quanto para Episódio Depressivo Maior (ver p. 312) (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., hipertiroidismo).

**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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor

### Episódio Hipomaniaco

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Hipomaniaco

APÊNDICE D(85)

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Hipomaniaco

### Características do Episódio

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Hipomaniaco \ Características do Episódio

Um Episódio Hipomaniaco 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 (ver [p. 313](#)), exceto pela ausência de delírios ou alucinações. O humor durante um Episódio Hipomaniaco 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 freqüentemente 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 Hipomaniaco 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 Hipomaniaco 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 Hipomaniacos 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 hipomaniaco 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 hipomaniacos após um tratamento somático para a depressão. Esses indivíduos podem ter uma maior probabilidade de futuros Episódios Maníacos ou Hipomaniacos não relacionados a substâncias ou a tratamentos somáticos para a depressão.

O humor elevado em um Episódio Hipomaniaco é descrito como eufórico, incomumente 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 Hipomaniaco 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 freqüentemente 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 freqüência 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Hipomaniáco

### Características Específicas à Cultura e à Idade

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Hipomaniáco \ Características Específicas à Cultura e à Idade

As considerações culturais sugeridas para os Episódios Depressivos Maiores valem também para os Episódios Hipomaniacos (ver p. 309). Em pessoas mais jovens (por ex., adolescentes), os Episódios Hipomaniacos podem estar associados com gazeta à escola, comportamento anti-social, repetência ou uso de substâncias.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Hipomaniáco

### Curso

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Hipomaniáco \ Curso

Um Episódio Hipomaniáco 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 Hipomaniáco 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio

## Hipomaniáco

### Diagnóstico Diferencial

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Hipomaniáco \ Diagnóstico Diferencial

Um Episódio Hipomaniáco 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) (ver [p. 349](#)). Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Se o clínico julgar que os sintomas hipomaniacos 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 Hipomaniáco pelo fato de que uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) está etiologicamente relacionada à perturbação do humor (ver [pp. 352-353](#)). Sintomas como os que são vistos em um Episódio Hipomaniáco podem ser precipitados por uma droga de abuso (por ex., os sintomas hipomaniacos 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 Hipomaniáco 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).

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Hipomaniáco \ Diagnóstico Diferencial

Os **Episódios Maníacos** devem ser distinguidos dos Episódios Hipomaniacos. Embora Episódios Maníacos e Episódios Hipomaniacos tenham idênticas listas de sintomas característicos, a perturbação do humor nos Episódios Hipomaniacos não é suficientemente severa para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou para exigir a hospitalização. Alguns Episódios Hipomaniacos podem evoluir para Episódios Maníacos.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Hipomaniáco \ Diagnóstico Diferencial

O **Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade** e Episódio Hipomaniáco 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Episódios de Humor \ Episódio Hipomaníaco \ Diagnóstico Diferencial

### 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) distraibilidade (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., hipertiroidismo).

**Nota:** Os episódios tipo hipomaniacos 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 \ Transtornos do Humor

### Transtornos Depressivos

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos

### F32.x - Transtorno Depressivo Maior

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x - Transtorno Depressivo Maior

### Características Diagnósticas

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x - Transtorno Depressivo Maior \ Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno Depressivo Maior é um curso clínico caracterizado por um ou mais Episódios Depressivos Maiores (ver [p. 306](#)), Sem história de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaniacos (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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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 (ver [p. 360](#)).

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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x - Transtorno Depressivo Maior

### Especificadores

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x - Transtorno Depressivo Maior \ 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 (ver [p. 359](#)).

Crônico (ver [p. 364](#)).

Com Características Catatônicas (ver [p. 364](#)).

Com Características Melancólicas (ver [p. 365](#)).

Com Características Atípicas (ver [p. 366](#)).

Com Início no Pós-Parto (ver [p. 368](#)).

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) (ver [p. 369](#)).

Com Padrão Sazonal (ver [p. 371](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x - Transtorno Depressivo Maior

### Procedimentos de Registro

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x - Transtorno Depressivo Maior \ 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).

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x -  
Transtorno Depressivo Maior

**Características e Transtornos Associados**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x -  
Transtorno Depressivo Maior \ 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).

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x -  
Transtorno Depressivo Maior \ Características e Transtornos Associados

**Achados laboratoriais associados.** As anormalidades laboratoriais associadas com o Transtorno Depressivo Maior são as mesmas do Episódio Depressivo Maior (ver p, 309). 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x -  
Transtorno Depressivo Maior \ Características e Transtornos Associados

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x -  
Transtorno Depressivo Maior**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e  
ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x -  
Transtorno Depressivo Maior \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao  
Gênero**

As características específicas relacionadas à cultura são discutidas no texto referente ao Episódio Depressivo Maior (ver [p. 309](#)). 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x -  
Transtorno Depressivo Maior**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x -  
Transtorno Depressivo Maior \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x -  
Transtorno Depressivo Maior**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x -  
Transtorno Depressivo Maior \ 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 freqüentes 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x - Transtorno Depressivo Maior

##### Padrão Familiar

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x - Transtorno Depressivo Maior \ 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x - Transtorno Depressivo Maior

##### Diagnóstico Diferencial

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x - Transtorno Depressivo Maior \ Diagnóstico Diferencial

Consultar a seção "Diagnóstico Diferencial" para Episódio Depressivo Maior (p. 310). 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) (ver p., 349). 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.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x - Transtorno Depressivo Maior \ Diagnóstico Diferencial**

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 (ver pp. 352-353). 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.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x - Transtorno Depressivo Maior \ Diagnóstico Diferencial**

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x - Transtorno Depressivo Maior \ Diagnóstico Diferencial

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x - Transtorno Depressivo Maior \ Diagnóstico Diferencial

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x -  
Transtorno Depressivo Maior \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios Diagnósticos para F32.x - 296.2x Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único**

**A. Presença de um único Episódio Depressivo Maior (ver [p. 312](#)).**

**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 (ver [p. 364](#)).**

**Com Características Catatônicas (ver [p. 364](#)).**

**Com Características Melancólicas (ver [p. 365](#)).**

**Com Características Atípicas (ver [p. 366](#)).**

**Com Início no Pós-Parto (ver [p. 368](#)).**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x -  
Transtorno Depressivo Maior \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios Diagnósticos para F33.x - 296.3x Transtorno Depressivo Maior, Recorrente**

**A. Presença de dois ou mais Episódios Depressivos Maiores (ver [p. 312](#)).**

**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 (ver [p. 317](#)), um Episódio Misto (ver [p. 319](#))**

ou um Episódio Hipomaniaco (ver [p. 322](#)). Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníaco, tipo misto ou tipo hipomaniaco 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 (ver [p. 364](#)).

Com Característica Catatônicas (ver [p. 364](#)).

Com Características Melancólicas (ver [p. 365](#)).

Com Características Atípicas (ver [p. 366](#)).

Com Início no Pós-Parto (ver [p. 368](#)).

Especificar:

Especificadores Longitudinais de Curso (Com e Sem Recuperação Entre Episódios) (ver [p. 369](#)).

Com Padrão Sazonal (ver [p. 371](#)).

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F32.x -  
Transtorno Depressivo Maior \ Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos

### F34.1 - 300.4 Transtorno Distímico

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4  
Transtorno Distímico

[APÊNDICE D\(86\)](#)

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4  
Transtorno Distímico

### Características Diagnósticas

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ 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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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 (p. 313), um Episódio Misto (p. 317) ou um Episódio Hipomaniaco (p. 319), 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).

## **TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4 Transtorno Distímico**

### **Especificadores**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4  
Transtorno Distímico \ 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 subseqüentes.

**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 (ver [p. 366](#)).

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4  
Transtorno Distímico

**Características e Transtornos Associados**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4  
Transtorno Distímico \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** As características associadas ao Transtorno Distímico são similares às de um Episódio Depressivo Maior ([p. 309](#)). Diversos estudos sugerem que os sintomas encontrados com maior freqüência 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4 Transtorno Distímico

##### Características Específicas à Idade e ao Gênero

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4 Transtorno Distímico \ 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4 Transtorno Distímico

##### Prevalência

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4 Transtorno Distímico \ 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%.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4  
Transtorno Distímico**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4  
Transtorno Distímico \ Curso**

O Transtorno Distímico tem, freqüentemente, 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4  
Transtorno Distímico**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4  
Transtorno Distímico \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4  
Transtorno Distímico**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4  
Transtorno Distímico \ Diagnóstico Diferencial**

Consultar a seção "Diagnóstico Diferencial" para Transtorno Depressivo Maior ([p. 326](#)). 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 consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica, comumente crônica (por ex., esclerose múltipla) (ver [p. 349](#)). Esta determinação 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 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 (ver [pp. 352-353](#)).

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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ F34.1 - 300.4 Transtorno Distímico \ Diagnóstico Diferencial

### Critérios Diagnósticos para F34.1 - 300.4 Transtorno Distímico

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





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 (ver [p. 317](#)), um Episódio Misto (ver [p. 319](#)) ou um Episódio Hipomaníaco (ver [p. 322](#)) 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 (ver p. 366).**

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos

### F32.9 - 311 Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Depressivos \ 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 (ver p. 589) ou Transtorno de Ajustamento Misto de Ansiedade e Depressão (ver p. 590). Às vezes, os sintomas depressivos podem apresentar-se como parte de um Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação (ver pp. 422-423). 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 (ver na p. 674, critérios sugeridos para pesquisas).
- 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 (ver na p. 678, critérios sugeridos para pesquisas).
- 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) (ver na p. 680, critérios sugeridos para pesquisas).
- 4. Transtorno depressivo pós-psicótico da Esquizofrenia:** um Episódio Depressivo Maior que ocorre durante a fase residual da Esquizofrenia (ver nas pp. 670-671, critérios sugeridos para pesquisas).
- 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 \ Transtornos do Humor

## Transtornos Bipolares

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares  
APÊNDICE D(87)

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ 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 Hipomaniaco, 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares

## Transtorno Bipolar I

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I

### Características Diagnósticas

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ 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 (ver p. 313) ou Episódios Mistos (ver p. 317). Com frequência, os indivíduos também tiveram um ou mais Episódios Depressivos Maiores (ver p. 306). 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 Hipomaniaco 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 Hipomaniaco, Episódio Mais Recente Maníaco, Episódio Mais Recente Misto, Episódio Mais Recente Depressivo, Episódio Mais Recente Inespecificado).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I

### Especificadores

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ 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 (ver [p. 359](#)).

Com Características Catatônicas (ver [p. 364](#)).

Com Início no Pós-Parto (ver [p. 368](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ Especificadores

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 (ver [p. 364](#)).

Com Características Melancólicas (ver [p. 365](#)).

Com Características Atípicas (ver [p. 364](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ Especificadores

Os especificadores a seguir podem ser usados para indicar o padrão de episódios:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Completa Entre Episódios) (ver [p. 369](#)).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores) (ver [p. 371](#)).

Com Ciclagem Rápida (ver [p. 372](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I

### Procedimentos de Registro

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ 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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I

### Características e Transtornos Associados

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno

## Bipolar I

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ 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 subseqüentes (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 (ver p. 368). O período pré-menstrual pode estar associado com a piora de um Episódio Depressivo Maior, Maníaco, Misto ou Hipomaníaco em andamento.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I

### Prevalência

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ Prevalência

A prevalência do Transtorno Bipolar I durante a vida em amostras comunitárias tem variado de 0,4 a 1,6%.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I

### Curso

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ 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 freqüentemente 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 Hipomaniaco. Aproximadamente 5 a 15% dos indivíduos com Transtorno Bipolar I têm múltiplos (quatro ou mais) episódios de humor (Episódio Depressivo Maior, Maníaco, Misto ou Hipomaniaco), que ocorrem dentro de um determinado ano. Se este padrão está presente, ele é anotado pelo especificador Com Ciclagem Rápida (ver [p. 372](#)). Um padrão de ciclagem rápida está associado com um pior prognóstico.

Embora a maioria dos indivíduos com Transtorno Bipolar I retorne a um nível plenamente funcional entre os episódios, alguns (20 a 30%) continuam apresentando instabilidade do humor e dificuldades interpessoais ou ocupacionais. Sintomas psicóticos podem desenvolver-se dentro de dias ou semanas em um Episódio Maníaco ou Episódio Misto anteriormente não-psicótico. Quando um indivíduo tem Episódios Maníacos com aspectos psicóticos, os Episódios Maníacos subseqüentes tendem mais a ter aspectos psicóticos. A recuperação incompleta entre os episódios é mais comum quando o episódio atual é acompanhado por aspectos psicóticos incongruentes com o humor.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I

### Padrão Familiar

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ Padrão Familiar

Os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Transtorno Bipolar I têm índices elevados de Transtorno Bipolar I (4 a 24%), Transtorno Bipolar II (1 a 5%) e Transtorno Depressivo Maior (3 a 24%). Estudos de gêmeos e de adoções oferecem fortes evidências de uma influência genética para o Transtorno Bipolar I.



## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I

### Diagnóstico Diferencial

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ Diagnóstico Diferencial

Os episódios Depressivos Maiores, Maníacos, Mistos e Hipomaníacos no Transtorno Bipolar I devem ser diferenciados dos episódios de **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) (ver [p. 349](#)). Esta distinção fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico.

Um **Transtorno do Humor Induzido por Substância** é diferenciado de Episódios Depressivos Maiores, Maníacos ou Mistos que ocorrem no Transtorno Bipolar I pelo fato de que uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) está etiologicamente relacionada à perturbação do humor (ver [pp. 352-353](#)). Sintomas como os que são vistos em um Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco podem fazer parte de uma intoxicação ou abstinência de uma droga de abuso e devem ser diagnosticados como Transtorno do Humor Induzido por Substância (por ex., um humor eufórico que ocorre apenas no contexto da intoxicação com cocaína é diagnosticado como Transtorno do Humor Induzido por Cocaína, Com Características Maníacas, Com Início Durante Intoxicação). Sintomas como os que são vistos em um Episódio Maníaco ou Episódio Misto também podem ser precipitados por um tratamento antidepressivo com medicamentos, terapia eletroconvulsiva ou fototerapia. Estes episódios podem 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 I. Entretanto, quando o uso de uma substância ou medicamento não explica totalmente 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 I.

O Transtorno Bipolar I é diferenciado do **Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Distímico** pela história de pelo menos um Episódio Maníaco ou Episódio Misto durante a vida. O Transtorno Bipolar I é diferenciado do **Transtorno Bipolar II** pela presença de um ou mais Episódios Maníacos ou Episódios Mistos. Quando um indivíduo anteriormente diagnosticado com Transtorno Bipolar II desenvolve um Episódio Maníaco ou Episódio Misto, o diagnóstico é mudado para Transtorno Bipolar I.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ Diagnóstico Diferencial**

No **Transtorno Ciclotímico**, existem numerosos períodos de sintomas hipomaniacos que não satisfazem os critérios para um Episódio Maníaco e períodos de sintomas depressivos que não satisfazem os critérios sintomáticos ou de duração para Episódio Depressivo Maior. O Transtorno Bipolar I é diferenciado do Transtorno Ciclotímico pela presença de um ou mais Episódios Maníacos ou Mistos. Se um Episódio Maníaco ou Episódio Misto ocorre após os 2 primeiros anos de Transtorno Ciclotímico, então Transtorno Ciclotímico e Transtorno Bipolar I podem ser diagnosticados em conjunto.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ Diagnóstico Diferencial**

O diagnóstico diferencial entre **Transtornos Psicóticos** (por ex., Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia e Transtorno Delirante) e Transtorno Bipolar I pode ser difícil (especialmente em adolescentes), porque esses transtornos podem compartilhar diversos sintomas (por ex., delírios grandiosos e persecutórios, irritabilidade, agitação e sintomas catatônicos), em especial transeccionalmente e no início de seu curso. Em comparação com o Transtorno Bipolar, a Esquizofrenia, o Transtorno Esquizoafetivo e o Transtorno Delirante caracterizam-se por períodos de sintomas psicóticos que ocorrem na ausência de sintomas proeminentes de humor. Outras considerações úteis incluem os sintomas concomitantes, curso prévio e história familiar. Sintomas maníacos e depressivos podem estar presentes durante Esquizofrenia, Transtorno Delirante e Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação, mas raramente com número, duração e abrangência suficientes para satisfazerem os critérios para Episódio Maníaco ou Episódio Depressivo Maior. Entretanto, quando todos os critérios são satisfeitos (ou se os sintomas têm importância clínica particular), um diagnóstico de **Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação** pode ser feito em acréscimo ao diagnóstico de Esquizofrenia, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ Diagnóstico Diferencial**

Se existe uma alternância muito rápida (em questão de dias) entre sintomas maníacos e sintomas depressivos (por ex., alguns dias de sintomas puramente maníacos seguidos por alguns dias de sintomas puramente depressivos) que não satisfazem o critério de duração mínima para Episódio Maníaco ou Episódio Depressivo Maior, o diagnóstico é de **Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação**.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios Diagnósticos para F30.x - 296.0x para Transtorno Bipolar I, Episódio**

**Maníaco Único**

**APÊNDICE D**

**(88)A.** Presença de apenas um Episódio Maníaco (ver [p. 317](#)) e ausência de qualquer Episódio Depressivo Maior no passado.

**Nota:** A recorrência é definida como uma mudança na polaridade a partir da depressão ou um intervalo de pelo menos 2 meses sem sintomas maníacos.

**B.** O Episódio Maníaco não é melhor explicado por Transtorno Esquizoafetivo nem está sobreposto a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

**Especificar se:**

**Misto:** se os sintomas satisfazem os critérios para um Episódio Misto (ver [p. 319](#)).

**Especificar (para episódio atual ou mais recente):**

**Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão** (ver [p. 360](#)).

**Com Características Catatônicas** (ver [p. 364](#)).

**Com Início no Pós-Parto** (ver [p. 368](#)).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios Diagnósticos para F31.0 - 296.40 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaníaco**

**APÊNDICE D**

**(89)A.** Atualmente (ou mais recentemente) em um Episódio Hipomaníaco (ver [p. 322](#)).

**B.** Houve, anteriormente, pelo menos um Episódio Maníaco (ver [p. 317](#)) ou Episódio Misto (ver [p. 319](#)).

**C.** Os sintomas de humor causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

**D.** Os episódios 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.

**Especificar:**

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios) (ver [p. 365](#)).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores) (ver [p. 371](#)).

Com Ciclagem Rápida (ver [p. 372](#)).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ Diagnóstico Diferencial**

**CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS para F31.x - 296.4x Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco**

**A.** Atualmente (ou mais recentemente) em Episódio Maníaco (ver [p. 317](#)).

**B.** Houve, anteriormente, pelo menos um Episódio Depressivo Maior (ver [p. 312](#)), Episódio Maníaco (ver [p. 317](#)) ou Episódio Misto (ver [p. 319](#)).

**C.** Os episódios 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.

**Especificar (para episódio atual ou mais recente):**

Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão (ver [p. 360](#)).

Com Características Catatônicas (ver [p. 364](#)).

Com Início no Pós-Parto (ver [p. 368](#)).

**Especificar:**

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios) (ver [p. 369](#)).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores) (ver [p. 371](#)).

Com Ciclagem Rápida (ver [p. 372](#)).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ Diagnóstico Diferencial**

**CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS para F31.6 - 296.6x Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto**

**APÊNDICE D(90)**

**A.** Atualmente (ou mais recentemente) em um Episódio Misto (ver [p. 319](#)).

**B.** Houve, anteriormente, pelo menos um Episódio Depressivo Maior (ver [p. 312](#)),

Episódio Maníaco (ver [p. 317](#)) ou Episódio Misto (ver [p. 319](#)).

C. Os episódios 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.

Especificar (para episódio atual ou mais recente):

Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão (ver [p. 360](#)).

Com Características Catatônicas (ver [p. 364](#)).

Com Início no Pós-Parto (ver [p. 368](#)).

Especificar:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios) (ver [p. 369](#)).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores) (ver [p. 371](#)).

Com Ciclagem Rápida (ver [p. 372](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ Diagnóstico Diferencial

**Critérios Diagnósticos para F31.x - 296.5x Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo**

A. Atualmente (ou mais recentemente) em um Episódio Depressivo Maior (ver [p. 312](#)).

B. Houve, anteriormente, pelo menos um Episódio Maníaco (ver [p. 317](#)) ou Episódio Misto (ver [p. 319](#)).

C. Os episódios 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.

Especificar (para episódio atual ou mais recente):

Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão (ver [p. 359](#)).

Crônico (ver [p. 364](#)).

Com Características Catatônicas (ver [p. 364](#)).

Com Características Melancólicas (ver [p. 365](#)).

Com Características Atípicas (ver [p. 366](#)).

Com Início no Pós-Parto (ver [p. 368](#)).

Especificar:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios) (ver [p. 369](#)).  
Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores) (ver [p. 371](#)).  
Com Ciclagem Rápida (ver [p. 372](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ Transtorno Bipolar I \ Diagnóstico Diferencial

**Crítérios Diagnósticos para F31.9 - 296.7 Transtorno Bipolar I, Episódio Inespecificado**

### APÊNDICE D(91)

A. Os critérios, exceto pela duração, são atualmente (ou foram mais recentemente) satisfeitos para um Episódio Maníaco (ver [p. 317](#)), Episódio Hipomaníaco (ver [p. 322](#)), Episódio Misto (ver [p. 319](#)) ou Episódio Depressivo Maior (ver [p. 312](#)).

B. Houve, anteriormente, pelo menos um Episódio Maníaco (ver [p. 317](#)) ou Episódio Misto (ver [p. 319](#)).

C. Os sintomas de humor causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sintomas de humor nos Critérios A e B não são melhor explicados por um Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

E. Os sintomas de humor nos Critérios A e B 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).

Especificar:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios) (ver [p. 369](#)).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores) (ver [p. 371](#)).

Com Ciclagem Rápida (ver [p. 372](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares

**F31.8 - 296.89 Transtorno Bipolar II  
(Episódios Depressivos Maiores)**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Recorrentes com  
Episódios Hipomaníacos)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos)**

**APÊNDICE D(92)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos)**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos) \ Características Diagnósticas**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos) \ Características Diagnósticas**

**Os indivíduos com Transtorno Bipolar II podem não ver os Episódios**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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 freqüentemente são críticas para o estabelecimento do diagnóstico de Transtorno Bipolar II.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos)

**Especificadores**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos) \ 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** (ver [p. 359](#)).

**Crônico** (ver [p. 364](#)).

**Com Características Catatônicas** (ver [p. 364](#)).

**Com Características Melancólicas** (ver [p. 365](#)).

**Com Características Atípicas** (ver [p. 366](#)).

**Com Início no Pós-Parto** (ver [p. 368](#)).

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos) \ Especificadores

Os especificadores a seguir podem ser usados para indicar o padrão de freqüência



dos episódios:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios) (ver p. 369).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores) (ver p. 371).

Com Ciclagem Rápida (ver p. 372).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos)**

#### **Procedimentos de Registro**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos)**

#### **Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos)**

#### **Características Específicas ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos) \ 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 subseqüentes no período pós-parto imediato.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos)**

#### **Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos) \ Prevalência**

Estudos comunitários sugerem uma prevalência do Transtorno Bipolar II durante a vida de aproximadamente 0,5%.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos)**

#### **Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos) \ Curso**

Aproximadamente 60 a 70% dos Episódios Hipomaníacos no Transtorno Bipolar II

ocorrem imediatamente antes ou após um Episódio Depressivo Maior. Os Episódios Hipomaniacos 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 Hipomaniacos 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 (Hipomaniacos ou Depressivos Maiores) que ocorrem dentro de um mesmo ano. Se este padrão está presente, ele é anotado pelo especificador Com Ciclagem Rápida (ver p. 372). 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 Hipomaniacos, 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 Hipomaniacos 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaniacos)**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaniacos) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaniacos)**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos) \ 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) (ver [p. 349](#)). 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 etiológicamente relacionada com a perturbação do humor (ver [pp. 352-353](#)). Sintomas como os que são vistos em um Episódio Hipomaniaco 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 Hipomaniaco 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos) \ Diagnóstico Diferencial**

O Transtorno Bipolar II deve ser diferenciado de um **Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Distímico** pela história de pelo menos um Episódio Hipomaniaco 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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Bipolar I.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos) \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos) \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F31.8 - 296.89  
Transtorno Bipolar II (Episódios Depressivos Maiores Recorrentes  
com Episódios Hipomaníacos) \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios Diagnósticos para F31.8 - 296.89 Transtorno Bipolar II**

**A. Presença (ou história) de um ou mais Episódios Depressivos Maiores (ver p. 312).**

**B. Presença (ou história) de pelo menos um Episódio Hipomaníaco (ver p. 322).**

**C. Jamais houve um Episódio Maníaco (ver p. 317) ou um Episódio Misto (ver p. 319).**

**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:

Hipomaniaco: se atualmente (ou mais recentemente) em um Episódio Hipomaniaco (ver [p. 322](#)).

Depressivo: se atualmente (ou mais recentemente) em um Episódio Depressivo Maior (ver [p. 312](#)).

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 (ver [p. 359](#)).

Nota: Os códigos do quinto dígito especificados em Critérios para Especificadores de Gravidade / Psicótico / de Remissão para Episódio Depressivo Maior atual (à [p. 360](#)) não podem ser usados aqui, pois o código para o Transtorno Bipolar II já usa o quinto dígito.

Crônico (ver [p. 364](#)).

Com Características Catatônicas (ver [p. 364](#)).

Com Características Melancólicas (ver [p. 365](#)).

Com Características Atípicas (ver [p. 366](#)).

Com Início no Pós-Parto (ver [p. 368](#)).

Especificar:

Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Entre Episódios) (ver [p. 369](#)).

Com Padrão Sazonal (aplica-se apenas ao padrão de Episódios Depressivos Maiores) (ver [p. 371](#)).

Com Ciclagem Rápida (ver [p. 372](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares

### F34.0 - 301.13 Transtorno Ciclotímico

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F34.0 - 301.13 Transtorno Ciclotímico

### Características Diagnósticas

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ 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 hipomaniacos (ver [p. 319](#)) e numerosos períodos de sintomas depressivos (ver [p. 306](#)) (Critério A). Os sintomas hipomaniacos têm número, gravidade, abrangência ou duração

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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 sobrepor 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 sobrepor 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 conseqüência 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F34.0 - 301.13  
Transtorno Ciclotímico**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F34.0 - 301.13  
Transtorno Ciclotímico \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F34.0 - 301.13  
Transtorno Ciclotímico**

**Características Específicas à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F34.0 - 301.13  
Transtorno Ciclotímico \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F34.0 - 301.13  
Transtorno Ciclotímico**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F34.0 - 301.13  
Transtorno Ciclotímico \ 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%.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F34.0 - 301.13  
Transtorno Ciclotímico**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F34.0 - 301.13  
Transtorno Ciclotímico \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F34.0 - 301.13  
Transtorno Ciclotímico**

**Padrão Familiar**



**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F34.0 - 301.13  
Transtorno Ciclotímico \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F34.0 - 301.13  
Transtorno Ciclotímico**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F34.0 - 301.13  
Transtorno Ciclotímico \ 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 etiológicamente relacionada à perturbação do humor (ver p. 360). As freqüentes 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 freqüentes 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ F34.0 - 301.13  
Transtorno Ciclotímico \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios Diagnósticos para F34.0 - 301.13 Transtorno Ciclotímico**

A. Por 2 anos, pelo menos, presença de numerosos períodos com sintomas hipomaniacos (ver p. 322) 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 (p. 312), Episódio Maníaco (p. 317) ou Episódio Misto (ver p. 319) 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares**

**F31.9 - 296.80 Transtorno Bipolar Sem**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Outra Especificação

### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Transtornos Bipolares \ 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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

## Outros Transtornos do Humor

### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor

## F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral

### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral

APÊNDICE D(93)

### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral

## Características Diagnósticas

### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx -

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



### 293.83 Transtorno do Humor Devido a 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" (p. 161).

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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx -  
293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral

**Subtipos**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx -  
293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ 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 (ver [p. 312](#)).

**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 domínio de nenhum deles.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx -  
293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral

**Procedimentos de Registro**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx -  
293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ 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 tirototoxicose) (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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral**

**Condições Médicas Gerais Associadas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ 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 B<sub>12</sub>), 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx -  
293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx -  
293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ 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 **delirium**. 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).

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx -  
293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial

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, diabetes). 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**.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial**

**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 (ver p. 312).**

**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 domínio 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx -  
293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral

**Transtorno do Humor Induzido por Substância**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx -  
293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do  
Humor Induzido por Substância

**APÊNDICE D(94)**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx -  
293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do  
Humor Induzido por Substância

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx -  
293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Humor Induzido por Substância \ Características Diagnósticas**

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. Para uma discussão mais detalhada sobre os Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [p. 171](#).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Humor Induzido por Substância**

**Subtipos e Especificadores**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Humor Induzido por Substância \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Humor Induzido por Substância \ Subtipos e Especificadores**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Humor Induzido por Substância**

**Procedimentos de Registro**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Humor Induzido por Substância \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Humor Induzido por Substância**

**Substâncias Específicas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Humor Induzido por Substância \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Humor Induzido por Substância**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Humor Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial**

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).

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Humor Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial**

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 assegurar 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ F06.xx - 293.83 Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Humor Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial**

**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 etiológicamente 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 delírium.**

**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 ( 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 \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor**

**F39 - 296.90 Transtorno do Humor Sem Outra Especificação**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Outros Transtornos do Humor \ 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor**



## Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente

### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ 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. A Tabela 1 indica os especificadores de gravidade que se aplicam a cada Transtorno do Humor (ver [pp. 358-359](#)).

### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente

**Tabela 1.** Especificadores de episódio que se aplicam aos Transtornos de Humor

	Gravidade/ Psicótico/ de Remissão	Crônico	Com Características Catatônicas	Com Características Melancólicas	Com Características Atípicas	Com Início no Pós-Parto
Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único	X	X	X	X	X	X
Transtorno Depressivo Maior, Recorrente	X	X	X	X	X	X
Transtorno Distímico					X	
Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único	X		X			X
Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaníaco						
Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco	X		X			X
Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto	X		X			X
Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo	X	X	X	X	X	X
Transtorno Bipolar I,						

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™

Episódio Mais Recente  
Inespecificado

Transtorno Bipolar II,  
Hipomaníaco

Transtorno Bipolar II,  
Depressivo

X X X X X X

Transtorno Ciclotímico

---

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente**

**Especificadores de  
Gravidade/Psicótico/de Remissão para  
Episódio Depressivo Maior**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão para Episódio Depressivo Maior**

Estes especificadores aplicam-se ao Episódio Depressivo Maior mais recente no Transtorno Depressivo Maior, e a um Episódio Depressivo Maior no Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II, apenas se este for o tipo mais recente de episódio de humor. Se os critérios são satisfeitos atualmente para Episódio Depressivo Maior, este pode ser classificado como Leve, Moderado, Severo Sem Aspectos Psicóticos ou Severo Com Aspectos Psicóticos. Se os critérios não são mais satisfeitos, o especificador indica se o episódio está em remissão parcial ou completa. Para o Transtorno Depressivo Maior e a maioria dos Transtornos Bipolares I, o especificador é refletido na codificação do quinto dígito para o transtorno.

**1-Leve, 2-Moderado, 3-Severo Sem Aspectos Psicóticos.** A gravidade é considerada leve, moderada ou severa, com base no número de sintomas dos critérios, sua gravidade e grau de sofrimento e incapacitação funcional. Os episódios Leves caracterizam-se pela presença de apenas cinco ou seis sintomas depressivos e incapacitação leve ou capacidade de funcionar normalmente, porém com esforço substancial e incomum. Os episódios Severos Sem Aspectos Psicóticos caracterizam-se pela presença da maioria dos sintomas dos critérios e de uma incapacitação claramente observável (por ex., incapacidade de trabalhar ou cuidar dos filhos). Episódios Moderados têm uma gravidade intermediária entre leve e severa.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão para Episódio Depressivo Maior**

**4-Severo Com Aspectos Psicóticos.** Este especificador indica a presença de delírios ou alucinações (tipicamente auditivas). Com maior frequência, o conteúdo dos delírios ou alucinações é coerente com os temas depressivos. Estes aspectos psicóticos congruentes com o humor incluem delírios de culpa (por ex., de ser responsável pela doença de um ente querido), delírios de punição merecida (por ex., de ser punido por uma transgressão moral ou alguma inadequação pessoal), delírios niilistas (por ex., de destruição pessoal ou do mundo), delírios somáticos (por ex., de ter câncer ou de "apodrecimento" do próprio corpo) ou delírios de pobreza (por ex., de estar indo à falência). As alucinações, quando presentes, em geral são transitórias e não elaboradas, podendo envolver vozes que humilham a pessoa por deficiências ou pecados.

Com menor frequência, o conteúdo das alucinações ou delírios não tem uma relação aparente com os temas depressivos. Estes aspectos psicóticos incongruentes com o humor incluem delírios persecutórios (sem temas depressivos de que o indivíduo merece ser perseguido), delírios de inserção de pensamentos (isto é, os pensamentos não são os do próprio indivíduo), delírios de irradiação de pensamentos (isto é, os outros podem ouvir os pensamentos do indivíduo) e delírios de controle (isto é, as próprias ações estão sob um controle externo). Estes aspectos estão associados com um pior prognóstico. O clínico pode indicar a natureza dos aspectos psicóticos especificando Com Aspectos Congruentes com o Humor ou Com Aspectos Incongruentes Com o Humor.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão para Episódio Depressivo Maior**

**5-Em Remissão Parcial, 6-Em Remissão Completa.** A Remissão Completa exige um período de pelo menos 2 meses durante os quais não existem sintomas significativos de depressão. O episódio pode estar em Remissão Parcial de duas maneiras: 1) alguns sintomas de um Episódio Depressivo Maior ainda estão presentes, porém não mais são satisfeitos todos os critérios, ou 2) não mais existem quaisquer sintomas significativos de um Episódio Depressivo Maior, mas o período de remissão ainda não chegou a 2 meses. Se o Episódio Depressivo Maior está sobreposto a um Transtorno Distímico, não se dá o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, Em Remissão Parcial, quando não mais são satisfeitos todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior; ao invés disso, o diagnóstico é de Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Maior, História Prévia.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão para**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Episódio Depressivo Maior

**Critérios para Especificadores de Gravidade/Psicótico/ de Remissão para Episódio Depressivo Maior atual (ou mais recente)**

**Nota:** Codificar no quinto dígito. Pode ser aplicado ao Episódio Depressivo Maior mais recente no Transtorno Depressivo Maior, e a um Episódio Depressivo Maior no Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II, apenas se este é o tipo mais recente de episódio de humor.

**.x1-Leve:** Poucos sintomas (se existem) excedendo aqueles exigidos para o diagnóstico, e os sintomas resultam apenas em pequeno prejuízo no funcionamento ocupacional, em atividades sociais habituais ou relacionamentos com outros.

**.x2-Moderado:** Sintomas de prejuízo funcional entre "leve" e "severo".

**.x3-Severo Sem Aspectos Psicóticos:** Diversos sintomas excedendo aqueles necessários para fazer o diagnóstico e os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento ocupacional, em atividades habituais ou relacionamentos com outros.

**.x4-Severo com Aspectos Psicóticos:** Delírios ou alucinações. Se possível, especificar se os aspectos psicóticos são congruentes ou incongruentes com o humor.

**Aspectos Psicóticos Congruentes com o Humor:** Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida.

**Aspectos Psicóticos Incongruentes com o Humor:** Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida. Estão incluídos sintomas tais como delírios persecutórios (não diretamente relacionados aos temas depressivos), inserção de pensamentos, irradiação de pensamentos e delírios de controle.

**.x5-Em Remissão Parcial:** Presença de sintomas de um Episódio Depressivo Maior, porém não são satisfeitos todos os critérios ou existe um período sem quaisquer sintomas significativos de Episódio Depressivo Maior que dura menos um Episódio Depressivo Maior. (Se o Episódio Depressivo Maior esteve sobreposto a um Transtorno Distímico, o diagnóstico isolado de Transtorno Distímico é dado apenas quando não mais são satisfeitos todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.)

**.x6-Em Remissão Completa:** Durante os últimos 2 meses, ausência de sinais ou

sintomas significativos da perturbação.

.x0-Inespecificado.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente

### Especificadores de Gravidade / Psicótico / de Remissão para Episódio Maníaco

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificadores de Gravidade / Psicótico / de Remissão para Episódio Maníaco

Estes especificadores aplicam-se a um Episódio Maníaco no Transtorno Bipolar I apenas se este é o tipo mais recente de episódio de humor. Se atualmente são satisfeitos os critérios para Episódio Maníaco, este pode ser classificado como Leve, Moderado, Severo Sem Aspectos Psicóticos ou Severo Com Aspectos Psicóticos. Se os critérios não mais são satisfeitos, o especificador indica se o episódio está em remissão parcial ou completa. Esses especificadores são refletidos na codificação do quinto dígito para o transtorno.

**1-Leve, 2-Moderado, 3-Severo Sem Aspectos Psicóticos.** A gravidade é considerada como leve, moderada ou severa com base no número de sintomas dos critérios, gravidade dos sintomas, grau de incapacitação funcional e necessidade de supervisão. Os episódios Leves caracterizam-se pela presença de apenas três ou quatro sintomas maníacos. Os episódios Moderados caracterizam-se por um aumento extremo na atividade ou prejuízo no julgamento. Os episódios Severos Sem Aspectos Psicóticos caracterizam-se pela necessidade de supervisão quase contínua, para que o indivíduo não cause danos a si mesmo ou a outras pessoas.

**4-Severo Com Aspectos Psicóticos.** Este especificador indica a presença de delírios ou alucinações (tipicamente auditivas). Com maior frequência, o conteúdo dos delírios ou alucinações é coerente com os temas maníacos, isto é, eles são aspectos psicóticos congruentes com o humor. Por exemplo, uma pessoa pode ouvir a voz de Deus, que lhe comunica uma missão especial. Os delírios persecutórios podem ser baseados na idéia de que a pessoa está sendo perseguida em razão de algum relacionamento ou atributo especial.

Com menor frequência, o conteúdo das alucinações ou delírios não tem um relacionamento aparente com os temas maníacos, isto é, eles são aspectos psicóticos incongruentes com o humor. Estes podem incluir delírios persecutórios (não diretamente relacionados aos temas grandiosos), delírios de inserção de pensamentos (isto é, os pensamentos não são os do próprio indivíduo), delírios de irradiação de pensamentos (isto é, os outros podem ouvir os pensamentos do

indivíduo) e delírios de controle (isto é, as ações do indivíduo estão sob controle externo). A presença destes aspectos pode estar associada com um pior prognóstico. O clínico pode indicar a natureza dos aspectos psicóticos especificando com Aspectos Congruentes com o Humor ou com Aspectos Incongruentes com o Humor.

**5-Em Remissão Parcial, 6-Em Remissão Completa.** A Remissão Completa exige um período de pelo menos 2 meses durante os quais não existem sintomas significativos de mania. O episódio pode estar em Remissão Parcial de duas maneiras: 1) os sintomas de um Episódio Maníaco ainda estão presentes, porém não mais são satisfeitos todos os critérios; 2) não mais existem quaisquer sintomas significativos de um Episódio Maníaco, mas o período de remissão é menor que 2 meses.

### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificadores de Gravidade / Psicótico / de Remissão para Episódio Maníaco

**Critérios para Especificadores de Gravidade/Psicótico/ de Remissão para Episódio Maníaco atual (ou mais recente)**

**Nota:** Codificar no quinto dígito. Pode ser aplicado a um Episódio Maníaco no Transtorno Bipolar I apenas se é este o tipo mais recente de episódio de humor.

**.x1-Leve:** Satisfaz os critérios sintomatológicos mínimos para um Episódio Maníaco.

**.x2-Moderado:** Extremo aumento da atividade ou prejuízo no julgamento.

**.x3-Severo Sem Aspectos Psicóticos:** Supervisão quase contínua é necessária para evitar danos físicos ao próprio indivíduo e a outras pessoas.

**.x4-Severo Com Aspectos Psicóticos:** Delírios ou alucinações. Se possível, especificar se os aspectos psicóticos são congruentes ou incongruentes com o humor:

**Aspectos Psicóticos Congruentes com o Humor:** Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas maníacos típicos de aumento do valor, poder, conhecimentos ou identidade, ou relacionamento especial com uma divindade ou pessoa famosa.

**Aspectos Psicóticos Incongruentes com o Humor:** delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve os temas maníacos típicos de aumento do valor, poder, conhecimentos ou identidade, ou relacionamento especial com uma divindade ou pessoa famosa. São incluídos sintomas tais como delírios persecutórios (não diretamente relacionados com idéias ou temas grandiosos), inserção de pensamentos e delírios de ser controlado.

**.x5-Em Remissão Parcial:** Presença de sintomas de um Episódio Maníaco, mas não

são satisfeitos todos os critérios, ou existe um período sem quaisquer sintomas significativos de Episódio Maníaco que dura menos de 2 meses após o término do Episódio Maníaco.

.x6-Em Remissão Completa: Durante os últimos 2 meses, ausência de sinais ou sintomas significativos da perturbação.

.x0-Inespecificado.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificadores de Gravidade / Psicótico / de Remissão para Episódio Maníaco

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente

### Especificadores de Gravidade / Psicótico / de Remissão Para Episódio Misto

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificadores de Gravidade / Psicótico / de Remissão Para Episódio Misto

Esses especificadores aplicam-se a um Episódio Misto no Transtorno Bipolar I apenas se este é o tipo mais recente de episódio de humor. Se os critérios para um Episódio Misto são satisfeitos atualmente, este pode ser classificado como Leve, Moderado, Severo Sem Aspectos Psicóticos ou Severo Com Aspectos Psicóticos. Se não mais são satisfeitos os critérios, o especificador indica se o episódio está em remissão parcial ou completa. Estes especificadores são refletidos na codificação do quinto dígito para o transtorno.

**1-Leve, 2-Moderado, 3-Sem Aspectos Psicóticos.** A gravidade é considerada leve, moderada ou severa, com base no número de sintomas dos critérios, sua gravidade, grau de incapacitação funcional e necessidade de supervisão. Os episódios Leves caracterizam-se pela presença de apenas três ou quatro sintomas maníacos e cinco ou seis sintomas depressivos. Os episódios Moderados caracterizam-se por um aumento extremo na atividade ou prejuízo no julgamento. Os episódios Severos Sem Aspectos Psicóticos são caracterizados pela necessidade de supervisão quase contínua para evitar que o indivíduo cause danos a si mesmo ou a outrem.

**4-Severo Com Aspectos Psicóticos.** Este especificador indica a presença de delírios ou alucinações (tipicamente auditivas). Com maior freqüência, o conteúdo dos delírios ou alucinações é coerente com os temas maníacos ou depressivos, isto é, são aspectos psicóticos congruentes com o humor. Por exemplo, a voz de Deus pode ser ouvida, explicando que o indivíduo tem uma missão especial. Os

delírios persecutórios podem estar baseados na idéia de que a pessoa está sendo perseguida por ser especialmente merecedora de punição ou ter algum relacionamento ou atributo especial.

Com menor freqüência, o conteúdo das alucinações ou delírios não tem um relacionamento aparente com temas maníacos ou depressivos, isto é, trata-se de aspectos psicóticos incongruentes com o humor. Estes podem incluir delírios de inserção de pensamentos (isto é, os pensamentos não são os do próprio indivíduo), delírios de irradiação de pensamentos (isto é, os outros podem ouvir os pensamentos do indivíduo) e delírios de controle (isto é, as ações do indivíduo estão sob um controle externo). Esses aspectos estão associados com um pior prognóstico. O clínico pode indicar a natureza dos aspectos psicóticos especificando Com Aspectos Congruentes com o Humor ou Com Aspectos Incongruentes com o Humor.

**5-Em Remissão Parcial, 6-Em Remissão Completa.** A Remissão Completa exige um período de pelo menos 2 meses durante o qual não existem sintomas significativos de mania ou depressão. Um episódio pode estar em Remissão Parcial de duas maneiras: 1) os sintomas de um Episódio Misto ainda estão presentes, porém não mais são satisfeitos todos os critérios; ou 2) não mais existem quaisquer sintomas significativos de um Episódio Misto, mas o período de remissão é menor que 2 meses.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificadores de Gravidade / Psicótico / de Remissão Para Episódio Misto

**Critérios para Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão para Episódio Misto atual (ou mais recente)**

**Nota:** Codificar no quinto dígito. Pode ser aplicado a um Episódio Misto no Transtorno Bipolar I apenas se este é o tipo mais recente de episódio de humor.

**.x1-Leve:** Satisfaz os critérios sintomatológicos mínimos para um Episódio Maníaco ou um Episódio Depressivo Maior.

**.x2-Moderado:** Sintomas ou prejuízo funcional entre "leve" e "severo".

**.x3-Severo Sem Aspectos Psicóticos:** Supervisão quase contínua é necessária para evitar danos físicos ao próprio indivíduo ou a outras pessoas.

**.4x-Severo Com Aspectos Psicóticos:** Delírios ou alucinações. Se possível, especificar se os aspectos psicóticos são congruentes ou incongruentes com o humor:

**Aspectos Psicóticos Congruentes com o Humor:** Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente coerente com os temas maníacos ou depressivos típicos.

**Aspectos Psicóticos Incongruentes com o Humor:** Delírios ou alucinações cujo conteúdo não envolve temas maníacos ou depressivos típicos. São incluídos



sintomas tais como delírios persecutórios (não diretamente relacionados com temas grandiosos ou depressivos), inserção de pensamentos e delírios de ser controlado.

.x5-Em Remissão Parcial: Presença de sintomas de um Episódio Misto, mas não são satisfeitos todos os critérios, ou existe um período sem quaisquer sintomas significativos de Episódio Misto que dura menos de 2 meses após o término de um Episódio Maníaco.

.x6-Em Remissão Completa: Durante os 2 últimos meses, ausência de sinais ou sintomas significativos da perturbação.

.x0-Inespecificado.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificadores de Gravidade / Psicótico / de Remissão Para Episódio Misto

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente

**Especificador Crônico para um Episódio Depressivo Maior**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificador Crônico para um Episódio Depressivo Maior

Este especificador indica a natureza crônica de um Episódio Depressivo Maior e se aplica ao Episódio Depressivo Maior atual ou mais recente no Transtorno Depressivo Maior, ou a um Episódio Depressivo Maior no Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II apenas se este é o tipo mais recente de episódio de humor.

**Crítérios para Especificador Crônico**

**Especificar se:**

Crônico (pode ser aplicado ao Episódio Depressivo Maior atual ou mais recente no Transtorno Depressivo Maior, e a um Episódio Depressivo Maior no Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II apenas se este é o tipo mais recente de episódio de humor).

Todos os critérios para Episódio Depressivo Maior foram satisfeitos continuamente, no mínimo durante os últimos 2 anos.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do

Episódio Mais Recente

**Especificador Com Características  
Catatônicas**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do  
Episódio Mais Recente \ Especificador Com Características Catatônicas

APÊNDICE D(95)

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do  
Episódio Mais Recente \ Especificador Com Características Catatônicas

O especificador Com Características Catatônicas pode ser aplicado ao atual (ou mais recente) Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto nos Transtornos Depressivo Maior, Bipolar I ou Bipolar II. O especificador Com Características Catatônicas é indicado quando o quadro clínico se caracteriza por acentuada perturbação psicomotora que pode envolver imobilidade motora, atividade motora excessiva, extremo negativismo, mutismo, peculiaridades do movimento voluntário, ecolalia ou ecopraxia. A imobilidade motora pode ser manifestada por catalepsia (flexibilidade cêrea) ou estupor. A atividade motora excessiva é aparentemente destituída de propósitos e não é influenciada por estímulos externos. Pode haver extremo negativismo, manifestado pela manutenção de uma postura rígida, contrariando tentativas de mobilização ou aparentando resistência a todas as instruções. As peculiaridades do movimento voluntário são manifestadas pela adoção de posturas inadequadas ou bizarras ou por trejeitos faciais proeminentes. A ecolalia (repetição patológica, "tipo papagaio" e aparentemente sem sentido de uma estão presentes. Aspectos adicionais podem incluir estereotípias, maneirismos e obediência ou imitação automáticas. Durante o estupor ou excitação catatônica severa, o indivíduo pode necessitar de uma atenta supervisão para evitar danos a si mesmo ou a outras pessoas. Conseqüências potenciais incluem desnutrição, exaustão, hiperpirexia ou ferimentos auto-infligidos. O diagnóstico diferencial de um Episódio de Humor Com Características Catatônicas inclui **Transtorno Catatônico Devido a uma Condição Médica Geral** (p. 165), **Esquizofrenia, Tipo Catatônico** (p. 277) ou **efeito colateral de um medicamento** (por ex., um Transtorno do Movimento Induzido por Medicamento, pp. 637-638).

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do  
Episódio Mais Recente \ Especificador Com Características Catatônicas

**Critérios para Especificador Com Características Catatônicas**

**Especificar se:**

**Com Aspectos Catatônicos (pode ser aplicado ao Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto atual ou mais recente no Transtorno**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Depressivo Maior, no Transtorno Bipolar I ou no Transtorno Bipolar II).**  
O quadro clínico é dominado por pelo menos dois dos seguintes aspectos:  
(1) imobilidade motora evidenciada por catalepsia (incluindo flexibilidade cética) ou estupor  
(2) atividade motora excessiva (aparentemente sem propósito e não influenciada por estímulos externos)  
(3) negativismo extremo (resistência aparentemente imotivada a todas as instruções, ou manutenção de uma postura rígida, contrariando tentativas de mobilização) ou mutismo  
(4) peculiaridades do movimento voluntário, evidenciadas por posturas (adoção voluntária de posturas inadequadas ou bizarras), movimentos estereotipados, maneirismos proeminentes ou trejeitos faciais proeminentes  
(5) ecolalia ou ecopraxia

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente**

**Especificador Com Características Melancólicas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificador Com Características Melancólicas**  
**APÊNDICE D(96)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificador Com Características Melancólicas**

O especificador Com Características Melancólicas pode ser aplicado ao Episódio Depressivo Maior atual (ou mais recente) que ocorre no curso de um Transtorno Depressivo Maior e a um Episódio Depressivo Maior no Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II apenas se este é o tipo mais recente de episódio de humor. A característica essencial de um Episódio Depressivo Maior, Com Características Melancólicas, é a perda de interesse ou prazer por todas ou quase todas as atividades ou uma falta de reatividade a estímulos habitualmente agradáveis. O humor depressivo do indivíduo não melhora, mesmo temporariamente, quando alguma coisa boa acontece (Critério A). Além disso, pelo menos três dos seguintes sintomas estão presentes: uma qualidade distinta de humor depressivo, depressão regularmente pior pela manhã, despertar muito cedo pela manhã, retardo ou agitação psicomotora, anorexia ou perda de peso significativa, ou culpa excessiva ou inadequada (Critério B).

O especificador Com Características Melancólicas é aplicado se tais características estão presentes no período mais severo do episódio. Existe uma ausência quase completa, não meramente uma diminuição, da capacidade para o prazer. Uma

diretriz para a avaliação da falta de reatividade do humor é que, mesmo quando ocorrem eventos muito desejados, o humor depressivo não melhora absolutamente ou melhora apenas em parte (por ex., até 20-40% do normal, durante alguns minutos apenas). A qualidade distinta do humor, característica do especificador Com Características Melancólicas, é vivenciada pelos indivíduos como sendo qualitativamente diferente da tristeza sentida durante o luto ou um episódio depressivo sem melancolia. Isto pode ser determinado pedindo-se à pessoa que compare a qualidade do humor depressivo atual com o humor experimentado após a morte de um ente querido. Um humor depressivo descrito como meramente mais severo, mais persistente ou sem razão não é considerado de qualidade distinta. Alterações psicomotoras quase sempre estão presentes e são observadas por outras pessoas. Os indivíduos com características melancólicas estão menos propensos a ter um Transtorno da Personalidade pré-mórbido, a ter um claro precipitador para o episódio e a responder a um ensaio terapêutico com placebo. Eles estão mais inclinados a ter respondido a medicamentos antidepressivos ou terapia eletroconvulsiva no passado, bem como a responder ao tratamento no episódio atual. As características melancólicas são encontradas igualmente em ambos os gêneros, mas são mais prováveis em indivíduos mais velhos. Estas características exibem uma tendência apenas modesta a repetirem-se em episódios subseqüentes no mesmo indivíduo. Elas são mais freqüentes em pacientes internados, opostamente aos ambulatoriais, e tendem menos a ocorrer em Episódios Depressivos Maiores mais leves do que nos mais severos. As características melancólicas também têm maior possibilidade de ocorrer com aspectos psicóticos. Os achados laboratoriais mais freqüentemente associados com características melancólicas são a não-supressão de dexametasona, hiperadrenocorticismismo, latência reduzida do sono REM, teste anormal de desafio com tiramina e uma assimetria anormal na audição entre os dois ouvidos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificador Com Características Melancólicas**

**Critérios para Especificador Com Características Melancólicas**

**Especificar se:**

**Com Características Melancólicas (pode ser aplicado ao Episódio Depressivo Maior atual ou mais recente no Transtorno Depressivo Maior, ou a um Episódio Depressivo Maior no Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II, apenas se este é o tipo mais recente de episódio de humor).**

**A. Qualquer um dos seguintes, ocorrendo durante o período mais severo do episódio atual:**

- (1) perda de prazer por todas ou quase todas as atividades**
- (2) falta de reatividade a estímulos habitualmente agradáveis (não se sente muito melhor, mesmo temporariamente, quando acontece alguma coisa boa)**

**B. Três (ou mais) dos seguintes:**

- (1) qualidade distinta de humor depressivo (isto é, o humor depressivo é vivenciado como nitidamente diferente do tipo de sentimento experimentado após a morte de um ente querido)
- (2) depressão regularmente pior pela manhã
- (3) despertar muito cedo de manhã (pelo menos 2 horas antes do horário habitual)
- (4) acentuado retardo ou agitação psicomotora
- (5) anorexia ou perda de peso significativa
- (6) culpa excessiva ou inadequada

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente**

**Especificador Com Características Atípicas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificador Com Características Atípicas**

**APÊNDICE D(97)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificador Com Características Atípicas**

O especificador Com Características Atípicas pode ser aplicado ao Episódio Depressivo Maior atual (ou mais recente) no Transtorno Depressivo Maior e a um Episódio Depressivo Maior no Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II, apenas se este é o tipo mais recente de episódio de humor, ou ao Transtorno Distímico. As características essenciais são reatividade do humor (Critério A) e presença de pelo menos duas das seguintes características (Critério B): aumento do apetite ou ganho de peso, hipersonia, paralisia "de chumbo" e um padrão persistente de extrema sensibilidade à percepção de rejeição interpessoal. Estas características predominam durante o período mais recente de 2 semanas (ou durante o período mais recente de 2 anos para o Transtorno Distímico). O especificador Com Características Atípicas não é atribuído se os critérios para Com Características Melancólicas ou Com Características Catatônicas foram satisfeitos durante o mesmo Episódio Depressivo Maior.

A reatividade do humor consiste da capacidade de se alegrar frente a eventos positivos (por ex., uma visita dos filhos, elogios). O humor pode permanecer eutímico (não triste) até por longos períodos, quando as circunstâncias externas permanecem favoráveis. O aumento do apetite pode ser manifestado por um claro aumento no consumo alimentar ou por ganho de peso. A hipersonia pode incluir um extenso período de sono noturno ou cochilos diurnos que totalizam no mínimo

10 horas de sono por dia (ou pelo menos 2 horas a mais do que quando não deprimido). A paralisia "de chumbo" é definida como sentir-se pesado ou "de chumbo", geralmente nos braços ou pernas, e em geral está presente pelo menos uma hora por dia, mas com frequência dura muitas horas seguidas. Diferentemente de outras características atípicas, a sensibilidade patológica à percepção de rejeição interpessoal é um traço com início precoce que persiste durante a maior parte da vida adulta. A sensibilidade à rejeição ocorre quando a pessoa está e quando não está deprimida, embora possa ser exacerbada durante os períodos depressivos. Os problemas resultantes da sensibilidade à rejeição devem ser suficientemente significativos para resultar em prejuízo funcional. Podem ser observados relacionamentos tempestuosos, com freqüentes rompimentos e uma incapacidade de manter um relacionamento duradouro. A reação do indivíduo a rejeições ou críticas pode ser manifestada por sair mais cedo do emprego, usar substâncias em excesso ou exibir outras respostas comportamentais mal-adaptativas e clinicamente significativas. Pode haver, também, uma esquivia a relacionamentos, devido ao medo da rejeição interpessoal. Sentir-se ocasionalmente suscetível ou hiperemotivo não se qualifica como uma manifestação de sensibilidade à rejeição interpessoal. Os Transtornos da Personalidade (por ex., Transtorno da Personalidade Esquiva) e Transtornos de Ansiedade (por ex., Transtorno de Ansiedade de Separação, Fobia Específica ou Fobia Social) podem ser mais comuns nos indivíduos com características atípicas. Os achados laboratoriais associados a um Episódio Depressivo Maior Com Características Melancólicas em geral não estão presentes em associação com um episódio com características atípicas.

As características atípicas são duas a três vezes mais comuns em mulheres. Os indivíduos com características atípicas relatam uma idade mais precoce de início de seus episódios depressivos (por ex., durante o curso secundário) e com frequência têm um curso mais crônico e menos episódico, com recuperação apenas parcial entre os episódios. Os indivíduos mais jovens podem estar mais propensos a ter episódios com características atípicas, enquanto indivíduos com mais idade podem ter episódios com características melancólicas com maior frequência. Episódios com características atípicas são mais comuns no Transtorno Bipolar I, no Transtorno Bipolar II e no Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, ocorrendo em um padrão sazonal.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificador Com Características Atípicas

### Critérios para Especificador Com Características Atípicas

#### Especificar se:

**Com Características Atípicas: (pode ser aplicado quando estas características predominam durante as 2 semanas mais recentes de um Episódio Depressivo Maior no Transtorno Depressivo Maior, ou no Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II, quando o Episódio Depressivo Maior é o tipo mais recente de episódio**

de humor, ou quando estas características predominam durante os 2 anos mais recentes de Transtorno Distímico).

A. Reatividade do humor (isto é, o humor melhora em resposta a eventos positivos reais ou potenciais).

B. Duas (ou mais) das seguintes características:

(1) ganho de peso ou aumento do apetite significativos

(2) hipersonia

(3) paralisia "de chumbo" (isto é, sensações de peso, de ter chumbo nos braços ou nas pernas)

(4) padrão persistente de sensibilidade à rejeição interpessoal (não limitado aos episódios de perturbação do humor) que resulta em prejuízo social ou ocupacional significativo

C. Não são satisfeitos os critérios para Com Características Melancólicas ou Com Características Catatônicas durante o mesmo episódio.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente

**Especificador Com Início no Pós-Parto**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificador Com Início no Pós-Parto

APÊNDICE D(98)

TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Episódio Mais Recente \ Especificador Com Início no Pós-Parto

O especificador Com Início no Pós-Parto pode ser aplicado ao Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto atual (ou mais recente) do Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II ou ao Transtorno Psicótico Breve (p. 290), se o início ocorre no período de 4 semanas após o parto. Em geral, a sintomatologia do Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Episódio Misto no pós-parto não difere da sintomatologia dos episódios de humor que não ocorrem no pós-parto e podem incluir aspectos psicóticos. Curso flutuante e instabilidade do humor podem ser mais comuns nos episódios que ocorrem no pós-parto. Quando há presença de delírios, eles freqüentemente envolvem o recém-nascido (por ex., o bebê está possuído pelo demônio, tem poderes especiais ou tem pela frente um destino terrível). Nas apresentações tanto psicóticas quanto não-psicóticas, pode haver ideação suicida, pensamentos obsessivos envolvendo violência para com a criança, falta de concentração e agitação psicomotora. As mulheres com Episódios Depressivos Maiores no

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



pós-parto com frequência têm ansiedade severa, Ataques de Pânico e pranto espontâneo muito tempo após a duração normal da "tristeza pós-parto" (isto é, 3 a 7 dias de pós-parto), desinteresse pelo bebê e insônia (manifestada mais habitualmente por dificuldade em conciliar o sono do que por um despertar muito cedo de manhã).

Muitas mulheres sentem-se especialmente culpadas por terem sentimentos depressivos quando acreditam que deveriam estar felizes. Elas podem relutar em discutir seus sintomas ou seus sentimentos negativos em relação à criança. Um desenvolvimento pouco satisfatório do relacionamento mãe-bebê pode resultar da própria condição clínica ou de separações do bebê. O infanticídio está associado, com maior frequência, a episódios psicóticos no pós-parto caracterizados por alucinações de comando para matar o bebê ou delírios de que este está possuído, mas também pode ocorrer nos episódios severos de humor no pós-parto sem estes delírios ou alucinações específicos. Episódios de humor no pós-parto (Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto) com características psicóticas parecem ocorrer de 1 em 500 a 1 em 1000 partos e podem ser mais comuns em mulheres primíparas. O risco para episódios no pós-parto com características psicóticas é particularmente aumentado em mulheres com episódios de humor anteriores no pós-parto, mas também é elevado entre as que têm uma história prévia de um Transtorno do o risco de recorrência a cada parto subsequente situa-se entre 30 a 50%. Também existem algumas evidências de risco aumentado de episódios psicóticos de humor no pós-parto entre mulheres sem uma história de Transtornos do Humor, mas com uma história familiar de Transtornos Bipolares. Os episódios no pós-parto devem ser diferenciados do delirium que ocorre no período pós-parto, que se distingue por um nível diminuído de consciência ou atenção.

**Critérios para Especificador Com Início no Pós-Parto**

**Especificar se:**

**Com Início no Pós-Parto** (pode ser aplicado ao Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto atual ou mais recente no Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II, ou a um Transtorno Psicótico Breve).

O início do episódio ocorre dentro de 4 semanas pós-parto.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor

### Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes

Diversos especificadores para os Transtornos do Humor são oferecidos com o

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





intuito de aumentar a especificidade diagnóstica, criar subgrupos mais homogêneos, auxiliar na seleção do tratamento e melhorar a previsão prognóstica. Os especificadores que descrevem o curso de episódios recorrentes incluem Especificadores de Curso Longitudinal (Com ou Sem Recuperação Completa Entre Episódios), Padrão Sazonal e Ciclagem Rápida. Estes especificadores não podem ser codificados. A Tabela 2 indica os especificadores de curso que se aplicam a cada Transtorno do Humor (ver [p. 370](#)).

## **TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes**

### **Especificadores de Curso Longitudinal (Com e Sem Recuperação Completa Entre Episódios)**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes \ Especificadores de Curso Longitudinal (Com e Sem Recuperação Completa Entre Episódios)**

[APÊNDICE D\(99\)](#)

## **TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes \ Especificadores de Curso Longitudinal (Com e Sem Recuperação Completa Entre Episódios)**

Os especificadores Com Recuperação Completa Entre Episódios e Sem Recuperação Completa Entre Episódios são oferecidos para ajudar a caracterizar o curso da doença em indivíduos com Transtorno Depressivo Maior Recorrente, Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II. Estes especificadores devem ser aplicados ao período de tempo entre os dois episódios mais recentes. A caracterização do curso é aprimorada ainda mais anotando-se a presença de Transtorno Distímico antecedente.

Os quatro gráficos a seguir descrevem cursos prototípicos. O gráfico A exibe o curso de um Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, no qual não existe Transtorno Distímico antecedente e existe um período de remissão completa entre os episódios. Este padrão de curso prediz o melhor prognóstico futuro. O gráfico B mostra o curso de um Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, no qual não existe Transtorno Distímico antecedente mas no qual os sintomas proeminentes persistem entre os dois episódios mais recentes, isto é, atinge-se não mais do que uma remissão parcial. O gráfico C mostra um raro padrão (presente em menos de 3% dos indivíduos com Transtorno Depressivo Maior) de Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, com Transtorno Distímico antecedente mas com recuperação completa entre os dois episódios mais recentes. O gráfico D mostra o curso de um Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, no qual existe um Transtorno Distímico

anterior e no qual não há um período de remissão completa entre os dois episódios mais recentes. Este padrão, geralmente denominado "depressão dupla" (ver p. 330), é visto em cerca de 20 a 25% dos indivíduos com Transtorno Depressivo Maior.

Em geral, os indivíduos com uma história Sem Recuperação Completa Entre Episódios têm uma persistência deste padrão entre episódios subsequentes. Eles também parecem mais propensos a ter um maior número de Episódios Depressivos Maiores do que aqueles com recuperação completa entre os episódios. A presença de um Transtorno Distímico antes do primeiro episódio de Transtorno Depressivo Maior está associada, mais provavelmente, com a falta de recuperação completa entre os episódios subsequentes. Estes especificadores também podem ser aplicados ao período de tempo entre os episódios mais recentes de humor no Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II, para indicar presença ou ausência de sintomatologia de humor.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes \ Especificadores de Curso Longitudinal (Com e Sem Recuperação Completa Entre Episódios)**

**Tabela 2. Especificadores de curso que se aplicam aos Transtornos do Humor**

	<b>Com/Sem Recuperação Entre Episódios</b>	<b>Padrão Sazonal</b>	<b>Ciclagem Rápida</b>
Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único(100)			
Transtorno Depressivo Maior, Recorrente	X	X	
Transtorno Distímico			
Transtorno Bipolar I Episódio Maníaco Único			
Transtorno Bipolar I Episódio Mais Recente Hipomaníaco	X	X	X
Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco	X	X	X
Transtorno Bipolar I Episódio Mais Recente Misto	X	X	X
Transtorno Bipolar I Episódio Mais Recente Depressivo	X	X	X
Transtorno Bipolar I Episódio Mais Recente Inespecificado	X	X	X
Transtorno Bipolar II, Hipomaníaco	X	X	X
Transtorno Bipolar II,			

Depressivo

X

X

X

Transtorno Ciclotímico

---

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes \ Especificadores de Curso Longitudinal (Com e Sem Recuperação Completa Entre Episódios)**

**A. Recorrente, com recuperação completa entre episódios,**



sem Transtorno Distímico

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes \ Especificadores de Curso Longitudinal (Com e Sem Recuperação Completa Entre Episódios)**

**B. Recorrente, sem recuperação completa entre episódios,**



sem Transtorno Distímico

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes \ Especificadores de Curso Longitudinal (Com e Sem Recuperação Completa Entre Episódios)**

**C. Recorrente, com recuperação completa entre episódios,**



superposto a Transtorno Distímico (também código 300.4)

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes \ Especificadores de Curso Longitudinal (Com e Sem Recuperação Completa Entre Episódios)**

**D. Recorrente, sem recuperação completa entre episódios,**



superposto a Transtorno Distímico (também código 300.4)

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes \ Especificadores de Curso Longitudinal (Com e Sem Recuperação Completa Entre Episódios)**

**Critérios para Especificadores de Curso Longitudinal**

**Especificar se** (pode ser aplicado a Transtorno Depressivo Maior Recorrente ou Transtorno Bipolar I ou II)

**Com Recuperação Completa Entre Episódios:** se a remissão completa é alcançada entre os dois Episódios de Humor mais recentes.

**Sem Recuperação Completa Entre Episódios:** se a remissão completa não é alcançada entre os dois Episódios de Humor mais recentes.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes

### Especificador Com Padrão Sazonal

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes \ Especificador Com Padrão Sazonal

### APÊNDICE D(101)

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes \ Especificador Com Padrão Sazonal

O especificador Com Padrão Sazonal pode ser aplicado ao padrão de Episódios Depressivos Maiores no Transtorno Bipolar I, Transtorno Bipolar II ou Transtorno Depressivo Maior, Recorrente. A característica essencial é o início e remissão de Episódios Depressivos Maiores em épocas características do ano. Na maioria dos casos, os episódios iniciam no outono ou inverno e remitem na primavera. Com menor frequência, pode haver episódios depressivos de verão. Este padrão de início e remissão dos episódios deve ter ocorrido durante os últimos 2 anos, sem quaisquer episódios não-sazonais ocorrendo durante este período. Além disso, os episódios depressivos sazonais devem superar em número substancial quaisquer episódios depressivos não-sazonais durante o tempo de vida do indivíduo. Este especificador não se aplica àquelas situações nas quais o padrão é melhor explicado por estressores psicossociais ligados à estação do ano (por ex., desemprego ou compromissos escolares sazonais). Os Episódios Depressivos Maiores que ocorrem em um padrão sazonal frequentemente se caracterizam por falta de energia proeminente, hipersonia, hiperfagia, ganho de peso e avidez por carboidratos. Não está claro se um padrão sazonal é mais provável no Transtorno Depressivo Maior, Recorrente ou nos transtornos bipolares. Entretanto, dentro do grupo dos Transtornos Bipolares, um padrão sazonal parece ser mais provável no Transtorno Bipolar II do que no Transtorno Bipolar I. Em alguns indivíduos, o início de Episódios Maníacos ou Hipomaníacos também pode estar ligado a uma determinada estação do ano. A luz muito clara do espectro visível utilizada na fototerapia pode estar associada com a passagem para Episódios Maníacos ou Hipomaníacos.

A prevalência do padrão sazonal do tipo inverno parece variar de acordo com a

latitude, idade e sexo. A prevalência aumenta com maiores latitudes. A idade também é um forte preditor de sazonalidade, estando as pessoas mais jovens em maior risco para episódios depressivos de inverno. As mulheres perfazem 60-90% das pessoas com padrão sazonal, mas não está claro se o gênero feminino é um fator específico de risco, além e acima do risco associado com o Transtorno Depressivo Maior recorrente. Embora este especificador aplique-se à ocorrência sazonal de Episódios Depressivos Maiores completos, algumas pesquisas sugerem que um padrão sazonal também pode descrever a apresentação de alguns indivíduos com episódios depressivos recorrentes de inverno, que não satisfazem os critérios para Episódio Depressivo Maior.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes \ Especificador Com Padrão Sazonal**

**Critérios para Especificador Com Padrão Sazonal**

**Especificar se:**

**Com Padrão Sazonal (pode ser aplicado ao padrão de Episódios Depressivos Maiores no Transtorno Bipolar I, Transtorno Bipolar II ou Transtorno Depressivo Maior, Recorrente).**

**A. Há uma relação temporal regular entre o início dos Episódios Depressivos Maiores no Transtorno Bipolar I, Transtorno Bipolar II ou Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, e uma determinada estação do ano (por ex., aparecimento regular do Episódio Depressivo Maior no outono ou no inverno).**

**Nota: Não incluir os casos nos quais existe um óbvio efeito de estressores psicossociais relacionados à estação (por ex., estar regularmente desempregado a cada inverno).**

**B. Remissões completas (ou uma mudança de depressão para mania ou hipomania) também ocorrem em uma época característica do ano (por ex., a depressão desaparece na primavera).**

**C. Nos últimos 2 anos, ocorreram dois Episódios Depressivos Maiores, demonstrando as relações temporais sazonais definidas nos Critérios A e B, e nenhum Episódio Depressivo Maior não-sazonal ocorreu durante o mesmo período.**

**D. Os episódios Depressivos Maiores sazonais (como descritos antes) superam substancialmente em número os Episódios Depressivos Maiores não-sazonais que podem ter ocorrido durante a vida do indivíduo.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes**

**Especificador Com Ciclagem Rápida**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes \ Especificador Com Ciclagem Rápida**

**APÊNDICE D(102)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Humor \ Especificadores para a Descrição do Curso de Episódios Recorrentes \ Especificador Com Ciclagem Rápida**

O especificador Com Ciclagem Rápida pode ser aplicado ao Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II. A característica essencial de um Transtorno Bipolar com ciclagem rápida é a ocorrência de quatro ou mais episódios de humor durante os últimos 12 meses. Estes episódios podem ocorrer em qualquer combinação ou ordem. Os episódios devem satisfazer os critérios tanto de duração quanto de sintomas para um Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto e devem ser demarcados por um período de remissão completa ou por uma mudança para um episódio de polaridade oposta. Episódios Maníacos, Hipomaníacos e Mistos são contados como sendo do mesmo pólo (por ex., um Episódio Maníaco imediatamente seguido por um Episódio Misto conta como um único episódio, para efeitos do especificador Com Ciclagem Rápida). Exceto por ocorrerem com maior frequência, os episódios que acontecem em um padrão de ciclagem rápida não diferem daqueles que ocorrem em um padrão sem ciclagem rápida. Os episódios de humor que contam para a definição de um padrão de ciclagem rápida excluem aqueles diretamente causados por uma substância (por ex., cocaína, corticosteróides) ou uma condição médica geral.

A ciclagem rápida ocorre em aproximadamente 5-15% dos indivíduos com Transtorno Bipolar vistos em clínicas para transtornos do humor. Enquanto no Transtorno Bipolar em geral a proporção entre os sexos é igual, as mulheres perfazem 70-90% dos indivíduos com padrão de ciclagem rápida. Os episódios de humor não estão ligados a qualquer fase do ciclo menstrual e ocorrem em mulheres tanto pré quanto pós-menopausa. A ciclagem rápida pode estar associada com hipotireoidismo, certas condições neurológicas (por ex., esclerose múltipla), Retardo Mental, traumatismo craniano ou tratamento antidepressivo. A ciclagem rápida pode ocorrer em qualquer momento durante o curso de um Transtorno Bipolar e pode aparecer e desaparecer, particularmente se associada com o uso de antidepressivos. O desenvolvimento da ciclagem rápida está associado com um pior prognóstico a longo prazo.

**Critérios para Especificador Com Ciclagem Rápida**

**Especificar se:**

**Com Ciclagem Rápida** (pode ser aplicado ao Transtorno Bipolar I ou Transtorno Bipolar II).

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Nos últimos 12 meses, pelo menos quatro episódios de perturbação do humor que satisfazem os critérios para Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco.

**Nota:** Os episódios são demarcados por uma remissão parcial ou completa por pelo menos 2 meses, ou por uma mudança para um episódio de polaridade oposta (por ex., de Episódio Depressivo Maior para Episódio Maníaco).

## TRANSTORNOS

# Transtornos de Ansiedade

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade

Os seguintes transtornos estão contidos nesta seção: Transtorno de Pânico Sem Agorafobia, Transtorno de Pânico Com Agorafobia, Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico, Fobia Específica, Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Estresse Agudo, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral, Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância e Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação. Uma vez que Ataques de Pânico e Agorafobia ocorrem no contexto de diversos outros transtornos, os conjuntos de critérios para Ataque de Pânico e para Agorafobia são listados separadamente no início desta seção.

Um **Ataque de Pânico** é representado por um período distinto no qual há o início súbito de intensa apreensão, temor ou terror, freqüentemente associados com sentimentos de catástrofe iminente. Durante esses ataques, estão presentes sintomas tais como falta de ar, palpitações, dor ou desconforto torácico, sensação de sufocamento e medo de "ficar louco" ou de perder o controle.

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade

A **Agorafobia** é a ansiedade ou esquiva a locais ou situações das quais poderia ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou nas quais o auxílio poderia não estar disponível, no caso de ter um Ataque de Pânico ou sintomas tipo pânico.

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade

O **Transtorno de Pânico Sem Agorafobia** é caracterizado por Ataques de Pânico inesperados e recorrentes acerca dos quais o indivíduo se sente persistentemente preocupado. O **Transtorno de Pânico Com Agorafobia** caracteriza-se por Ataques de Pânico recorrentes e inesperados e Agorafobia.

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade

A **Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico** caracteriza-se pela presença de Agorafobia e sintomas tipo pânico sem uma história de Ataques de Pânico inesperados.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade**

A **Fobia Específica** caracteriza-se por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a um objeto ou situação específicos e temidos, freqüentemente levando ao comportamento de esquiva.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade**

A **Fobia Social** caracteriza-se por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho, freqüentemente levando ao comportamento de esquiva.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade**

O **Transtorno Obsessivo-Compulsivo** caracteriza-se por obsessões (que causam acentuada ansiedade ou sofrimento) e/ou compulsões (que servem para neutralizar a ansiedade).

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade**

O **Transtorno de Estresse Pós-Traumático** caracteriza-se pela revivência de um evento extremamente traumático, acompanhada por sintomas de excitação aumentada e esquiva de estímulos associados com o trauma.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade**

O **Transtorno de Estresse Agudo** caracteriza-se por sintomas similares àqueles do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, ocorrendo logo após um evento extremamente traumático.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade**

O **Transtorno de Ansiedade Generalizada** caracteriza-se por pelo menos 6 meses de ansiedade e preocupação excessivas e persistentes.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade**

O **Transtorno de Ansiedade Devido a Uma Condição Médica Geral** caracteriza-se por sintomas proeminentes de ansiedade considerados como sendo a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade**

O **Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância** caracteriza-se por sintomas proeminentes de ansiedade, considerados como sendo a consequência fisiológica



direta de uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina.

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade

O **Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação** é incluído para a codificação de transtornos com ansiedade proeminente ou esquiva fóbica que não satisfazem os critérios para qualquer um dos Transtornos de Ansiedade específicos definidos nesta seção (ou sintomas de ansiedade acerca dos quais existem informações inadequadas ou contraditórias).

Uma vez que o Transtorno de Ansiedade de Separação (caracterizado por ansiedade relacionada à separação de figuras parentais) geralmente se desenvolve na infância, ele é incluído na seção "Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência" (ver [p. 108](#)). A esquiva fóbica limitada ao contato genital sexual com um parceiro sexual é classificada como Transtorno de Aversão Sexual e está incluída na seção "Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero" (ver [pp. 472-473](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade

### Ataque de Pânico

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Ataque de Pânico [APÊNDICE D\(103\)](#)

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Ataque de Pânico

### Características

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Ataque de Pânico \ Características

Uma vez que os Ataques de Pânico ocorrem no contexto de diversos Transtornos de Ansiedade diferentes, o texto e o conjunto de critérios para um Ataque de Pânico são oferecidos em separado nesta seção. A característica essencial de um Ataque de Pânico é um período distinto de intenso medo ou desconforto acompanhado por pelo menos 4 de 13 sintomas somáticos ou cognitivos. O ataque tem um início súbito e aumenta rapidamente, atingindo um pico (em geral em 10 minutos acompanhado por um sentimento de perigo ou catástrofe iminente e um anseio por escapar. Os 13 sintomas somáticos ou cognitivos são: palpitações, sudorese, tremores ou abalos, sensações de falta de ar ou sufocamento, sensação de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, tontura ou vertigem, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou de "enlouquecer", medo de morrer, parestesias e calafrios ou ondas de calor. Os

ataques que satisfazem todos os demais critérios mas têm menos de 4 sintomas somáticos ou cognitivos são chamados de ataques com sintomas limitados.

Os indivíduos que buscam os cuidados médicos para Ataques de Pânico inesperados geralmente descrevem o medo como intenso e relatam que achavam que estavam prestes a morrer, perder o controle, ter um ataque cardíaco ou acidente vascular encefálico ou "enlouquecer". Eles também citam, geralmente, um desejo urgente de fugir de onde quer que o ataque esteja ocorrendo. Com ataques recorrentes, parte do intenso temor pode dissipar-se. A falta de ar é um sintoma comum nos Ataques de Pânico associados com Transtorno de Pânico Com e Sem Agorafobia. O rubor facial é comum em Ataques de Pânico ligados a situações relacionadas à ansiedade social e de desempenho. A ansiedade característica de um Ataque de Pânico pode ser diferenciada da ansiedade generalizada por sua natureza intermitente e quase paroxística e sua gravidade geralmente maior.

Os Ataques de Pânico podem ocorrer em uma variedade de Transtornos de Ansiedade (por ex., Transtorno de Pânico, Fobia Social, Fobia Específica, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Estresse Agudo). Na determinação da importância diagnóstica diferencial de um Ataque de Pânico, é crucial considerar o contexto no qual ocorre o Ataque de Pânico. Existem três tipos característicos de Ataques de Pânico, com diferentes relacionamentos entre o início do ataque e a presença ou ausência de ativadores situacionais: **Ataques de Pânico inesperados (não evocados)**, nos quais o início do Ataque de Pânico não está associado com um ativador situacional (isto é, ocorre espontaneamente, "vindo do nada"); **Ataques de Pânico ligados a situações (evocados)**, nos quais o Ataque de Pânico ocorre, quase que invariavelmente, logo após à exposição ou antecipação a um evocador ou ativador situacional (por ex., ver uma cobra ou um cão sempre ativa um Ataque de Pânico imediato); **Ataques de Pânico predispostos pela situação**, que tendem mais a ocorrer na exposição ao evocador ou ativador situacional, mas não estão invariavelmente associados ao evocador e não ocorrem necessariamente após a exposição (por ex., os ataques tendem mais a ocorrer quando o indivíduo está dirigindo, mas existem momentos em que a pessoa dirige e não tem um Ataque de Pânico ou momentos em que o Ataque de Pânico ocorre após dirigir por meia hora).

A ocorrência de Ataques de Pânico inesperados é um requisito para o diagnóstico de Transtorno de Pânico (com ou sem Agorafobia). Ataques de Pânico ligados a situações são mais característicos da Fobia Social e Fobia Específica. Os Ataques de Pânico predispostos por situações são especialmente freqüentes no Transtorno de Pânico, mas às vezes podem ocorrer na Fobia Específica ou Fobia Social. O diagnóstico diferencial de Ataques de Pânico é complicado pelo fato de nem sempre existir um relacionamento exclusivo entre o diagnóstico e o tipo de Ataque de Pânico. Por exemplo, embora o Transtorno de Pânico por definição exija que pelo menos alguns dos Ataques de Pânico sejam inesperados, os indivíduos com Transtorno de Pânico muitas vezes relatam ataques ligados a situações, particularmente no curso mais tardio do transtorno. As questões diagnósticas para casos limítrofes são discutidas nas seções "Diagnóstico Diferencial" dos textos

para os transtornos nos quais podem aparecer Ataques de Pânico.

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Ataque de Pânico \ Características

### Critérios para Ataque de Pânico

**Nota:** Um Ataque de Pânico não é um transtorno codificável. Codificar o diagnóstico específico no qual o Ataque de Pânico ocorre (por ex., F40.01 - 300.21 Transtorno de Pânico Com Agorafobia [p. 384]).

Um período distinto de intenso temor ou desconforto, no qual quatro (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolveram-se abruptamente e alcançaram um pico em 10 minutos:

- (1) palpitações ou ritmo cardíaco acelerado
- (2) sudorese
- (3) tremores ou abalos
- (4) sensações de falta de ar ou sufocamento
- (5) sensações de asfixia
- (6) dor ou desconforto torácico
- (7) náusea ou desconforto abdominal
- (8) sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio
- (9) desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo)
- (10) medo de perder o controle ou enlouquecer
- (11) medo de morrer
- (12) parestesias (anestesia ou sensações de formigamento)
- (13) calafrios ou ondas de calor

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade

### Agorafobia

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Agorafobia

### Características

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Agorafobia \ Características

Uma vez que a Agorafobia ocorre no contexto de Transtorno de Pânico Com Agorafobia e Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico, o texto e o conjunto de critérios para Agorafobia são oferecidos em separado, nesta seção. A característica essencial da Agorafobia é uma ansiedade acerca de estar em locais ou situações das quais escapar poderia ser difícil (ou embaraçoso) ou nas quais o

auxílio pode não estar disponível na eventualidade de ter um Ataque de Pânico (ver p. 376) ou sintomas tipo pânico (por ex., medo de ter um ataque súbito de tontura ou um ataque súbito de diarreia) (Critério A). A ansiedade tipicamente leva à esquiva global de uma variedade de situações, que podem incluir: estar sozinho fora de casa ou estar sozinho em casa; estar em meio a uma multidão; viajar de automóvel, ônibus ou avião, ou estar em uma ponte ou elevador. Alguns indivíduos são capazes de se expor às situações temidas, mas enfrentam essas experiências com considerável temor. Frequentemente, um indivíduo é mais capaz de enfrentar uma situação temida quando acompanhado por alguém de confiança (Critério B). A esquiva de situações pode prejudicar a capacidade do indivíduo de ir ao trabalho ou realizar atividades cotidianas (por ex., fazer compras do dia-a-dia, levar os filhos ao médico). A ansiedade ou esquiva fóbica não é melhor explicada por um outro transtorno mental (Critério C). O diagnóstico diferencial para distinguir entre Agorafobia e Fobia Social, Fobia Específica e Transtorno de Ansiedade de Separação severo pode ser difícil, uma vez que todas essas condições caracterizam-se pela esquiva de situações específicas. As questões diagnósticas para casos limítrofes são discutidas nas seções "Diagnóstico Diferencial" dos textos para os transtornos dos quais o comportamento de esquiva é uma característica essencial ou associada.

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Agorafobia \ Características

### Critérios para Agorafobia

**Obs.: A Agorafobia não é um transtorno codificável.**

Codificar o transtorno específico no qual ocorre a Agorafobia (por ex., F40.01 - 300.21 Transtorno de Pânico Com Agorafobia [p. 384] ou F40.0 - 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico [p. 386]).

**A.** Ansiedade acerca de estar em locais ou situações de onde possa ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou onde o auxílio pode não estar disponível, na eventualidade de ter um Ataque de Pânico inesperado ou predisposto pela situação, ou sintomas tipo pânico. Os temores agorafóbicos tipicamente envolvem agrupamentos característicos de situações, que incluem: estar fora de casa desacompanhado; estar em meio a uma multidão ou permanecer em uma fila; estar em uma ponte; viajar de ônibus, trem ou automóvel.

**Nota:** Considerar o diagnóstico de Fobia Específica, se a esquiva se limita apenas a uma ou algumas situações específicas, ou de Fobia Social, se a esquiva se limita a situações sociais.

**B.** As situações são evitadas (por ex., viagens são restringidas) ou suportadas com acentuado sofrimento ou com ansiedade acerca de ter um Ataque de Pânico ou sintomas tipo pânico, ou exigem companhia.

**C.** A ansiedade ou esquiva agorafóbica não é melhor explicada por um outro

transtorno mental, como  
Fobia Social (por ex., a esquivar-se limita a situações sociais pelo medo do embarço),  
Fobia Específica (por ex., a esquivar-se limita a uma única situação, como elevadores),  
Transtorno Obsessivo-Compulsivo (por ex., esquivar-se à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação),  
Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., esquivar-se de estímulos associados com um estressor severo) ou  
Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., esquivar-se a afastar-se do lar ou de parentes).

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade

### Transtorno de Pânico

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico

### Características Diagnósticas

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico \ Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Pânico é a presença de Ataques de Pânico recorrentes e inesperados (ver [p. 376](#)), seguidos por pelo menos 1 mês de preocupação persistente acerca de ter um outro Ataque de Pânico, preocupação acerca das possíveis implicações ou conseqüências dos Ataques de Pânico, ou uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques (Critério A). Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., Intoxicação com Cafeína) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertiroidismo) (Critério C). Finalmente, os Ataques de Pânico não são melhor explicados por um outro transtorno mental (por ex., Fobia Específica ou Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático ou Transtorno de Ansiedade de Separação) (Critério D). Dependendo de serem satisfeitos também os critérios para Agorafobia (ver [pp. 377-378](#)), faz-se o diagnóstico de 300.21 Transtorno de Pânico Com Agorafobia ou 300.01 Transtorno de Pânico Sem Agorafobia (Critério B).

Um Ataque de Pânico inesperado (espontâneo, não evocado) é definido como aquele que não está associado a um ativador situacional (isto é, ocorre "vindo do nada"). Pelo menos dois Ataques de Pânico inesperados são necessários para o diagnóstico, mas a maioria dos indivíduos tem um número consideravelmente

maior de ataques. Os indivíduos com Transtorno de Pânico com frequência também têm Ataques de Pânico predispostos por situações (isto é, aqueles mais propensos a ocorrer em, mas não invariavelmente associados com, exposição a um ativador situacional). Ataques ligados a situações (isto é, aqueles que ocorrem quase que invariável e imediatamente na exposição a um ativador situacional) podem ocorrer, mas são menos comuns.

A frequência e a gravidade dos Ataques de Pânico variam amplamente. Por exemplo, alguns indivíduos têm ataques moderadamente freqüentes (por ex., 1 vez por semana) que ocorrem regularmente, por meses seguidos. Outros citam surtos breves de ataques mais freqüentes (por ex., diariamente por uma semana), separados por semanas ou meses sem quaisquer ataques ou com ataques menos freqüentes (por ex. dois por mês) durante muitos anos. Os ataques com sintomas limitados (isto é, ataques idênticos a Ataques de Pânico "completos", exceto pelo fato de que o medo e ansiedade súbitos são acompanhados por menos de 4 dos 13 sintomas adicionais) são muito comuns em indivíduos com Transtorno de Pânico. Embora a distinção entre Ataques de Pânico completos e ataques com sintomas limitados seja um tanto arbitrária, os Ataques de Pânico completos estão associados com maior morbidade. A maior parte dos indivíduos que têm ataques com sintomas limitados teve Ataques de Pânico completos em algum momento durante o curso do transtorno.

Os indivíduos com Transtorno de Pânico apresentam, caracteristicamente, preocupações acerca das implicações ou conseqüências dos Ataques de Pânico. Alguns temem que os ataques indiquem a presença de uma doença não diagnosticada e ameaçadora à vida (por ex., cardiopatia, transtorno convulsivo). Apesar de repetidos exames e garantias médicas, eles podem permanecer temerosos e não se convencer de que não têm uma doença ameaçadora à vida. Os ataques são percebidos como uma indicação de que estão "ficando loucos" ou perdendo o controle, ou de que são emocionalmente fracos. Alguns indivíduos com Ataques de Pânico recorrentes mudam significativamente seu comportamento (por ex., demitem-se do emprego) em resposta aos ataques, mas negam o medo de terem um outro ataque ou preocupações acerca das conseqüências de seus Ataques de Pânico. As preocupações acerca do próximo ataque ou suas implicações freqüentemente estão associadas com o desenvolvimento de um comportamento de esquiva que pode satisfazer os critérios para Agorafobia (ver [pp. 377-378](#)), diagnosticando-se, neste caso, um Transtorno de Pânico Com Agorafobia.

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico

### **Características e Transtornos Associados**

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico \ Características e Transtornos Associados

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** Além da preocupação com os Ataques de Pânico e suas implicações, muitos indivíduos com Transtorno de Pânico também relatam sentimentos constantes ou intermitentes de ansiedade não focalizada sobre qualquer situação ou evento específico. Outros tornam-se excessivamente apreensivos acerca do resultado de atividades e experiências rotineiras, particularmente aquelas relacionadas à saúde ou separação de pessoas queridas. Por exemplo, os indivíduos com Transtorno de Pânico freqüentemente prevêm um resultado catastrófico a partir de um leve sintoma físico ou efeito colateral de medicamento (por ex., pensar que uma dor de cabeça indica um tumor cerebral ou uma crise hipertensiva). Estes indivíduos também toleram menos os efeitos colaterais de medicamentos e em geral precisam de contínuo reassseguramento, a fim de tomarem os medicamentos. Em indivíduos cujo Transtorno de Pânico não foi tratado ou foi diagnosticado incorretamente, a crença de terem uma doença ameaçadora à vida não detectada pode levar a uma ansiedade debilitante e crônica e a excessivas consultas médicas. Este padrão pode ser perturbador tanto do ponto de vista emocional quanto financeiro.

Em alguns casos, a perda ou rompimento de relacionamentos interpessoais importantes (por ex., sair da casa paterna para viver sozinho, divórcio) estão associados com o início ou exacerbação do Transtorno de Pânico. A desmoralização é uma conseqüência comum, com muitos indivíduos sentindo-se desencorajados, envergonhados e infelizes acerca das dificuldades em levar avante suas rotinas habituais. Eles freqüentemente atribuem seu problema a uma falta de "força" ou de "caráter". Esta desmoralização pode generalizar-se para áreas além dos problemas específicos relacionados ao pânico. Os indivíduos podem ausentar-se com freqüência do trabalho ou da escola, para ir em busca de médicos e salas de emergência, o que pode levar ao desemprego ou abandono da escola.

O Transtorno Depressivo Maior ocorre com freqüência (50-65%) em indivíduos com Transtorno de Pânico. Em aproximadamente um terço das pessoas com ambos os transtornos, a depressão precede o início do Transtorno de Pânico. Nos **dois terços** restantes, a depressão ocorre ao mesmo tempo ou após o início do Transtorno de Pânico. Um subconjunto de indivíduos, alguns dos quais podem desenvolver como conseqüência um Transtorno Relacionado a Substância, tratam sua ansiedade com álcool ou medicamentos. A comorbidade com outros Transtornos de Ansiedade também é comum, especialmente em contextos clínicos e em indivíduos com Agorafobia mais severa (Fobia Social tem sido relatada em 15-30% dos indivíduos com Transtorno de Pânico; Transtorno Obsessivo-Compulsivo, em 8-10%; Fobia Específica, em 10-20%; e Transtorno de Ansiedade Generalizada, em 25%). O Transtorno de Ansiedade de Separação na infância tem sido associado com este transtorno.

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico \ Características e Transtornos Associados

**Achados laboratoriais associados.** Não foram descobertos achados laboratoriais

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

diagnósticos de Transtorno de Pânico. Entretanto, diversos achados laboratoriais anormais têm sido observados em indivíduos com Transtorno de Pânico, em comparação com sujeitos-controle. Alguns indivíduos com Transtorno de Pânico mostram sinais de alcalose respiratória compensada (isto é, diminuição dos níveis de dióxido de carbono e de bicarbonato com um pH quase normal). Ataques de Pânico em resposta à infusão de lactato de sódio ou inalação de dióxido de carbono são mais comuns no Transtorno de Pânico do que em outros Transtornos de Ansiedade.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico \ Características e Transtornos Associados

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.** Taquicardia transitória e elevação moderada da pressão sanguínea sistólica podem ocorrer durante alguns Ataques de Pânico. Embora alguns estudos sugiram ser mais comum a presença de prolapso da válvula mitral e doença da tiróide entre os indivíduos com Transtorno de Pânico do que na população geral, outros estudos não descobriram diferenças na prevalência.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico

##### Características Específicas à Cultura e ao Gênero

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico \ Características Específicas à Cultura e ao Gênero

Em algumas culturas, os Ataques de Pânico podem envolver intenso temor de bruxaria ou feitiçaria. O Transtorno de Pânico, tal como é descrito aqui, tem sido encontrado em estudos epidemiológicos no mundo inteiro. Além disso, diversas condições incluídas no "Glossário de Síndromes Ligadas à Cultura" ([ver Apêndice I](#)) podem estar relacionadas ao Transtorno de Pânico. Alguns grupos culturais ou étnicos restringem a participação de mulheres na vida pública, e isto deve ser diferenciado da Agorafobia. O Transtorno de Pânico Sem Agorafobia é diagnosticado com o dobro da frequência e o Transtorno de Pânico Com Agorafobia é diagnosticado com uma frequência três vezes maior no gênero feminino.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico

##### Prevalência

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico \ Prevalência



Estudos epidemiológicos no mundo inteiro indicam consistentemente que a prevalência do Transtorno de Pânico durante toda a vida (com ou sem Agorafobia) situa-se entre 1,5 e 3,5%. As taxas de prevalência anual estão entre 1 e 2%. Cerca de um terço até metade dos indivíduos diagnosticados com Transtorno de Pânico em amostras comunitárias também têm Agorafobia, embora uma taxa muito superior de Agorafobia seja encontrada em amostras clínicas.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico**

### **Curso**

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico \ Curso**

A idade de início para o Transtorno de Pânico varia muito, mas está mais tipicamente entre o final da adolescência e faixa dos 30 anos. Pode haver uma distribuição bimodal, com um pico ao final da adolescência e um segundo pico, menor, na metade da casa dos 30 anos. Um pequeno número de casos começa na infância, e o início após os 45 anos é incomum, mas pode ocorrer. Descrições retrospectivas de indivíduos vistos em contextos clínicos sugerem que o curso habitual é crônico, porém flutuante. Alguns indivíduos podem ter surtos episódicos com anos de remissão neste intervalo, e outros podem ter uma sintomatologia severa contínua. Embora a Agorafobia possa desenvolver-se a qualquer momento, seu início geralmente se situa dentro do primeiro ano da ocorrência de Ataques de Pânico recorrentes. O curso da Agorafobia e seu relacionamento com o curso dos Ataques de Pânico são variáveis. Em alguns casos, uma diminuição ou remissão dos Ataques de Pânico pode ser seguida de perto por uma diminuição correspondente na esquiva e ansiedade agorafóbicas. Em outros, a Agorafobia pode tornar-se crônica, não importando a presença ou ausência de Ataques de Pânico. Alguns indivíduos afirmam serem capazes de reduzir a frequência dos Ataques de Pânico, evitando certas situações. Estudos naturalistas de seguimento de indivíduos tratados em contextos terciários (que podem selecionar um grupo de fraco prognóstico) sugerem que, em 6-10 anos pós-tratamento, cerca de 30% dos indivíduos estão bem, 40-50% melhoraram mas ainda estão sintomáticos e os restantes 20-30% têm sintomas iguais ou ligeiramente piores.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico**

### **Padrão Familiar**

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico \ Padrão Familiar**

Os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Transtorno de Pânico têm uma chance quatro a sete vezes maior de desenvolverem Transtorno de

Pânico. Entretanto, em contextos clínicos, observa-se que metade a três quartos dos indivíduos com Transtorno de Pânico não possuem um parente biológico em primeiro grau afetado. Estudos com gêmeos indicam uma contribuição genética para o desenvolvimento do Transtorno de Pânico.

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico

### Diagnóstico Diferencial

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico \ Diagnóstico Diferencial

O Transtorno de Pânico não é diagnosticado se os Ataques de Pânico supostamente são uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral, diagnosticando-se, neste caso, um **Transtorno de Ansiedade Devido a Uma Condição Médica Geral** (ver p. 416). Exemplos de condições médicas gerais capazes de causar Ataques de Pânico incluem hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, disfunções vestibulares, transtornos convulsivos e condições cardíacas (por ex., arritmias, taquicardia supraventricular). Testes laboratoriais apropriados (por ex., níveis de cálcio sérico para hipertireoidismo) ou exames físicos (por ex., para condições cardíacas) podem ser úteis para determinar o papel etiológico de uma condição médica geral. O Transtorno de Pânico não é diagnosticado se os Ataques de Pânico são considerados uma consequência fisiológica direta de uma substância (isto é, uma droga de abuso, um medicamento); neste caso, um **Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância** é diagnosticado (ver p. 418). A intoxicação com estimulantes do sistema nervoso central (por ex., cocaína, anfetaminas, cafeína) ou cannabis e a abstinência de depressores do sistema nervoso central (por ex., álcool, barbitúricos) podem precipitar um Ataque de Pânico. Entretanto, se os Ataques de Pânico continuam ocorrendo fora do contexto de uso de uma substância (por ex., muito tempo depois de cessados os efeitos da intoxicação ou abstinência), um diagnóstico de Transtorno de Pânico deve ser considerado. Características tais como início após os 45 anos de idade ou presença de sintomas atípicos durante um Ataque de Pânico (por ex., vertigem, perda da consciência, perda do controle urinário ou intestinal, cefaléia, fala arrastada ou amnésia) sugerem que uma condição médica geral ou uma substância podem estar causando os sintomas de Ataques de Pânico.

O Transtorno de Pânico deve ser diferenciado de outros transtornos mentais (por ex., **outros Transtornos de Ansiedade e Transtornos Psicóticos**) que têm Ataques de Pânico como uma característica associada. Por definição, o Transtorno de Pânico caracteriza-se por Ataques de Pânico recorrentes e inesperados (espontâneos, não evocados, "vindos do nada"). Como foi discutido anteriormente (ver p. 376), existem três tipos de Ataques de Pânico: inesperados, ligados a situações e predispostos por situações. A presença de Ataques de Pânico

recorrentes e inesperados inicialmente ou mais tarde no curso é exigida para o diagnóstico de Transtorno de Pânico. Em contraste, os Ataques de Pânico que ocorrem no contexto de outros Transtornos de Ansiedade são ligados a situações ou predispostos por situações (por ex., na **Fobia Social** evocada por uma situação social; na **Fobia Específica**, evocada por um objeto ou situação; no **Transtorno Obsessivo-Compulsivo** evocado pela exposição a um objeto de uma obsessão [por ex., exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação]; no **Transtorno de Estresse Pós-Traumático**, evocado por estímulos que recordam o estressor).

O foco da ansiedade também ajuda a diferenciar o Transtorno de Pânico Com Agorafobia de outros transtornos caracterizados por comportamentos de esquiva. A esquiva agorafóbica está associada com o medo de ter um Ataque de Pânico, enquanto a esquiva em outros transtornos está associada com situações específicas (por ex., temores de escrutínio, humilhação e embaraço na Fobia Social; medo de altura, elevadores ou pontes na Fobia Específica; preocupações acerca da separação no **Transtorno de Ansiedade de Separação**; temores de perseguição no **Transtorno Delirante**).

A diferenciação entre Fobia Específica, Tipo Situacional, e Transtorno de Pânico Com Agorafobia pode ser particularmente difícil, porque ambos os transtornos podem incluir Ataques de Pânico e esquiva de tipos similares de situações (por ex., dirigir, voar, andar em transportes coletivos, locais fechados). Prototipicamente, o Transtorno de Pânico Com Agorafobia caracteriza-se por iniciar pelo aparecimento de Ataques de Pânico inesperados e subsequente esquiva de múltiplas situações consideradas ativadoras dos Ataques de Pânico; já a Fobia Específica, Tipo Situacional, caracteriza-se pela esquiva de situações na ausência de Ataques de Pânico recorrentes e inesperados. Algumas apresentações caem entre estes dois protótipos e exigem discernimento clínico na seleção do diagnóstico mais apropriado. Quatro fatores podem ser úteis para este julgamento: o foco do medo, o tipo e número de Ataques de Pânico, o número de situações evitadas e o nível de ansiedade intercorrente. Por exemplo, um indivíduo que anteriormente não temia nem evitava elevadores tem um Ataque de Pânico em um elevador e começa a ter medo de ir ao trabalho, em vista da necessidade de tomar o elevador para seu escritório, que fica no 24º andar. Se este indivíduo depois passa a ter Ataques de Pânico apenas em elevadores (mesmo que o foco do medo seja o Ataque de Pânico), então um diagnóstico de Fobia Específica pode ser apropriado. Se, entretanto, o indivíduo experimenta Ataques de Pânico inesperados em outras situações e começa a evitar ou a suportar com pavor outras situações por medo de ter um Ataque de Pânico, então se indica, se um diagnóstico de Transtorno de Pânico Com Agorafobia. Além disso, a presença de uma apreensão global acerca de ter um Ataque de Pânico, mesmo sem previsão de exposição a uma situação fóbica, também apóia um diagnóstico de Transtorno de Pânico Com Agorafobia. Se o indivíduo tem Ataques de Pânico adicionais inesperados em outras situações, mas não desenvolve adicionalmente uma esquiva ou tolerância apavorada a elas, então o diagnóstico apropriado é de Transtorno de Pânico Sem Agorafobia. Se o

foco da esquiva não está relacionado ao medo de ter um Ataque de Pânico, mas envolve alguma outra catástrofe (por ex., ferimentos devido a um possível rompimento dos cabos do elevador), então um diagnóstico adicional de Fobia Específica pode ser considerado.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico \ Diagnóstico Diferencial

Da mesma forma, a distinção entre Fobia Social e Transtorno de Pânico Com Agorafobia pode ser difícil, especialmente quando existe esquiva apenas de situações sociais. O foco do medo e o tipo dos Ataques de Pânico podem ser úteis para esta distinção. Por exemplo, um indivíduo que anteriormente não exibia medo de falar em público tem um Ataque de Pânico ao proferir uma palestra e começa a ter medo de falar em público. Se este indivíduo depois passa a ter Ataques de Pânico apenas em situações de desempenho social (mesmo que o foco do medo esteja na possibilidade de ter um outro Ataque de Pânico), então um diagnóstico de Fobia Social pode ser apropriado. Se, entretanto, o indivíduo continua experimentando Ataques de Pânico inesperados em outras situações, então um diagnóstico de Transtorno de Pânico Com Agorafobia é indicado. Os indivíduos com Fobia Social temem o escrutínio e raramente sofrem um Ataque de Pânico quando estão sozinhos, ao passo que os indivíduos com Transtorno de Pânico Com Agorafobia podem sentir-se mais ansiosos em situações em que devem permanecer sem uma companhia confiável. Além disso, Ataques de Pânico noturnos que despertam o indivíduo são característicos do Transtorno de Pânico.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico \ Diagnóstico Diferencial

Quando são satisfeitos os critérios tanto para Transtorno de Pânico quanto para outro **Transtorno de Ansiedade ou Transtorno do Humor**, ambos os transtornos devem ser diagnosticados. Entretanto, se Ataques de Pânico inesperados ocorrem no contexto de um outro transtorno (por ex., Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno de Ansiedade Generalizada), mas não são acompanhados, por 1 mês ou mais, de medo de ter ataques adicionais, preocupações associadas ou alteração comportamental, o diagnóstico adicional de Transtorno de Pânico não é feito. Uma vez que os indivíduos com Transtorno de Pânico podem medicar seus sintomas, Transtornos Relacionados a Substâncias comórbidos (mais notadamente relacionados a cannabis, álcool e cocaína) não são incomuns.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico \ Diagnóstico Diferencial

**Critérios Diagnósticos para F40.0 - 300.01 Transtorno de Pânico Sem Agorafobia**

**APÊNDICE D**

**(104)**

**A. (1) ou (2):**

- (1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados (ver [p. 377](#))  
(2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características:  
(a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais  
(b) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas conseqüências (por ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, "ficar louco")  
(c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques
- B. Ausência de Agorafobia (ver [pp. 377-378](#)).
- C. Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo).
- D. Os Ataques de Pânico não são melhor explicados por outro transtorno mental, como  
Fobia Social (por ex., ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas),  
Fobia Específica (por ex., ocorrendo quando da exposição a uma situação fóbica específica),  
Transtorno Obsessivo-Compulsivo (por ex., quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação),  
Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., em resposta a estímulos associados a um estressor severo) ou  
Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., em resposta a estar afastado do lar ou de parentes queridos).

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico \ Diagnóstico Diferencial

### Critérios Diagnósticos para F40.01 - 300.21 Transtorno de Pânico Com Agorafobia [APÊNDICE D\(105\)](#)

- A. (1) e (2)  
(1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados (ver [p. 377](#)).  
(2) Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características:  
(a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais  
(b) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas conseqüências (por ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, "ficar louco")  
(c) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques.
- B. Presença de Agorafobia (ver [pp. 377-378](#)).
- C. Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica

geral (por ex., hipertireoidismo).

D. Os Ataques de Pânico não são melhor explicados por outro transtorno mental, como

Fobia Social (por ex., ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas),

Fobia Específica (por ex., quando da exposição a uma situação fóbica específica),  
Transtorno Obsessivo-Compulsivo (quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação),

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., em resposta a estímulos associados a um estressor severo) ou

Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., em resposta a estar afastado do lar ou de parentes queridos).

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ Transtorno de Pânico \ Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade

**F40.00 - 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico**

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.00 - 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico

APÊNDICE D(106)

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.00 - 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico

### **Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.00 - 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico \ Características Diagnósticas

As características essenciais da Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico são similares às daquelas do Transtorno de Pânico Com Agorafobia, exceto que o foco do temor está sobre a ocorrência de sintomas tipo pânico incapacitantes ou extremamente embaraçosos ou ataques com sintomas limitados, ao invés de Ataques de Pânico completos. Os indivíduos com este transtorno têm Agorafobia (ver pp. 377-378) (Critério A). Os "sintomas tipo pânico" incluem quaisquer dos 13

sintomas relacionados para Ataque de Pânico (ver p. 376) ou outros sintomas potencialmente incapacitantes ou embaraçosos (por ex., perda do controle urinário). Por exemplo, um indivíduo pode ter medo de sair de casa em vista do temor de sentir-se tonto, desmaiar e então ser deixado no chão desamparado. A fim de se qualificar para este diagnóstico, os sintomas jamais devem ter satisfeito todos os critérios para Transtorno de Pânico (Critério B) nem ser devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (Critério C). Se uma condição médica geral associada está presente (por ex., uma condição cardíaca), o medo de se tornar incapacitado ou embaraçado pelo desenvolvimento de sintomas (por ex., desmaiar) excede claramente aqueles em geral associados com a condição (Critério D).

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.00 - 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico**

**Características Específicas à Cultura e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.00 - 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico \ Características Específicas à Cultura e ao Gênero**  
Alguns grupos culturais ou étnicos restringem a participação das mulheres na vida pública, o que deve ser diferenciado da Agorafobia. Este transtorno é diagnosticado com uma frequência muito maior em mulheres do que em homens.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.00 - 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.00 - 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico \ Prevalência**

Em contextos clínicos, quase todos os indivíduos (mais de 95%) que se apresentam com Agorafobia também têm um diagnóstico atual (ou história) de Transtorno de Pânico. Em contrapartida, há relatos de que a prevalência de Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico em amostras epidemiológicas é superior à do Transtorno de Pânico Com Agorafobia. Entretanto, os índices relatados em estudos epidemiológicos parecem ter sido inflados por problemas de avaliação. Recentemente, os indivíduos que haviam recebido um diagnóstico de Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico em um estudo epidemiológico foram reavaliados por clínicos que utilizaram entrevistas padronizadas. Constatou-se que a maioria desses indivíduos apresentava Fobias específicas,

mas não Agorafobia.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.00 - 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.00 - 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico \ Curso**

Relativamente pouco se conhece acerca do curso da Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico. Evidências informais sugerem que alguns casos podem persistir por anos, associados com considerável prejuízo.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.00 - 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.00 - 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico \ Diagnóstico Diferencial**

A Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico é diferenciada do **Transtorno de Pânico com Agorafobia** pela ausência de uma história de Ataques de Pânico recorrentes e inesperados. A esquiva na Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico resulta do medo da incapacitação ou humilhação devido a sintomas tipo pânico imprevisíveis e súbitos, ao invés do medo de um Ataque de Pânico completo, como no Transtorno de Pânico Com Agorafobia. O diagnóstico de Transtorno de Pânico com Agorafobia permanece apropriado nos casos em que os Ataques de Pânico entram em remissão, mas a Agorafobia continua sendo experimentada.

Outras razões para a esquiva também devem ser diferenciadas da Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico. Na **Fobia Social**, os indivíduos evitam situações sociais ou de desempenho nas quais temem a possibilidade de agirem de modo humilhante ou embaraçoso. Na **Fobia Específica**, o indivíduo evita um objeto ou situação temidos e específicos. No **Transtorno Depressivo Maior**, o indivíduo pode esquivar-se de sair de casa por apatia, perda de energia e anedonia. Temores persecutórios (como no **Transtorno Delirante**) e de contaminação (como no **Transtorno Obsessivo-Compulsivo**) também podem levar à esquiva generalizada. No **Transtorno de Ansiedade de Separação**, as crianças evitam situações que as afastem de casa ou de parentes queridos.

Os indivíduos com certas condições médicas gerais podem evitar algumas situações devido a **preocupações realistas** acerca de ficarem incapacitados (por



ex., desmaio em um indivíduo com ataques isquêmicos transitórios) ou embaraçados (por ex., diarreia em um indivíduo com doença de Crohn). O diagnóstico de Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico deve ser dado apenas se o medo ou a esquiva excedem claramente aqueles associados à condição médica geral.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.00 - 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico \ Diagnóstico Diferencial**

**Crítérios Diagnósticos para F40.00 - 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico**

**A. Presença de Agorafobia (ver pp. 377-378) relacionada ao medo de desenvolver sintomas tipo pânico (por ex., tontura ou diarreia).**

**B. Jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno de Pânico (ver pp. 383-384).**

**C. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.**

**D. Na presença de uma condição médica geral associada, o medo descrito no Critério A excede claramente aquele em geral associado com a condição.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade**

**F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples)**

**APÊNDICE D(107)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples)**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples) \ Características Diagnósticas**

**A característica essencial da Fobia Específica é o medo acentuado e persistente de**

objetos ou situações claramente discerníveis e circunscritos (Critério A). A exposição ao estímulo fóbico provoca, quase que invariavelmente, imediata resposta de ansiedade (Critério B). Esta resposta pode assumir a forma de um Ataque de Pânico, ligado ou predisposto pela situação (ver [p. 376](#)). Embora adolescentes e adultos com o transtorno reconheçam que seu temor é excessivo ou irracional (Critério C), o mesmo pode não ocorrer com crianças. Com maior frequência, o estímulo fóbico é evitado, embora às vezes seja suportado com pavor (Critério D). O diagnóstico é apropriado apenas se a esquiva, o medo ou a antecipação ansiosa do encontro com o estímulo fóbico interferem significativamente na rotina diária, funcionamento ocupacional ou vida social do indivíduo, ou se ele sofre acentuadamente por ter a fobia (Critério E). Em indivíduos com menos de 18 anos, os sintomas devem ter persistido por pelo menos 6 meses antes de a Fobia Específica ser diagnosticada (Critério F). Ansiedade, Ataques de Pânico ou esquiva fóbica não são melhor explicados por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Ansiedade de Separação, Fobia Social, Transtorno de Pânico Com Agorafobia ou Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico) (Critério G).

O indivíduo experimenta um medo acentuado, persistente e excessivo ou irracional na presença ou previsão do encontro com determinado objeto ou situação. O foco do medo pode envolver a previsão de um dano causado por algum aspecto do objeto ou situação (por ex., um indivíduo pode temer viagens aéreas em razão de sua preocupação com quedas, temer cães por preocupação com ser mordido, ou ter medo de dirigir por preocupação envolvendo colisão com outros veículos na estrada). As Fobias Específicas também podem envolver preocupações acerca de perder o controle, entrar em pânico e desmaiar, ante a exposição ao objeto temido. Por exemplo, os indivíduos que temem sangue e ferimentos podem também se preocupar com a possibilidade de desmaiar, e pessoas que temem situações em ambientes fechados podem também se preocupar acerca de perder o controle e gritar.

A ansiedade é sentida quase sempre imediatamente ao confronto com o estímulo fóbico (por ex., uma pessoa com uma Fobia Específica a gatos quase que invariavelmente terá uma resposta imediata de ansiedade, quando forçada a se defrontar com um gato). O nível de ansiedade ou medo geralmente varia em função do grau de proximidade com o estímulo fóbico (por ex., o medo intensifica-se enquanto o gato aproxima-se e diminui quando o animal se afasta) e da possibilidade de fugir ao estímulo fóbico (por ex., o medo intensifica-se enquanto o elevador chega ao ponto intermediário entre os andares e diminui quando as portas são abertas no piso seguinte). Entretanto, a intensidade do temor nem sempre tem uma relação previsível com o estímulo fóbico (por ex., uma pessoa que tem medo de alturas pode experimentar um temor de intensidade variável ao cruzar a mesma ponte em diferentes ocasiões). Às vezes, Ataques de Pânico completos são experimentados em resposta ao estímulo fóbico, especialmente quando a pessoa precisa permanecer na situação ou acredita que o escape seja impossível.

Como ocorre uma ansiedade antecipatória acentuada quando o indivíduo se defronta com a necessidade de ingressar na situação fóbica, tais situações em geral são evitadas. Com menor frequência, a pessoa força-se a suportar a situação fóbica, que é vivenciada com intensa ansiedade.

Os adultos com este transtorno reconhecem o caráter excessivo ou irracional da fobia. O diagnóstico deve ser de Transtorno Delirante ao invés de Fobia Específica, no caso de um indivíduo que evita um elevador em vista de sua convicção de que este foi sabotado e que não reconhece o caráter excessivo ou irracional de seu medo. Além disso, o diagnóstico não se aplica se o medo é razoável, dado o contexto dos estímulos (por ex., medo de ser atingido por um tiro em uma área de caça ou vizinhança perigosa). O discernimento para a natureza excessiva ou irracional do medo tende a aumentar com a idade e não é exigido para o diagnóstico em crianças.

O medo de objetos ou situações circunscritas é muito comum, especialmente em crianças, mas em muitos casos o grau de prejuízo é insuficiente para indicar o diagnóstico. O diagnóstico não é feito se a fobia não interfere significativamente no funcionamento do indivíduo ou não causa sofrimento acentuado. Por exemplo, uma pessoa que tem medo de cobras a ponto de expressar intenso temor na presença delas não recebe um diagnóstico de Fobia Específica se mora em uma área onde não existem cobras, não sofre por ter medo de cobras e se o medo não restringe suas atividades.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples)

##### Subtipos

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples) \ Subtipos

Os seguintes subtipos podem ser especificados, para indicar o foco do medo ou esQUIVA na Fobia Específica (por ex., Fobia Específica, Tipo Animal).

**Tipo Animal.** Este subtipo deve ser especificado se o medo é causado por animais ou insetos; em geral tem início na infância.

**Tipo Ambiente Natural.** Este subtipo deve ser especificado se o medo é causado por objetos do ambiente natural, tais como tempestades, alturas ou água; geralmente inicia na infância.

**Tipo Sangue-Injeção-Ferimentos.** Este subtipo deve ser especificado se o medo é causado por ver sangue ou ferimentos, por receber injeção ou submeter-se a outros procedimentos médicos invasivos. Este subtipo é altamente familiar e frequentemente se caracteriza por uma vigorosa resposta vasovagal.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples) \ Subtipos**

**Tipo Situacional.** Este subtipo é especificado se o medo é causado por uma situação específica, como andar em transportes coletivos, túneis, pontes, elevadores, aviões, dirigir ou permanecer em locais fechados. Este subtipo tem uma distribuição bimodal de idade de início, com um pico na infância e outro na metade da casa dos 20 anos. Este subtipo é aparentemente similar ao Transtorno de Pânico Com Agorafobia em suas proporções características entre os sexos, padrão de agregação nas famílias e idade de aparecimento.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples) \ Subtipos**

**Outro Tipo.** Este subtipo deve ser especificado se o medo é causado por outros estímulos, que podem incluir: medo ou esquiva de situações que poderiam levar à asfixia, vômitos ou contração de uma doença; fobia a "espaço" (isto é, o indivíduo teme cair se estiver afastado de paredes ou outros meios de apoio físico), e medo de sons altos ou personagens em trajes de fantasia, em crianças.

A ordem de frequência dos subtipos nos contextos clínicos adultos, do mais ao menos freqüente, é a seguinte: Situacional, Ambiente Natural, Sangue-Injeção-Ferimentos e Animal. Em muitos casos, mais de um subtipo de Fobia Específica está presente. O fato de ter uma fobia de um determinado subtipo tende a aumentar a probabilidade de ter uma outra fobia do mesmo subtipo (por ex., medo de gatos e de cobras). Quando há mais de um subtipo, todos devem ser anotados (por ex., Fobia Específica, Tipos Animal e Ambiente Natural).

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples)**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples) \ Características e Transtornos Associados**

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** A Fobia Específica pode acarretar um estilo de vida restrito ou interferência em certas profissões, dependendo do tipo de fobia. Por exemplo, uma promoção no emprego pode ser ameaçada pela esquiva de viagens aéreas, e as atividades sociais podem ser restritas por medo de locais cheios de gente ou fechados. As Fobias Específicas com frequência ocorrem concomitantemente a outros Transtornos de Ansiedade, mas raramente são o foco de atenção clínica nestas situações. A Fobia Específica em geral está associada com menor sofrimento ou menor interferência no funcionamento do que o diagnóstico comórbido principal. Existe uma

co-ocorrência particularmente freqüente entre Fobias Específicas e Transtorno de Pânico Com Agorafobia.

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.** Uma resposta de desfalecimento vasovagal é característica de Fobias Específicas do Tipo Sangue-Injeção-Ferimentos; aproximadamente 75% destes indivíduos citam uma história de desmaios em tais situações. A resposta fisiológica caracteriza-se por uma breve aceleração inicial do ritmo cardíaco, seguida por sua desaceleração e queda da pressão sangüínea, contrastando com a aceleração habitual do ritmo cardíaco em outras Fobias Específicas. Certas condições médicas gerais podem ser exacerbadas em consequência da esquivia fóbica. Por exemplo, Fobias Específicas, Tipo Sangue-Injeção-Ferimentos, podem ter efeitos prejudiciais sobre a saúde física ou dentária, uma vez que o indivíduo se esquivia de procurar os cuidados médicos necessários. Da mesma forma, o medo de sufocar pode ter um efeito prejudicial sobre a saúde, quando a alimentação se restringe a substâncias fáceis de engolir ou quando medicamentos orais são evitados.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples)

##### **Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples) \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

O conteúdo das fobias, bem como sua prevalência variam de acordo com a cultura e etnia. Por exemplo, temores de magia ou espíritos estão presentes em muitas culturas, devendo ser considerados uma Fobia Específica apenas se o medo for excessivo no contexto desta cultura e causar prejuízo ou sofrimento significativo.

Em crianças, a ansiedade pode ser expressada por choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamento aderente. As crianças com freqüência não reconhecem que os temores são excessivos ou irracionais e raramente relatam sofrimento por terem fobias. O medo de animais e outros objetos do ambiente natural é particularmente comum e em geral é transitório na infância. Um diagnóstico de Fobia Específica não é indicado, a menos que os temores acarretem prejuízo clinicamente significativo (por ex., não querer ir à escola por medo de encontrar um cachorro na rua).

A proporção entre os sexos varia entre os diferentes tipos de Fobias Específicas. Aproximadamente 75-90% dos indivíduos com os Tipos Animal e Ambiente Natural são do sexo feminino (exceto o medo de alturas, onde a porcentagem para mulheres é de 55-70%). Da mesma forma, aproximadamente 75-90% dos indivíduos com o Tipo Situacional são mulheres. Aproximadamente 55-70% dos indivíduos

com o Tipo Sangue-Injeção-Ferimentos são mulheres.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples)**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples) \ Prevalência**

Embora sejam comuns na população geral, as fobias raramente provocam prejuízo ou sofrimento suficiente para indicar um diagnóstico de Fobia Específica. A prevalência relatada pode variar, dependendo do limiar usado para determinar prejuízo ou sofrimento e do número de tipos de fobias levantado. Em amostras comunitárias foi relatada uma taxa de prevalência anual de 9%, com taxas para toda a vida variando de 10 a 11,3%.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples)**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples) \ Curso**

A idade média de início varia de acordo com o tipo de Fobia Específica. A idade de início para a Fobia Específica, Tipo Situacional, tende a uma distribuição bimodal, com um pico na infância e um segundo pico na metade da casa dos 20 anos. As Fobias Específicas, Tipo Ambiente Natural (por ex., fobia de alturas), tendem principalmente a começar na infância, embora muitos novos casos de fobia de alturas desenvolvam-se no início da idade adulta. As idades de início para Fobias Específicas, Tipo Animal, e Fobias Específicas, Tipo Sangue-Injeção-Ferimentos, também se situam geralmente na infância.

Os fatores predisponentes para o início de Fobias Específicas incluem eventos traumáticos (tais como ser atacado por um animal ou ficar preso em um armário), Ataques de Pânico inesperados na situação futuramente temida, observação de outros sofrendo traumas ou demonstrando temor (tal como observar outros caindo de alturas ou demonstrando medo frente a animais) e transmissão de informações (por ex., alertas parentais repetidos sobre os perigos de certos animais ou cobertura de acidentes aéreos pelos meios de comunicação). Os objetos ou situações temidos tendem a envolver coisas que realmente podem representar uma ameaça ou ter representado uma ameaça em algum momento no curso da evolução humana. As fobias resultantes de eventos traumáticos ou de Ataques de

Pânico inesperados tendem a um desenvolvimento particularmente agudo. As fobias de origem traumática não têm uma idade característica de início (por ex., o medo de sufocar, que geralmente se segue a um incidente de asfixia ou quase-asfixia, pode desenvolver-se em quase qualquer idade). As fobias que persistem na idade adulta raramente apresentam remissão (em torno de 20% dos casos).

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples)**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples) \ Padrão Familiar**

Evidências preliminares sugerem uma possível agregação dentro de famílias pelo tipo de fobia (por ex., os parentes biológicos em primeiro grau de pessoas com Fobias Específicas, Tipo Animal, tendem a apresentar fobias de animais, embora não necessariamente do mesmo animal, e os parentes biológicos em primeiro grau de pessoas com Fobias Específicas, Tipo Situacional, tendem a ter fobias de situações). Os temores de sangue e ferimentos têm padrões familiares particularmente vigorosos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples)**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples) \ Diagnóstico Diferencial**

As Fobias Específicas diferem da maioria dos demais Transtornos de Ansiedade pelos níveis de ansiedade intercorrente. Tipicamente, os indivíduos com Fobia Específica, à diferença daqueles com **Transtorno de Pânico com Agorafobia**, não apresentam ansiedade invasiva, porque seu temor se limita a objetos ou situações específicos e circunscritos. Entretanto, uma antecipação ansiosa e generalizada pode emergir sob condições nas quais há maior probabilidade de defrontar-se com o estímulo fóbico (por ex., quando uma pessoa que tem medo de cobras se muda para uma área descampada) ou quando os acontecimentos da vida forçam o confronto imediato com o estímulo fóbico (por ex., quando uma pessoa que tem medo de voar é forçada pelas circunstâncias a realizar uma viagem aérea).

A diferenciação entre Fobia Específica, Tipo Situacional, e Transtorno de Pânico Com Agorafobia pode ser particularmente difícil, porque ambos os transtornos

podem incluir Ataques de Pânico e esquiva de tipos similares de situações (por ex., dirigir, voar, andar em transportes coletivos e permanecer em locais fechados). O protótipo do Transtorno de Pânico com Agorafobia caracteriza-se pelo aparecimento inicial de Ataques de Pânico inesperados e subsequente esquiva de múltiplas situações consideradas como ativadoras dos Ataques de Pânico. O protótipo da Fobia Específica, Tipo Situacional, caracteriza-se pela esquiva de situações na ausência de Ataques de Pânico recorrentes e inesperados. Algumas apresentações se enquadram a meio caminho entre esses protótipos e exigem discernimento clínico na seleção do diagnóstico mais adequado. Quatro fatores podem ser úteis para este julgamento: o foco do medo, o tipo e número de Ataques de Pânico, o número de situações evitadas e o nível de ansiedade intercorrente. Por exemplo, um indivíduo que anteriormente não temia ou evitava elevadores tem um Ataque de Pânico em um elevador e começa a ter medo de ir ao emprego, em vista da necessidade de tomar o elevador até seu escritório, no 24º andar. Se este indivíduo depois passa a ter Ataques de Pânico apenas em elevadores (mesmo que o foco do temor se concentre no Ataque de Pânico), então um diagnóstico de Fobia Específica pode ser apropriado. Se, entretanto, o indivíduo experimenta Ataques de Pânico inesperados em outras situações e começa a evitar ou suportar com pavor outras situações em razão do medo de um Ataque de Pânico, então se indica um diagnóstico de Transtorno de Pânico com Agorafobia. Além disso, a presença de uma apreensão invasiva acerca de ter um Ataque de Pânico mesmo sem prever a exposição a uma situação fóbica também apóia um diagnóstico de Transtorno de Pânico com Agorafobia. Se o indivíduo tem Ataques de Pânico inesperados também em outras situações, mas sem desenvolver qualquer esquiva ou enfrentamento com pavor, então o diagnóstico apropriado é Transtorno de Pânico Sem Agorafobia.

Às vezes se justificam diagnósticos concomitantes de Fobia Específica e Transtorno de Pânico Com Agorafobia. Nestes casos, pode ser útil levar em conta o foco da preocupação do indivíduo acerca da situação fóbica. Por exemplo, a esquiva a estar desacompanhado em vista de uma preocupação com Ataques de Pânico inesperados indica um diagnóstico de Transtorno de Pânico Com Agorafobia (se outros critérios são satisfeitos), enquanto a esquiva fóbica adicional a viagens aéreas, se decorrente de preocupações com mau tempo e acidentes, pode indicar um diagnóstico adicional de Fobia Específica.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples) \ Diagnóstico Diferencial

A Fobia Específica e a **Fobia Social** podem ser diferenciadas com base no foco dos temores. Por exemplo, a esquiva de comer em um restaurante pode estar baseada em preocupações acerca da avaliação negativa de outros (isto é, Fobia Social) ou em preocupações acerca de uma asfixia (isto é, Fobia Específica).

Contrastando com a Fobia Específica, a esquiva no **Transtorno de Estresse Pós-Traumático** segue-se a um estressor que oferece risco de vida e se acompanha de características adicionais (por ex., reexperiência do trauma e afeto



restrito). No **Transtorno Obsessivo-Compulsivo**, a esquiva está associada ao conteúdo da obsessão (por ex., sujeira, contaminação). Em indivíduos com **Transtorno de Ansiedade de Separação**, um diagnóstico de Fobia Específica não é dado se o comportamento de esquiva se restringe exclusivamente a temores de separação de pessoas de vinculação do indivíduo. Além disso, as crianças com Transtorno de Ansiedade de Separação com frequência apresentam temores exagerados de pessoas ou eventos (por ex., de assaltantes, ladrões, seqüestradores, acidentes automobilísticos, viagens aéreas) que podem ameaçar a integridade da família. Um diagnóstico em separado de Fobia Específica raramente seria indicado.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples) \ Diagnóstico Diferencial

A diferenciação entre **Hipocondria** e uma **Fobia Específica, Outro Tipo** (isto é, esquiva de situações que podem levar a contrair uma doença), depende da presença ou ausência de convicção acerca da existência da doença. Os indivíduos com **Hipocondria** temem ter uma doença, ao passo que os indivíduos com uma **Fobia Específica** temem contrair uma doença (mas não crêem que esta já esteja presente). Em indivíduos com **Anorexia Nervosa** e **Bulimia Nervosa**, um diagnóstico de Fobia Específica não é feito se o comportamento de esquiva se limita exclusivamente à esquiva de alimentos e indicadores relacionadas a alimentos. Um indivíduo com **Esquizofrenia** ou **outro Transtorno Psicótico** pode evitar certas atividades em resposta a delírios, mas não reconhece que o medo é excessivo ou irracional.

Temores são muito comuns, particularmente na infância, mas não indicam um diagnóstico de Fobia Específica, a menos que haja uma interferência significativa no funcionamento social, educacional ou ocupacional, ou acentuado sofrimento por ter a fobia.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.2 - 300.29 Fobia Específica (anteriormente Fobia Simples) \ Diagnóstico Diferencial

##### Critérios Diagnósticos para F40.2 - 300.29 Fobia Específica

**A. Medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, revelado pela presença ou antecipação de um objeto ou situação fóbica (por ex., voar, alturas, animais, tomar uma injeção, ver sangue).**

**B. A exposição ao estímulo fóbico provoca, quase que invariavelmente, uma resposta imediata de ansiedade, que pode assumir a forma de um Ataque de Pânico ligado à situação ou predisposto pela situação.**

**Nota:** Em crianças, a ansiedade pode ser expressada por choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamento aderente.

C. O indivíduo reconhece que o medo é excessivo ou irracional.

**Nota:** Em crianças, esta característica pode estar ausente.

D. A situação fóbica (ou situações) é evitada ou suportada com intensa ansiedade ou sofrimento.

E. A esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação temida (ou situações) interfere significativamente na rotina normal do indivíduo, em seu funcionamento ocupacional (ou acadêmico) ou em atividades ou relacionamentos sociais, ou existe acentuado sofrimento acerca de ter a fobia.

F. Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração mínima é de 6 meses.

G. A ansiedade, os Ataques de Pânico ou a esquiva fóbica associados com o objeto ou situação específica não são melhor explicados por outro transtorno mental, como

Transtorno Obsessivo-Compulsivo (por ex., medo de sujeira em alguém com uma obsessão de contaminação),

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., esquiva de estímulos associados a um estressor severo),

Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., esquiva da escola), Fobia Social (por ex., esquiva de situações sociais em vista do medo do embaraço),

Transtorno de Pânico Com Agorafobia ou Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico.

**Especificar tipo:**

Tipo Animal.

Tipo Ambiente Natural (por ex., alturas, tempestades, água).

Tipo Sangue-Injeção-Ferimentos.

Tipo Situacional (por ex., aviões, elevadores, locais fechados).

Outro Tipo (por ex., esquiva fóbica de situações que podem levar a asfixia, vômitos ou a contrair uma doença; em crianças, esquiva de sons altos ou personagens vestidos com trajes de fantasia).

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade

### F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social)

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social)

APÊNDICE D(108)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social )

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social ) \ Características Diagnósticas

A característica essencial da Fobia Social é um medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho nas quais o indivíduo poderia sentir embaraço (Critério A). A exposição à situação social ou de desempenho provoca, quase que invariavelmente, uma resposta imediata de ansiedade (Critério B). Esta resposta pode assumir a forma de um Ataque de Pânico ligado à situação ou predisposto pela situação (ver p. 376). Embora adolescentes e adultos com este transtorno reconheçam que seu medo é excessivo ou irracional (Critério C), isto pode não ocorrer com crianças. Mais comumente, a situação social ou de desempenho é evitada, embora às vezes seja suportada com pavor (Critério D). O diagnóstico é apropriado apenas se a esquiva, o medo ou a antecipação ansiosa quanto a deparar-se com a situação social ou de desempenho interferem significativamente na rotina diária, funcionamento ocupacional ou vida social do indivíduo, ou se a pessoa sofre acentuadamente por ter uma fobia (Critério E). Em indivíduos com menos de 18 anos, os sintomas devem ter persistido por pelo menos 6 meses antes de se fazer o diagnóstico de Fobia Social (Critério F). O medo ou esquiva não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno Dismórfico Corporal, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou Transtorno da Personalidade Esquizóide) (Critério G). Se um outro transtorno mental ou condição médica geral está presente (por ex., Tartamudez, doença de Parkinson, Anorexia Nervosa), o medo ou a esquiva não se limitam à preocupação com seu impacto social (Critério H).

Nas situações sociais ou de desempenho temidas, os indivíduos com Fobia Social experimentam preocupações acerca de embaraço e temem que outros os considerem ansiosos, débeis, "malucos" ou estúpidos. Eles podem ter medo de falar em público em virtude da preocupação de que os outros percebam o tremor em suas mãos ou voz ou podem experimentar extrema ansiedade ao conversar com outras pessoas pelo medo de parecer que não sabem se expressar. Eles podem esquivar-se de comer, beber ou escrever em público, pelo medo de sentirem embaraço se os outros perceberem suas mãos trêmulas. Os indivíduos com Fobia Social quase sempre experimentam sintomas de ansiedade (por ex., palpitações, tremores, sudorese, desconforto gastrointestinal, diarreia, tensão muscular, rubor facial, confusão) nas situações sociais temidas e, em casos severos, esses sintomas podem satisfazer os critérios para um Ataque de Pânico

(ver p. 377). O rubor facial pode ser mais típico de Fobia Social.

Os adultos com Fobia Social reconhecem que o medo é excessivo ou irracional, embora isto nem sempre ocorra com crianças. Por exemplo, o diagnóstico seria de Transtorno Delirante ao invés de Fobia Social para um indivíduo que evita comer em público por causa de uma convicção de que será observado pela polícia e não reconhece que seu medo é excessivo ou irracional. Além disso, o diagnóstico não se aplica se o medo é razoável no contexto dos estímulos (por ex., medo de ser chamado para responder em aula, quando não está preparado).

O indivíduo com Fobia Social tipicamente evita as situações temidas. Com menor frequência, força-se a suportar a situação social ou de desempenho, porém o faz com intensa ansiedade. A ansiedade antecipatória acentuada também pode ocorrer bem antes do advento das situações sociais ou públicas (por ex., preocupação todos os dias, por várias semanas, antes de comparecer a um evento social). Pode haver um círculo vicioso de ansiedade antecipatória levando à cognição temerosa e sintomas de ansiedade nas situações temidas, que levam a um fraco desempenho, real ou percebido, nessas situações, levando, por sua vez, ao embaraço e maior ansiedade antecipatória acerca das situações temidas, e assim por diante.

O medo ou a esquiva devem interferir significativamente na rotina normal, no funcionamento ocupacional ou acadêmico ou em atividades ou relacionamentos sociais, ou o indivíduo pode experimentar acentuado sofrimento por ter a fobia. Por exemplo, uma pessoa que teme falar em público não recebe diagnóstico de Fobia Social se esta atividade não é encontrada rotineiramente em seu emprego ou sala de aula, nem se a pessoa não sofre particularmente com isso. Temores de se sentir embaraçado em situações sociais são comuns, mas geralmente o grau de sofrimento ou prejuízo é insuficiente para indicar um diagnóstico de Fobia Social. A ansiedade ou esquiva social transitória é especialmente comum na infância e adolescência (por ex., uma adolescente pode esquivar-se de comer em frente aos rapazes por um curto período de tempo, reassumindo depois o comportamento habitual). Em indivíduos com menos de 18 anos, apenas sintomas que persistem por pelo menos 6 meses qualificam-se para o diagnóstico de Fobia Social.

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social )

### Especificador

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social ) \ Especificador

**Generalizada.** Este especificador pode ser atribuído quando os temores estão relacionados à maioria das situações sociais (por ex., iniciar ou manter conversas, participar de pequenos grupos, encontrar-se com pessoa do sexo oposto, falar

com figuras de autoridade, comparecer a festas). Os indivíduos com Fobia Social, Generalizada, em geral temem situações de desempenho em público e situações de interação social. Uma vez que os indivíduos com Fobia Social com frequência não relatam espontaneamente toda a faixa de seus temores sociais, o clínico pode revisar com eles uma lista de situações sociais e de desempenho. Os indivíduos cujas manifestações clínicas não satisfazem a definição de Generalizada compõem um grupo heterogêneo, que inclui os que temem uma única situação de desempenho, bem como aqueles que temem várias, mas não a maioria das situações sociais. Os indivíduos com Fobia Social, Generalizada, podem estar mais propensos a manifestar déficits nas habilidades sociais e a ter severo prejuízo social e ocupacional.

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social )

### Características e Transtornos Associados

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social ) \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** As características comumente associadas à Fobia Social incluem hipersensibilidade a críticas, avaliações negativas ou rejeição; dificuldade em ser afirmativo e baixa auto-estima ou sentimento de inferioridade. Os indivíduos com Fobia Social em geral também têm medo de serem indiretamente avaliados por outras pessoas, como, por exemplo, ao submeterem-se a exames. Eles podem manifestar fracas habilidades sociais (por ex., fraco contato visual direto) ou sinais observáveis de ansiedade (por ex., mãos frias e úmidas, tremores, voz vacilante). Os indivíduos com Fobia Social com frequência têm más notas na escola devido à ansiedade frente a testes ou esquiva da participação em sala de aula. Eles podem ter fraco desempenho no trabalho, por causa da ansiedade durante o trabalho em grupo, em público ou com figuras de autoridade e colegas, ou esquiva destas situações. As pessoas com Fobia Social muitas vezes dispõem de redes diminuídas de apoio social e têm menor probabilidade de casar. Em casos mais severos, os indivíduos podem abandonar os estudos, perder o emprego e não procurar outro em virtude da dificuldade em entrevistas, não ter amigos ou apegar-se a relacionamentos insatisfatórios, evitar encontros românticos por completo ou permanecer com sua família de origem.

A Fobia Social pode estar associada com Transtorno de Pânico com Agorafobia, Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtornos do Humor, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtorno de Somatização, geralmente precedendo esses transtornos. Em amostras clínicas, o Transtorno da Personalidade Esquiva com frequência está presente em indivíduos com Fobia Social, Generalizada.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Achados laboratoriais associados.** Comparados com os que têm Transtorno de Pânico, os indivíduos com Fobia Social estão menos propensos a desenvolver um Ataque de Pânico em resposta à infusão de lactato de sódio ou inalação de dióxido de carbono. Este achado apóia a diferenciação entre Fobia Social e Transtorno de Pânico, embora nenhum desses achados seja considerado diagnóstico desses transtornos.

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social )

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social ) \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

A apresentação clínica e o prejuízo resultante podem diferir entre as culturas, dependendo das exigências sociais. Em certas culturas (por ex., Japão e Coréia), os indivíduos com Fobia Social podem desenvolver medos persistentes e excessivos de ofender outras pessoas em situações sociais, ao invés do medo do embaraço. Esses temores podem tomar a forma de uma ansiedade extrema de que o fato de corar, o contato visual direto ou o odor do próprio corpo ofendam outras pessoas (taijin kyofusho, no Japão).

Em crianças, pode haver choro, ataques de raiva, imobilidade, comportamento aderente ou permanência junto a uma pessoa familiar, podendo a inibição das interações chegar ao ponto do mutismo. Crianças pequenas podem mostrar-se excessivamente tímidas em contextos sociais estranhos, retraindo-se do contato, recusando-se a participar em brincadeiras de grupo, permanecendo tipicamente na periferia das atividades sociais e tentando permanecer próximas a adultos conhecidos. À diferença dos adultos, as crianças com Fobia Social em geral não têm a opção de evitar completamente as situações temidas e podem ser incapazes de identificar a natureza de sua ansiedade. Elas podem apresentar declínio no rendimento escolar, recusa à escola ou esquiva de atividades sociais e encontros adequados à idade. Para este diagnóstico em crianças, deve haver evidências de que são capazes de relacionar-se socialmente com pessoas familiares e a ansiedade social deve ocorrer em contextos envolvendo seus pares, não apenas em interações com adultos. Em vista do início precoce e curso crônico do transtorno, o prejuízo em crianças tende a assumir a forma de um fracasso em atingir o nível esperado de funcionamento, ao invés de um declínio a partir de um nível mais elevado. Em contraste, quando o início ocorre na adolescência, o transtorno pode provocar declínio no desempenho social e acadêmico.

Estudos epidemiológicos e comunitários sugerem que a Fobia Social é mais comum em mulheres do que em homens. Na maioria das amostras clínicas, entretanto, ou os sexos são igualmente representados, ou a maioria dos pacientes

é do sexo masculino.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social )**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social ) \ Prevalência**

Estudos epidemiológicos e comunitários relataram uma prevalência durante a vida variando de 3 a 13%, para a Fobia Social. A prevalência relatada pode variar, dependendo do limiar usado para determinar sofrimento ou prejuízo e do número de tipos de situações sociais especificamente levantados. Em um estudo, 20% citavam medo excessivo de falar ou desempenhar em público, mas apenas 2% pareciam experimentar suficiente prejuízo ou sofrimento para indicar um diagnóstico de Fobia Social. Na população geral, a maioria dos indivíduos com Fobia Social teme falar em público, enquanto um pouco menos da metade teme falar com estranhos ou conhecer novas pessoas. Outros medos relacionados ao desempenho (por ex., comer, beber ou escrever em público, ou usar um banheiro público) parecem ser menos comuns. Em contextos clínicos, a grande maioria das pessoas com Fobia Social teme mais de um tipo de situação social. A Fobia Social raramente é motivo de hospitalização. Em clínicas ambulatoriais, os índices de Fobia Social variam de 10 a 20% dos indivíduos com Transtornos de Ansiedade, com ampla variação de acordo com o local.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social )**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social ) \ Curso**

A Fobia Social tipicamente inicia em uma fase intermediária da adolescência, às vezes emergindo a partir de uma história de inibição social ou timidez na infância. Alguns indivíduos relatam um início em uma fase precoce da infância. O início pode seguir-se abruptamente a uma experiência estressante ou humilhante, ou pode ser insidioso. O curso da Fobia Social freqüentemente é contínuo. A duração comumente é vitalícia, embora o transtorno possa ter sua gravidade atenuada ou remitir durante a idade adulta. A gravidade do prejuízo pode flutuar de acordo com os estressores e exigências da vida. A Fobia Social pode diminuir, por exemplo, depois que uma pessoa com medo de ter encontros com o sexo oposto se casa, e ressurgir após a morte do cônjuge. Uma promoção no emprego para um posto que

exige que o indivíduo fale em público pode acarretar o surgimento da Fobia Social em alguém que antes jamais precisou estar em tal situação.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social )**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social ) \ Padrão Familiar**

A Fobia Social parece ocorrer com maior frequência entre os parentes biológicos em primeiro grau dos indivíduos com o transtorno, em comparação com a população geral.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social )**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social ) \ Diagnóstico Diferencial**

Os indivíduos que apresentam tanto Ataques de Pânico quanto esquiva social às vezes representam um problema diagnóstico particularmente difícil. O **Transtorno de Pânico Com Agorafobia** caracteriza-se por iniciar com Ataques de Pânico inesperados e subsequente esquiva de múltiplas situações que tendem a ativar os Ataques de Pânico. Embora as situações sociais possam ser evitadas no Transtorno de Pânico porque o indivíduo teme ser visto tendo Ataques de Pânico, o transtorno caracteriza-se por Ataques de Pânico recorrentes e inesperados que não se restringem às situações sociais, e o diagnóstico de Fobia Social não é feito quando o único temor social é de ser visto ao ter um Ataque de Pânico. O protótipo da Fobia Social caracteriza-se pela esquiva de situações sociais na ausência de Ataques de Pânico recorrentes e inesperados. Os Ataques de Pânico, quando ocorrem, tomam a forma de ataques ligados a uma situação ou predispostos por uma situação (por ex., uma pessoa com medo de sentir embaraço ao falar em público tem Ataques de Pânico apenas quando está falando em público ou em outras situações sociais). Alguns quadros ficam a meio caminho entre esses protótipos e exigem discernimento clínico na seleção do diagnóstico mais apropriado. Por exemplo, um indivíduo que anteriormente não tinha medo de falar em público tem um Ataque de Pânico enquanto profere uma palestra e começa a temer este tipo de situação. Se este indivíduo depois tem Ataques de Pânico apenas em situações de desempenho em público (mesmo que o foco do temor seja o pânico), então se aplica um diagnóstico de Fobia Social. Se, entretanto, o



indivíduo passa a ter Ataques de Pânico inesperados, então um diagnóstico de Transtorno de Pânico Com Agorafobia é indicado. Caso sejam satisfeitos os critérios tanto para Fobia Social quanto para Transtorno de Pânico, ambos os diagnósticos podem ser dados. Por exemplo, um indivíduo que durante toda a vida apresenta medo e esquiva da maioria das situações sociais (Fobia Social) posteriormente desenvolve Ataques de Pânico em situações não-sociais e uma variedade de comportamentos adicionais de esquiva (Transtorno de Pânico Com Agorafobia).

A esquiva de situações pelo medo de uma possível humilhação é altamente proeminente na Fobia Social, mas às vezes pode ocorrer no **Transtorno de Pânico Com Agorafobia** e na **Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico**. As situações evitadas na Fobia Social restringem-se àquelas envolvendo um possível escrutínio por outras pessoas. Os temores na Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico tipicamente envolvem agrupamentos característicos de situações que podem ou não envolver o escrutínio por outros (por ex., estar sozinho fora de casa ou estar sozinho em casa; estar sobre uma ponte ou em um elevador; viajar de ônibus, trem, automóvel ou avião). O papel de um acompanhante também pode ser útil na diferenciação entre Fobia Social e Agorafobia (com e sem Transtorno de Pânico). Tipicamente, os indivíduos com esquiva agorafóbica preferem estar com um acompanhante em quem confiam quando estão na situação temida, enquanto os indivíduos com Fobia Social podem ter uma acentuada ansiedade antecipatória, mas caracteristicamente não têm Ataques de Pânico quando estão sozinhos. Uma pessoa com Fobia Social que tem medo de ficar em lojas cheias de gente sentiria que está sendo observada estando ou não acompanhada, podendo sentir-se menos ansiosa sem a carga extra de uma possível observação também pelo acompanhante.

As crianças com **Transtorno de Ansiedade de Separação** podem esquivar-se de contextos sociais devido a preocupações acerca de serem separadas de seu responsável primário, preocupações com o embarço pela necessidade de saírem antes da hora de determinados locais a fim de voltarem para casa, ou preocupações acerca da necessidade da presença de um dos pais quando isto é inadequado, em termos evolutivos. Em geral, não se indica um diagnóstico de Fobia Social em separado. As crianças com Transtorno de Ansiedade de Separação em geral se sentem à vontade em situações sociais em suas próprias casas, ao passo que as com Fobia Social exibem sinais de desconforto mesmo quando as situações sociais temidas ocorrem em suas casas.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) \ Diagnóstico Diferencial

Embora o medo de embarço ou humilhação possa estar presente no **Transtorno de Ansiedade Generalizada** ou na **Fobia Específica** (por ex., embarço por desmaiar ao extrair sangue), este não é o foco principal do medo ou ansiedade do indivíduo. As crianças com Transtorno de Ansiedade Generalizada têm preocupações excessivas quanto à qualidade de seu desempenho, mesmo quando não estão

sendo avaliadas, enquanto na Fobia Social a potencial avaliação por outras pessoas é a chave para a ansiedade.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) \ Diagnóstico Diferencial**

Em um **Transtorno Invasivo do Desenvolvimento** e no **Transtorno da Personalidade Esquizóide**, as situações sociais são evitadas em razão de falta de interesse em relacionar-se com outros indivíduos. Em contrapartida, os indivíduos com Fobia Social têm capacidade e interesse por relacionamentos sociais com pessoas que lhes são familiares. Para qualificar-se a um diagnóstico de Fobia Social, a criança deve ter pelo menos um relacionamento social adequado à idade com alguém de fora da família imediata (por ex., uma criança que sente desconforto em encontros sociais e evita essas situações, mas demonstra um interesse ativo e possui um relacionamento com um amiguinho da mesma idade).

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) \ Diagnóstico Diferencial**

O **Transtorno da Personalidade Esquiva** compartilha diversas características da Fobia Social e parece sobrepor-se extensamente à Fobia Social, Generalizada. Para os indivíduos com Fobia Social, Generalizada, cabe considerar o diagnóstico adicional de Transtorno da Personalidade Esquiva.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) \ Diagnóstico Diferencial**

A ansiedade social e a esquiva de situações sociais são **características associadas de muitos outros transtornos mentais** (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico, Esquizofrenia, Transtorno Dismórfico Corporal). Se os sintomas de ansiedade ou esquiva social ocorrem apenas durante o curso de um outro transtorno mental e são melhor explicados por esse transtorno, não se faz o diagnóstico adicional de Fobia Social.

Os indivíduos com Fobia Social podem estar vulneráveis a uma piora na ansiedade e esquiva social em virtude de uma condição médica geral ou transtorno mental com sintomas potencialmente embaraçosos (por ex., tremor na doença de Parkinson, comportamento alimentar anormal na Anorexia Nervosa, obesidade, estrabismo ou cicatrizes faciais). Entretanto, se a ansiedade e esquiva social estão limitadas a preocupações acerca da condição médica geral ou transtorno mental, por convenção, o diagnóstico de Fobia Social não é feito. Se a esquiva social é clinicamente significativa, pode-se dar um diagnóstico separado de **Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação**.

A **ansiedade de desempenho**, o **medo do palco** e a **timidez** em situações sociais que envolvem pessoas estranhas são comuns e não devem ser diagnosticados como Fobia Social, a menos que a ansiedade ou esquiva tragam prejuízo clinicamente significativo ou sofrimento acentuado. As crianças em geral exibem

ansiedade social, particularmente quando interagem com adultos estranhos. Um diagnóstico de Fobia Social não deve ser feito em crianças, a menos que a ansiedade social também seja evidente com seus pares e persista por pelo menos 6 meses.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F40.1 - 300.23 Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios Diagnósticos para F40.1 - 300.23 Fobia Social**

**A. Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, onde o indivíduo é exposto a pessoas estranhas ou ao possível escrutínio por outras pessoas. O indivíduo teme agir de um modo (ou mostrar sintomas de ansiedade) que lhe seja humilhante e embaraçoso.**

**Nota:** Em crianças, deve haver evidências de capacidade para relacionamentos sociais adequados à idade com pessoas que lhes são familiares e a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, não apenas em interações com adultos.

**B. A exposição à situação social temida quase que invariavelmente provoca ansiedade, que pode assumir a forma de um Ataque de Pânico ligado a situação ou predisposto por situação.**

**Nota:** Em crianças, a ansiedade pode ser expressada por choro, ataques de raiva, imobilidade ou afastamento de situações sociais com pessoas estranhas.

**C. A pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional.**

**Nota:** Em crianças, esta característica pode estar ausente.

**D. As situações sociais e de desempenho temidas são evitadas ou suportadas com intensa ansiedade ou sofrimento.**

**E. A esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação social ou de desempenho temida interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (acadêmico), atividades sociais ou relacionamentos do indivíduo, ou existe sofrimento acentuado por ter a fobia.**

**F. Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração é de no mínimo 6 meses.**

**G. O temor ou esquiva não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral nem é melhor explicado por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Pânico Com ou Sem Agorafobia, Transtorno de Ansiedade de Separação,**

Transtorno Dismórfico Corporal, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou Transtorno da Personalidade Esquizóide).

H. Em presença de uma condição médica geral ou outro transtorno mental, o medo no Critério A não tem relação com estes; por ex., o medo não diz respeito a Tartamudez, tremor na doença de Parkinson ou apresentação de um comportamento alimentar anormal na Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa.

**Especificar se:**

Generalizada: se os temores incluem a maioria das situações sociais (considerar também o diagnóstico adicional de Transtorno da Personalidade Esquiva).

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade

### F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo

APÊNDICE D(109)

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo

### Características Diagnósticas

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo \ Características Diagnósticas

As características essenciais do Transtorno Obsessivo-Compulsivo são obsessões ou compulsões recorrentes (Critério A) suficientemente severas para consumirem tempo (isto é, consomem mais de uma hora por dia) ou causar sofrimento acentuado ou prejuízo significativo (Critério C). Em algum ponto durante o curso do transtorno, o indivíduo reconheceu que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais (Critério B). Em presença de outro transtorno do Eixo I, o conteúdo das obsessões ou compulsões não se restringe a ele (Critério D). A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (Critério E).

As obsessões são idéias, pensamentos, impulsos ou imagens persistentes, que são vivenciados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento. A qualidade intrusiva e inadequada das obsessões é chamada de "ego-distônica". O termo refere-se ao sentimento do indivíduo de que o conteúdo da obsessão é estranho, não está dentro de seu próprio controle nem é a espécie

de pensamento que ele esperaria ter. Entretanto, ele é capaz de reconhecer que as obsessões são produto de sua própria mente e não impostas a partir do exterior (como na inserção de pensamento).

As obsessões mais comuns são pensamentos repetidos acerca de contaminação (por ex., ser contaminado em apertos de mãos), dúvidas repetidas (por ex., imaginar se foram executados certos atos, tais como ter machucado alguém em um acidente de trânsito ou ter deixado uma porta destrancada), uma necessidade de organizar as coisas em determinada ordem (por ex., intenso sofrimento quando os objetos estão desordenados ou assimétricos), impulsos agressivos ou horrorizantes (por ex., de machucar o próprio filho ou gritar uma obscenidade na igreja) e imagens sexuais (por ex., uma imagem pornográfica recorrente). Os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas acerca de problemas da vida real (por ex., preocupação com dificuldades atuais, como problemas financeiros, profissionais ou escolares) e não tendem a estar relacionados a um problema da vida real.

O indivíduo com obsessões em geral tenta ignorar ou suprimir esses pensamentos ou impulsos ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação (isto é, uma compulsão). Um indivíduo assaltado por dúvidas acerca de ter desligado o gás do fogão, por exemplo, procura neutralizá-las verificando repetidamente para assegurar-se de que o fogão está desligado.

As **compulsões** são comportamentos repetitivos (por ex., lavar as mãos, ordenar, verificar) ou atos mentais (por ex., orar, contar, repetir palavras em silêncio) cujo objetivo é prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento, ao invés de oferecer prazer ou gratificação. Na maioria dos casos, a pessoa sente-se compelida a executar a compulsão para reduzir o sofrimento que acompanha uma obsessão ou para evitar algum evento ou situação temidos. Por exemplo: os indivíduos com obsessões de contaminação podem reduzir seu sofrimento mental lavando as mãos a ponto de irritarem a pele; os indivíduos afligidos por obsessões de terem deixado uma porta destrancada podem ser levados a verificar repetidamente a fechadura, em intervalos de minutos; indivíduos afligidos por pensamentos blasfemos e indesejados podem encontrar alívio contando até 10 em ordem crescente e decrescente, 100 vezes por cada pensamento. Em alguns casos, os indivíduos realizam atos rígidos ou estereotipados de acordo com regras idiossincronicamente elaboradas, sem serem capazes de indicar por que os estão executando. Por definição, as compulsões ou são claramente excessivas, ou não têm conexão realista com o que visam a neutralizar ou evitar. As compulsões mais comuns envolvem lavar e limpar, contar, verificar, solicitar ou exigir garantias, repetir ações e colocar objetos em ordem.

Por definição, os adultos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo reconheceram, em algum ponto, que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais. Esta exigência não se aplica a crianças, pois lhes falta consciência cognitiva suficiente para tal discernimento. Entretanto, mesmo em adultos, existe uma ampla faixa de insight quanto à racionalidade das obsessões e compulsões. Alguns indivíduos não têm certeza quanto à racionalidade de suas obsessões ou

compulsões, podendo o insight de um determinado indivíduo variar em diferentes momentos e situações. Por exemplo, a pessoa pode reconhecer que uma compulsão de contaminação é irracional ao discuti-la em uma "situação segura" (por ex., no consultório do terapeuta), mas não quando forçada a manusear dinheiro. Nos momentos em que o indivíduo reconhece que as obsessões e compulsões são irrealistas, ele pode desejar ou tentar resistir a elas. Ao fazê-lo, pode ter a sensação de crescente ansiedade ou tensão, freqüentemente aliviadas cedendo à compulsão. No curso do transtorno, após repetidos fracassos em resistir às obsessões ou compulsões, o indivíduo pode ceder a elas, não mais experimentar um desejo de resistir e incorporá-las em suas rotinas diárias.

As obsessões ou compulsões devem causar acentuado sofrimento, consumir tempo (mais de 1 hora por dia) ou interferir significativamente na rotina normal, funcionamento ocupacional, atividades sociais habituais ou relacionamentos do indivíduo. As obsessões ou compulsões podem substituir um comportamento útil e gratificante e perturbar em muito o funcionamento geral. Uma vez que intrusões obsessivas podem provocar distração, elas freqüentemente resultam em desempenho ineficiente em tarefas cognitivas que exigem concentração, tais como leitura situações que provocam obsessões ou compulsões. Esta esquivas pode tornar-se extensiva e restringir severamente o funcionamento geral.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

**Especificador**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo \ Especificador**

**Com Insight Pobre.** Este especificador pode ser aplicado quando, na maior parte do tempo durante o episódio atual, o indivíduo não reconhece que as obsessões ou compulsões são excessivas e irracionais.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo \ Características e Transtornos Associados**

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** Freqüentemente, existe esquivas de situações que envolvam o conteúdo das obsessões, tais como sujeira ou contaminação. Por exemplo, uma pessoa com obsessões envolvendo

sujeira pode evitar banheiros públicos ou cumprimentar a estranhos. Preocupações hipocondríacas são comuns, com repetidas consultas a médicos em busca de garantias. Culpa, um sentimento patológico de responsabilidade e perturbações do sono podem estar presentes. Pode haver uso excessivo de álcool ou medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. A execução das compulsões pode tornar-se uma importante atividade na vida da pessoa, levando a sérias deficiências no relacionamento conjugal, ocupacional ou social. A esquiva generalizada pode confinar o indivíduo ao lar.

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo pode estar associado com Transtorno Depressivo Maior, outros Transtornos de Ansiedade (Fobia Específica, Fobia Social, Transtorno de Pânico), Transtornos Alimentares e Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva. Existe uma alta incidência de Transtorno Obsessivo-Compulsivo em indivíduos com Transtorno de Tourette, com estimativas variando de 33 a 50 %. A incidência de Transtorno de Tourette no Transtorno Obsessivo-Compulsivo é menor, com estimativas variando entre 5 e 7%. Vinte a 30% dos indivíduos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo relatam tiques atuais ou passados.

**Achados laboratoriais associados.** Não foram identificados achados laboratoriais diagnósticos de Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Entretanto, foram encontrados achados laboratoriais anormais em grupos de indivíduos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo, relativamente aos sujeitos-controle. Existem evidências de que alguns agonistas da serotonina, dados de uma forma aguda, provocam aumento dos sintomas em alguns indivíduos com o transtorno. Os indivíduos com o transtorno podem apresentar maior atividade autonômica quando confrontados, em laboratório, com circunstâncias que ativam uma obsessão. A reatividade fisiológica diminui após a execução das compulsões.

**Achados ao exame físico e condições médicas associadas.** Problemas dermatológicos causados por lavagens excessivas com água ou agentes cáusticos de limpeza podem ser observados.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

### **Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

O comportamento ritual prescrito pela cultura não indica, em si mesmo, um Transtorno Obsessivo-Compulsivo, a menos que exceda as normas culturais, ocorra em momentos e locais considerados impróprios por outros indivíduos da mesma cultura e interfira no funcionamento social. Importantes transições vitais e

o luto podem levar a uma intensificação do comportamento ritualístico, podendo parecer uma obsessão ao clínico não familiarizado com o contexto cultural.

As apresentações do Transtorno Obsessivo-Compulsivo em crianças geralmente são similares àquelas da idade adulta. Lavagens, verificação e rituais de organização são particularmente comuns em crianças. As crianças em geral não solicitam ajuda, e os sintomas podem não ser ego-distônicos. Com maior frequência, o problema é identificado pelos pais, que levam a criança a tratamento. Declínios graduais no rendimento escolar, secundários ao prejuízo da capacidade de concentração, têm sido relatados. Como os adultos, as crianças tendem mais a envolver-se em rituais em casa do que na frente de seus pares, de professores ou estranhos.

Este transtorno é igualmente comum nos dois sexos.

### **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

#### **Prevalência**

### **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo \ Prevalência**

Embora o Transtorno Obsessivo-Compulsivo anteriormente fosse considerado relativamente raro na população geral, estudos comunitários mais recentes estimaram uma prevalência durante a vida de 2,5% e uma prevalência anual de 1,5-2,1%.

### **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

#### **Curso**

### **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo \ Curso**

Embora o Transtorno Obsessivo-Compulsivo em geral inicie na adolescência ou começo da idade adulta, ele pode aparecer na infância. A idade modal de início é mais precoce para os homens, a saber, entre os 6 e os 15 anos para os homens e entre os 20 e os 29 anos para as mulheres. Com maior frequência, o início é gradual, mas um início agudo é observado em alguns casos. A maioria dos indivíduos tem um curso crônico de vaivém dos sintomas, com exacerbações possivelmente relacionadas ao estresse. Cerca de 15% apresentam deterioração progressiva no funcionamento profissional e social. Cerca de 5% têm um curso



episódico, com sintomas mínimos ou ausentes entre os episódios.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo \ Padrão Familiar**

A taxa de concordância para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo é maior entre os gêmeos monozigóticos do que nos dizigóticos. A taxa de Transtorno Obsessivo-Compulsivo é maior do que na população geral, nos parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo e em parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Transtorno de Tourette.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo \ Diagnóstico Diferencial**

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo deve ser diferenciado de um **Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral**. O diagnóstico é de Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral quando as obsessões ou compulsões são consideradas consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (ver [p. 436](#)). Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Um **Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância** é diferenciado do Transtorno Obsessivo-Compulsivo pelo fato de que uma substância (droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) está etiológicamente relacionada às obsessões ou compulsões (ver [p. 418](#)).

Pensamentos, impulsos, imagens ou comportamentos recorrentes ou intrusivos podem ocorrer no contexto de muitos outros transtornos mentais. O Transtorno Obsessivo-Compulsivo não é diagnosticado se o conteúdo dos pensamentos ou atividades está relacionado exclusivamente a um outro transtorno mental (por ex., preocupação com a aparência no **Transtorno Dismórfico Corporal**, preocupação com um objeto ou situação temida na **Fobia Específica** ou **Fobia Social**, puxar os cabelos na **Tricotilomania**). Um diagnóstico adicional de Transtorno Obsessivo-Compulsivo pode ser indicado se existem obsessões ou compulsões cujo conteúdo não está relacionado ao outro transtorno mental.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo \ Diagnóstico Diferencial**

Em um **Episódio Depressivo Maior**, a preocupação persistente com circunstâncias potencialmente desagradáveis ou com possíveis ações alternativas é comum, sendo considerada um aspecto congruente com a depressão, ao invés de uma obsessão. Um indivíduo deprimido que ruma sobre sua inutilidade, por exemplo, não seria considerado portador de obsessões, uma vez que esta preocupação não é ego-distônica.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo \ Diagnóstico Diferencial**

O **Transtorno de Ansiedade Generalizada** caracteriza-se por excessivas preocupações, mas tais preocupações distinguem-se das obsessões pelo fato de que a pessoa as vivencia como excessivas em relação às circunstâncias da vida real. Por exemplo, uma apreensão excessiva com a possibilidade de perder o emprego constituiria apenas uma preocupação, não uma obsessão. Em contrapartida, o conteúdo das obsessões tipicamente não envolve problemas da vida real, sendo elas percebidas pelo indivíduo como inadequadas (por ex., a idéia intrusiva e angustiante de que, em inglês "God" ("Deus") é "dog" ("cão") soletrado ao contrário).

Se os pensamentos aflitivos e recorrentes estão relacionados exclusivamente a temores de vir a ter, ou à idéia de já ter uma doença grave, com base na interpretação errônea de sintomas somáticos, então se aplica o diagnóstico de **Hipocondria**, ao invés de Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Entretanto, se a preocupação acerca de ter uma doença se acompanha de rituais, como abluções excessivas ou comportamento de verificação, relacionados a preocupações com uma doença ou sua transmissão a outras pessoas, então um diagnóstico adicional de Transtorno Obsessivo-Compulsivo pode ser indicado. Se a principal preocupação é com contrair uma doença (não com ter uma doença) e não estão envolvidos quaisquer rituais, então uma **Fobia Específica** de doenças pode ser o diagnóstico mais apropriado.

A capacidade dos indivíduos de reconhecerem que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais ocorre em um continuum. Em alguns indivíduos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo o teste de realidade pode ter-se perdido, podendo a obsessão alcançar proporções delirantes (por ex., o indivíduo crê ter causado a morte de outra pessoa por tê-la desejado). Nestes casos, a presença dos aspectos psicóticos pode ser indicada por um diagnóstico adicional de **Transtorno Delirante** ou **Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação**. O especificador **Com Insight Pobre** pode ser útil nas situações limítrofes entre obsessão e delírio (por ex., um indivíduo cuja extrema preocupação com contaminação, embora exagerada, é menos intensa do que em um Transtorno Delirante e se justifica pelo fato de que realmente há germes em toda parte).

Os pensamentos delirantes e ruminativos e os comportamentos estereotipados e bizarros que ocorrem na **Esquizofrenia** distinguem-se das obsessões e compulsões pelo fato de não serem ego-distônicos nem sujeitos ao teste de realidade. Entretanto, alguns indivíduos manifestam sintomas tanto de Transtorno Obsessivo-Compulsivo quanto de Esquizofrenia, podendo receber ambos os diagnósticos.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo \ Diagnóstico Diferencial

Os tiques (no **Transtorno de Tique**) e movimentos estereotipados (no **Transtorno de Movimento Estereotípico**) devem ser diferenciados das compulsões. Tiques são movimentos motores ou vocalizações súbitos, rápidos, recorrentes, não-rítmicos e estereotipados (por ex., piscar os olhos, mostrar a língua, pigarrear). Movimento estereotipado é um comportamento motor repetitivo, aparentemente impulsivo e não-funcional (por ex., bater a cabeça, balançar o corpo, morder a si mesmo). Contrastando com uma compulsão, os **tiques e movimentos estereotipados** são tipicamente menos complexos e **não visam a neutralizar uma obsessão**. Alguns indivíduos manifestam sintomas tanto de Transtorno Obsessivo-Compulsivo quanto de um Transtorno de Tique (especialmente Transtorno de Tourette), podendo ambos os diagnósticos serem indicados.

Algumas atividades, tais como comer (por ex., **Transtornos Alimentares**), comportamento sexual (por ex., **Parafilias**), jogar (por ex., **Jogo Patológico**) ou uso de substâncias (por ex., **Dependência** ou **Abuso de Álcool**), quando praticadas em excesso, podem ser chamadas de "compulsivas". Entretanto, essas atividades não são consideradas compulsões no sentido definido neste manual, uma vez que a pessoa em geral extrai prazer da atividade e pode ter desejo de resistir à sua execução apenas em razão de suas conseqüências indesejáveis.

Embora o **Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva** e o **Transtorno Obsessivo-Compulsivo** tenham nomes similares, as manifestações clínicas de ambos são bastante diferentes.

O Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva não se caracteriza pela presença de obsessões ou compulsões, sendo que, ao invés disso, envolve um padrão invasivo de preocupação com organização, perfeccionismo e controle e deve iniciar-se nos primeiros anos da idade adulta. Se um indivíduo manifesta sintomas tanto de Transtorno Obsessivo-Compulsivo quanto de Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva, ambos os diagnósticos podem ser dados.

As **superstições** e os **comportamentos repetitivos de verificação** são encontrados com freqüência na vida cotidiana. Um diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo deve ser considerado apenas se houver um consumo de tempo considerável ou se decorrer daí um prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

## Obsessivo-Compulsivo \ Diagnóstico Diferencial

### Critérios Diagnósticos para F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo

#### A. Obsessões ou compulsões:

##### Obsessões, definidas por (1), (2), (3) e (4):

(1) pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento

(2) os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real

(3) a pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação

(4) a pessoa reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas são produto de sua própria mente (não impostos a partir de fora, como na inserção de pensamentos)

##### Compulsões, definidas por (1) e (2)

(1) comportamentos repetitivos (por ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (por ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas.

(2) os comportamentos ou atos mentais visam a prevenir ou reduzir o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam a neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos.

B. Em algum ponto durante o curso do transtorno, o indivíduo reconheceu que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais.

**Nota:** Isso não se aplica a crianças.

C. As obsessões ou compulsões causam acentuado sofrimento, consomem tempo (tomam mais de 1 hora por dia) ou interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (ou acadêmico), atividades ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo.

D. Se um outro transtorno do Eixo I está presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não está restrito a ele (por ex., preocupação com alimentos na presença de um Transtorno Alimentar; puxar os cabelos na presença de Tricotilomania; preocupação com a aparência na presença de Transtorno Dismórfico Corporal; preocupação com drogas na presença de um Transtorno por Uso de Substância; preocupação com ter uma doença grave na presença de Hipocondria; preocupação com anseios ou fantasias sexuais na presença de uma Parafilia; rumações de culpa na presença de um Transtorno Depressivo Maior).

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

Especificar se:

Com Insight Pobre: se, na maior parte do tempo durante o episódio atual, o indivíduo não reconhece que as obsessões e compulsões são excessivas ou irracionais

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F42.8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo \ Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade

### F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático

APÊNDICE D(110)

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático

### Características Diagnósticas

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático \ Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Estresse Pós-Traumático é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um extremo estressor traumático, envolvendo a experiência pessoal direta de um evento real ou ameaçador que envolve morte, sério ferimento ou outra ameaça à própria integridade física; ter testemunhado um evento que envolve morte, ferimentos ou ameaça à integridade física de outra pessoa; ou o conhecimento sobre morte violenta ou inesperada, ferimento sério ou ameaça de morte ou ferimento experimentados por um membro da família ou outra pessoa em estreita associação com o indivíduo (Critério A1). A resposta ao evento deve envolver intenso medo, impotência ou horror (em crianças, a resposta pode envolver comportamento desorganizado ou agitado) (Critério A2). Os sintomas característicos resultantes da exposição a um trauma extremo incluem uma revivência persistente do evento traumático (Critério B), esquiva persistente de estímulos associados com o trauma, embotamento da responsividade geral (Critério C) e sintomas persistentes de

excitação aumentada (Critério D). O quadro sintomático completo deve estar presente por mais de 1 mês (Critério E) e a perturbação deve causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério F).

Os eventos traumáticos vivenciados diretamente incluem, mas não se limitam a, combate militar, agressão pessoal violenta (ataque sexual, ataque físico, assalto à mão armada, roubo), seqüestro, ser tomado como refém, ataque terrorista, tortura, encarceramento como prisioneiro de guerra ou em campo de concentração, desastres naturais ou causados pelo homem, graves acidentes automobilísticos ou receber o diagnóstico de uma doença que traz risco de vida. Para crianças, os eventos sexualmente traumáticos podem incluir experiências sexuais inadequadas em termos do desenvolvimento, sem violência ou danos físicos reais ou ameaçadores. Os eventos testemunhados incluem, mas não se limitam a, observar sérios ferimentos ou morte não-natural de uma outra pessoa devido a ataque violento, acidente, guerra ou desastre, ou deparar-se inesperadamente com um cadáver ou partes de corpos humanos. Os eventos vivenciados por outros, dos quais o indivíduo toma conhecimento, incluem, mas não se limitam a, ataque pessoal violento, sério acidente ou ferimentos graves sofridos por um membro da família ou amigo íntimo; conhecimento da morte súbita ou inesperada de um membro da família ou amigo íntimo; conhecimento de uma doença com risco de vida em um dos filhos. O transtorno pode ser especialmente severo ou duradouro quando o estressor é de origem humana (por ex., tortura, estupro). A probabilidade do desenvolvimento deste transtorno pode aumentar com aumento da intensidade e proximidade do estressor.

O evento traumático pode ser revivido de várias maneiras. Geralmente, a pessoa tem recordações recorrentes e intrusivas do evento (Critério B1) ou sonhos aflitivos recorrentes, durante os quais o evento é reencenado (Critério B2). Em casos raros, a pessoa experimenta estados dissociativos que duram de alguns segundos a várias horas, ou mesmo dias, durante os quais os componentes do evento são revividos e a pessoa comporta-se como se o vivenciasse naquele instante (Critério B3). Intenso sofrimento psicológico (Critério B4) ou reatividade fisiológica (Critério B5) freqüentemente ocorrem quando a pessoa é exposta a eventos ativadores que lembram ou simbolizam um aspecto do evento traumático (por ex., aniversários do evento traumático; tempo frio ou guardas uniformizados para sobreviventes de campos de extermínio em climas frios; tempo quente e úmido para veteranos de combate do Pacífico Sul; ingresso em qualquer elevador para uma mulher que foi estuprada em um elevador).

Os estímulos associados com o trauma são persistentemente evitados. O indivíduo em geral faz esforços deliberados no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas sobre o evento traumático (Critério C1) e de evitar atividades, situações e pessoas que provoquem recordações do evento (Critério C2). Esta esquiva de lembretes pode incluir amnésia para um aspecto importante do evento traumático (Critério C3). Uma responsividade diminuída ao mundo externo, conhecida como "torpor psíquico" ou "anestesia emocional", geralmente

começa logo após o evento traumático. O indivíduo pode queixar-se de acentuada diminuição do interesse ou da participação em atividades anteriormente prazerosas (Critério C4), de se sentir deslocado ou afastado de outras pessoas (Critério C5), ou de ter uma capacidade acentuadamente reduzida de sentir emoções (especialmente aquelas associadas com intimidade, ternura e sexualidade) (Critério C6). O indivíduo pode ter um sentimento de futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira, casamento, filhos ou um tempo normal de vida [Critério C7]).

O indivíduo tem sintomas persistentes de ansiedade ou maior excitação que não estavam presentes antes do trauma. Estes sintomas podem incluir dificuldades em conciliar ou manter o sono, possivelmente devido a pesadelos recorrentes durante os quais o evento traumático é revivido (Critério D1), hipervigilância (Critério D4) e resposta de sobressalto exagerada (Critério D5). Alguns indivíduos podem relatar irritabilidade ou ataques de raiva (Critério D2) ou dificuldades em concentrar-se ou completar tarefas (Critério D3).

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático

### Especificadores

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático \ Especificadores

Os especificadores seguintes podem ser usados para definir o início e a duração dos sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático:

**Agudo.** Este especificador deve ser usado quando a duração dos sintomas é inferior a 3 meses.

**Crônico.** Este especificador deve ser usado quando os sintomas duram 3 meses ou mais.

**Com Início Tardio.** Este especificador indica que pelo menos 6 meses decorreram entre o evento traumático e o início dos sintomas.

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático

### Características e Transtornos Associados

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** Os indivíduos com

Transtorno de Estresse Pós-Traumático podem descrever sentimentos de culpa por terem sobrevivido quando outros morreram ou pelas coisas que tiveram de fazer para sobreviverem. A esquiva fóbica de situações ou atividades que lembram ou simbolizam o trauma original pode interferir nos relacionamentos interpessoais e acarretar conflito conjugal, divórcio ou perda do emprego. A seguinte constelação de sintomas associados pode ocorrer, sendo vista com maior frequência em associação com um estressor interpessoal (por ex., abuso físico ou sexual na infância, espancamento doméstico, ser tomado como refém, encarceramento como prisioneiro de guerra ou em campo de concentração, tortura): prejuízo na modulação do afeto; comportamento autodestrutivo e impulsivo; sintomas dissociativos; queixas somáticas; sensações de inutilidade, vergonha, desespero ou desamparo; sensação de dano permanente; perda de crenças anteriormente mantidas; hostilidade; retraimento social; sensação de constante ameaça; prejuízo no relacionamento com outros; ou uma mudança nas características anteriores de personalidade do indivíduo.

Pode haver um risco aumentado de Transtorno de Pânico, Agorafobia, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Fobia Social, Fobia Específica, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Somatização e Transtornos Relacionados a Substâncias. Não se sabe até que ponto esses transtornos precedem ou se seguem ao início do Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático \ Características e Transtornos Associados**

**Achados laboratoriais associados.** O aumento na excitabilidade pode ser medido por estudos do funcionamento autonômico (por ex., ritmo cardíaco, eletromiografia, atividade das glândulas sudoríparas).

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.** Condições médicas gerais podem ocorrer em consequência do trauma (por ex., traumatismo craniano, queimaduras).

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

##### **Características Específicas à Cultura e à Idade**

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático \ Características Específicas à Cultura e à Idade**

Os indivíduos que emigraram recentemente de áreas de considerável convulsão social e conflito civil podem ter índices elevados de Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Essas pessoas podem sentir-se especialmente relutantes em divulgar experiências de tortura e trauma, devido à sua situação vulnerável como



exilados políticos. Avaliações específicas de experiências traumáticas e sintomas concomitantes são necessárias para esses indivíduos.

Em crianças mais jovens, os sonhos aflitivos com o evento podem, em algumas semanas, mudar para pesadelos generalizados com monstros, com o salvamento de outros ou com ameaças a si mesmas ou a outros. As crianças pequenas em geral não têm o sentimento de estarem revivendo o passado; ao invés disso, a revivência do trauma pode ocorrer através de jogos repetitivos (por ex., uma criança que esteve envolvida em um sério acidente automobilístico reencena repetidamente colisões automobilísticas com carrinhos de brinquedo). Em vista da dificuldade de uma criança em relatar diminuição no interesse por atividades significativas e limitação do afeto, esses sintomas devem ser atentamente avaliados mediante relatos feitos pelos pais, professores e outros observadores. Em crianças, o sentimento de um futuro abreviado pode ser evidenciado pela crença de que a vida será demasiado curta para incluir a chegada à idade adulta. Pode também haver um "presságio catastrófico", isto é, a crença em uma capacidade de prever eventos futuros indesejados. As crianças também podem apresentar vários sintomas físicos, tais como dores abdominais ou de cabeça.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

##### **Prevalência**

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático \ Prevalência**

Estudos comunitários revelam uma prevalência durante a vida do Transtorno de Estresse Pós-Traumático variando de 1 a 14%, estando a variabilidade relacionada aos métodos de determinação e à população amostrada. Estudos de indivíduos de risco (por ex., veteranos de guerra, vítimas de erupções vulcânicas ou violência criminal) cederam taxas de prevalência variando de 3 a 58%.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

##### **Curso**

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático \ Curso**

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático pode ocorrer em qualquer idade, incluindo a infância. Os sintomas em geral iniciam nos primeiros 3 meses após o trauma, embora possa haver um lapso de meses ou mesmo anos antes do seu

aparecimento. Frequentemente, a perturbação inicialmente satisfaz os critérios para Transtorno de Estresse Agudo (ver p. 409) imediatamente após o trauma. Os sintomas do transtorno e o relativo predomínio da reexperiência, esquiva e sintomas de hiperexcitação podem variar com o tempo. A duração dos sintomas varia, ocorrendo recuperação completa dentro de 3 meses em aproximadamente metade dos casos, com muitos outros apresentando sintomas persistentes por mais de 12 meses após o trauma.

A gravidade, duração e proximidade da exposição de um indivíduo ao evento traumático são os fatores mais importantes afetando a probabilidade de desenvolvimento deste transtorno. Existem algumas evidências de que os suportes sociais, história familiar, experiências da infância, variáveis da personalidade e transtornos mentais preexistentes podem influenciar o desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Este transtorno pode desenvolver-se em indivíduos sem quaisquer condições predisponentes, em particular se o estressor for especialmente extremo.

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático

### Diagnóstico Diferencial

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático \ Diagnóstico Diferencial

No Transtorno de Estresse Pós-Traumático, o estressor deve ser de natureza extrema (isto é, ameaçador à vida). Em contrapartida, no **Transtorno de Ajustamento**, o estressor pode ter qualquer gravidade. O diagnóstico de Transtorno de Ajustamento aplica-se a situações nas quais a resposta a um estressor extremo não satisfaz os critérios para Transtorno de Estresse Pós-Traumático (ou para outro transtorno mental específico) e a situações nas quais o padrão sintomático do Transtorno de Estresse Pós-Traumático ocorre em resposta a um estressor não considerado extremo (por ex., abandono pelo cônjuge, demissão do emprego).

Nem toda psicopatologia que ocorre em indivíduos expostos a um estressor extremo deve necessariamente ser atribuída ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Os **sintomas de esquiva, anestesia emocional e maior excitabilidade presentes antes da exposição ao estressor** não satisfazem os critérios para o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático e exigem a consideração de outros diagnósticos (por ex., Transtorno do Humor ou outro Transtorno de Ansiedade). Além disso, se o padrão de resposta sintomática ao estressor extremo satisfaz os critérios para **outro transtorno mental** (por ex., Transtorno Psicótico Breve, Transtorno Conversivo, Transtorno Depressivo Maior), esses diagnósticos devem ser dados ao invés de Transtorno de Estresse

Pós-Traumático, ou em acréscimo a ele.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático \ Diagnóstico Diferencial**

O **Transtorno de Estresse Agudo** distingue-se do Transtorno de Estresse Pós-Traumático porque o padrão sintomático do Transtorno de Estresse Agudo deve ocorrer dentro de 4 semanas após o evento traumático e resolver-se em um período de 4 semanas. Se os sintomas persistem por mais de 1 mês e satisfazem os critérios para Transtorno de Estresse Pós-Traumático, o diagnóstico é mudado de Transtorno de Estresse Agudo para Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático \ Diagnóstico Diferencial**

No **Transtorno Obsessivo-Compulsivo** existem pensamentos intrusivos recorrentes, mas estes são experimentados como inadequados e não têm relação com a vivência de um evento traumático. Os flashbacks no Transtorno de Estresse Pós-Traumático devem ser diferenciados das ilusões, alucinações e outras perturbações da percepção que podem ocorrer na **Esquizofrenia**, outros **Transtornos Psicóticos**, **Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos**, **delirium**, **Transtornos Induzidos por Substância** e **Transtornos Psicóticos Devido a uma Condição Médica Geral**.

A **simulação** deve ser descartada naquelas situações em que entram em jogo uma remuneração financeira, qualificação para a obtenção de benefícios e determinações forenses.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios Diagnósticos para F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

**A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:**

- (1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros;
- (2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

**Nota:** Em crianças, isto pode ser expressado por um comportamento desorganizado ou agitado

**B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:**

- (1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções.

**Nota:** Em crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de

temas ou aspectos do trauma;

(2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento.

**Nota:** Em crianças podem ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável;

(3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado).

**Nota:** Em crianças pequenas pode ocorrer reencenação específica do trauma;

(4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;

(5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

**C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:**

(1) esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;

(2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;

(3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;

(4) redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;

(5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;

(6) faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho);

(7) sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).

**D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:**

(1) dificuldade em conciliar ou manter o sono

(2) irritabilidade ou surtos de raiva

(3) dificuldade em concentrar-se

(4) hipervigilância

(5) resposta de sobressalto exagerada.

**E. A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a 1 mês.**

**F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.**

**Especificar se:**

**Agudo:** se a duração dos sintomas é inferior a 3 meses.

**Crônico:** se a duração dos sintomas é de 3 meses ou mais.

**Especificar se:**

**Com Início Tardio: se o início dos sintomas ocorre pelo menos 6 meses após o estressor.**

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.1 - 309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático \ Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade

**F43.0 - 308.3 Transtorno de Estresse Agudo**

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.0 - 308.3 Transtorno de Estresse Agudo

APÊNDICE D(111)

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.0 - 308.3 Transtorno de Estresse Agudo

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.0 - 308.3 Transtorno de Estresse Agudo \ Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Estresse Agudo é o desenvolvimento de uma ansiedade característica, sintomas dissociativos e outros, que ocorrem dentro de 1 mês após a exposição a um estressor traumático extremo (Critério A). Para uma discussão dos tipos de estressores envolvidos, ver a descrição do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (p. 404). Enquanto vivencia o evento traumático ou logo após, o indivíduo tem pelo menos três dos seguintes sintomas dissociativos: um sentimento subjetivo de anestesia, distanciamento ou ausência de resposta emocional; redução da consciência sobre aquilo que o cerca; desrealização; despersonalização ou amnésia dissociativa (Critério B). Após o trauma, o evento traumático é revivido persistentemente (Critério C), o indivíduo apresenta acentuada esquiva de estímulos que podem ativar recordações do trauma (Critério D) e tem sintomas acentuados de ansiedade ou excitabilidade aumentada (Critério E). Os sintomas podem causar sofrimento clinicamente significativo, interferir significativamente no funcionamento normal, ou prejudicar a capacidade do indivíduo de realizar tarefas necessárias (Critério F). A perturbação dura pelo menos 2 dias e não persiste além de 4 semanas após o evento traumático (Critério G). Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos

diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento) ou a uma condição médica geral, não são melhor explicados por um Transtorno Psicótico Breve nem representam uma mera exacerbação de um transtorno mental preexistente (Critério H).

Em resposta ao evento traumático, o indivíduo desenvolve sintomas dissociativos. Os indivíduos com Transtorno de Estresse Agudo apresentam uma redução de responsividade emocional, freqüentemente considerando difícil ou impossível ter prazer em atividades anteriormente agradáveis, e com freqüência se sentem culpados acerca de realizarem tarefas habituais em suas vidas. Eles podem experimentar dificuldades de concentração, sensação de estarem separados do corpo, perceber o mundo como irreal ou "como um sonho", ou ter maior dificuldade para recordar detalhes específicos do evento traumático (amnésia dissociativa). Além disso, pelo menos um sintoma de cada um dos agrupamentos sintomáticos necessários para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático está presente. Em primeiro lugar, o evento traumático é persistentemente revivido (por ex., recordações recorrentes, imagens, pensamentos, sonhos, ilusões, episódios de flashbacks, sensação de reviver o evento, ou sofrimento quando da exposição a lembretes do evento). Em segundo lugar, esquiva de lembretes do trauma (por ex., locais, pessoas, atividades são evitados). Finalmente, uma hiperexcitabilidade em resposta a estímulos que lembram o trauma está presente (por ex., dificuldade em conciliar o sono, irritabilidade, fraca concentração, hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada e inquietação motora).

## **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.0 - 308.3 Transtorno de Estresse Agudo**

### **Características e Transtornos Associados**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.0 - 308.3 Transtorno de Estresse Agudo \ Características e Transtornos Associados**

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** Sintomas de desesperança e impotência podem ser experienciados no Transtorno de Estresse Agudo e ser suficientemente severos e persistentes para satisfazerem os critérios para um Episódio Depressivo Maior, sendo que neste caso um diagnóstico adicional de Transtorno Depressivo Maior pode ser indicado. Se o trauma levou à morte ou ferimentos graves em outra pessoa, os sobreviventes podem sentir terem oferecido auxílio suficiente aos outros. Os indivíduos com este transtorno freqüentemente percebem a si mesmos como tendo maior responsabilidade pelas conseqüências do trauma do que seria apropriado. A negligência das necessidades básicas de saúde e segurança após o trauma pode acarretar problemas. Os indivíduos com este transtorno estão em maior risco de desenvolverem um Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Comportamentos impulsivos e arriscados podem ocorrer após o trauma.

Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas. Condições médicas gerais podem ocorrer em consequência do trauma (por ex., traumatismo craniano, queimaduras).

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.0 - 308.3 Transtorno de Estresse Agudo**

**Características Específicas à Cultura**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.0 - 308.3 Transtorno de Estresse Agudo \ Características Específicas à Cultura**

Embora alguns eventos estejam propensos a serem universalmente vivenciados como traumáticos, a gravidade e o padrão de resposta podem ser modulados por diferenças culturais nas implicações da perda. Também pode haver comportamentos prescritos de manejo, característicos de determinadas culturas. Por exemplo, os sintomas dissociativos podem constituir uma parte mais proeminente de uma resposta aguda ao estresse em culturas nas quais esses comportamentos são sancionados. Para uma discussão mais detalhada dos fatores culturais relacionados aos eventos traumáticos, ver [p. 406](#).

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.0 - 308.3 Transtorno de Estresse Agudo**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.0 - 308.3 Transtorno de Estresse Agudo \ Prevalência**

A prevalência do Transtorno de Estresse Agudo em uma população exposta a um sério estresse traumático depende da gravidade e persistência do trauma e do grau de exposição ao mesmo.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.0 - 308.3 Transtorno de Estresse Agudo**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.0 - 308.3 Transtorno de Estresse Agudo \ Curso**

Os sintomas de Transtorno de Estresse Agudo são experimentados durante ou imediatamente após o trauma, duram pelo menos 2 dias e se resolvem dentro de 4

semanas após a conclusão do evento traumático; de outra forma, o diagnóstico é mudado. Quando os sintomas persistem além de 1 mês, um diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático pode ser apropriado, caso sejam satisfeitos todos os critérios para Transtorno de Estresse Pós-Traumático. A gravidade, duração e proximidade da exposição de um indivíduo ao evento traumático são os fatores mais importantes para a determinação da probabilidade do desenvolvimento de um Transtorno de Estresse Agudo. Existem algumas evidências de que suportes sociais, história familiar, experiências da infância, variáveis de personalidade e transtornos mentais preexistentes podem influenciar o desenvolvimento do Transtorno de Estresse Agudo. Este transtorno pode desenvolver-se em indivíduos sem quaisquer condições predisponentes, em particular se o estressor for especialmente extremo.

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.0 - 308.3 Transtorno de Estresse Agudo

### Diagnóstico Diferencial

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.0 - 308.3 Transtorno de Estresse Agudo \ Diagnóstico Diferencial

Alguma sintomatologia após a exposição a um estresse extremo ocorre universalmente e muitas vezes não exige qualquer diagnóstico. O Transtorno de Estresse Agudo apenas deve ser considerado se os sintomas duram pelo menos 2 dias e causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes ou prejudicam a capacidade do indivíduo de executar alguma tarefa necessária (por ex., obter a assistência necessária ou mobilizar recursos pessoais, contando aos membros da família sobre a experiência traumática).

O Transtorno de Estresse Agudo deve ser diferenciado de um **Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral** (por ex., traumatismo craniano) (ver [p. 161](#)) e de um **Transtorno Induzido por Substância** (por ex., relacionado a Intoxicação com Álcool) (ver [p. 187](#)), que podem ser conseqüências comuns da exposição a um estressor extremo. Em alguns indivíduos, sintomas psicóticos podem ocorrer após um estressor extremo. Nesses casos, faz-se o diagnóstico de **Transtorno Psicótico Breve** ao invés de Transtorno de Estresse Agudo. Se um **Episódio Depressivo Maior** se desenvolve após o trauma, o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior deve ser considerado, além do diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo. Um diagnóstico separado de Transtorno de Estresse Agudo não deve ser feito se os sintomas representam uma **exacerbação de um transtorno mental preexistente**.

Por definição, um diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo aplica-se apenas a sintomas que ocorrem dentro de 1 mês após o estressor agudo. Uma vez que o **Transtorno de Estresse Pós-Traumático** exige mais de 1 mês com sintomas, este diagnóstico não pode ser feito durante o período inicial de 1 mês. Para os



indivíduos com o diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo cujos sintomas persistem por mais de 1 mês, o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático deve ser considerado. Para os indivíduos com um estressor extremo, mas que desenvolvem um padrão sintomático que não satisfaz os critérios para Transtorno de Estresse Agudo, um diagnóstico de **Transtorno de Ajustamento** deve ser considerado.

A **simulação** deve ser descartada naquelas situações em que entram em jogo uma remuneração financeira, qualificação para benefícios ou determinações forenses.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F43.0 - 308.3 Transtorno de Estresse Agudo \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios Diagnósticos para F43.0 - 308.3 Transtorno de Estresse Agudo**

**A. Exposição a um evento traumático no qual ambos os seguintes quesitos estiveram presentes:**

- (1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou sérios ferimentos, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros;
- (2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror;

**B. Enquanto vivenciava ou após vivenciar o evento aflitivo, o indivíduo tem três (ou mais) dos seguintes sintomas dissociativos:**

- (1) um sentimento subjetivo de anestesia, distanciamento ou ausência de resposta emocional;
- (2) uma redução da consciência quanto às coisas que o rodeiam (por ex., "estar como num sonho");
- (3) desrealização;
- (4) despersonalização;
- (5) amnésia dissociativa (isto é, incapacidade de recordar um aspecto importante do trauma).

**C. O evento traumático é persistentemente revivido no mínimo de uma das seguintes maneiras: imagens, pensamentos, sonhos, ilusões e episódios de flashback recorrentes, uma sensação de reviver a experiência, ou sofrimento quando da exposição a lembretes do evento traumático.**

**D. Acentuada esquiva de estímulos que provocam recordações do trauma (por ex., pensamentos, sentimentos, conversas, atividades, locais e pessoas).**

**E. Sintomas acentuados de ansiedade ou maior excitabilidade (por ex., dificuldade para dormir, irritabilidade, fraca concentração, hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, inquietação motora).**

**F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no**

funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e prejudica sua capacidade de realizar alguma tarefa necessária, tal como obter o auxílio necessário ou mobilizar recursos pessoais, contando aos membros da família acerca da experiência traumática.

G. A perturbação tem duração mínima de 2 dias e máxima de 4 semanas, e ocorre dentro de 4 semanas após o evento traumático.

H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral, não é melhor explicada por um Transtorno Psicótico Breve, nem representa uma mera exacerbação de um transtorno preexistente do Eixo I ou Eixo II.

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade

### F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância)

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância)

APÊNDICE D(112)

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância)

### Características Diagnósticas

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância) \ Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Ansiedade Generalizada é uma ansiedade ou preocupação excessiva (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por um período de pelo menos 6 meses, acerca de diversos eventos ou atividades (Critério A). O indivíduo considera difícil controlar a preocupação (Critério B). A ansiedade e a preocupação são acompanhadas de pelo menos três sintomas adicionais, de uma lista que inclui inquietação, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (apenas um sintoma adicional é exigido em crianças) (Critério C). O foco da ansiedade e preocupação não está confinado a aspectos de um outro transtorno do Eixo I, como ter um Ataque de Pânico (no Transtorno de Pânico), sentir embaraço em público (na Fobia Social), ser contaminado (no Transtorno Obsessivo-Compulsivo), estar afastado de casa ou de parentes próximos (no

Transtorno de Ansiedade de Separação), ganhar peso (na Anorexia Nervosa), ter múltiplas queixas físicas (no Transtorno de Somatização) ou ter uma doença séria (na Hipocondria), e a ansiedade e preocupação não ocorrem exclusivamente durante o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Critério D). Embora os indivíduos com Transtorno de Ansiedade Generalizada nem sempre sejam capazes de identificar suas preocupações como "excessivas", eles relatam sofrimento subjetivo devido à constante preocupação, têm dificuldade em controlar a preocupação, ou experimentam prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes (Critério E). A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento, exposição a uma toxina) ou de uma condição médica geral, nem ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor, Transtorno Psicótico ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (Critério F).

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância) \ Características Diagnósticas**

A intensidade, duração ou freqüência da ansiedade ou preocupação são claramente desproporcionais à real probabilidade ou impacto do evento temido. A pessoa considera difícil evitar que as preocupações interfiram na atenção a tarefas que precisam ser realizadas e têm dificuldade em parar de se preocupar. Os adultos com Transtorno de Ansiedade Generalizada freqüentemente se preocupam com circunstâncias cotidianas e rotineiras, tais como possíveis responsabilidades no emprego, finanças, saúde de membros da família, infortúnio acometendo os filhos ou questões menores (tais como tarefas domésticas, consertos no automóvel ou atrasos a compromissos). As crianças com Transtorno de Ansiedade Generalizada tendem a exibir preocupação excessiva com sua competência ou a qualidade de seu desempenho. Durante o curso do transtorno, o foco da preocupação pode mudar de uma preocupação para outra.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância)**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância) \ Características e Transtornos Associados**

Pode haver tremores, abalos e dores musculares, nervosismo ou irritabilidade, associados à tensão muscular. Muitos indivíduos com Transtorno de Ansiedade Generalizada também experimentam sintomas somáticos (por ex., mãos frias e pegajosas; boca seca; sudorese; náusea e diarreia; freqüência urinária; dificuldade para engolir ou "nó na garganta") e uma resposta de sobressalto exagerada.

Sintomas depressivos também são comuns.

O Transtorno de Ansiedade Generalizada co-ocorre com muita frequência com Transtornos do Humor (por ex., Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno Distímico), com outros Transtornos de Ansiedade (por ex., Transtorno de Pânico, Fobia Social, Fobia Específica) e com Transtornos Relacionados a Substâncias (por ex., Dependência ou Abuso de Álcool ou de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos). Outras condições associadas ao estresse (por ex., síndrome do cólon irritável, cefaléias) frequentemente acompanham o Transtorno de Ansiedade Generalizada.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância)**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância) \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

Existe uma considerável variação cultural na expressão da ansiedade (por ex., em algumas culturas, a ansiedade é expressada predominantemente por sintomas somáticos, em outras, por sintomas cognitivos). É importante considerar o contexto cultural ao determinar se as preocupações com determinadas situações são excessivas.

Em crianças e adolescentes com Transtorno de Ansiedade Generalizada, a ansiedade e preocupação frequentemente envolvem a qualidade de seu desempenho na escola ou em eventos esportivos, mesmo quando seu desempenho não está sendo avaliado por outros. Pode haver preocupação excessiva com a pontualidade. Elas também podem preocupar-se com eventos catastróficos tais como terremotos ou guerra nuclear. As crianças com o transtorno podem ser excessivamente conformistas, perfeccionistas e inseguras, apresentando uma tendência a refazer tarefas em razão de excessiva insatisfação com um desempenho menos que perfeito. Elas demonstram excessivo zelo na busca de aprovação e exigem constantes garantias sobre seu desempenho e outras preocupações.

Em contextos clínicos, o transtorno é diagnosticado com uma frequência um pouco maior em mulheres do que em homens (cerca de 55-60% dos indivíduos que se apresentam com o transtorno são mulheres). Em estudos epidemiológicos, a proporção entre os sexos é de aproximadamente dois terços de mulheres.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância)**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância) \ Prevalência**

Em uma amostra comunitária, a prevalência em 1 ano para o Transtorno de Ansiedade Generalizada foi de aproximadamente 3%, e a taxa de prevalência durante a vida, de 5%. Nas clínicas para Transtornos de Ansiedade, aproximadamente 12% dos indivíduos apresentam Transtorno de Ansiedade Generalizada.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância)**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância) \ Curso**

Muitos indivíduos com Transtorno de Ansiedade Generalizada afirmam que sentiram ansiedade e nervosismo durante toda a vida. Embora mais de metade daqueles que se apresentam para tratamento relatem um início na infância ou adolescência, o início após os 20 anos não é incomum. O curso é crônico mas flutuante, e freqüentemente piora durante períodos de estresse.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância)**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância) \ Padrão Familiar**

A ansiedade como traço tem uma associação familiar. Achados inconsistentes foram relatados, com relação aos padrões para Transtorno de Ansiedade Generalizada dentro de famílias, não tendo sido encontrada uma agregação familiar específica na maioria dos relatos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância)**

## Diagnóstico Diferencial

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância) \ Diagnóstico Diferencial

O Transtorno de Ansiedade Generalizada deve ser diferenciado de um **Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral**. O diagnóstico é de Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral se os sintomas de ansiedade são considerados uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (por ex., feocromocitoma, hipertireoidismo) (ver [p. 416](#)). Esta determinação baseia-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. Um **Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância** é diferenciado do Transtorno de Ansiedade Generalizada pelo fato de que uma substância (droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) está etiologicamente relacionada com o distúrbio de ansiedade (ver [p. 418](#)). Por exemplo, a ansiedade severa que ocorre apenas no contexto de pesado consumo de café seria diagnosticada como Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína, Com Ansiedade Generalizada.

Quando um outro transtorno do Eixo I está presente, um diagnóstico adicional de Transtorno de Ansiedade Generalizada deve ser feito apenas quando o foco da ansiedade e preocupação não tem relação com o outro transtorno, isto é, a preocupação excessiva não está restrita a ter um Ataque de Pânico (como no **Transtorno de Pânico**), sentir embaraço em público (como na **Fobia Social**), ser contaminado (como no **Transtorno Obsessivo-Compulsivo**), ganhar peso (como na **Anorexia Nervosa**), ter uma doença grave (como na **Hipocondria**), ter múltiplas queixas físicas (como no **Transtorno de Somatização**) ou preocupações com o bem-estar de pessoas próximas ou por estar afastado delas ou de casa (como no **Transtorno de Ansiedade de Separação**). Por exemplo, a ansiedade presente na Fobia Social está focalizada na ocorrência de situações sociais nas quais o indivíduo deve apresentar um desempenho ou ser avaliado por outros, ao passo que os indivíduos com Transtorno de Ansiedade Generalizada experimentam ansiedade, quer estejam ou não sendo avaliados.

Diversas características distinguem a preocupação excessiva do Transtorno de Ansiedade Generalizada dos **pensamentos obsessivos** do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Os pensamentos obsessivos não representam meras preocupações excessivas com problemas cotidianos ou da vida real, mas são intrusões ego-distônicas que freqüentemente assumem a forma de anseios, impulsos e imagens, em acréscimo aos pensamentos. Finalmente, a maior parte das obsessões se acompanha de compulsões que reduzem a ansiedade associada com as obsessões.

A ansiedade está invariavelmente presente no **Transtorno de Estresse Pós-Traumático**. O Transtorno de Ansiedade Generalizada não é diagnosticado se a ansiedade ocorre exclusivamente durante o curso do Transtorno de Estresse

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Pós-Traumático. A ansiedade também pode estar presente no **Transtorno de Ajustamento**, mas esta categoria residual deve ser usada apenas quando os critérios não são satisfeitos para qualquer outro Transtorno de Ansiedade (inclusive Transtorno de Ansiedade Generalizada). Além disso, a ansiedade no Transtorno de Ajustamento ocorre em resposta a um estressor da vida e não persiste por mais de 6 meses após o término do estressor ou de suas conseqüências. A ansiedade generalizada é uma característica comumente associada aos **Transtornos do Humor** e **Transtornos Psicóticos**, não devendo ser diagnosticada em separado se ocorrer exclusivamente durante o curso dessas condições.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância) \ Diagnóstico Diferencial

Diversas características diferenciam o Transtorno de Ansiedade Generalizada da **ansiedade não-patológica**. Em primeiro lugar, as preocupações associadas com o Transtorno de Ansiedade Generalizada são difíceis de controlar e tipicamente interferem de modo significativo no funcionamento, enquanto as preocupações da vida cotidiana são percebidas como mais controláveis e podem ser adiadas até mais tarde. Em segundo lugar, as preocupações associadas com o Transtorno de Ansiedade Generalizada são mais invasivas, pronunciadas, aflitivas e duradouras e freqüentemente ocorrem sem desencadeantes. Quanto mais numerosas forem as circunstâncias de vida com as quais a pessoa se preocupa excessivamente (finanças, segurança dos filhos, desempenho no emprego, reparos no automóvel), mais provável é o diagnóstico. Em terceiro lugar, as preocupações cotidianas estão muito menos propensas a serem acompanhadas de sintomas físicos (por ex., fadiga excessiva, inquietação, sensação de "nervos à flor da pele", irritabilidade), embora isto seja menos verdadeiro para crianças.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância) \ Diagnóstico Diferencial

##### Critérios Diagnósticos para F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada

- A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).
- B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.
- C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos 6 meses). Nota: Apenas um item é exigido para crianças.  
(1) inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele

- (2) fadigabilidade
- (3) dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente
- (4) irritabilidade
- (5) tensão muscular
- (6) perturbação do sono (dificuldades em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto)

D. O foco da ansiedade ou preocupação não está confinado a aspectos de um transtorno do Eixo I; por ex., a ansiedade ou preocupação não se refere a ter um Ataque de Pânico (como no Transtorno de Pânico), ser embaraçado em público (como na Fobia Social), ser contaminado (como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo), ficar afastado de casa ou de parentes próximos (como no Transtorno de Ansiedade de Separação), ganhar peso (como na Anorexia Nervosa), ter múltiplas queixas físicas (como no Transtorno de Somatização) ou ter uma doença grave (como na Hipocondria), e a ansiedade ou preocupação não ocorre exclusivamente durante o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

E. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

F. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo) nem ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor, Transtorno Psicótico ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.1 - 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada (Inclui Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância) \ Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade**

**F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral**

**APÊNDICE D(113)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





## Características Diagnósticas

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral é uma ansiedade clinicamente significativa considerada decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral. Os sintomas podem incluir ansiedade proeminente e generalizada, Ataques de Pânico, obsessões ou compulsões (Critério A). 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 não é melhor explicada por outro transtorno mental, como Transtorno de Ajustamento, Com Ansiedade, no qual o estressor é a condição médica geral (Critério C). O diagnóstico não é feito se os sintomas de ansiedade ocorrem apenas durante o curso de um delírium (Critério D). Os sintomas de ansiedade devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério E).

Ao determinar se os sintomas de ansiedade se devem a uma condição médica geral, o clínico deve, em primeiro lugar, estabelecer a presença desta condição médica geral. Além disso, deve estabelecer que os sintomas de ansiedade estão etiológicamente relacionados com 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 o caráter etiológico de um relacionamento entre os sintomas de ansiedade e a condição médica geral, diversas considerações podem oferecer orientação nesta área. Uma delas é a presença de uma associação temporal entre o início, exacerbação ou remissão da condição médica geral e os sintomas de ansiedade. Uma segunda consideração é a presença de aspectos atípicos de um Transtorno de Ansiedade primário (por ex., idade de início ou curso atípicos, 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 sintomas de ansiedade podem oferecer um referencial útil na avaliação de uma situação em particular. Além disso, o clínico também deve julgar que a perturbação não é melhor explicada por um Transtorno de Ansiedade primário, um Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância ou outros transtornos mentais primários (por ex., Transtorno de Ajustamento). Essas determinações são explicadas em maiores detalhes na seção "Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral" (p. 161).

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



### Especificadores

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Especificadores

Os seguintes especificadores podem ser usados para indicar a apresentação sintomática predominante no Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral:

**Com Ansiedade Generalizada.** Este especificador pode ser usado se houver predomínio de ansiedade ou preocupação excessivas com diversos eventos ou atividades na apresentação clínica.

**Com Ataques de Pânico.** Este especificador pode ser usado se houver predomínio de Ataques de Pânico (ver [p. 376](#)) na apresentação clínica.

**Com Sintomas Obsessivo-Compulsivos.** Este especificador pode ser usado se houver predomínio de obsessões ou compulsões na apresentação clínica.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral

### Procedimentos de Registro

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Procedimentos de Registro

No registro do diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral, o clínico deve anotar, em primeiro lugar, a presença de um Transtorno de Ansiedade, seguido da condição médica geral presumivelmente causadora da perturbação e, por fim, o especificador apropriado indicando a apresentação sintomática predominante no Eixo I (por ex., 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido à Tirotoxicose, Com Ansiedade Generalizada). 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 da CID-9-MC para condições médicas gerais selecionadas.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral

### Condições Médicas Gerais Associadas

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Devido a uma Condição Médica Geral \ Condições Médicas Gerais Associadas**

Uma variedade de condições médicas gerais pode causar sintomas de ansiedade, incluindo condições endócrinas (por ex., hiper e hipotireoidismo, feocromocitoma, hipoglicemia, hiperadrenocorticismo), condições cardiovasculares (por ex., insuficiência cardíaca congestiva, embolia pulmonar, arritmia), condições respiratórias (por ex., doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia, hiperventilação), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B<sub>12</sub>, porfiria) e condições neurológicas (por ex., neoplasmas, disfunção vestibular, encefalite). Os achados associados do exame físico, achados laboratoriais e padrões de prevalência ou início refletem a condição médica geral etiológica.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial**

Um diagnóstico separado de Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral não é dado se o distúrbio de ansiedade ocorre exclusivamente durante o curso de um delírium. Se a apresentação inclui um misto de diferentes tipos de sintomas (por ex., humor e ansiedade), o Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral específico depende dos sintomas predominantes no quadro clínico.

Se existem evidências de uso recente ou prolongado de substância (incluindo medicamentos com efeitos psicoativos), abstinência de uma substância ou exposição a uma toxina, um Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância deve ser considerado. Pode ser útil obter um exame de urina ou sangue ou outra avaliação laboratorial apropriada. Os sintomas que ocorrem durante ou logo após (isto é, em 4 semanas) a Intoxicação ou Abstinência de Substância ou após o uso de medicamentos podem ser especialmente indicativos de um Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância, dependendo do tipo, duração ou quantidade da substância usada. Se o clínico determinar que a perturbação se deve tanto a uma condição médica geral quanto ao uso de uma substância, ambos os diagnósticos (isto é, Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância) podem ser dados.

O Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral deve ser diferenciado de um Transtorno de Ansiedade primário (especialmente Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada ou Transtorno Obsessivo-Compulsivo) e de um Transtorno de Ajustamento Misto de Ansiedade e Depressão (por ex., uma resposta mal-adaptativa ao estresse de ter uma condição médica geral). Nos transtornos mentais primários, não é possível demonstrar

quaisquer mecanismos fisiológicos específicos e causadores associados com a condição médica geral. Uma idade de início tardia e ausência de história pessoal ou familiar de Transtornos de Ansiedade sugerem a necessidade de uma completa avaliação para descartar o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral. Além disso, sintomas de ansiedade podem ser um **aspecto associado de um outro transtorno mental** (por ex., Esquizofrenia, Anorexia Nervosa).

O diagnóstico de **Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação** aplica-se quando o clínico não consegue determinar se o distúrbio de ansiedade é primário, induzido por substância ou devido a uma condição médica geral.

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial

**Critérios Diagnósticos para F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]**

- A. Ansiedade proeminente, Ataques de Pânico, obsessões ou compulsões predominam no quadro clínico.**
- 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 explicada por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Ajustamento Com Ansiedade, no qual o estressor é uma séria condição médica geral).**
- D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium.**
- E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.**

**Especificar se:**

**Com Ansiedade Generalizada: se houver predomínio de ansiedade ou preocupação excessivas com diversos eventos ou atividades na apresentação clínica.**

**Com Ataques de Pânico: se houver predomínio de Ataques de Pânico (ver [p. 377](#)) na apresentação clínica.**

**Com Sintomas Obsessivo-Compulsivos: se houver predomínio de obsessões ou compulsões na apresentação clínica.**

Nota para codificação: Incluir o nome da condição médica geral no Eixo I, por ex., 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a Feocromocitoma, Com Ansiedade Generalizada; codificar também a condição médica geral no Eixo III ([ver Apêndice G](#) para códigos).

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral

**Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância**

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância

[APÊNDICE D\(114\)](#)

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância \ Características Diagnósticas

As características essenciais do Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância são sintomas proeminentes de ansiedade (Critério A), considerados como decorrentes dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento 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 ansiedade proeminente, Ataques de Pânico, fobias, obsessões ou compulsões. Embora a apresentação clínica do Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância possa assemelhar-se à de Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Fobia Social ou Transtorno Obsessivo-Compulsivo, ela não satisfaz todos os critérios para um desses transtornos. O distúrbio não deve ser melhor explicado por um transtorno mental (por ex., outro Transtorno de Ansiedade) não induzido por substância (Critério C). O diagnóstico não é feito se os sintomas de ansiedade ocorrem durante o curso de um delírium (Critério D). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério E). Este diagnóstico deve ser feito ao invés de um diagnóstico de Intoxicação com Substância ou

Abstinência de Substância apenas quando os sintomas de ansiedade excedem aqueles habitualmente associados com a síndrome de intoxicação ou abstinência e quando os sintomas de ansiedade são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente. Para uma discussão mais detalhada dos Transtornos Relacionados a Substâncias (ver [p. 171](#)).

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância \ Características Diagnósticas**

Um Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância é diferenciado de um Transtorno de Ansiedade primário pela consideração do início, curso e outros fatores. No caso de drogas de abuso, deve haver evidências de intoxicação ou abstinência a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais. O Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância surge apenas em associação com intoxicação ou abstinência, ao passo que os Transtornos de Ansiedade primários podem preceder o início do uso de uma substância e ocorrer durante períodos de abstinência prolongada. Uma vez que o estado de abstinência de algumas substâncias (por ex., alguns benzodiazepínicos) pode ser relativamente tardio, o início dos sintomas de ansiedade pode ocorrer até 4 semanas após a cessação do uso da substância. Outro fator a ser considerado é a presença de características atípicas de um Transtorno de Ansiedade primário (por ex., idade de início ou curso atípicos). Por exemplo, o início do Transtorno de Pânico após os 45 anos (que é raro) ou a presença de sintomas atípicos durante um Transtorno de Pânico (por ex., vertigem verdadeira; perda do equilíbrio, da consciência ou do controle dos esfíncteres; cefaléia, fala arrastada ou amnésia) pode sugerir uma etiologia induzida por substância. Em contraste, os fatores que sugerem que os sintomas de ansiedade são melhor explicados por um Transtorno de Ansiedade primário incluem persistência dos sintomas de ansiedade por um período substancial de tempo (isto é, cerca de 1 mês) após o término da Intoxicação ou Abstinência aguda; o desenvolvimento de sintomas substancialmente excedentes aos que seriam esperados, tendo em vista o tipo ou a quantidade da substância usada ou a duração do uso; ou uma história prévia de Transtornos de Ansiedade primários recorrentes.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância**

**Especificadores**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância \ Especificadores**

Os seguintes especificadores podem ser usados para indicar a apresentação sintomática predominante:

**Com Ansiedade Generalizada.** Este especificador pode ser usado se houver predomínio de ansiedade ou preocupação excessivas acerca de diversos eventos ou atividades na apresentação clínica.

**Com Ataques de Pânico.** Este especificador pode ser usado se houver predomínio de Ataques de Pânico (ver [p. 376](#)) na apresentação clínica.

**Com Sintomas Obsessivo-Compulsivos.** Este especificador pode ser usado se houver predomínio de obsessões ou compulsões na apresentação clínica.

**Com Sintomas Fóbicos.** Este especificador pode ser usado se houver predomínio de sintomas fóbicos na apresentação clínica.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância \ Especificadores

O contexto do desenvolvimento dos sintomas de ansiedade 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 a síndrome de abstinência.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância

##### Procedimentos de Registro

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância \ Procedimentos de Registro

O nome do diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância inclui a substância específica (por ex., álcool, metilfenidato, tiroxina), presumivelmente causadora dos sintomas de ansiedade. 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 uma das classes (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 no Eixo I ([ver Apêndice G](#)). O nome

do transtorno (por ex., Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína) é seguido pela especificação da apresentação sintomática predominante e pelo contexto no qual os sintomas se desenvolveram (por ex., 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína, Com Ataques de Pânico, Com Início Durante Intoxicação). Quando mais de uma substância presumivelmente exercem um papel significativo no desenvolvimento dos sintomas de ansiedade, cada uma deve ser listada em separado (por ex., 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cocaína, Com Ansiedade Generalizada, Com Início Durante Intoxicação; 291.8 Transtorno de Ansiedade Induzido por Álcool, Com Ansiedade Generalizada, Com Início Durante Abstinência). Se uma substância é considerada um fator etiológico, mas a substância ou classe de substâncias específicas não é conhecida, deve ser usada a categoria 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância Desconhecida.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância**

**Substâncias Específicas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância \ Substâncias Específicas**

Os Transtornos de Ansiedade podem ocorrer associados à **intoxicação** com as seguintes classes de substâncias: álcool; anfetamina e substâncias correlatas; cafeína; cannabis; cocaína; alucinógenos; inalantes; fenciclidina e substâncias correlatas; e outras substâncias ou substâncias desconhecidas. Os Transtornos de Ansiedade podem ocorrer em associação com a **abstinência** das seguintes classes de substâncias: álcool; cocaína; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; e outras substâncias ou substâncias desconhecidas.

Alguns dos medicamentos que, conforme relatos, provocam sintomas de ansiedade, incluem anestésicos e analgésicos, simpaticomiméticos ou outros broncodilatadores, anticolinérgicos, insulina, preparados de tireóide, contraceptivos orais, anti-histamínicos, medicamentos antiparkinsonianos, corticosteróides, medicamentos anti-hipertensivos e cardiovasculares, anticonvulsivantes, carbonato de lítio e medicamentos antidepressivos. Metais pesados e toxinas (por ex., substâncias voláteis tais como gasolina e tinta, inseticidas organofosfatados, gases asfixiantes, monóxido de carbono, dióxido de carbono) também podem causar sintomas de ansiedade.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância**



**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial**

A ocorrência de sintomas de ansiedade é comum na **Intoxicação com Substância e Abstinência de Substância**. O diagnóstico da intoxicação com substância específica ou abstinência de substância específica em geral é suficiente para categorizar a apresentação sintomática. Um diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância deve ser feito ao invés de um diagnóstico de Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância apenas quando os sintomas de ansiedade são considerados excessivos àqueles habitualmente associados com a síndrome de intoxicação ou abstinência, e quando os sintomas de ansiedade são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente. Por exemplo, sintomas de ansiedade são um aspecto característico da Abstinência de Álcool. Um Transtorno de Ansiedade Induzido por Álcool deve ser diagnosticado ao invés de Abstinência de Álcool apenas se os sintomas de ansiedade forem mais severos do que aqueles habitualmente encontrados na Abstinência de Álcool e forem suficientemente graves para constituírem um foco separado de atenção e tratamento. Se os sintomas de ansiedade induzidos por substância ocorrem exclusivamente durante o curso de um **delirium**, os sintomas de ansiedade são considerados um aspecto associado do delirium e não são diagnosticados separadamente. Nas **apresentações induzidas por substância que contêm um misto de diferentes tipos de sintomas** (por ex., de humor, psicóticos e de ansiedade), o tipo específico de Transtorno Induzido por Substância a ser diagnosticado depende do tipo de sintomas predominante na apresentação clínica.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial**

Um Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância é diferenciado de um **Transtorno de Ansiedade primário** pelo fato de que uma substância está etiológicamente relacionada aos sintomas (ver [p. 419](#)).

Um Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância devido a um tratamento prescrito para um transtorno mental ou condição médica geral deve ter seu início enquanto a pessoa está tomando o medicamento (ou durante a abstinência, se uma síndrome de abstinência estiver associada com o medicamento). Interrompido o tratamento, os sintomas de ansiedade em geral remitem 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 para a ansiedade 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 os sintomas de ansiedade serem causados pelas conseqüências fisiológicas da condição médica geral ao invés de pelo medicamento; neste caso, aplica-se o diagnóstico de **Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral**. A anamnese com freqüência oferece a base primária para este julgamento. Às vezes, uma alteração do tratamento para a condição médica geral (por ex., substituição ou suspensão de medicamentos) pode ser necessária para determinar empiricamente se, para aquela pessoa, o medicamento é ou não o agente causador. Se o clínico determinar que a perturbação se deve tanto a uma condição médica geral quanto ao uso de uma substância, ambos os diagnósticos (isto é, Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância) podem ser dados. Quando existem evidências insuficientes para determinar se os sintomas de ansiedade se devem a uma substância (inclusive um medicamento), a uma condição médica geral ou se são primários (isto é, não devido a uma substância ou condição médica geral), indica-se o diagnóstico de **Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação**.

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios Diagnósticos para Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância**

**A. Ansiedade proeminente, Ataques de Pânico, obsessões ou compulsões predominam no quadro clínico.**

**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 um mês após a Intoxicação ou Abstinência de Substância**

**(2) o uso de um medicamento está etiológicamente relacionado com o distúrbio**

**C. O distúrbio não é melhor explicado por um Transtorno de Ansiedade não induzido por substância. As evidências de que os sintomas são melhor explicados por um Transtorno de Ansiedade 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 de tempo (por ex., cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência aguda ou severa intoxicação ou excedem substancialmente os que seriam esperados, tendo em vista o tipo ou a quantidade da substância usada ou a duração de seu uso; ou existem outras evidências sugerindo a existência de um Transtorno de Ansiedade independente, não induzido por substância (por ex., uma história de episódios recorrentes não relacionados à substância).**

**D. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante o curso de um delirium.**

**E. O distúrbio causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em 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 ansiedade excedem os habitualmente associados com a síndrome de intoxicação ou abstinência, e quando os sintomas de ansiedade são suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente.**

**Codificar Transtorno de Ansiedade Induzido por [Substância Específica]**

**(F10.8 - 291.8 Álcool;**

**F15.8 - 292.89 Anfetamina (ou Substância Tipo Anfetamina);**

**F15.8 - 292.89 Cafeína;**

**F12.8 - 292.89 Cannabis;**

**F14.8 - 292.89 Cocaína;**

**F16.8 - 292.89 Alucinógeno;**

**F18.8 - 292.89 Inalante;**

**F19.8 - 292.89 Fenciclidina (ou Substância Tipo Fenciclidina);**

**F13.8 - 292.89 Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos;**

**F19.8 - 292.89 Outra Substância [ou Substância Desconhecida]).**

**Especificar se:**

**Com Ansiedade Generalizada: se houver predomínio de ansiedade ou preocupação excessivas acerca de diversos eventos ou atividades na apresentação clínica.**

**Com Ataques de Pânico: se houver predomínio de Ataques de Pânico (ver [p. 377](#)) na apresentação clínica.**

**Com Sintomas Obsessivo-Compulsivos: se houver predomínio de obsessões ou compulsões na apresentação clínica.**

**Com Sintomas Fóbicos: se houver predomínio de sintomas fóbicos na apresentação clínica.**

**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 \ Transtornos de Ansiedade \ F06.4 - 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade

### F41.9 - 300.00 Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ansiedade \ F41.9 - 300.00 Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação

Esta categoria engloba transtornos com ansiedade proeminente ou esquiva fóbica que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno de Ansiedade específico, Transtorno de Ajustamento Com Ansiedade ou Transtorno de Ajustamento Misto de Ansiedade e Depressão.

##### Exemplos:

1. Transtorno ansioso-depressivo misto: sintomas clinicamente significativos de ansiedade e depressão, porém não são satisfeitos os critérios para um Transtorno do Humor ou um Transtorno de Ansiedade específicos (ver [pp. 681-682](#), para critérios sugeridos para pesquisas).
2. Sintomas de fobia social clinicamente significativos, relacionados ao impacto social de ter uma condição médica geral ou um transtorno mental (por ex., doença de Parkinson, condições dermatológicas, Tartamudez, Anorexia Nervosa, Transtorno Dismórfico Corporal).
3. Situações nas quais o clínico concluiu pela presença de um Transtorno de Ansiedade, mas é incapaz de determinar se este é primário, devido a uma condição médica geral ou induzido por substância.

## TRANSTORNOS

# Transtornos Somatoformes

#### TRANSTORNOS \ 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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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 seção:

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes

**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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes

O **Transtorno Dismórfico Corporal** é a preocupação com um defeito imaginado ou exagerado na aparência física.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes

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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes

### F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização

### APÊNDICE D(115)

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização

### Características Diagnósticas

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização \ 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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização

### Características e Transtornos Associados

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização \ 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 freqüência faltam informações factuais específicas. Essas pessoas freqüentemente 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 freqüentes. 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização

**Características Específicas à Cultura e ao Gênero**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização \ Características Específicas à Cultura e ao Gênero

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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização

**Prevalência**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização \ Curso**

O Transtorno de Somatização é um transtorno crônico porém fluante, 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 freqüentemente estão presentes na adolescência. Dificuldades menstruais podem representar um dos sintomas mais precoces em mulheres. Os sintomas sexuais freqüentemente estão associados com desajuste conjugal.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização \ 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 Personalidade Anti-Social, Transtorno Relacionado a Substância ou Transtorno de Somatização.

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização \ Diagnóstico Diferencial

O quadro sintomático encontrado no Transtorno de Somatização frequentemente 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização \ Diagnóstico Diferencial

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 (ver [p. 265](#)).

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização \ Diagnóstico Diferencial

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização \ Diagnóstico Diferencial

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização \ Diagnóstico Diferencial

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.0 - 300.81 Transtorno de Somatização \ Diagnóstico Diferencial

**Critérios 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes**

**F45.1 - 300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.1 - 300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ 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 freqüentes 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 freqüência, múltiplos sintomas físicos. As queixas somáticas crônicas e inexplicáveis freqüentemente levam a consultas médicas, tipicamente com um médico generalista.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.1 - 300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.1 - 300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

Sintomas inexplicáveis do ponto de vista médico e preocupação acerca da saúde

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.1 - 300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado

##### Curso

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.1 - 300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado \ 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.1 - 300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado

##### Diagnóstico Diferencial

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.1 - 300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado \ Diagnóstico Diferencial

Consultar também a seção "Diagnóstico Diferencial" para o Transtorno de Somatização (ver p. 428). 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, esquivas de deveres, evasão de processos criminais ou obtenção de drogas.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.1 - 300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado \ Diagnóstico Diferencial**

**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 \ Transtornos Somatoformes**

**F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo**  
**APÊNDICE D(116)**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ 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.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo \ Características Diagnósticas**

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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo

### Subtipos

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo

### Características e Transtornos Associados

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo \ 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo \ Características e Transtornos Associados

**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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo \ Características e Transtornos Associados

**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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo

**Prevalência**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo

**Curso**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo

**Padrão Familiar**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo \

### 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo

### Diagnóstico Diferencial

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo \ 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 estória 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F44.x - 300.11 Transtorno Conversivo \ Diagnóstico Diferencial

### 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

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes

### F45.4 - Transtorno Doloroso

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso APÊNDICE D(117)

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso

### Características Diagnósticas

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ 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 Fictício 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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





## Subtipos e Especificadores

### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso \ 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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso \ Subtipos e Especificadores

**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 anatómico da dor ou condição médica geral associada é codificado no Eixo III (ver "[Procedimentos de Registro](#)").

### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso \ Subtipos e Especificadores

**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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Procedimentos de Registro

### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso \ 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).

### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso

## Características e Transtornos Associados

### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso \ Características e Transtornos Associados**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso \ Características e Transtornos Associados**

**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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso \ 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.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso**

##### **Prevalência**

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso \ 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.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso**

##### **Curso**

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso \ 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.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso**

##### **Padrão Familiar**

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso \  
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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso

**Relação com a Taxonomia Proposta pela  
Associação Internacional para o Estudo  
da Dor**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso \ 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,

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



- 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".

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso \ Relação com a Taxonomia Proposta pela Associação Internacional para o Estudo da Dor

##### 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 \ Transtornos Somatoformes \ F45.4 - Transtorno Doloroso \ Relação com a Taxonomia Proposta pela Associação Internacional para o Estudo da Dor

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes

**F45.2 - 300.7 Hipocondria**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria  
APÊNDICE D(118)

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria \

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



### Características Diagnósticas

A característica essencial da Hipocondria é a preocupação com o medo de ter, ou a idéia de que a pessoa tem, uma doença grave, com base na interpretação errônea de um ou mais sinais ou sintomas somáticos (Critério A). Uma avaliação médica completa não é capaz de identificar uma condição médica geral que responda plenamente pelas preocupações da pessoa acerca de ter uma doença ou pelos sinais e sintomas físicos (embora uma condição médica geral coexistente possa estar presente). O medo ou a idéia inadequada de ter uma doença persistem, apesar de garantias médicas em contrário (Critério B). Entretanto, a crença não tem intensidade delirante (isto é, a pessoa é capaz de reconhecer a possibilidade de estar exagerando a extensão da doença temida, ou de não existir absolutamente qualquer doença). A crença também não se restringe a uma preocupação circunscrita com a aparência, como no Transtorno Dismórfico Corporal (Critério C). A preocupação com os sintomas somáticos causa sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério D) e dura no mínimo 6 meses (Critério E). A preocupação não é melhor explicada por Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Pânico, Episódio Depressivo Maior, Transtorno de Ansiedade de Separação ou um outro Transtorno Somatoforme (Critério F).

A preocupação na Hipocondria pode envolver funções corporais (por ex., batimentos cardíacos, sudorese ou peristaltismo); anormalidades físicas menores (por ex., uma pequena irritação ou uma tosse ocasional); ou sensações somáticas vagas e ambíguas (por ex., "coração cansado", "veias doloridas"). O indivíduo atribui esses sintomas ou sinais à doença suspeitada e demonstra grande preocupação com seu significado, autenticidade e etiologia. As preocupações podem envolver diversos sistemas corporais, em diferentes momentos ou simultaneamente. Em outros casos, pode haver uma preocupação com um órgão específico ou uma doença específica (por ex., medo de ter uma cardiopatia). Exames físicos, testes diagnósticos e garantias repetidas do médico trazem pouco alívio à preocupação acerca da doença ou aflição corporal. Por exemplo, um indivíduo preocupado com a idéia de ter uma cardiopatia não é confortado pela repetida falta de achados no exame físico, ECG ou até mesmo angiografia cardíaca. Os indivíduos com Hipocondria podem alarmar-se ao lerem ou ouvirem sobre doenças, ao saberem de alguém que adoeceu ou por observações, sensações ou ocorrências em seus próprios corpos. A preocupação com a doença temida freqüentemente se torna uma característica central da auto-imagem do indivíduo, um tópico do discurso social e uma resposta aos estresses da vida.

### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria

#### Especificador

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria \ Especificador

**Com Insight Pobre.** Este especificador é usado se, na maior parte do tempo durante o episódio atual, o indivíduo não reconhece que a preocupação com a idéia de ter uma doença grave é excessiva ou irracional.

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria

**Características e Transtornos Associados**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** A história médica com freqüência é apresentada longa e pormenorizadamente, na Hipocondria. São comuns as trocas de médico e a deterioração nas relações médico-paciente, com frustração e ressentimento de ambas as partes. Os indivíduos com este transtorno muitas vezes acreditam não estar obtendo os cuidados médicos adequados e podem resistir bravamente ao encaminhamento a serviços de saúde mental. Os repetidos procedimentos diagnósticos que trazem em si seus próprios riscos, além de onerosos, podem acarretar complicações. Entretanto, por terem uma história de múltiplas queixas sem uma base física clara, estes indivíduos podem receber uma avaliação superficial, ignorando a presença de uma condição médica geral. Os relacionamentos sociais tornam-se tensos, porque o indivíduo com Hipocondria mantém-se preocupado com sua condição e freqüentemente espera tratamento e consideração especiais. A vida em família pode tornar-se conturbada, à medida que se concentra no bem-estar físico do indivíduo. Pode não haver qualquer efeito sobre o funcionamento ocupacional, se o indivíduo limitar sua preocupação hipocondríaca aos períodos em que não trabalha. Com maior freqüência, a preocupação interfere no desempenho e faz com que a pessoa falte ao trabalho. Em casos mais severos, o indivíduo com Hipocondria pode tornar-se um completo inválido.

Doenças graves, particularmente na infância, e a experiência anterior com doença em um membro da família estão associadas com a ocorrência da Hipocondria. Estressores psicossociais, em particular a morte de alguém próximo ao indivíduo, supostamente precipitam alguns casos de Hipocondria. Os indivíduos com Hipocondria muitas vezes têm outros transtornos mentais (particularmente Transtornos de Ansiedade e Depressivos).

**Achados laboratoriais associados.** Os achados laboratoriais não confirmam a preocupação do indivíduo.

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.** Os achados ao exame físico não confirmam a preocupação do indivíduo.

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria

**Características Específicas à Cultura e ao Gênero**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria \ Características Específicas à Cultura e ao Gênero

A bagagem cultural e os modelos de explicação do indivíduo devem ser usados como base para decidir se é irracional a persistência da preocupação com a doença, apesar de uma avaliação e garantias médicas apropriadas. O diagnóstico de Hipocondria deve ser feito com cautela se as idéias do indivíduo acerca da doença foram reforçadas por curandeiros tradicionais, que podem discordar das garantias fornecidas por avaliações médicas. O transtorno é igualmente comum em homens e mulheres.

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria

**Prevalência**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria \ Prevalência

A prevalência da Hipocondria na população geral é desconhecida. A prevalência relatada na prática médica geral situa-se entre 4 e 9%.

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria

**Curso**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria \ Curso

A Hipocondria pode iniciar em qualquer idade, supostamente com maior frequência na idade adulta jovem. O curso geralmente é crônico, com exacerbações, por vezes com recuperação completa. Aparentemente um início agudo, comorbidade médica geral, ausência de Transtorno da Personalidade e ausência de ganhos secundários são indicadores de prognóstico favorável. Em vista de sua cronicidade, alguns autores vêem este transtorno como tendo características "tipo traço" proeminentes (isto é, uma preocupação persistente com queixas somáticas e foco sobre sintomas somáticos).

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria

## Diagnóstico Diferencial

### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria \ Diagnóstico Diferencial

A consideração mais importante para o diagnóstico diferencial na Hipocondria é uma **condição médica geral** subjacente, como estágios iniciais de condições neurológicas (por ex., esclerose múltipla e miastenia grave), condições endócrinas (por ex., doenças da tireóide ou paratireóide), doenças que afetam múltiplos sistemas orgânicos (por ex., lúpus eritematoso sistêmico) e condições malignas ocultas. Embora a presença de uma condição médica geral não descarte a possibilidade de Hipocondria coexistente, preocupações temporárias relacionadas a uma condição médica geral atualmente presente não constituem Hipocondria. **Sintomas somáticos** (por ex., dor abdominal) são comuns **em crianças** e não devem ser diagnosticados como Hipocondria, a menos que a criança tenha uma preocupação prolongada com a idéia de ter uma doença grave. Preocupações com o corpo e temores de debilitação podem ser freqüentes em pessoas idosas. Entretanto, o início de **preocupações com a saúde em idade avançada** tende mais a ser realista ou a refletir um Transtorno do Humor, ao invés de Hipocondria.

A **Hipocondria** é diagnosticada apenas quando as preocupações do indivíduo com a saúde não são melhor explicadas por **Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Pânico, Episódio Depressivo Maior, Transtorno de Ansiedade de Separação** ou outro **Transtorno Somatoforme**. Os indivíduos com Hipocondria podem ter pensamentos intrusivos sobre ter uma doença, além de comportamentos compulsivos associados (por ex., pedir garantias). Um diagnóstico separado de Transtorno Obsessivo-Compulsivo é dado apenas quando as obsessões ou compulsões não estão restritas a preocupações envolvendo doença (por ex., verificar fechaduras). No **Transtorno Dismórfico Corporal**, a preocupação está limitada à aparência física da pessoa. Em contraste com uma **Fobia Específica** ("nosofobia"), na qual o indivíduo teme ser exposto a uma doença, a Hipocondria caracteriza-se por uma preocupação acerca de ter uma doença.

Na Hipocondria, a convicção de ter uma doença não alcança proporções delirantes (isto é, o indivíduo consegue contemplar a possibilidade de que a doença temida não esteja presente), opostamente aos delírios somáticos que podem ocorrer nos **Transtornos Psicóticos** (por ex., Esquizofrenia, Transtorno Delirante, Tipo Somático, e Transtorno Depressivo Maior, Com Aspectos Psicóticos).

### TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria \ Diagnóstico Diferencial

#### Critérios Diagnósticos para F45.2 - 300.7 Hipocondria

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



- A. Preocupação com temores de ter, ou a idéia de que a pessoa tem, uma doença grave, com base na interpretação errônea dos próprios sintomas somáticos.**
- B. A preocupação persiste, apesar de uma avaliação e garantias médicas apropriadas.**
- C. A crença no Critério A não apresenta intensidade delirante (como no Transtorno Delirante, Tipo Somático), nem se restringe a uma preocupação circunscrita com a aparência (como no Transtorno Dismórfico Corporal).**
- D. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.**
- E. A preocupação não é melhor explicada por um Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Pânico, Episódio Depressivo Maior, Ansiedade de Separação ou outro Transtorno Somatoforme.**
- Especificar se:**  
**Com Insight Pobre: se, na maior parte do tempo durante o episódio atual, a pessoa não reconhece que a preocupação com a idéia de ter uma doença grave é excessiva ou irracional.**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Hipocondria \ Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes

**F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal

APÊNDICE D(119)

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal

**Características Diagnósticas**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal \ Características Diagnósticas**

A característica essencial do Transtorno Dismórfico Corporal (historicamente conhecido como dismorfofobia) é uma 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 freqüentemente 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 "feição" 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal \ Características e Transtornos Associados**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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 "postiços", 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal**

**Características Específicas à Cultura e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal \ Prevalência**

Embora faltem informações confiáveis, o Transtorno Dismórfico Corporal pode ser mais comum do que anteriormente se supunha.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal \ Diagnóstico Diferencial

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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ F45.2 - 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal \ Diagnóstico Diferencial

### 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).**

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes

### F45.9 - 300.81 Transtorno Somatoforme Sem Outra Especificação

## TRANSTORNOS \ Transtornos Somatoformes \ 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

## Transtornos Factícios

### TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios

#### APÊNDICE D(120)

### TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios

Os Transtornos Factícios caracterizam-se por sintomas físicos ou psicológicos intencionalmente produzidos ou simulados com o fim de assumir o papel de doente. O julgamento de que um determinado sintoma é intencionalmente produzido é feito por evidências diretas e pela exclusão de outras causas. Por exemplo, um indivíduo que se apresenta com hematúria é descoberto com anticoagulantes em seu poder, nega tê-los consumido, mas os exames de sangue são consistentes com a ingestão de anticoagulantes. Uma inferência razoável, na ausência de evidências de que ocorreu ingestão acidental, é a de que o indivíduo pode ter tomado o medicamento intencionalmente. Cabe notar que a presença de sintomas factícios não exclui a co-existência de sintomas somáticos ou psicológicos verdadeiros.

Os Transtornos Factícios são diferenciados de atos de simulação. Na Simulação, o indivíduo também produz os sintomas de modo intencional, porém com um objetivo obviamente perceptível quando as circunstâncias ambientais se tornam conhecidas. Por exemplo, a produção intencional de sintomas para esquivar-se do dever de fazer parte de um júri, ser julgado ou ser convocado para o serviço militar seria classificada como Simulação. Da mesma forma, se um indivíduo hospitalizado para tratamento de um transtorno mental simula uma exacerbação da doença para evitar a transferência para outro hospital menos desejável, isto seria um ato de Simulação. Em contrapartida, no Transtorno Factício, a motivação é uma necessidade psicológica de assumir o papel de enfermo, evidenciada por uma ausência de incentivos externos para o comportamento. A Simulação pode ser considerada adaptativa sob certas circunstâncias (por ex., em situações em que a pessoa é mantida como refém), mas, por definição, um diagnóstico de Transtorno Factício sempre indica psicopatologia.

### TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios

#### **F68.1 - Transtorno Factício**

### TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios \ F68.1 - Transtorno Factício

A característica essencial do Transtorno Factício é a produção intencional de

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



sinais ou sintomas somáticos ou psicológicos (Critério A). A apresentação pode incluir a fabricação de queixas subjetivas (por ex., queixas de dor abdominal aguda na ausência de qualquer dor desta espécie), condições auto-infligidas (por ex., produção de abscessos por injeção subcutânea de saliva), exagero ou exacerbação de condições médicas gerais preexistentes (por ex., simulação de uma convulsão de grande mal por um indivíduo com história prévia de transtorno convulsivo) ou qualquer combinação ou variação destes elementos. A motivação para o comportamento consiste em assumir o papel de enfermo (Critério B). Incentivos externos para o comportamento (por ex., ganho econômico, esquivas de responsabilidades legais ou melhora no bem-estar físico, como na Simulação) estão ausentes (Critério C).

Os indivíduos com Transtorno Factício em geral apresentam sua história de forma dramática, mas são extremamente vagos e inconsistentes, quando questionados em maiores detalhes. Eles podem envolver-se em mentiras patológicas, de um modo intrigante para o ouvinte, acerca de qualquer aspecto de sua história ou sintomas (isto é, pseudologia fantástica). Eles freqüentemente possuem um extenso conhecimento da terminologia médica e das rotinas hospitalares. Queixas de dor e solicitação de analgésicos são muito comuns. Após uma extensa investigação de suas queixas principais inicialmente apresentados ter-se mostrado negativa, eles em geral passam a se queixar de outros problemas somáticos ou psicológicos e produzem mais sintomas factícios. Os indivíduos com este transtorno podem submeter-se com avidéz a múltiplos procedimentos e operações invasivas. Hospitalizados, habitualmente recebem poucas visitas. Por fim, pode ser alcançado um ponto em que a natureza factícia de seus sintomas é revelada (por ex., o paciente é reconhecido por alguém que o encontrou em uma baixa anterior; outros hospitais confirmam hospitalizações prévias por sintomatologia factícia). Quando confrontados com evidências de que seus sintomas são factícios, os indivíduos com este transtorno geralmente negam as alegações ou abandonam rapidamente o hospital, contrariando disposições médicas. Freqüentemente, eles são admitidos, logo depois, em um outro hospital. Suas repetidas hospitalizações muitas vezes os levam a numerosas cidades, estados e países.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios \ F68.1 - Transtorno Factício**

### **Subtipos**

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios \ F68.1 - Transtorno Factício \ Subtipos**

O Transtorno Factício é codificado de acordo com o subtipo que melhor caracteriza os sintomas predominantes.

**300.16 Com Sinais e Sintomas Predominantemente Psicológicos.** Este subtipo descreve uma apresentação clínica na qual predominam sinais e sintomas psicológicos. Ele caracteriza-se pela produção intencional ou simulação de sintomas psicológicos (freqüentemente psicóticos) sugestivos de um transtorno

mental. O objetivo do indivíduo aparentemente consiste em assumir o papel de "paciente", não sendo compreensível de outra forma, à luz das circunstâncias ambientais (contrastando com o caso da Simulação). Este subtipo pode ser sugerido por uma sintomatologia ampla, que freqüentemente não corresponde a um padrão típico de qualquer síndrome, curso e resposta incomuns ao tratamento e piora dos sintomas quando o indivíduo sabe que está sendo observado. Os indivíduos com este subtipo de Transtorno Factício podem citar depressão e ideação suicida após a morte de um cônjuge (quando a morte não é confirmada por outros informantes), perda de memória (recente e remota), alucinações (auditivas e visuais) e sintomas dissociativos. Estes indivíduos podem ser extremamente sugestionáveis e endossar muitos dos sintomas trazidos à tona durante uma revisão de sistemas. Inversamente, podem ser extremamente negativistas, relutando em cooperar quando questionados. A apresentação geralmente reflete o conceito que o indivíduo tem de transtorno mental, podendo não se enquadrar em qualquer categoria diagnóstica conhecida.

**300.19 Com Sinais e Sintomas Predominantemente Físicos.** Este subtipo descreve uma apresentação clínica na qual predominam sinais e sintomas de uma aparente condição médica geral. Toda a vida do indivíduo pode consistir de tentativas de ser baixado ou permanecer baixado em hospitais (conhecido como "síndrome de Munchausen"). Quadros clínicos comuns incluem dor abdominal severa no quadrante inferior direito associada com náusea e vômitos, tonturas e perda da consciência, hemoptise maciça, erupções e abscessos generalizados, febre de origem indeterminada, sangramento secundário à ingestão de anticoagulantes e síndromes "tipo lúpus". Todos os sistemas orgânicos são alvos potenciais, limitando-se os sintomas apresentados apenas pelos conhecimentos médicos do indivíduo, sua sofisticação e imaginação.

**300.19 Com Sinais e Sintomas Psicológicos e Físicos Combinados.** Este subtipo descreve uma apresentação clínica na qual sinais e sintomas tanto psicológicos quanto físicos estão presentes, sem domínio de nenhum deles.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios \ F68.1 - Transtorno Factício**

### **Características e Transtornos Associados**

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios \ F68.1 - Transtorno Factício \ Características e Transtornos Associados**

No Transtorno Factício Com Sinais e Sintomas Predominantemente Psicológicos, pode ocorrer o oferecimento de respostas aproximadas (por ex., 8 vezes 8 igual a 65). O indivíduo pode subrepticamente usar substâncias psicoativas com o fim de produzir sintomas que sugerem um transtorno mental (por ex., estimulantes para produzir inquietação ou insônia, alucinógenos para induzir estados de percepção alterados, analgésicos para induzir euforia e hipnóticos para induzir letargia). Combinações de substâncias psicoativas podem produzir apresentações muito

incomuns.

Os indivíduos com Transtorno Factício com Sinais e Sintomas Predominantemente Físicos podem também se apresentar com Abuso de Substância, particularmente de analgésicos e sedativos prescritos. Múltiplas hospitalizações freqüentemente levam a condições médicas gerais iatrogênicas (por ex., a formação de tecido cicatricial por cirurgias desnecessárias ou reações medicamentosas adversas). Os indivíduos com a forma crônica deste transtorno podem apresentar um "abdômen em grade" por múltiplos procedimentos cirúrgicos. O Transtorno Factício geralmente é incompatível com a manutenção de um emprego, laços familiares e relacionamentos interpessoais estáveis. Possíveis fatores predisponentes para o Transtorno Factício podem incluir a presença de outros transtornos mentais ou condições médicas gerais durante a infância ou adolescência que levaram a tratamentos e hospitalizações extensos; rancor contra a profissão médica; emprego em um posto relacionado à área médica; presença de um severo Transtorno da Personalidade e um relacionamento importante com um médico no passado.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios \ F68.1 - Transtorno Factício**

##### **Prevalência**

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios \ F68.1 - Transtorno Factício \ Prevalência**

As informações sobre a prevalência do Transtorno Factício são limitadas. Embora este diagnóstico raramente seja relatado, ele muitas vezes pode passar despercebido. Por outro lado, a forma crônica do transtorno pode ser excessivamente relatada, porque os mesmos indivíduos afetados consultam diferentes médicos em diferentes hospitais, freqüentemente sob nomes diferentes. O transtorno aparentemente é mais comum em homens do que em mulheres.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios \ F68.1 - Transtorno Factício**

##### **Curso**

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios \ F68.1 - Transtorno Factício \ Curso**

O curso do Transtorno Factício pode ser limitado a um ou mais episódios breves, mas geralmente é crônico. O início costuma ocorrer nos primeiros anos da idade adulta, freqüentemente após uma hospitalização por uma condição médica geral ou um outro transtorno mental. Na forma crônica deste transtorno, um padrão de sucessivas hospitalizações pode persistir pelo resto da vida.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios \ F68.1 - Transtorno Factício**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Diagnóstico Diferencial

### TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios \ F68.1 - Transtorno Factício \ Diagnóstico Diferencial

Um Transtorno Factício deve ser diferenciado de uma **verdadeira condição médica geral** e de um **verdadeiro transtorno mental**. Suspeitas de que um aparente transtorno mental ou condição médica geral na verdade representam um Transtorno Factício devem surgir sempre que qualquer combinação dos seguintes fatores é percebida em um indivíduo hospitalizado: uma apresentação atípica e dramática que não se enquadra em uma condição médica geral ou transtorno mental identificáveis; sintomas ou comportamentos que estão presentes apenas quando o indivíduo está sendo observado; pseudologia fantástica; comportamento perturbador na enfermaria (por ex., falta de obediência aos regulamentos do hospital, discussões excessivas com enfermeiros e médicos); extensos conhecimentos sobre a terminologia médica e rotinas hospitalares; uso velado de substâncias; evidências de múltiplos tratamentos (por ex., cirurgias repetidas, repetidos cursos de terapia eletroconvulsiva); uma história extensa de viagens; poucos ou nenhum visitante enquanto hospitalizado, e um curso clínico flutuante, com rápido desenvolvimento de "complicações" ou nova "patologia", uma vez que a investigação inicial se mostre negativa.

Nos **Transtornos Somatoformes**, queixas físicas que não são plenamente atribuíveis a uma verdadeira condição médica geral também estão presentes, mas os sintomas não são intencionalmente produzidos. A **Simulação** difere do Transtorno Factício no sentido de que a motivação para a produção dos sintomas na **Simulação** é representada por um incentivo externo, enquanto no Transtorno Factício inexistem incentivos externos. O indivíduo com Simulação pode buscar a hospitalização mediante a produção de sintomas com o fim de obter compensações financeiras, fugir da polícia ou simplesmente "ter onde passar a noite". Entretanto, o objetivo em geral é aparente, podendo os sintomas "cessar" quando não mais têm utilidade.

### TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios \ F68.1 - Transtorno Factício \ Diagnóstico Diferencial

#### Crítérios Diagnósticos para Transtorno Factício

- A. Produção ou simulação intencional de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos.
- B. A motivação para o comportamento consiste em assumir o papel de enfermo.
- C. Incentivos externos para o comportamento (tais como vantagens econômicas, esquiva de responsabilidades legais ou melhora no bem-estar físico, como na

Simulação) estão ausentes.

Codificar com base no tipo:

**300.16 Com Sinais e Sintomas Predominantemente Psicológicos:** se sinais e sintomas psicológicos predominam na apresentação clínica.

**300.19 Com Sinais e Sintomas Predominantemente Físicos:** se sinais e sintomas físicos predominam na apresentação clínica.

**300.19 Com Sinais e Sintomas Psicológicos e Físicos Combinados:** se sinais e sintomas tanto psicológicos quanto físicos estão presentes, sem predomínio de nenhum deles na apresentação clínica.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios

### F68.1 - 300.19 Transtorno Factício Sem Outra Especificação

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Factícios \ F68.1 - 300.19 Transtorno Factício Sem Outra Especificação

Esta categoria inclui transtornos com sintomas factícios que não satisfazem os critérios para Transtorno Factício. Um exemplo é o Transtorno Factício por procuração: a produção ou simulação intencional de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos em uma outra pessoa que está sob os cuidados do indivíduo, com o fim de assumir indiretamente o papel de enfermo (ver [p. 684](#) para critérios sugeridos para pesquisas).

## TRANSTORNOS

# Transtornos Dissociativos

#### TRANSTORNOS \ 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.

O **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 (ver [p. 685](#) e [p. 793](#)).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos

**F44.0 - 300.12 Amnésia Dissociativa  
(anteriormente Amnésia Psicogênica)**

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.0 - 300.12 Amnésia Dissociativa (anteriormente Amnésia Psicogênica)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





APÊNDICE D(121)

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.0 - 300.12 Amnésia Dissociativa (anteriormente Amnésia Psicogênica)**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ 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 freqüência, 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 freqüência, 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 subseqüentes 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.0 - 300.12 Amnésia Dissociativa (anteriormente Amnésia Psicogênica)**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.0 - 300.12 Amnésia Dissociativa (anteriormente Amnésia Psicogênica) \ 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 freqüentemente exibem alta suscetibilidade à hipnose, medida por testagem estandardizada.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.0 - 300.12 Amnésia Dissociativa (anteriormente Amnésia Psicogênica)**

**Características Específicas à Idade**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.0 - 300.12 Amnésia Dissociativa (anteriormente Amnésia Psicogênica) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.0 - 300.12 Amnésia Dissociativa (anteriormente Amnésia Psicogênica)**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.0 - 300.12 Amnésia Dissociativa (anteriormente Amnésia Psicogênica) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.0 - 300.12 Amnésia Dissociativa (anteriormente Amnésia Psicogênica)**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.0 - 300.12 Amnésia Dissociativa (anteriormente Amnésia Psicogênica) \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.0 - 300.12 Amnésia Dissociativa (anteriormente Amnésia Psicogênica)

### Diagnóstico Diferencial

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.0 - 300.12 Amnésia Dissociativa (anteriormente Amnésia Psicogênica) \ 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) (ver [pp. 153-154](#)). Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. No **Transtorno Amnésico Devido à Lesão Cerebral**, o distúrbio de memória, embora limitado, freqüentemente 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 **delirium** 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) (ver [pp. 156-157](#)). 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**.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.0 - 300.12 Amnésia Dissociativa (anteriormente Amnésia Psicogênica) \ Diagnóstico Diferencial

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.0 - 300.12 Amnésia Dissociativa (anteriormente Amnésia Psicogênica) \ Diagnóstico Diferencial**

**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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos**

**F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa (anteriormente Fuga Psicogênica)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa (anteriormente Fuga Psicogênica)**

**APÊNDICE D(122)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa (anteriormente Fuga Psicogênica)**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa (anteriormente Fuga Psicogênica)

### Características e Transtornos Associados

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa (anteriormente Fuga Psicogênica) \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa  
(anteriormente Fuga Psicogênica)

**Características Específicas à Cultura**

TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa  
(anteriormente Fuga Psicogênica) \ 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 (ver também Transtorno de Transe Dissociativo no [Apêndice B, p. 685](#)).

TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa  
(anteriormente Fuga Psicogênica)

**Prevalência**

TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa  
(anteriormente Fuga Psicogênica) \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa  
(anteriormente Fuga Psicogênica)

**Curso**

TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa  
(anteriormente Fuga Psicogênica) \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa (anteriormente Fuga Psicogênica)

### Diagnóstico Diferencial

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa (anteriormente Fuga Psicogênica) \ Diagnóstico Diferencial

A Fuga Dissociativa deve ser diferenciada de sintomas considerados como **conseqüência fisiológica direta de uma condição médica geral específica** (por ex., traumatismo craniano) (ver [p. 161](#)). 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 seqüenciais. Os sintomas dissociativos considerados conseqüência 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** (ver [p. 187](#)).

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 eutímicos 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa (anteriormente Fuga Psicogênica) \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa (anteriormente Fuga Psicogênica) \ Diagnóstico Diferencial**

**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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.1 - 300.13 Fuga Dissociativa (anteriormente Fuga Psicogênica) \ Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos

**F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade  
(anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla)**

TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla)

APÊNDICE D(123)

TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla)

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla)

### Características e Transtornos Associados

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla) \ 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 envolvida 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 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla)**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla)**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla)**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla)**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla)**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla) \ 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 (ver [p. 187](#)).

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 entram em seus corpos e assumiram o controle.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla) \ Diagnóstico Diferencial

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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.81 - 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade (anteriormente Transtorno de Personalidade Múltipla) \ Diagnóstico Diferencial

### 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos

### F48.1 - 300.6 Transtorno de Despersonalização

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F48.1 - 300.6 Transtorno de Despersonalização

### Características Diagnósticas



## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ 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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F48.1 - 300.6 Transtorno de Despersonalização

### Características e Transtornos Associados

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F48.1 - 300.6 Transtorno de Despersonalização \ 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 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F48.1 - 300.6 Transtorno de Despersonalização

### Características Específicas à Cultura

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F48.1 - 300.6 Transtorno de Despersonalização \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F48.1 - 300.6 Transtorno de Despersonalização

### Prevalência

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F48.1 - 300.6 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F48.1 - 300.6 Transtorno de Despersonalização

### Curso

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F48.1 - 300.6 Transtorno de Despersonalização \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F48.1 - 300.6 Transtorno de Despersonalização

### Diagnóstico Diferencial

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F48.1 - 300.6 Transtorno de Despersonalização \ Diagnóstico Diferencial

O Transtorno de Despersonalização deve ser diferenciado de **sintomas devido às conseqüências fisiológicas de uma condição médica geral específica** (por ex., epilepsia) (ver [p. 161](#)). 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 (ver [p. 186](#)). 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F48.1 - 300.6 Transtorno de Despersonalização \ Diagnóstico Diferencial

### Crítérios 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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos

### F44.9 - 300.15 Transtorno Dissociativo Sem Outra Especificação

## TRANSTORNOS \ Transtornos Dissociativos \ F44.9 - 300.15 Transtorno 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 cativeiro).

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 (ver [p. 685](#), para critérios sugeridos para pesquisas).

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

# Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero

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 Transtornos do Desejo Sexual (isto é, Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo, Transtorno de Aversão Sexual), Transtornos da Excitação Sexual (isto é, Transtorno da Excitação Sexual Feminina, Transtorno Erétil Masculino), Transtornos Orgásmicos (isto é, Transtorno

Orgásmico Feminino, Transtorno Orgásmico Masculino, Ejaculação Precoce), Transtornos de Dor Sexual (isto é, Dispareunia, Vaginismo), Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral, Disfunção Sexual Induzida por Substância e Disfunção Sexual Sem Outra Especificação.

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. As Parafilias incluem Exibicionismo, Fetichismo, Voyeurismo e Parafilia Sem Outra Especificação.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero

### Disfunções Sexuais

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais APÊNDICE D(124)

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais

**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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais

### Subtipos

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Subtipos

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Subtipos

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 ([pp. 487-488](#)) e/ou Disfunção Sexual Induzida por Substância ([p. 491](#)).

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais

##### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais

### Prevalência

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais

### Diagnóstico Diferencial

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ 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** (pp. 487-488). 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** (ver p. 491). 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais

### Transtornos do Desejo Sexual

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos do Desejo Sexual

### F52.0 - 302.71 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.0 - 302.71 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo

### Características Diagnósticas

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos do Desejo Sexual \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.0 - 302.71 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo

Subtipos

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.0 - 302.71 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo  
\ 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 (ver descrições na seção Subtipos das Disfunções Sexuais - na [p. 468](#)).

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.0 - 302.71 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo

Características e Transtornos Associados

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.0 - 302.71 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 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.0 - 302.71 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.0 - 302.71 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo  
 \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.0 - 302.71 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.0 - 302.71 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



### \ 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) (ver p. 491). 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.0 - 302.71 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo  
\ Diagnóstico Diferencial

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Crítérios 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**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos do Desejo Sexual**

**F52.10 - 302.79 Transtorno de Aversão Sexual**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.10 - 302.79 Transtorno de Aversão Sexual**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos do Desejo Sexual \ 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**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.10 - 302.79 Transtorno de Aversão Sexual**

**Subtipos**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.10 - 302.79 Transtorno de Aversão Sexual \  
 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 (ver descrições na seção Subtipos das Disfunções Sexuais - na [p. 468](#)).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.10 - 302.79 Transtorno de Aversão Sexual**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.10 - 302.79 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.10 - 302.79 Transtorno de Aversão Sexual**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.10 - 302.79 Transtorno de Aversão Sexual \  
 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.10 - 302.79 Transtorno de Aversão Sexual \  
 Diagnóstico Diferencial**

**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**



TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos do Desejo Sexual \ F52.10 - 302.79 Transtorno de Aversão Sexual \  
 Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais

**Transtornos da Excitação Sexual**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual

**F52.2 - 302.72 Transtorno da Excitação Sexual  
 Feminina**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno da Excitação Sexual  
 Feminina

**APÊNDICE D(125)**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno da Excitação Sexual  
 Feminina

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ 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 pele, 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).

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno da Excitação Sexual  
Feminina

**Subtipos**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno da Excitação Sexual  
Feminina \ 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 (ver descrições na p. 468).

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno da Excitação Sexual  
Feminina

**Características e Transtornos Associados**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno da Excitação Sexual  
Feminina

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno da Excitação Sexual  
Feminina \ 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 estrógeno na menopausa ou pós-menopausa, vaginite atrófica, diabetes melito, radioterapia da pelve) (ver pp. 487-488). 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) (ver p. 491). 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno da Excitação Sexual  
Feminina \ Diagnóstico Diferencial

**Critérios Diagnósticos para F52.2 - 302.72 Transtorno da Excitação Sexual**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**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**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno da Excitação Sexual  
 Feminina \ Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual**

**F52.2 - 302.72 Transtorno Erétil Masculino**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno Erétil Masculino**

**APÊNDICE D(126)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno Erétil Masculino**

**Características Diagnósticas**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno Erétil Masculino**

**Subtipos**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno Erétil Masculino \  
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 (ver descrições na [p. 468](#)).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno Erétil Masculino**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno Erétil Masculino

Curso

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno Erétil Masculino \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno Erétil Masculino

Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno Erétil Masculino \  
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., diabetes melito, esclerose múltipla, insuficiência renal, neuropatia periférica, doença vascular periférica, lesão da medula, lesão do sistema nervoso autônomo por cirurgia ou radiação) (ver [pp. 487-488](#)). 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. Procedimentos 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno Erétil Masculino \  
 Diagnóstico Diferencial**

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) (ver p. 491). 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno Erétil Masculino \  
 Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno Erétil Masculino \  
 Diagnóstico Diferencial**

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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos da Excitação Sexual \ F52.2 - 302.72 Transtorno Erétil Masculino \  
Diagnóstico Diferencial

**Critérios 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 \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais

**Transtornos Orgásmicos**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





\ Transtornos Orgásmicos

**F52.3 - 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino  
(anteriormente Orgasmo Feminino Inibido)**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino  
(anteriormente Orgasmo Feminino Inibido)

**APÊNDICE D(127)**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino  
(anteriormente Orgasmo Feminino Inibido)

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos Orgásmicos \ 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).

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino  
(anteriormente Orgasmo Feminino Inibido)

**Subtipos**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino  
(anteriormente Orgasmo Feminino Inibido) \ 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 (ver descrições na p. 468).

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino  
(anteriormente Orgasmo Feminino Inibido)

#### Características e Transtornos Associados

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino  
(anteriormente Orgasmo Feminino Inibido) \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino  
(anteriormente Orgasmo Feminino Inibido)

#### Curso

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino  
(anteriormente Orgasmo Feminino Inibido) \ 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 freqüentemente 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino  
(anteriormente Orgasmo Feminino Inibido)

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino  
(anteriormente Orgasmo Feminino Inibido) \ 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) (ver [pp. 487-488](#)). 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) (ver [p. 491](#)). 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino  
(anteriormente Orgasmo Feminino Inibido) \ Diagnóstico Diferencial

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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais

\ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino  
(anteriormente Orgasmo Feminino Inibido) \ Diagnóstico Diferencial

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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino  
(anteriormente Orgasmo Feminino Inibido) \ Diagnóstico Diferencial

**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

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos Orgásmicos

**F52.3 - 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino  
(anteriormente Orgasmo Masculino Inibido)**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino  
(anteriormente Orgasmo Masculino Inibido)

APÊNDICE D(128)

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino  
(anteriormente Orgasmo Masculino Inibido)

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos Orgásmicos \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



(anteriormente Orgasmo Masculino Inibido)

### Subtipos

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino  
(anteriormente Orgasmo Masculino Inibido) \ 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 (ver descrições na seção Subtipos de Disfunção Sexual - à p. [468](#)).

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino  
(anteriormente Orgasmo Masculino Inibido)

### Características e Transtornos Associados

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino  
(anteriormente Orgasmo Masculino Inibido) \ 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).

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino  
(anteriormente Orgasmo Masculino Inibido)

### Diagnóstico Diferencial

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino  
(anteriormente Orgasmo Masculino Inibido) \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino  
(anteriormente Orgasmo Masculino Inibido) \ Diagnóstico Diferencial**

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) (ver p. 491). 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino  
(anteriormente Orgasmo Masculino Inibido) \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino  
(anteriormente Orgasmo Masculino Inibido) \ Diagnóstico Diferencial**

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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino  
(anteriormente Orgasmo Masculino Inibido) \ Diagnóstico Diferencial

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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino  
(anteriormente Orgasmo Masculino Inibido) \ Diagnóstico Diferencial

**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**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.3 - 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino  
(anteriormente Orgasmo Masculino Inibido) \ Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos**

**F52.4 - 302.75 Ejaculação Precoce**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.4 - 302.75 Ejaculação Precoce**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.4 - 302.75 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.4 - 302.75 Ejaculação Precoce**

**Subtipos**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.4 - 302.75 Ejaculação Precoce \ 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 ( ver descrições na seção de Subtipos das Disfunções Sexuais - [p. 468](#) ).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.4 - 302.75 Ejaculação Precoce**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.4 - 302.75 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.4 - 302.75 Ejaculação Precoce**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.4 - 302.75 Ejaculação Precoce \ 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 intercurso. 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.4 - 302.75 Ejaculação Precoce

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.4 - 302.75 Ejaculação Precoce \ Diagnóstico Diferencial

A Ejaculação Precoce deve ser diferenciada de uma **disfunção erétil relacionada ao desenvolvimento de uma condição médica geral** (ver pp. 487-488). 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** (ver p. 491).

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Transtornos Orgásmicos \ F52.4 - 302.75 Ejaculação Precoce \ Diagnóstico Diferencial

**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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Tipo Situacional

Especificar:

Devido a Fatores Psicológicos

Devido a Fatores Combinados

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais

### Transtornos de Dor Sexual

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos de Dor Sexual

**F52.6 - 302.76 Dispareunia  
(Não Devido a uma Condição Médica Geral)**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos de Dor Sexual \ F52.6 - 302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral)

#### Características Diagnósticas

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos de Dor Sexual \ 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).

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos de Dor Sexual \ F52.6 - 302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral)

### Subtipos

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual \ F52.6 - 302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ 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 (ver p. 468).

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual \ F52.6 - 302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral)

### Características e Transtornos Associados

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual \ F52.6 - 302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ 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 esquivas de experiências sexuais, perturbando relacionamentos sexuais existentes ou limitando o desenvolvimento de novos.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual \ F52.6 - 302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral)

### Curso

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual \ F52.6 - 302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ Curso

A limitada quantidade de informações disponíveis sugere que o curso da Dispareunia tende a ser crônico.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual \ F52.6 - 302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral)

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual \ F52.6 - 302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ Diagnóstico Diferencial**

A Dispareunia deve ser diferenciada de uma **Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral** (ver pp. 487-488). 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual \ F52.6 - 302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ Diagnóstico Diferencial**

Contrastando com a **Dispareunia**, uma **Disfunção Sexual Induzida por Substância** é considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (ver p. 491). 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual \ F52.6 - 302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual \ F52.6 - 302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ Diagnóstico Diferencial**

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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual \ F52.6 - 302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ Diagnóstico Diferencial

**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 \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual

**F52.5 - 306.51 Vaginismo  
(Não Devido a uma Condição Médica Geral)**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos de Dor Sexual \ F52.5 - 306.51 Vaginismo (Não Devido a uma Condição Médica Geral)

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos de Dor Sexual \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos de Dor Sexual \ F52.5 - 306.51 Vaginismo (Não Devido a uma Condição Médica Geral)

**Subtipos**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos de Dor Sexual \ F52.5 - 306.51 Vaginismo (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ 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 (ver descrições na seção Subtipos das Disfunções Sexuais - na [p. 468](#)).

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Transtornos de Dor Sexual \ F52.5 - 306.51 Vaginismo (Não Devido a uma Condição Médica Geral)

**Características e Transtornos Associados**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais



\ Transtornos de Dor Sexual \ F52.5 - 306.51 Vaginismo (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ 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 freqüentemente 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 freqüência em mulheres mais jovens, em mulheres com atitudes negativas com relação ao sexo e em mulheres com uma história de abuso ou traumas sexuais.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual \ F52.5 - 306.51 Vaginismo (Não Devido a uma Condição Médica Geral)

**Curso**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual \ F52.5 - 306.51 Vaginismo (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual \ F52.5 - 306.51 Vaginismo (Não Devido a uma Condição Médica Geral)

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual \ F52.5 - 306.51 Vaginismo (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ Diagnóstico Diferencial

O Vaginismo deve ser diferenciado de uma **Disfunção Sexual Devido a uma**

**Condição Médica Geral** (ver pp. 487-488). 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Transtornos de Dor Sexual \ F52.5 - 306.51 Vaginismo (Não Devido a uma Condição Médica Geral) \ Diagnóstico Diferencial**

**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**

**Especificar:**

**Devido a Fatores Psicológicos**

**Devido a Fatores Combinados**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais

**Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral

APÊNDICE D(129)

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ 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 intercuro, 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" (p. 161).

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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral

### Subtipos

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral**

**Procedimentos de Registro**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral**

**Condições Médicas Gerais Associadas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ 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 (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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ 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**.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios Diagnósticos para Disfunção Sexual Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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).

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral

**Disfunção Sexual Induzida por Substância**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ Disfunção Sexual Induzida  
por Substância

**APÊNDICE D(130)**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ Disfunção Sexual Induzida  
por Substância

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ 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. Para uma discussão mais detalhada dos Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [p. 171](#).

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ Disfunção Sexual Induzida por Substância**

**Especificadores**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ Disfunção Sexual Induzida por Substância \ 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**.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ Disfunção Sexual Induzida por Substância**

**Procedimentos de Registro**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ Disfunção Sexual Induzida por Substância \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ Disfunção Sexual Induzida por Substância**

**Substâncias Específicas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ Disfunção Sexual Induzida por Substância \ 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 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ Disfunção Sexual Induzida  
por Substância

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ Disfunção Sexual Induzida  
por Substância \ 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).

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ Disfunção Sexual Induzida  
por Substância \ Diagnóstico Diferencial

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 (ver [p. 491](#)).

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
\ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ Disfunção Sexual Induzida  
por Substância \ Diagnóstico Diferencial

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ Disfunção Sexual Induzida  
 por Substância \ Diagnóstico Diferencial**

Uma vez que os indivíduos com condições médicas gerais com freqüência 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 freqüentemente 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**.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais  
 \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ Disfunção Sexual Induzida  
 por Substância \ Diagnóstico Diferencial**

**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 etiológicamente 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ Disfunção Sexual Induzida por Substância \ Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral

**F52.9 - 302.70 Disfunção Sexual Sem Outra Especificação**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Disfunções Sexuais \ Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero

### Parafilias

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias

### Características Diagnósticas

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ 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, ocorrendo durante um período mínimo de 6 meses (Critério A). Em alguns indivíduos, as fantasias ou estímulos parafilicos são obrigatórios para a excitação erótica e sempre incluídos na atividade sexual. Em outros casos, as preferências parafilicas 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 parafilicos. 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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ Características Diagnósticas

A imaginação parafilica 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 parafilica 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 frequência. Não raro, os indivíduos têm mais de uma Parafilia.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias**

### **Procedimentos de Registro**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ Procedimentos de Registro**

As Parafilias são diferenciadas com base no foco parafilico 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.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias**

### **Características e Transtornos Associados**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ Características e Transtornos Associados**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias

### Características Específicas à Cultura e ao Gênero

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ 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.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias**

### **Prevalência**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ Prevalência**

Embora as Parafilias raramente sejam diagnosticadas em contextos clínicos gerais, o amplo mercado da pornografia e da parafernália parafílica 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.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias**

### **Curso**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ 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 parafílicas 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.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias**

### **Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \  
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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \  
Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \  
Diagnóstico Diferencial**

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 freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \  
Diagnóstico Diferencial**

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 Transvêstico, 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias

### F65.2 - 302.4 Exibicionismo

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.2 - 302.4 Exibicionismo

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.2 - 302.4 Exibicionismo

##### 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias

### F65.0 - 302.81 Fetichismo

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.0 - 302.81 Fetichismo

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 freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.0 - 302.81 Fetichismo**

**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).**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias**

**F65.8 - 302.89 Frotteurismo**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.8 - 302.89 Frotteurismo**

O foco parafilico 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.8 - 302.89 Frotteurismo**

**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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias**

**F65.4 - 302.2 Pedofilia**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.4 - 302.2 Pedofilia**

O foco parafílico 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 feleção 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.4 - 302.2 Pedofilia

### 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

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.4 -  
302.2 Pedofilia

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias

**F65.5 - 302.83 Masoquismo Sexual**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.5 -  
302.83 Masoquismo Sexual

O foco parafilico 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 intercurso 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 (freqüentemente 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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



do equipamento, erros na colocação da força ou da atadura em torno do pescoço ou outros deslizamentos. 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 Transvêstico 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.5 - 302.83 Masoquismo Sexual**

**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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias**

**F65.5 - 302.84 Sadismo Sexual**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.5 - 302.84 Sadismo Sexual**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.5 - 302.84 Sadismo Sexual**

**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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias**

**F65.1 - 302.3 Fetichismo Transvéstico**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.1 - 302.3 Fetichismo Transvéstico**

**APÊNDICE D(131)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.1 - 302.3 Fetichismo Transvéstico**

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 transvêsticos variam desde o uso ocasional e solitário de roupas femininas até o extenso envolvimento em uma subcultura transvêstica. 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.1 - 302.3 Fetichismo Transvéstico**

**Critérios Diagnósticos para F65.1 - 302.3 Fetichismo Transvéstico**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**A. Por um período mínimo de 6 meses, em um homem heterossexual, fantasias sexualmente excitantes, recorrentes e intensas, impulsos sexuais ou comportamentos envolvendo o uso de roupas 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.**

**Especificar se:**

**Com Disforia Quanto ao Gênero: se o indivíduo sente um desconforto persistente com o papel ou a identidade de gênero.**

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias

### F65.3 - 302.82 Voyeurismo

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ 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 ("espionar") 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 espionar constitui a forma exclusiva de atividade sexual. O início do comportamento voyeurista geralmente ocorre antes dos 15 anos. O curso tende a ser crônico.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ F65.3 - 302.82 Voyeurismo

##### 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.**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias

**F65.9 - 302.9 Parafilia Sem Outra Especificação**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Parafilias \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero

**Transtornos da Identidade de Gênero**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero

APÊNDICE D(132)

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero

**F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ 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 freqüentemente 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 freqüência 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 freqüência 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 freqüência, 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 (freqüentemente 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 freqüentemente interfere em atividades corriqueiras. Em crianças mais velhas, o fracasso em desenvolver relacionamentos e habilidades apropriados à idade com seus pares do mesmo sexo freqüentemente 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 freqüentemente interfere em atividades corriqueiras. Dificuldades de relacionamento são comuns, podendo comprometer o funcionamento na escola ou no trabalho.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero

### Especificadores

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero \ 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 e 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**.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero

### Procedimentos de Registro

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero

### Características e Transtornos Associados

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero \ 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 cromossomas 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero

### Características Específica à Idade ao Gênero

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero

### Prevalência

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero

### Curso

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero \ 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.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero**

### **Diagnóstico Diferencial**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero \ Diagnóstico Diferencial**

O **Fetichismo Transvêstico** ocorre em homens heterossexuais (ou bissexuais), cujo comportamento transvêstico serve a finalidades de excitação sexual. Além do transvestismo, a maior parte dos indivíduos com Fetichismo Transvêstico 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 Transvêstico, devem receber ambos os diagnósticos. Se a disforia quanto ao gênero está presente em um indivíduo com Fetichismo Transvêstico, mas não são satisfeitos todos os critérios para Transtorno da Identidade de Gênero, o especificador Com Disforia Quanto ao Gênero pode ser usado.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero \ Diagnóstico Diferencial**

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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero \ Diagnóstico Diferencial**

**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 freqüentemente 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

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ F64.x - Transtorno da Identidade de Gênero \ Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero

**F64.9 - 302.6 Transtorno da Identidade de Gênero Sem Outra Especificação**

TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero

### F52.9 - 302.9 Transtorno Sexual Sem Outra Especificação

## TRANSTORNOS \ Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero \ Transtornos da Identidade de Gênero \ 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

# Transtornos Alimentares

## TRANSTORNOS \ 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 (p. 635).

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" (p. 93).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares

### F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa

## TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa APÊNDICE D(133)

## TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa

### Características Diagnósticas

## TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 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 freqüentemente 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 freqüentemente 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 freqüentemente não possuem insight para o problema ou apresentam uma considerável negação quanto a este, podendo não ser boas fontes de sua história. Portanto, com freqüência 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa

### Subtipos

## TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa \ 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 freqüência mínima.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa

### Características e Transtornos Associados

## TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa \ Características e Transtornos Associados

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**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 regradas.

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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa \ Características e Transtornos Associados

**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 ( $T_4$ ) 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:** Frequentemente está reduzido.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa \ Características e Transtornos Associados

**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 hipocalemia), problemas cardiovasculares (hipotensão severa, arritmias), problemas dentários e osteoporose (conseqüência do baixo consumo e absorção de cálcio, secreção reduzida de estrógeno e maior

secreção de cortisol).

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa \ 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.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa**

##### **Curso**

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa \ 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 eletrólítico.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa**

##### **Padrão Familiar**

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa \ 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.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa**

## Diagnóstico Diferencial

### TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa \ Diagnóstico Diferencial**

**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).**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.0 - 307.1 Anorexia Nervosa \ Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares**

**F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa**

TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa  
APÊNDICE D(134)

TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 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).

TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa \  
Características Diagnósticas

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,

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa

### Subtipos

## TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa

## Características e Transtornos Associados

### TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais 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 frequentemente 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 frequentemente 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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa \ Características e Transtornos Associados

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa \ Características e Transtornos Associados**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa \ Curso**

A Bulimia Nervosa começa ao final da adolescência ou início da idade adulta. A compulsão periódica freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa \ Padrão Familiar**

Diversos estudos sugerem uma maior freqüência 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa \  
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.

TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ F50.2 - 307.51 Bulimia Nervosa \  
Diagnóstico Diferencial

**Crítérios 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.**

## TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares

### F50.9 - 307.50 Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação

## TRANSTORNOS \ Transtornos Alimentares \ 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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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 (ver [p. 688](#) para critérios sugeridos).

## TRANSTORNOS

# Transtornos do Sono

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono

### APÊNDICE D(135)

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono

Os transtornos do sono são organizados em quatro seções principais, de acordo com a suposta etiologia. Os **Transtornos Primários do Sono** são aqueles pelos quais não é responsável nenhuma das etiologias listadas adiante (isto é, um outro transtorno mental, uma condição médica geral ou uma substância). Os Transtornos Primários do Sono supostamente decorrem de anormalidades endógenas nos mecanismos de geração ou nos horários de sono/vigília e freqüentemente são complicados por fatores de condicionamento. Esses transtornos, por sua vez, são subdivididos em **Dissonias** (caracterizadas por anormalidades na quantidade, qualidade ou tempo de sono) e **Parassonias** (caracterizadas por eventos comportamentais ou fisiológicos anormais ocorrendo em associação com o sono, estágios específicos do sono ou transições de sono/vigília).

O **Transtorno do Sono Relacionado a Outro Transtorno Mental** envolve uma queixa proeminente de distúrbio do sono resultante de um transtorno mental diagnosticável (freqüentemente Transtorno do Humor ou Transtorno de Ansiedade), que, no entanto, é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente. Presumivelmente, os mecanismos fisiopatológicos responsáveis pelo transtorno mental também afetam a regulação do ciclo de sono-vigília.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono

O **Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral** envolve uma queixa proeminente de distúrbio do sono resultante dos efeitos fisiológicos diretos de



uma condição médica geral sobre o sistema de sono-vigília.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono

O **Transtorno do Sono Induzido por Substância** envolve queixas proeminentes de distúrbio do sono resultantes do uso atual ou descontinuação recente do uso de uma substância (inclusive medicamentos).

A avaliação sistemática dos indivíduos que se apresentam com queixas proeminentes de distúrbios do sono incluem uma determinação do tipo específico de queixa relativa ao sono e uma consideração de transtornos mentais concomitantes, condições médicas gerais e uso de substâncias (inclusive medicamentos) possivelmente responsáveis pelo distúrbio do sono.

Cinco estágios de sono distintos podem ser medidos pela polissonografia: o **sono dos movimentos oculares rápidos (REM)** e **quatro estágios de sono de movimentos oculares não-rápidos (NREM)** (estágios 1, 2, 3 e 4). O **estágio 1 do sono NREM** representa uma transição da vigília para o sono e ocupa cerca de 5% do tempo gasto dormindo, em adultos saudáveis. O **estágio 2 do sono NREM**, caracterizado por formatos de ondas de EEG específicos (fusos de sono e complexos K), ocupa cerca de 50% do tempo de sono. Os **estágios 3 e 4 do sono NREM** (também conhecidos coletivamente como sono de ondas lentas) são os níveis mais profundos de sono e ocupam cerca de 10-20% do tempo de sono. O **sono REM**, durante o qual ocorre a maior parte de sonhos típicos, na forma de estórias, ocupa cerca de 20-25% do sono total.

Esses estágios do sono têm uma organização temporal característica ao longo da noite. Os estágios NREM 3 e 4 tendem a ocorrer da primeira terça-parte à metade da noite e sua duração aumenta em resposta à privação do sono. O sono REM ocorre ciclicamente durante a noite, alternando-se com sono NREM a cada 80-100 minutos, aproximadamente. A duração dos períodos de sono REM aumenta pela manhã. O sono humano também varia caracteristicamente ao longo da vida. Após uma relativa estabilidade, com grandes quantidades de sono de ondas lentas na infância e início da adolescência, a continuidade e a profundidade do sono deterioram-se ao longo da faixa de idade adulta. Esta deterioração é refletida por maior vigília e sono do estágio 1 e redução dos estágios 3 e 4. Em vista disso, a idade deve ser considerada no diagnóstico de um Transtorno do Sono em qualquer indivíduo.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono

A polissonografia é o monitoramento de múltiplos parâmetros eletrofisiológicos durante o sono e geralmente inclui medição da atividade EEG, atividade eletro-oculográfica e atividade eletromiográfica. Medições polissonográficas adicionais podem incluir fluxo aéreo oral ou nasal, esforço respiratório, movimentos da parede torácica e abdominal, saturação de oxi-hemoglobina ou concentração de dióxido de carbono exalado; essas medições são usadas para o monitoramento da respiração durante o sono e para a detecção da presença e

gravidade da apnéia do sono. A medição da atividade eletromiográfica periférica pode ser usada para detectar movimentos anormais durante o sono. A maior parte dos estudos polissonográficos é realizada durante as horas habituais de sono da pessoa — isto é, à noite. Entretanto, estudos polissonográficos diurnos também são usados para quantificar a sonolência diurna. O procedimento diurno mais comum é o Teste Múltiplo de Latência do Sono (em inglês, MSLT), no qual o indivíduo é instruído a deitar-se em uma sala escura e não resistir à sonolência; este protocolo é repetido cinco vezes durante o dia. A latência do sono (a quantidade de tempo necessária para adormecer) é medida em cada tentativa e usada como um índice de sonolência fisiológica. O inverso do MSLT também é usado. No Teste Repetido de Vigília Mantida (em inglês, RSW), o indivíduo é colocado em uma sala silenciosa com iluminação suave e instruído a permanecer desperto; este protocolo é repetido várias vezes durante o dia. Novamente, a latência do sono é medida, mas ela é usada aqui como um índice da capacidade do indivíduo de manter-se desperto.

Uma terminologia padronizada para as medições polissonográficas é usada em todo o texto desta seção. Continuidade do sono refere-se ao equilíbrio geral de sono e vigília durante uma noite de sono. Uma "melhor" continuidade do sono indica um sono consolidado, com poucos despertares; uma "pior" continuidade do sono indica sono perturbado, com mais despertares. Medições específicas da continuidade do sono incluem latência do sono — a quantidade de tempo necessária para adormecer (expressada em minutos); vigília intermitente — quantidade de tempo desperto após o aparecimento inicial do sono (expressada em minutos); e eficiência do sono — a proporção de tempo real passado dormindo para o tempo passado na cama (expressado como uma porcentagem, com números maiores indicando melhor continuidade do sono). A arquitetura do sono refere-se à quantidade e distribuição de estágios específicos do sono. As medições da arquitetura do sono incluem as quantidades absolutas de sono REM e de cada estágio de sono NREM (em minutos), a quantidade relativa de sono REM e dos estágios de sono NREM (expressada como uma porcentagem do tempo de sono total) e a latência entre o início do sono e o primeiro sono REM (latência REM).

## **TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono**

O texto para cada um dos Transtornos do Sono contém uma seção descrevendo seu relacionamento com transtornos correspondentes citados na Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (CIDS): Manual de Diagnóstico e Codificação, texto publicado em 1990 pela American Sleep Disorders Association.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono**

### **Transtornos Primários do Sono**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono

**Dissonias**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias

As dissonias são transtornos primários da iniciação ou manutenção do sono ou de sonolência excessiva, caracterizados por um distúrbio na quantidade, qualidade ou regulação de ritmo do sono. Esta seção compreende Insônia Primária, Hipersonia Primária, Narcolepsia, Transtorno do Sono Relacionado à Respiração, Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono e Dissonia Sem Outra Especificação.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias

**F51.0 - 307.42 Insônia Primária**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \

F51.0 - 307.42 Insônia Primária

**APÊNDICE D(136)**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \

F51.0 - 307.42 Insônia Primária

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \

F51.0 - 307.42 Insônia Primária \ Características Diagnósticas

A característica essencial da Insônia Primária é uma queixa de dificuldade para iniciar ou manter o sono ou de um sono não reparador, que dura no mínimo 1 mês (Critério A) e causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério B). O distúrbio do sono não ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno do sono (Critério C) ou de outro transtorno mental, (Critério D) nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral (Critério E).

Os indivíduos com Insônia Primária relatam, mais comumente, uma combinação de dificuldade em conciliar o sono e despertares intermitentes. Com menor frequência, esses indivíduos podem queixar-se apenas de terem um sono não reparador, isto é, uma sensação de que seu sono foi inquieto, leve ou de má qualidade. A Insônia Primária está associada, freqüentemente, com maior excitação fisiológica ou psicológica à hora de dormir, em combinação com um

condicionamento negativo para o sono. Uma acentuada preocupação e sofrimento devido à incapacidade de dormir podem contribuir para o desenvolvimento de um círculo vicioso: quanto mais o indivíduo luta para conciliar o sono, mais fica frustrado e aflito, e menos é capaz de adormecer. Permanecer deitado em uma cama onde o indivíduo já passou freqüentes noites insones pode causar frustração e vigília condicionada. Inversamente, o indivíduo pode adormecer com maior facilidade quando não tenta fazê-lo (por ex., enquanto assiste televisão, lê ou anda de carro). Alguns indivíduos com maior excitabilidade e condicionamento negativo relatam que dormem melhor quando afastados de seus próprios quartos e de suas rotinas habituais. A insônia crônica pode levar a uma redução das sensações de bem-estar durante o dia (por ex., deterioração do humor e motivação; menor atenção, energia e concentração e um aumento da fadiga e mal-estar). Embora os indivíduos muitas vezes tenham a queixa subjetiva de fadiga diurna, os estudos polissonográficos geralmente não demonstram um aumento dos sinais fisiológicos de sonolência.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária \ Características e Transtornos Associados**

**Aspectos descritivos e transtornos mentais associados.** Muitos indivíduos com Insônia Primária têm uma história de sono "leve" ou facilmente perturbado antes do desenvolvimento de problemas de sono mais persistentes. Outros fatores associados podem incluir preocupação excessiva e ansiosa com a saúde geral e maior sensibilidade aos efeitos diurnos de uma ligeira perda de sono. Sintomas de ansiedade e depressão que não satisfazem os critérios para um transtorno mental específico podem estar presentes. Problemas interpessoais, sociais e ocupacionais podem desenvolver-se em decorrência da preocupação excessiva com o sono, de uma maior irritabilidade diurna e fraca concentração. Problemas com desatenção e concentração também podem provocar acidentes. Os indivíduos com Insônia Primária podem ter uma história de transtornos mentais, particularmente Transtornos do Humor e Transtornos de Ansiedade. Inversamente, o distúrbio crônico de sono que caracteriza a Insônia Primária constitui um fator de risco (ou talvez um sintoma inicial) de Transtornos do Humor ou de Ansiedade subseqüentes. Os indivíduos com Insônia Primária às vezes utilizam medicamentos de maneira inadequada: hipnóticos ou álcool para ajudar com o sono noturno, ansiolíticos para combater a tensão ou ansiedade, cafeína e outros estimulantes para combater a fadiga excessiva. Em alguns casos, este tipo de uso de substância pode progredir para Abuso de Substância ou Dependência de Substância.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \  
F51.0 - 307.42 Insônia Primária \ Características e Transtornos Associados

**Achados laboratoriais associados.** A polissonografia pode demonstrar uma fraca continuidade do sono (por ex., latência de sono aumentada, maior vigília intermitente e menor eficiência do sono), maior quantidade de sono do estágio 1, redução do sono dos estágios 3 e 4, maior tensão muscular ou maiores quantidades de atividade alfa durante o sono. Esses aspectos devem ser interpretados dentro do contexto das normas adequadas à idade. Alguns indivíduos podem referir um sono melhor no laboratório do que em casa, sugerindo uma base condicionada para as queixas relativas ao sono. Outros testes psicofisiológicos também podem demonstrar uma alta excitabilidade (por ex., maior tensão muscular ou excessiva reatividade fisiológica ao estresse). Os indivíduos com Insônia Primária também podem ter escores elevados em inventários psicológicos ou de personalidade autodescritivos (por ex., perfis indicando depressão e ansiedade crônicas e leves; um estilo "internalizante" de resolução de conflitos, e um foco somático).

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.** Os indivíduos com Insônia Primária podem parecer cansados ou tresnoitados, mas não apresentam outras anormalidades características ao exame físico. Pode haver uma incidência aumentada de problemas psicofisiológicos relacionados ao estresse (por ex., cefaléias tensionais, maior tensão muscular, indisposição gástrica).

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \  
F51.0 - 307.42 Insônia Primária

**Características Específicas à Idade e ao Gênero**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \  
F51.0 - 307.42 Insônia Primária \ Características Específicas à Idade e ao Gênero

Os dados das pesquisas demonstram consistentemente que a prevalência das queixas de insônia aumenta com a idade e é maior entre as mulheres. Os adultos jovens queixam-se com maior frequência de dificuldades em conciliar o sono, ao passo que os adultos da meia-idade ou idosos estão mais propensos a dificuldades com a manutenção do sono e despertares precoces nas primeiras horas da manhã. Paradoxalmente, apesar da maior prevalência das queixas de insônia entre as mulheres idosas, os estudos polissonográficos indicam, geralmente, melhor sono de ondas lentas e preservação da continuidade do sono em mulheres idosas do que em homens idosos. A razão para esta discrepância entre a autodescrição e os dados laboratoriais é desconhecida.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \  
F51.0 - 307.42 Insônia Primária

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária \ Prevalência**

A verdadeira taxa de prevalência da Insônia Primária na população geral é desconhecida. Os estudos populacionais indicam uma prevalência anual de 30 a 40% para as queixas de insônia em adultos (embora a porcentagem dos indivíduos com distúrbios do sono que poderiam satisfazer os critérios para Insônia Primária não tenha sido estudada). Em clínicas especializadas em transtornos do sono, aproximadamente 15 a 25% dos indivíduos com insônia crônica recebem o diagnóstico de Insônia Primária.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária \ Curso**

Os fatores que precipitam a Insônia Primária podem diferir daqueles que a perpetuam. A maioria dos casos tem um início relativamente súbito, em um momento de estresse psicológico, social ou médico. A Insônia Primária freqüentemente persiste por muito tempo após a resolução dos fatores que a causaram, devido ao desenvolvimento de maior excitabilidade e condicionamento negativo. Por exemplo, um indivíduo com uma lesão dolorosa que passa muito tempo acamado e tem dificuldade em conciliar o sono pode, depois, desenvolver associações negativas com o sono. As associações negativas, a maior excitabilidade e os despertares condicionados podem, então, persistir além do período de convalescença, levando à Insônia Primária. Um cenário similar pode desenvolver-se em associação à insônia que ocorre no contexto de um estresse psicológico agudo ou um transtorno mental. Por exemplo, a insônia que ocorre durante um episódio de Transtorno Depressivo Maior pode tornar-se um foco de atenção com conseqüente condicionamento negativo, e a insônia pode persistir por muito tempo após a resolução do episódio depressivo. Em alguns casos, a Insônia Primária pode desenvolver-se aos poucos, sem um estressor claramente definido.

A Insônia Primária tipicamente começa na idade adulta jovem ou na meia-idade, sendo rara na infância ou adolescência. Em casos excepcionais, a existência de insônia pode ser datada retrospectivamente até a infância. O curso da Insônia Primária é variável. Ele pode ser limitado a um período de alguns meses, particularmente se precipitado por um estressor psicossocial ou médico que se resolve posteriormente. O curso mais típico consiste de uma fase inicial de piora

progressiva ao longo de semanas a meses, seguida de uma fase crônica de dificuldade estável para dormir, que pode perdurar por muitos anos. Alguns indivíduos vivenciam um curso episódico, com alternância de períodos de sono melhor ou pior ocorrendo em resposta a acontecimentos vitais como férias ou estresse.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária \ Padrão Familiar**

A predisposição para um sono leve e perturbado tem uma associação familiar. Estudos formais, genéticos e/ou familiares, não foram realizados.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária \ Diagnóstico Diferencial**

A duração do sono "normal" varia consideravelmente na população geral. Alguns indivíduos com pouca necessidade de sono ("dormidores breves") podem preocupar-se com a duração de seu sono. Eles são diferenciados daqueles com Insônia Primária por sua falta de dificuldade em conciliar o sono e pela ausência de sintomas característicos de Insônia Primária (por ex., vigília intermitente, fadiga, problemas de concentração ou irritabilidade).

A sonolência diurna, um aspecto característico da **Hipersonia Primária**, também pode ocorrer na Insônia Primária, mas não é tão severa quanto nesta última. Quando a sonolência diurna é considerada decorrente da insônia, um diagnóstico adicional de Hipersonia Primária não é dado.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária \ Diagnóstico Diferencial**

Os Tipos **Mudança de Fuso Horário** e **Mudanças Frequentes de Turno de Trabalho do Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono** são distinguidos da Insônia Primária pela história de recentes viagens com mudança de fuso horário ou mudança de turno de trabalho. Os indivíduos com o Tipo **Fase de Sono Atrasada do Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono** relatam insônia de iniciação do sono apenas quando tentam dormir em horários socialmente normais, mas não relatam dificuldade em

conciliar e manter o sono quando dormem em seus horários preferidos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária \ Diagnóstico Diferencial**

A **Narcolepsia** pode causar queixas de insônia, particularmente em adultos mais velhos. Entretanto, a Narcolepsia raramente envolve uma queixa importante de insônia, distinguindo-se da Insônia Primária por sintomas de sonolência diurna proeminente, cataplexia, paralisia do sono e alucinações relacionadas ao sono.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária \ Diagnóstico Diferencial**

Um **Transtorno do Sono Relacionado à Respiração**, particularmente apnéia central do sono, pode envolver uma queixa de insônia crônica e prejuízo no desempenho diurno. Uma anamnese atenta pode revelar pausas respiratórias periódicas durante o sono ou respiração do tipo "crescendo-decrescendo" (respiração de Cheyne-Stokes). Uma história de lesão ou doença do sistema nervoso central pode sugerir, mais ainda, um Transtorno do Sono Relacionado à Respiração. A polissonografia pode confirmar a presença de eventos apnéicos. A maioria dos indivíduos com Transtorno do Sono Relacionado à Respiração tem apnéia obstrutiva, que pode ser distinguida da Insônia Primária por uma história de roncos altos, pausas respiratórias durante o sono e sonolência excessiva durante o dia.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária \ Diagnóstico Diferencial**

As **Parassonias** caracterizam-se por uma queixa de comportamento ou eventos incomuns durante o sono, que ocasionalmente podem levar a despertares intermitentes. Entretanto, em uma parassonia são esses eventos comportamentais que dominam o quadro clínico, e não a insônia.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária \ Diagnóstico Diferencial**

A Insônia Primária deve ser diferenciada de **transtornos mentais que incluem a insônia como característica essencial ou associada** (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Esquizofrenia). O diagnóstico de Insônia Primária não é dado se a insônia ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno mental. Uma completa investigação para a presença de outros transtornos mentais é essencial, antes da consideração do diagnóstico de Insônia Primária. Um diagnóstico de Insônia Primária pode ser feito na presença de um outro transtorno mental, atual ou passado, se o transtorno mental não explica a insônia ou se esta e o transtorno mental têm um curso independente. Em contraste, quando a insônia ocorre como uma manifestação de outro transtorno mental ou exclusivamente durante o curso deste (por ex., em um



Transtorno do Humor, de Ansiedade, Somatoforme ou Psicótico), o diagnóstico de **Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental** pode ser mais apropriado. Este diagnóstico apenas deve ser considerado quando a insônia é a queixa predominante e se for suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente; de outro modo, não é necessário um diagnóstico separado.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária \ Diagnóstico Diferencial**

A **Insônia Primária** deve ser diferenciada de um **Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral, Tipo Insônia**. O diagnóstico deve ser de Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral quando a insônia é considerada consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (feocromocitoma, hipertiroidismo) (ver [p. 567](#)). Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. O **Transtorno do Sono Induzido por Substância, Tipo Insônia**, é diferenciado da Insônia Primária porque se supõe que uma substância (isto é, uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina) está etiologicamente relacionada com a insônia (ver [pp. 570-571](#)). Por exemplo, a insônia que ocorre apenas no contexto de um consumo pesado de café seria diagnosticada como Transtorno do Sono Induzido por Cafeína, Tipo Insônia, Com Início Durante Intoxicação.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária**

**Relacionamento com a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária \ Relacionamento com a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono**

A **Insônia Primária** compreende diversos diagnósticos de insônia na Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (CIDS), incluindo Insônia Psicofisiológica, Erro de Percepção quanto ao Estado de Sono, Insônia Idiopática e alguns casos de Higiene do Sono Inadequada. A Insônia Psicofisiológica assemelha-se mais estreitamente à Insônia Primária, particularmente em termos de fatores de excitabilidade e condicionamento. O Erro de Percepção quanto ao Estado de Sono é uma condição caracterizada por queixas de insônia com uma discrepância acentuada entre as estimativas subjetivas e objetivas acerca do sono. A Insônia Idiopática inclui aqueles casos com início na infância e um curso vitalício presumivelmente devido a uma anormalidade no controle neurológico do sistema de sono/vigília. A Higiene do Sono Inadequada refere-se à insônia resultante de práticas comportamentais que aumentam a excitabilidade ou perturbam a organização do sono (por ex., trabalhar até tarde, da noite, tirar cochilos

excessivos durante o dia, ou manter horários de sono irregulares).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.0 - 307.42 Insônia Primária \ Relacionamento com a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono**

**Critérios Diagnósticos para F51.0 - 307.42 Insônia Primária**

**A. A queixa predominante é de dificuldade em iniciar ou manter o sono, ou de sono não reparador, por pelo menos 1 mês.**

**B. O distúrbio do sono (ou fadiga diurna associada) causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.**

**C. O distúrbio do sono não ocorre exclusivamente durante o curso de Narcolepsia, Transtorno do Sono Relacionado à Respiração, Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono ou de uma Parassonia.**

**D. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno mental (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Ansiedade Generalizada, delírium).**

**E. O distúrbio não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias**

**F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária**

**APÊNDICE D(137)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Características Diagnósticas**

**A característica essencial da Hipersonia Primária consiste de sonolência excessiva por um período mínimo de 1 mês, evidenciada por episódios prolongados de sono**

ou por episódios de sono diurno ocorrendo quase que diariamente (Critério A). A sonolência excessiva deve ser suficientemente severa para causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério B). A sonolência excessiva não ocorre exclusivamente durante o curso de outro Transtorno do Sono (Critério C) ou transtorno mental (Critério D), nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral (Critério E).

Em indivíduos com Hipersonia Primária, a duração do principal episódio de sono (para a maioria dos indivíduos, sono noturno) pode variar de 8 a 12 horas, sendo freqüentemente seguido por dificuldade de despertar pela manhã. A qualidade do sono noturno é normal. A sonolência excessiva durante as horas normais de vigília assume a forma de cochilos intencionais ou episódios inadvertidos de sono. As medições objetivas demonstram sonolência fisiológica aumentada. Os cochilos diurnos tendem a ser relativamente prolongados (em geral de uma hora ou mais), são vivenciados como não reparadores e com freqüência não levam a um melhor estado de vigília. Os indivíduos tipicamente sentem o desenvolvimento da sonolência ao longo de um certo período de tempo, ao invés de sentirem um súbito "ataque" de sono. Episódios de sono não intencionais ocorrem em situações de baixa estimulação e baixa atividade (por ex., durante palestras, leitura, assistir à televisão ou dirigir por longas distâncias).

A Hipersonia pode levar a um sofrimento significativo e disfunção nos relacionamentos profissionais e sociais. O sono noturno prolongado e a dificuldade em despertar podem acarretar dificuldades no cumprimento de obrigações matinais. Os episódios de sono involuntário durante o dia podem ser embaraçosos e até mesmo perigosos se, por exemplo, o indivíduo está dirigindo ou operando máquinas quando ocorre o episódio. O baixo nível de alerta que ocorre enquanto um indivíduo combate o sono pode levar a uma redução da eficiência, da concentração e da memória durante atividades diurnas. A sonolência, em geral atribuída erroneamente ao tédio ou à preguiça, também pode perturbar relacionamentos sociais e familiares.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária**

**Especificador**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Especificador**

**Recorrente.** Este especificador é usado se existem períodos de sonolência excessiva com duração mínima de 3 dias, ocorrendo várias vezes ao ano, por pelo menos 2 anos.

A maioria dos indivíduos com Hipersonia Primária tem sintomas consistentes e

persistentes. Em contrapartida, a forma Recorrente deve ser anotada se os sintomas ocorrem periodicamente, durando vários dias ou várias semanas, com os períodos sintomáticos ocorrendo várias vezes durante o ano. Entre os períodos de sonolência excessiva, a duração do sono e da vigília diurna são normais. Na forma recorrente da Hipersonia Primária conhecida como síndrome de Kleine-Levin, os indivíduos podem passar de 18 a 20 horas dormindo ou na cama. Os períodos recorrentes de sonolência estão associados com outros aspectos clínicos característicos indicando desinibição. Hipersexualidade indiscriminada, incluindo investidas sexuais inadequadas e masturbação excessiva, pode ser vista em homens (e, menos freqüentemente, em mulheres). Um consumo alimentar excessivo e compulsivo pode ocorrer, com aumento agudo de peso, além de irritabilidade, despersonalização, depressão, confusão e alucinações ocasionais. Outras formas recorrentes de hipersonia podem ser vistas na ausência desses aspectos. Algumas mulheres, por exemplo, afirmam ter períodos de hipersonia que ocorrem regularmente, em momentos específicos do ciclo menstrual.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária

Características e Transtornos Associados

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** Na Hipersonia Primária, o sono tende a ser contínuo mas não reparador. Os indivíduos com este transtorno adormecem rapidamente e têm uma boa eficiência do sono, mas podem ter dificuldade em despertar pela manhã, às vezes parecendo confusos, hostis ou atáxicos. Este prejuízo prolongado do estado de alerta na transição entre o sono e a vigília freqüentemente é chamado de "embriaguez do sono".

A sonolência diurna persistente pode levar a um comportamento automático (geralmente de um tipo muito rotineiro, de baixa complexidade), que o indivíduo executa com pouca ou nenhuma recordação subsequente. Por exemplo, os indivíduos podem verificar que dirigiram muito além do ponto onde pretendiam chegar, sem terem consciência da condução "automática" do veículo durante os últimos minutos.

Embora não se disponha de dados precisos em relação à co-morbidade com transtornos mentais, muitos indivíduos com Hipersonia Primária têm sintomas depressivos que podem satisfazer os critérios para Transtorno Depressivo Maior. Este pode estar relacionado com as conseqüências psicossociais da sonolência excessiva. Os indivíduos com hipersonia também podem estar em risco para Transtornos Relacionados a Substâncias, particularmente envolvendo a automedicação com estimulantes.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \  
F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Características e Transtornos Associados

**Achados laboratoriais associados.** Na Hipersonia Primária, a polissonografia noturna demonstra uma duração do sono de normal a prolongada, curta latência do sono, continuidade de normal a aumentada e distribuições normais do sono de movimentos oculares rápidos (REM) e de movimentos oculares não-rápidos (NREM). Alguns indivíduos com este transtorno podem ter uma quantidade maior de sono de ondas lentas. Períodos REM no início do sono (ocorrência de REM 20 minutos após o início do sono), perturbações do sono relacionadas à respiração e freqüentes movimentos dos membros perturbando o sono não estão presentes. O Teste Múltiplo de Latência do Sono documenta uma sonolência fisiológica excessiva durante o dia, tipicamente indicada por valores médios de latência do sono de 5-10 minutos. O sono REM não ocorre durante os episódios de sono diurnos. A polissonografia noturna e o Teste Múltiplo de Latência do Sono não revelam achados característicos de outras causas de hipersonia.

Na forma Recorrente de Kleine-Levin de Hipersonia Primária, os estudos de EEG de rotina realizados durante os períodos de hipersonia mostram uma lentificação geral do ritmo de fundo e surtos paroxísticos de atividade teta. A polissonografia noturna mostra um aumento do tempo total de sono e curta latência de sono REM. Os estudos com o Teste Múltiplo de Latência do Sono confirmam a existência de maior sonolência fisiológica, com latências de sono geralmente inferiores a 10 minutos. Períodos de REM no início do sono podem ser vistos durante os períodos sintomáticos.

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.** Os indivíduos com Hipersonia Primária freqüentemente parecem sonolentos e podem até mesmo adormecer na sala de espera do consultório médico. Um subconjunto de indivíduos com Hipersonia Primária tem uma história familiar de hipersonia e também pode ter sintomas de disfunção do sistema nervoso autônomo, incluindo cefaléias recorrentes do tipo vascular, reatividade do sistema vascular (fenômeno de Raynaud) e desmaios. Os indivíduos com a forma Recorrente de Kleine-Levin podem ter achados inespecíficos ao exame neurológico, incluindo reflexos tendinosos profundos deprimidos, disartria e nistagmo.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \  
F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária

**Características Específicas à Idade e ao Gênero**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \  
F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Características Específicas à Idade e ao Gênero

Os cochilos voluntários aumentam com a idade, mas este fenômeno normal é distinto da Hipersonia Primária. A síndrome de Kleine-Levin afeta os homens com

uma frequência três vezes maior do que as mulheres.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Prevalência**

A verdadeira prevalência de Hipersonia Primária na população geral é desconhecida. Aproximadamente 5 a 10% dos indivíduos que se apresentam em clínicas para transtornos do sono com queixas de sonolência diurna recebem o diagnóstico de Hipersonia Primária. A forma Recorrente de Hipersonia Primária conhecida como síndrome de Kleine-Levin é rara. Levantamentos populacionais revelam uma queixa de sonolência diurna em 0,5 a 5,0% dos adultos, independentemente das causas ou diagnósticos específicos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Curso**

A Hipersonia Primária tipicamente começa entre os 15 e os 30 anos, com uma progressão gradual ao longo de semanas a meses. Para a maioria dos indivíduos, então, o curso passa a ser crônico e estável, a menos que um tratamento seja iniciado. A síndrome de Kleine-Levin também começa durante a adolescência e pode continuar seu curso periódico por décadas, embora frequentemente se resolva durante a meia-idade.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Padrão Familiar**

O subgrupo de indivíduos com disfunção autonômica está mais propenso do que os outros indivíduos com Hipersonia Primária a ter membros de suas famílias com Hipersonia Primária. A síndrome de Kleine-Levin não demonstra uma agregação

familial.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Diagnóstico Diferencial**

A duração "normal" do sono varia consideravelmente, na população geral. Os "grandes dormidores" (isto é, indivíduos com uma necessidade de sono maior do que a média) não têm sonolência excessiva durante o dia, embriaguez do sono ou comportamento automático quando obtêm seu tempo normal de sono noturno. Se as exigências sociais ou profissionais levam a um sono noturno mais curto, sintomas diurnos podem aparecer. Na Hipersonia Primária, em contrapartida, ocorrem sintomas de sonolência excessiva, independentemente da duração do sono noturno.

Uma quantidade inadequada de sono noturno pode produzir sintomas de sonolência diurna muito similares àqueles da Hipersonia Primária. Uma média de sono inferior a 7 horas por noite sugere fortemente um sono noturno inadequado, ao passo que uma média de mais de 9 horas de sono por período de 24 horas sugere Hipersonia Primária. Os indivíduos com sono noturno inadequado tipicamente "recuperam" com um sono mais prolongado nos dias em que estão livres de exigências sociais ou profissionais ou nas férias. Diferentemente da Hipersonia Primária, o sono noturno insuficiente não tende a persistir inalterado por décadas. Um diagnóstico de Hipersonia Primária não deve ser feito quando existem dúvidas envolvendo a adequação da duração do sono noturno. Um ensaio diagnóstico e terapêutico de prolongamento do sono durante 10 a 14 dias freqüentemente pode elucidar o diagnóstico.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Diagnóstico Diferencial**

A sonolência diurna, um aspecto característico da Hipersonia Primária, também pode ocorrer na insônia primária, mas nestes casos a sonolência é menos severa. Quando a sonolência diurna supostamente se deve à insônia, não é feito um diagnóstico adicional de Hipersonia Primária.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Diagnóstico Diferencial**

A Hipersonia Primária e a Narcolepsia assemelham-se quanto ao grau de sonolência diurna, idade de início e curso estável ao longo do tempo, mas podem ser diferenciadas com base em aspectos clínicos e laboratoriais distintos. Os indivíduos com Hipersonia Primária têm um sono tipicamente mais longo e menos

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



perturbado, maior dificuldade para despertar, sonolência diurna mais persistente (opostamente aos "ataques de sono" mais nítidos na Narcolepsia), episódios de sono diurno mais prolongados e menos reparadores, e poucos ou nenhum sonho durante os cochilos diurnos. Em contrapartida, os indivíduos com Narcolepsia têm cataplexia e intrusões recorrentes de elementos do sono REM na transição entre o sono e o estado desperto (por ex., alucinações relacionadas ao sono e paralisia do sono). O Teste Múltiplo de Latência do Sono (MSLT), na Narcolepsia, tipicamente demonstra latências de sono mais curtas (isto é, maior sonolência fisiológica), bem como a presença de múltiplos períodos REM no início do sono.

Indivíduos com Hipersonia Primária e os com **Transtorno do Sono Relacionado à Respiração** podem ter padrões similares de sonolência excessiva. O Transtorno do Sono Relacionado à Respiração é sugerido por uma história de roncos altos, pausas respiratórias durante o sono, lesão cerebral ou doença cardiovascular e pela presença, ao exame físico, de obesidade, anormalidades na anatomia da orofaringe, hipertensão ou insuficiência cardíaca. Estudos polissonográficos podem confirmar a presença de eventos apnéicos no Transtorno do Sono Relacionado à Respiração (bem como sua ausência na Hipersonia Primária).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Diagnóstico Diferencial**

O **Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono** freqüentemente se caracteriza por sonolência diurna. Uma história de horários anormais para dormir e despertar (com horários freqüentemente alterados ou irregulares) está presente em indivíduos com Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono. As **Parassonias** raramente produzem o tipo de sono noturno prolongado e sem perturbações ou a sonolência diurna da Hipersonia Primária.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Diagnóstico Diferencial**

A Hipersonia Primária deve ser diferenciada de **transtornos mentais que incluem hipersonia como característica essencial ou associada**. Em particular, queixas de sonolência diurna podem ocorrer em um **Episódio Depressivo Maior, Com Características Atípicas**, e na fase depressiva do **Transtorno Bipolar**. O diagnóstico de Hipersonia Primária não é dado se a hipersonia ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno mental. Uma completa investigação da possível presença de outros transtornos mentais é essencial, antes de considerar o diagnóstico de Hipersonia Primária. Um diagnóstico de Hipersonia Primária pode ser feito na presença de um outro transtorno mental atual ou passado se este, no entender do clínico, não explica a hipersonia ou se esta e o transtorno mental têm um curso independente (por ex., um indivíduo com hipersonia crônica que posteriormente desenvolve um Transtorno Depressivo Maior). Em contrapartida, quando a hipersonia ocorre como manifestação de outro transtorno mental ou exclusivamente durante o curso deste, o diagnóstico de Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental pode ser mais apropriado. Este diagnóstico apenas deve



ser considerado quando a hipersonia é a queixa predominante e se é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente; de outro modo, nenhum diagnóstico separado é necessário.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Diagnóstico Diferencial**

A Hipersonia Primária deve ser distinguida do **Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral, Tipo Hipersonia**. O diagnóstico de Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral quando a hipersonia é considerada uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral específica (por ex., tumor cerebral) (ver [p. 567](#)). Esta determinação fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico. O **Transtorno do Sono Induzido por Substância, Tipo Hipersonia**, é diferenciado da Hipersonia Primária porque se supõe uma substância (droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina) está etiológicamente relacionada à hipersonia (ver [pp. 570-571](#)). Por exemplo, uma hipersonia que ocorre apenas no contexto da abstinência de cocaína seria diagnosticada como Transtorno do Sono Induzido por Cocaína, Tipo Hipersonia, Com Início Durante Abstinência.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária**

**Relacionamento com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Relacionamento com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

O diagnóstico de Hipersonia Primária é análogo ao diagnóstico de Hipersonia Idiopática na Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (CIDS). Além disso, a CIDS inclui uma categoria distinta para Hipersonia Recorrente, que é análoga à forma Recorrente de Hipersonia Primária.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Relacionamento com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

**CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS para F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária**

**A. A queixa predominante é de sonolência excessiva por pelo menos 1 mês (ou menos, se recorrente), evidenciada por episódios de sono prolongados 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. A sonolência excessiva não é melhor explicada por insônia e não ocorre exclusivamente durante o curso de outro Transtorno do Sono (por ex., Narcolepsia, Transtorno do Sono Relacionado à Respiração, Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono ou uma Parassonia), nem pode ser explicada por uma quantidade inadequada de sono.

D. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno mental.

E. O distúrbio não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

Especificar se:

Recorrente: se existem períodos de sonolência excessiva com duração mínima de 3 dias, ocorrendo várias vezes por ano, por pelo menos 2 anos.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.1 - 307.44 Hipersonia Primária \ Relacionamento com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias

**G47.4 - 347 Narcolepsia**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia

[APÊNDICE D\(138\)](#)

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia \ Características Diagnósticas

As características essenciais da Narcolepsia são ataques repetidos e irresistíveis de sono reparador, cataplexia e intrusões recorrentes de elementos do sono REM no período de transição entre o sono e a completa vigília. A sonolência do

indivíduo tipicamente diminui após um ataque de sono, retornando algumas horas depois. Os ataques de sono devem ocorrer diariamente por um período mínimo de 3 meses, para que o diagnóstico seja estabelecido (Critério A), embora a maioria dos indivíduos descreva muitos anos de ataques de sono antes de buscarem atendimento clínico. Além da sonolência, os indivíduos com Narcolepsia experimentam um ou ambos os seguintes sintomas: cataplexia (isto é, episódios de perda súbita, reversível e bilateral do tônus muscular, com duração de segundos a minutos, geralmente precipitados por intensa emoção) (Critério B1) ou intrusões recorrentes de elementos do sono REM na transição entre o sono e a vigília, manifestadas por paralisia dos músculos voluntários ou alucinações tipo oníricas (Critério B2). Muitos especialistas em transtornos do sono permitem que o diagnóstico seja feito na ausência de cataplexia ou intrusões de elementos do sono REM se o indivíduo apresentar sonolência patológica e dois ou mais períodos REM no início do sono, durante um Teste Múltiplo de Latência do Sono (MSLT). Os sintomas não devem decorrer dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (inclusive medicamentos) ou de outra condição médica geral (Critério C). Embora a Narcolepsia seja classificada no capítulo da CID dedicado a condições neurológicas, ela é incluída nesta seção para auxiliar no diagnóstico diferencial em indivíduos com sonolência excessiva e codificada no Eixo I.

Os episódios de sonolência na Narcolepsia são freqüentemente descritos como irresistíveis, provocando um sono involuntário em situações impróprias (por ex., ao dirigir um automóvel, durante reuniões ou conversas). As situações com estimulação e atividade reduzidas tipicamente exageram o grau de sonolência (por ex., adormecer enquanto lê, assiste à televisão ou a palestras). Os episódios de sono em geral duram de 1 a 2 minutos, mas podem durar até uma hora, se não forem interrompidos. Com freqüência os indivíduos relatam que sonham. Eles empregam técnicas variadas para combater esses ataques de sono. Alguns tiram cochilos intencionais, com o fim de manejarem sua sonolência. Os indivíduos com Narcolepsia não tratada tipicamente têm de 2 a 6 episódios de sono (intencionais e involuntários) por dia. Os episódios de sono em geral se sobrepõem a um grau mais normal de alerta, embora alguns indivíduos descrevam algum grau de sonolência constante.

A cataplexia freqüentemente se desenvolve vários anos após o início da sonolência diurna e ocorre em aproximadamente 7% dos indivíduos com o transtorno. A perda do tônus muscular com a cataplexia pode ser sutil, levando a uma "queda" da mandíbula ou ao fechamento das pálpebras, perda do controle sobre os movimentos da cabeça ou dos braços, imperceptíveis ao observador. A cataplexia pode também ser mais dramática, com o indivíduo deixando cair objetos que tenha nas mãos, perdendo a força nos joelhos ou mesmo caindo. Os músculos respiratórios e oculares não são afetados. A fraqueza muscular habitualmente dura apenas alguns segundos, embora períodos de até meia hora sejam relatados. Os episódios são seguidos de um pleno retorno ao vigor muscular normal. A plena consciência e vigília são preservadas durante os episódios de cataplexia, podendo o indivíduo em geral descrever claramente os eventos, sem apresentar confusão

antes ou após o episódio. Raramente, episódios prolongados de cataplexia podem levar a episódios de sono. A cataplexia geralmente é ativada por um forte estímulo emocional (por ex., raiva, surpresa, riso). A privação de sono tipicamente aumenta a frequência e gravidade dos episódios.

Aproximadamente 20-40% das pessoas com Narcolepsia também vivenciam intensas imagens tipo oníricas ao adormecerem (alucinações hipnagógicas) ou ao despertarem (alucinações hipnopômicas). A maior parte das alucinações relacionadas ao sono são visuais e incorporam elementos do ambiente real. Por exemplo, o indivíduo pode descrever objetos que aparecem através de fendas nas paredes ou descrever objetos que se movem em um quadro da parede. As alucinações também podem ser auditivas (por ex., ouvir passos de intrusos na casa) ou cinéticas (por ex., sensação de voar). Aproximadamente 30-50% dos indivíduos com Narcolepsia também experimentam paralisia do sono um pouco antes de adormecerem ou despertarem. Nesta condição, eles podem afirmar que estão despertos, mas sentem-se incapazes de se mover ou falar. Também pode haver queixas de uma sensação de incapacidade de respirar, embora o diafragma seja poupado e a respiração continue. As alucinações relacionadas ao sono e a paralisia do sono podem ocorrer simultaneamente, produzindo uma experiência, em geral terrível, de ver ou ouvir coisas incomuns e ser incapaz de se mover. Tanto as alucinações relacionadas ao sono quanto a paralisia do sono duram de alguns segundos a alguns minutos e terminam espontaneamente. Ambos os fenômenos (imagens mentais vívidas e atonia dos músculos esqueléticos) supostamente resultam da intrusão de elementos dissociados do sono REM na vigília.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia

**Características e Transtornos Associados**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** Alguns indivíduos com Narcolepsia experimentam sonolência diurna generalizada entre os distintos ataques de sono. Eles podem descrever a capacidade de dormir a qualquer momento, em qualquer situação. Um comportamento automático, no qual o indivíduo se engaja em atividades sem uma plena consciência, pode ocorrer em consequência de uma sonolência profunda. Essas pessoas podem dirigir, conversar ou mesmo trabalhar durante episódios de comportamento automático. Sonhos frequentes, intensos e vívidos podem ocorrer durante o sono noturno. Os indivíduos com Narcolepsia com frequência têm um sono noturno fragmentado em decorrência de despertares espontâneos ou movimentos periódicos dos membros. Raramente, podem procurar atendimento com uma queixa principal de insônia, ao

invés de hipersonia.

Os indivíduos com Narcolepsia podem hesitar quanto ao envolvimento em atividades sociais, por medo de adormecerem ou terem um episódio de cataplexia. Eles também podem empenhar-se no sentido de prevenir os ataques de cataplexia exercendo controle sobre suas emoções, o que pode levar a uma falta generalizada de expressividade que interfere nos relacionamentos sociais. A Narcolepsia pode limitar severamente o funcionamento diurno, em vista de ataques de sono repetidos e incontroláveis, comportamento automático e episódios de cataplexia. Os indivíduos com Narcolepsia estão em risco de ferimentos acidentais a si mesmos ou a outros, por adormecerem em situações perigosas (por ex., ao dirigirem um automóvel ou operando máquinas).

Um transtorno mental concomitante ou uma história de outro transtorno mental podem ser encontrados em aproximadamente 40% dos indivíduos com Narcolepsia. Os transtornos encontrados com maior frequência são Transtornos do Humor (principalmente Transtorno Depressivo Maior e Distímia), seguidos por Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtorno de Ansiedade Generalizada. Uma história de Parassonias tais como Transtorno de Sonambulismo, bruxismo (cerrar as mandíbulas e ranger os dentes) e Enurese parece ser mais comum em indivíduos com Narcolepsia.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia \ Características e Transtornos Associados

**Achados laboratoriais associados.** Achados do Teste Múltiplo de Latência do Sono (MSLT) incluem uma latência de sono média inferior a 5 minutos e o aparecimento de sono REM durante dois ou mais cochilos em um MSLT de cinco cochilos. Latências de sono de menos de 10 minutos e períodos REM no início do sono também são freqüentemente encontrados durante estudos polissonográficos noturnos. Achados adicionais na polissonografia podem incluir despertares transitórios e freqüentes, redução da eficiência do sono, aumento do sono do estágio 1, sono REM aumentado e maior frequência de movimentos oculares dentro dos períodos REM ("densidade REM"). Movimentos periódicos dos membros e episódios de apnéia do sono freqüentemente são observados, mas a última ocorre com menor frequência do que no Transtorno do Sono Relacionado à Respiração.

A tipagem para o antígeno do leucócito humano (HLA) de indivíduos com Narcolepsia mostra a presença de HLA-DR2 (também conhecido como DQw6) e DQw1 (também conhecido como DRw15) em 90-100% dos indivíduos. Entretanto, esses antígenos HLA também estão presentes em 10 a 35% da população geral.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia \ Características e Transtornos Associados

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.** Os indivíduos com Narcolepsia freqüentemente parecem sonolentos durante a entrevista e

exames clínicos, podendo adormecer na sala de espera ou na sala de exames. Durante os episódios de cataplexia, os indivíduos podem escorregar da cadeira e ter fala arrastada ou pálpebras caídas.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia \ Prevalência**

Os estudos epidemiológicos indicam uma prevalência de 0,02-0,16% para a Narcolepsia na população adulta, com taxas iguais para homens e mulheres.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia \ Curso**

A sonolência diurna quase sempre é o primeiro sintoma de Narcolepsia e em geral se torna clinicamente significativa durante a adolescência. Entretanto, revisando atentamente, algum grau de sonolência pode ter estado presente mesmo durante a pré-escola ou antes. O início após os 40 anos é incomum. Estressores psicossociais agudos ou alterações agudas nos horários de sono/vigília prenunciam o início em aproximadamente metade dos casos. A cataplexia pode desenvolver-se concomitantemente com a sonolência, mas muitas vezes aparece meses, anos ou mesmo décadas após o início da sonolência. Alucinações relacionadas ao sono e paralisia do sono são sintomas mais variáveis do transtorno e podem não ocorrer em alguns indivíduos. Um distúrbio do sono noturno em geral se desenvolve mais tarde, no curso do transtorno, freqüentemente quando os indivíduos estão na casa dos 40 ou 50 anos.

A sonolência excessiva da Narcolepsia tem um curso estável ao longo do tempo. O desenvolvimento de outros Transtornos do Sono (por ex., movimentos periódicos dos membros ou Transtorno do Sono Relacionado à Respiração) pode piorar o grau de sonolência, enquanto o tratamento com medicamentos estimulantes pode aliviá-lo. A cataplexia em geral também apresenta um curso estável, embora alguns indivíduos relatem uma redução ou mesmo a completa cessação dos sintomas após muitos anos. Da mesma forma, as alucinações relacionadas ao sono e a paralisia do sono podem apresentar remissão, ao passo que a sonolência diurna e os ataques de sono persistem.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \  
G47.4 - 347 Narcolepsia

**Padrão Familiar**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \  
G47.4 - 347 Narcolepsia \ Padrão Familiar

Dados de estudos de HLA e de famílias sugerem vigorosamente a participação de fatores genéticos no desenvolvimento da Narcolepsia. O modo de transmissão não foi determinado, mas provavelmente é multifatorial. Aproximadamente 5 a 15% dos parentes biológicos em primeiro grau de probandos com Narcolepsia têm o transtorno. Aproximadamente 25 a 50% dos parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Narcolepsia têm outros transtornos caracterizados por sonolência excessiva (como Hipersonia Primária).

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \  
G47.4 - 347 Narcolepsia

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \  
G47.4 - 347 Narcolepsia \ Diagnóstico Diferencial

A Narcolepsia deve ser diferenciada de variações normais do sono, privação do sono, outros Transtornos do Sono primários e Transtorno do Sono Relacionado a Outro Transtorno Mental, Tipo Hipersonia. Muitos indivíduos sentem alguma sonolência durante o dia, particularmente à tarde, quando ocorre um aumento da sonolência fisiológica. Entretanto, não apresentam um sono irresistível em outros momentos do dia e conseguem "combater" sua sonolência mediante um maior esforço mental e físico, nem experimentam, em geral, cataplexia, alucinações relacionadas ao sono ou paralisia do sono.

A **privação de sono** por qualquer causa produz sonolência diurna. A Narcolepsia deve ser diagnosticada apenas se o indivíduo demonstrou um horário regular de dormir e despertar, com uma quantidade normal de sono noturno. A privação de sono e horários irregulares para dormir podem, raramente, provocar alucinações relacionadas ao sono ou paralisia do sono, mas jamais cataplexia.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \  
G47.4 - 347 Narcolepsia \ Diagnóstico Diferencial

O grau de sonolência diurna pode ser similar em indivíduos com Narcolepsia e com **Hipersonia Primária**. Comparados com os indivíduos com Narcolepsia, os indivíduos com Hipersonia Primária geralmente descrevem um sono noturno

prolongado e menos perturbado. A sonolência diurna na Hipersonia Primária consiste de períodos de sono mais prolongados e não reparadores, com uma urgência menor do que os "ataques" de sono da Narcolepsia, e menos freqüentemente associados com sonhos. Os indivíduos com Hipersonia Primária não manifestam cataplexia, alucinações relacionadas ao sono ou paralisia do sono. A polissonografia noturna confirma um sono menos perturbado e uma latência REM normal em pessoas com Hipersonia Primária, e o MSLT não evidencia períodos REM no início do sono.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia \ Diagnóstico Diferencial**

Os indivíduos com **Transtorno do Sono Relacionado à Respiração** freqüentemente experimentam sonolência excessiva igual, em magnitude, à dos indivíduos com Narcolepsia. Além disso, muitos indivíduos com Narcolepsia podem desenvolver algum grau de apnéia do sono. O Transtorno do Sono Relacionado à Respiração é diferenciado da Narcolepsia por uma história de roncos altos, pausas respiratórias que perturbam o sono noturno, episódios de sono diurno extensos e não reparadores e ausência de sintomas acessórios, tais como cataplexia. A polissonografia pode identificar as pausas respiratórias (apnéias) em indivíduos com Transtorno do Sono Relacionado à Respiração. As apnéias em indivíduos com Narcolepsia tendem a ser menos freqüentes e a estar associadas com menor dessaturação de oxi-hemoglobina. Se um indivíduo apresenta uma história clara de Narcolepsia juntamente com achados polissonográficos confirmatórios (REM no início do sono) e sua polissonografia também evidencia um Transtorno do Sono Relacionado à Respiração, ambos os diagnósticos podem ser feitos. Se um indivíduo tem REM no início do sono e atividade apnéica durante a polissonografia, mas não apresenta a síndrome completa de Narcolepsia, então apenas deve ser feito um diagnóstico de Transtorno do Sono Relacionado à Respiração.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia \ Diagnóstico Diferencial**

Os indivíduos com **Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental** podem referir sonolência excessiva e sonhos intensos. Em particular, Episódios Depressivos Maiores Com Características Atípicas e Transtorno Bipolar, Episódio Mais Recente Depressivo, freqüentemente envolvem uma intensa necessidade de sono durante o dia. Entretanto, os indivíduos com Transtornos do Humor têm tipicamente um sono noturno prolongado, em contraste com o sono curto e fragmentado da Narcolepsia. Os cochilos diurnos não são reparadores em indivíduos com Transtornos do Humor. Além disso, esses indivíduos não apresentam os sintomas acessórios característicos da Narcolepsia (por ex., cataplexia), embora os indivíduos com Transtorno Depressivo Maior, Com Aspectos Psicóticos, possam queixar-se de alucinações próximas ao sono e em outros momentos. Os estudos polissonográficos de indivíduos com Transtornos



do Humor podem revelar uma curta latência REM, mas tipicamente não tão curta quanto aquela vista na Narcolepsia. A latência do sono noturno também é mais longa em indivíduos com Transtornos do Humor. Finalmente, o teste diurno com o MSLT mostra um grau muito menor de sonolência fisiológica e períodos infreqüentes de REM no início do sono em indivíduos com Transtornos do Humor. Portanto, a "sonolência" nesses indivíduos se parece mais com uma manifestação de retardo psicomotor e anergia.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia \ Diagnóstico Diferencial**

O uso ou abstinência de substâncias (inclusive medicamentos) pode produzir alguns sintomas de Narcolepsia. Os agonistas colinérgicos (incluindo pesticidas anticolinesterase) podem perturbar a continuidade do sono e aumentar o sono REM. Efeitos similares podem resultar da descontinuação abrupta de agentes anticolinérgicos, inclusive antidepressivos tricíclicos. A reserpina e a metildopa podem aumentar o sono REM e produzir sonolência. Um diagnóstico de Transtorno do Sono Induzido por Substância, Tipo Hipersonia, pode ser indicado se os sintomas são considerados decorrentes dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (ver pp. 570-571). Em contrapartida, um diagnóstico de Narcolepsia não deve ser feito se o indivíduo está tomando ou recentemente descontinuou o consumo dessas substâncias.

A Narcolepsia deve ser diferenciada de um Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral, Tipo Hipersonia. O diagnóstico é de Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral quando os sintomas são considerados consequência fisiológica direta de uma determinada condição médica geral (por ex., lesão craniana fechada ou tumor no hipotálamo) (ver p. 567).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia**

**Relacionamento com a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia \ Relacionamento com a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono**

O diagnóstico de Narcolepsia da Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (CIDS) inclui as mesmas características essenciais que o diagnóstico do DSM-IV.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.4 - 347 Narcolepsia \ Relacionamento com a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono**

**Critérios Diagnósticos para G47.4 - 347 Narcolepsia**

**A. Ataques irresistíveis de sono reparador ocorrendo diariamente ao longo dos últimos 3 meses.**

**B. Presença de um ou ambos os seguintes sintomas:**

(1) cataplexia (isto é, episódios breves de perda bilateral súbita do tono muscular, mais freqüentemente em associação com intensa emoção)

(2) intrusões recorrentes de elementos do sono de movimentos oculares rápidos (REM) na transição entre o sono e a completa vigília, manifestadas por alucinações hipnagógicas ou hipnopômicas ou paralisia do sono, no início ou no final dos episódios de sono

**C. O distúrbio não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica geral.**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias

**G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração

[APÊNDICE D\(139\)](#)

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno do Sono Relacionado à Respiração é um distúrbio do sono que provoca sonolência excessiva ou insônia, considerado decorrente de anormalidades ventilatórias durante o sono (por ex., apnéia do sono ou hipoventilação alveolar central) (Critério A). Este distúrbio do sono não deve ser melhor explicado por um transtorno mental, nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (inclusive medicamento) ou de uma condição médica geral que produz sintomas através de um outro mecanismo que não respiração anormal (Critério B).

Sonolência excessiva é a queixa com que mais comumente se apresentam os

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



indivíduos com Transtorno do Sono Relacionado à Respiração. A sonolência resulta de despertares freqüentes durante o sono noturno, enquanto o indivíduo tenta respirar normalmente. A sonolência é mais evidente em situações tranqüilas, tais como quando o indivíduo está assistindo televisão ou lendo. A incapacidade de controlar a sonolência pode ser evidente em reuniões entediadas ou quando a pessoa vai ao cinema, teatro ou concertos. Em casos de sonolência extrema, a pessoa pode adormecer enquanto conversa ativamente, come, caminha ou dirige. Os cochilos tendem a não ser fisicamente reparadores e podem ser acompanhados por dor de cabeça ao despertar. Entretanto, pode haver uma variação considerável na intensidade da sonolência. O impacto da sonolência pode ser minimizado pelo indivíduo, que pode expressar orgulho por ser capaz de dormir a qualquer hora, em qualquer lugar.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Características Diagnósticas**

Insônia, despertares freqüentes ou sono não reparador são queixas menos comumente apresentadas do que sonolência diurna, em indivíduos com Transtorno do Sono Relacionado à Respiração. Alguns indivíduos podem queixar-se de dificuldade para respirar, quando deitados de costas ou dormindo.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Características Diagnósticas**

Os eventos respiratórios anormais durante o sono no Transtorno do Sono Relacionado à Respiração incluem apnéias (episódios de cessação respiratória), hipopnéias (respiração anormalmente lenta ou superficial) e hipoventilação (níveis anormais de oxigênio e dióxido de carbono no sangue). Três formas de Transtorno do Sono Relacionado à Respiração foram descritas: síndrome de apnéia do sono obstrutiva, síndrome de apnéia do sono central e síndrome de hipoventilação alveolar central.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Características Diagnósticas**

A síndrome de apnéia do sono obstrutiva é a forma mais comum de Transtorno do Sono Relacionado à Respiração. Ela caracteriza-se por episódios repetidos de obstrução aérea superior (apnéias e hipopnéias superiores) durante o sono. O impulso central para a respiração e para movimentos respiratórios do tórax e abdômen está preservado. Esta síndrome geralmente ocorre em indivíduos obesos e leva a uma queixa de sonolência excessiva. A síndrome de apnéia do sono obstrutiva é caracterizada por roncos sonoros ou breves momentos de respiração difícil e ofegante, alternando com episódios de silêncio que geralmente duram de

20 a 30 segundos. Os roncos são causados pelo ato de respirar através de uma via aérea parcialmente obstruída, e os períodos de silêncio são causados por apnéias obstrutivas, sendo a cessação respiratória causada pela completa obstrução das vias aéreas. Tipicamente, os roncos altos estiveram presentes por muitos anos, freqüentemente desde a infância, mas um aumento em sua gravidade pode levar o indivíduo a buscar uma avaliação médica. O ronco em geral é suficientemente alto para perturbar o sono de outras pessoas próximas. A cessação respiratória, ocasionalmente durando até 60 a 90 segundos e associada com cianose, também pode preocupar o parceiro de cama. O término de um evento apnéico pode estar associado com altos roncos "ressuscitadores", sons que lembram esforços para livrar-se de alguma coisa presa na garganta, ofegos, gemidos ou resmungos, ou movimentos do corpo inteiro. O parceiro de cama pode ter de dormir em outro aposento ou em outra cama em consequência dos roncos, movimentos e ofegos do indivíduo afetado. A maioria das pessoas com o transtorno não tem consciência dos roncos altos, dificuldades respiratórias e despertares freqüentes. Entretanto, algumas pessoas, particularmente idosos, estão bem conscientes do distúrbio do sono e se apresentam com uma queixa de despertares freqüentes e sono não reparador.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Características Diagnósticas**

A síndrome de apnéia central do sono é caracterizada por uma cessação episódica da ventilação durante o sono (apnéias ou hipopnéias) sem obstrução das vias aéreas. Portanto, contrastando com os eventos apnéicos obstrutivos, as apnéias centrais não estão associadas com uma continuidade dos movimentos respiratórios da parede torácica e abdominal e ocorrem, com maior freqüência, em pessoas idosas, em consequência de condições cardíacas ou neurológicas que afetam a regulação ventilatória. Os indivíduos apresentam-se, mais freqüentemente, com queixas de insônia devido a despertares repetidos, que podem ou não associar com dificuldades respiratórias. Os indivíduos com apnéia central do sono podem ter leves roncos, mas esta não é uma queixa proeminente.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Características Diagnósticas**

A síndrome de hipoventilação alveolar central é caracterizada por um prejuízo no controle ventilatório, acarretando níveis de oxigênio arterial anormalmente baixos, piorados ainda mais pelo sono (hipoventilação sem apnéia ou hipopnéia). Os pulmões, em indivíduos com este transtorno, têm propriedades mecânicas normais. Esta forma ocorre mais freqüentemente em indivíduos muito obesos, podendo estar associada com uma queixa de sonolência excessiva ou insônia.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \**

## G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração

### Características e Transtornos Associados

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** O indivíduo com Transtorno do Sono Relacionado à Respiração pode queixar-se de desconforto torácico noturno, engasgos, sufocamento ou intensa ansiedade em associação com eventos apnéicos ou hipoventilação. Os movimentos corporais associados com as dificuldades respiratórias podem ser violentos, e os indivíduos com Transtorno do Sono Relacionado à Respiração freqüentemente são descritos como inquietos durante o sono. Os indivíduos com este transtorno tipicamente não se sentem repousados ao despertarem, podendo afirmar, pela manhã, que estão mais cansados do que ao deitarem. Eles também podem relatar embriaguez do sono (isto é, extrema dificuldade para despertar, confusão e comportamento inadequado). É comum estes indivíduos terem a boca muito seca, o que faz com que freqüentemente precisem beber água durante a noite ou ao despertarem pela manhã. A ocorrência de noctúria é mais freqüente com a progressão dos sintomas. Cefaléias matinais surdas e generalizadas podem durar por 1 a 2 horas após o despertar.

A sonolência pode levar a distúrbio de memória, fraca concentração, irritabilidade e alterações da personalidade. Transtornos do Humor (particularmente Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Distímico), Transtornos de Ansiedade (particularmente Transtorno de Pânico) e demência estão habitualmente associados com Transtorno do Sono Relacionado à Respiração. Os indivíduos também podem apresentar uma redução da libido e da capacidade erétil. Raramente, pode ocorrer que a disfunção erétil seja a queixa que traz à consulta um indivíduo com síndrome de apnéia obstrutiva do sono. As crianças com Transtorno do Sono Relacionado à Respiração podem ter um desenvolvimento atrasado e dificuldades de aprendizagem. A sonolência diurna excessiva pode provocar ferimentos (por ex., adormecer enquanto dirige um veículo), bem como causar severo prejuízo social e ocupacional, resultando em perda do emprego, problemas conjugais e familiares e diminuição do desempenho escolar.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Características e Transtornos Associados

**Achados laboratoriais associados.** Cada um dos principais Transtornos do Sono Relacionados à Respiração produz anormalidades específicas. Na síndrome de apnéia obstrutiva do sono, a polissonografia noturna mostra episódios apnéicos que duram mais de 10 segundos (geralmente 20-40 segundos), com raros episódios durando até alguns minutos. As hiponéias são caracterizadas por uma

redução do fluxo aéreo. Ambos os tipos de eventos estão associados com uma redução na saturação de oxi-hemoglobina. A síndrome de apnéia central do sono pode incluir respiração de Cheyne-Stokes (isto é, um padrão de respiração periódica consistindo de uma apnéia, seguida de um episódio de 10 a 60 segundos de hiperventilação, e uma diminuição gradual na ventilação, culminando em uma outra apnéia). Na síndrome de hipoventilação alveolar central podem ocorrer períodos de respiração diminuída com duração de até alguns minutos, com constante dessaturação do oxigênio arterial e níveis aumentados de dióxido de carbono. Outros aspectos da polissonografia noturna em indivíduos com Transtorno do Sono Relacionado à Respiração incluem um sono de curta duração, freqüentes despertares, maiores quantidades de sono do estágio 1 e redução da quantidade de sono de ondas lentas e sono REM. Os despertares que ocorrem ao final dos eventos apnéicos e de hipoventilação podem ser bastante breves (alguns segundos).

Apnéias, hipopnéias e hipoventilação podem produzir outras perturbações: dessaturação da oxi-hemoglobina, anormalidades de EEG, elevação da pressão arterial pulmonar e sistêmica e despertares transitórios enquanto o indivíduo termina um episódio de distúrbio respiratório. Arritmias cardíacas ocorrem habitualmente durante o sono em indivíduos com Transtorno do Sono Relacionado à Respiração, podendo incluir arritmias sinusais, extra-sístoles ventriculares, bloqueio atrioventricular ou bradicardia sinusal. Os despertares noturnos freqüentes e a dessaturação de oxi-hemoglobina podem ocasionar sonolência excessiva, passível de ser detectada pelo Teste Múltiplo de Latência do Sono (MSLT) ou outros testes de sonolência diurna. A latência do sono média no MSLT freqüentemente é inferior a 10 minutos, podendo ser menor que 5 minutos (o normal é 10-20 minutos).

As gasometrias arteriais enquanto a pessoa está desperta geralmente são normais, mas alguns indivíduos com severa síndrome de apnéia obstrutiva do sono ou com síndrome de hipoventilação alveolar central podem ter hipoxemia ou hipercapnia ao despertarem. Radiografias da cabeça, imagens por ressonância magnética (IRM), tomografia computadorizada (TC) e endoscopia por fibra óptica podem evidenciar obstrução das vias aéreas superiores. Testes cardíacos podem revelar evidências de prejuízo no funcionamento do ventrículo direito. Os indivíduos também podem ter uma elevação dos valores de hemoglobina ou hematócrito, devido à repetida hipoxemia noturna.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Características e Transtornos Associados**

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.** A maioria dos indivíduos com a síndrome de apnéia obstrutiva do sono e a síndrome de hipoventilação alveolar central são obesos e percebem que a gravidade de seus sintomas aumenta com o aumento do peso corporal. O estreitamento das vias aéreas superiores pode ocorrer devido ao volume excessivo de tecidos moles. A

síndrome de apnéia obstrutiva do sono que ocorre em indivíduos de peso corporal normal ou abaixo do normal sugere obstrução das vias aéreas superiores devido a uma anormalidade estrutural definida e localizada, como malformação maxilar-mandibular ou hipertrofia adenotonsilar. Alguns indivíduos podem ter respiração ruidosa mesmo quando despertos. Na síndrome de apnéia obstrutiva do sono pode ocorrer refluxo gastroesofágico com severa dor tipo azia, em associação com o esforço para restabelecer a respiração durante o sono. Os indivíduos com síndrome de apnéia central do sono têm obesidade ou obstruções demonstráveis das vias aéreas superiores com menor freqüência.

Uma hipertensão sistêmica leve, com pressão diastólica elevada, está geralmente associada com Transtorno do Sono Relacionado à Respiração. Alguns indivíduos, particularmente aqueles com doença pulmonar obstrutiva crônica ou hipoventilação alveolar, têm continuamente baixos valores de saturação de oxigênio durante o sono e estão predispostos ao desenvolvimento de hipertensão arterial pulmonar e insuficiência cardíaca direita, congestão hepática e edema dos tornozelos.

Os indivíduos com Transtorno do Sono Relacionado à Respiração podem ter uma anormalidade básica no controle neurológico da musculatura das vias aéreas superiores ou da ventilação durante o sono. Os transtornos que afetam o controle neurológico da ventilação geralmente se manifestam como síndrome de apnéia central do sono. Alguns indivíduos com condições neurológicas têm uma lesão específica que afeta o controle dos músculos da faringe, que pode provocar uma síndrome de apnéia obstrutiva do sono.

O Transtorno do Sono Relacionado à Respiração pode estar associado com uma condição médica geral sistêmica ou condições neurológicas. Por exemplo, a apnéia obstrutiva do sono pode resultar de uma língua de tamanho aumentado devido a acromegalia, tecido da tireóide ou cistos linguais, ou paralisia das cordas vocais, como na síndrome de Shy-Drager. O comprometimento da função cardíaca devido a uma redução do débito cardíaco pode resultar em apnéia central do sono, assim como condições neurológicas que afetam o controle do tronco cerebral sobre a respiração, tais como siringobulbia ou tumores do tronco cerebral.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração**

**Características Específicas à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Características Específicas à Idade e ao Gênero**

Em crianças pequenas, os sinais e sintomas de Transtorno do Sono Relacionado à Respiração (quase sempre exclusivamente a síndrome de apnéia obstrutiva do sono) são mais sutis do que em adultos e o diagnóstico é mais difícil de

estabelecer. Em crianças, a polissonografia é especialmente útil para a confirmação do diagnóstico. Os roncos característicos da síndrome de apnéia obstrutiva do sono podem não estar presentes. Despertares agitados e a adoção de posturas incomuns para o sono, tais como dormir sobre as mãos e joelhos, ocorrem com frequência. A enurese noturna também é comum e deve levantar a suspeita de síndrome de apnéia obstrutiva do sono quando retorna em uma criança que já havia deixado de urinar na cama. As crianças também podem manifestar sonolência excessiva durante o dia, embora esta não seja tão comum ou pronunciada como em adultos. Respiração diurna pela boca, dificuldade para engolir e fraca articulação da fala também são aspectos comuns em crianças. No exame físico, pode-se encontrar peito escavado e protuberância das costelas. Em casos de associação com hipertrofia adenotonsilar, pode haver "facies adenóide", com uma expressão embotada, edema periorbital e respiração pela boca.

A síndrome de apnéia obstrutiva do sono é mais comum em homens de meia-idade obesos e em crianças pré-púberes com amígdalas hipertróficas. A síndrome de hipoventilação alveolar central é mais comum em homens adultos jovens e obesos. O envelhecimento leva a um aumento na frequência de eventos apnéicos tanto obstrutivos quanto centrais, mesmo entre indivíduos saudáveis e assintomáticos. Uma vez que a ocorrência de algum grau de apnéia pode ser normal com o envelhecimento, os resultados polissonográficos devem ser interpretados neste contexto. Por outro lado, sintomas clínicos significativos de insônia e hipersonia devem ser investigados, não importando a idade do indivíduo, e um diagnóstico de Transtorno do Sono Relacionado à Respiração deve ser feito se um distúrbio respiratório explicar melhor os sintomas.

Em adultos, a proporção de homens para mulheres com a síndrome de apnéia obstrutiva do sono é de cerca de 8:1. Não existe diferença entre os sexos entre crianças pré-púberes. Em adultos, os eventos apnéicos centrais parecem ser mais prevalentes em homens do que em mulheres, embora esta diferença seja menos aparente após a menopausa.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Prevalência**

As estimativas de prevalência do Transtorno do Sono Relacionado à Respiração com apnéia obstrutiva do sono são de aproximadamente 1-10%, na população adulta, podendo ser maior em indivíduos idosos. A prevalência do Transtorno do Sono Relacionado à Respiração também varia consideravelmente em função do limiar estabelecido para a frequência dos eventos apnéicos.



**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Curso**

A síndrome de apnéia obstrutiva do sono pode ocorrer em qualquer idade, mas a maioria dos indivíduos apresenta-se para avaliação entre 40 e 60 anos (com as mulheres apresentando um aumento da propensão para o desenvolvimento de apnéia obstrutiva do sono após a menopausa). A apnéia central do sono é vista com maior frequência em indivíduos idosos com doença do sistema nervoso central ou cardíaca. A síndrome de hipoventilação alveolar central e a síndrome de apnéia central do sono podem desenvolver-se em qualquer idade.

O Transtorno do Sono Relacionado à Respiração em geral tem um início insidioso, progressão gradual e curso crônico. Com maior frequência, o transtorno está presente há anos, quando o diagnóstico é feito. Uma resolução espontânea da síndrome de apnéia obstrutiva do sono tem sido relatada com a perda de peso, mas geralmente o curso é progressivo e pode levar, em última instância, à morte prematura devido a doença ou arritmia cardiovascular. A síndrome de apnéia central do sono também tem um curso crônico, sem remissões, embora o manejo das condições médicas básicas possa melhorar o distúrbio respiratório. Os adultos com a síndrome de hipoventilação alveolar central têm um curso lento e progressivo.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Padrão Familiar**

Uma tendência familiar para a síndrome de apnéia obstrutiva do sono tem sido descrita.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Diagnóstico Diferencial**

O Transtorno do Sono Relacionado à Respiração deve ser diferenciado de outras causas de sonolência, tais como Narcolepsia, Hipersonia Primária e Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono. O Transtorno do Sono Relacionado à Respiração pode ser diferenciado da **Narcolepsia** pela ausência de cataplexia, alucinações relacionadas ao sono e paralisia do sono, e pela presença de roncos altos, engasgos durante o sono, apnéias ou respiração superficial, observados durante o sono do indivíduo. Os episódios diurnos de sono na Narcolepsia são caracteristicamente mais curtos, mais reparadores e mais freqüentemente associados com sonhos. O Transtorno do Sono Relacionado à Respiração apresenta apnéias ou hipoventilação característicos durante estudos polissonográficos noturnos, e a Narcolepsia resulta em múltiplos períodos REM no início do sono durante o MSLT. Alguns indivíduos têm Narcolepsia concomitante com Transtorno do Sono Relacionado à Respiração. O Transtorno do Sono Relacionado à Respiração deve ser diferenciado de **Hipersonia Primária** e **Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono**, com base na presença de achados laboratoriais ou clínicos de síndrome de apnéia obstrutiva do sono, apnéia central do sono ou síndrome de hipoventilação alveolar central. O diagnóstico diferencial definitivo entre Hipersonia Primária e Transtorno do Sono Relacionado à Respiração pode exigir estudos polissonográficos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Diagnóstico Diferencial**

A **Hipersonia relacionada a um Episódio Depressivo Maior** pode ser diferenciada do Transtorno do Sono Relacionado à Respiração pela presença ou ausência de outros sintomas característicos (por ex., humor deprimido e perda do interesse em um Episódio Depressivo Maior e roncos e esforços respiratórios no Transtorno do Sono Relacionado à Respiração).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Diagnóstico Diferencial**

Os indivíduos com Transtorno do Sono Relacionado à Respiração devem também ser diferenciados de **adultos assintomáticos que roncam**. Esta diferenciação pode ser feita com base na queixa apresentada de insônia ou hipersonia, maior intensidade dos roncos ou presença de história, sinais e sintomas característicos de Transtorno do Sono Relacionado à Respiração. Para indivíduos que se queixam de insônia, a **Insônia Primária** pode ser diferenciada do Transtorno do Sono Relacionado à Respiração pela ausência de queixas (ou relatos de parceiros) de dificuldades para respirar durante o sono e ausência de história, sinais e sintomas característicos do Transtorno do Sono Relacionado à Respiração.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Diagnóstico Diferencial**

Os **Ataques de Pânico noturnos** podem incluir sintomas de sufocamento ou asfixia

durante o sono, por vezes difíceis de distinguir clinicamente de um Transtorno do Sono Relacionado à Respiração. Entretanto, a frequência mais baixa dos episódios, a intensa excitação autonômica e ausência de sonolência excessiva diferenciam os Ataques de Pânico noturnos do Transtorno do Sono Relacionado à Respiração. A polissonografia em indivíduos com Ataques de Pânico noturnos não revela o padrão típico de apnéias, hipoventilação ou dessaturação de oxigênio, característico do Transtorno do Sono Relacionado à Respiração.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Diagnóstico Diferencial**

O diagnóstico de Transtorno do Sono Relacionado à Respiração é indicado na presença de uma **condição médica geral** que causa insônia ou hipersonia através de um mecanismo que prejudica a ventilação durante o sono. Por exemplo, um indivíduo com hipertrofia tonsilar que apresenta dificuldade para dormir relacionada a roncos e apnéias obstrutivas do sono deve receber um diagnóstico de Transtorno do Sono Relacionado à Respiração no Eixo I e hipertrofia tonsilar no Eixo III. Em contrapartida, o diagnóstico de Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral é indicado se uma condição médica geral ou condição neurológica causa sintomas relacionados ao sono por meio de um mecanismo outro que não distúrbio respiratório. Por exemplo, indivíduos com artrite ou insuficiência renal podem queixar-se de insônia ou hipersonia, mas esta não resulta de prejuízo respiratório durante o sono.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Diagnóstico Diferencial**

O **uso ou abstinência de substância** (inclusive medicamentos) pode produzir insônia ou hipersonia similar àquela encontrada no Transtorno do Sono Relacionado à Respiração. Uma anamnese atenta em geral é suficiente para identificar a substância relevante, e o seguimento mostra melhora do distúrbio do sono após a descontinuação da substância. Em outros casos, o uso de uma substância (por ex., álcool, barbitúricos ou benzodiazepínicos) pode exacerbar o Transtorno do Sono Relacionado à Respiração. Um indivíduo com sintomas e sinais consistentes com Transtorno do Sono Relacionado à Respiração deve receber este diagnóstico, mesmo em presença do uso concomitante de uma substância que exacerbe a condição.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração**

**Relacionamento com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \**

**G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Relacionamento com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

O Transtorno do Sono Relacionado à Respiração é identificado como três ou mais síndromes específicas na Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (CIDS): Síndrome de Apnéia Obstrutiva do Sono, Síndrome de Apnéia Central do Sono e Síndrome de Hipoventilação Alveolar Central.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ **G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração \ Relacionamento com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

**Critérios Diagnósticos para G47.3 - 780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração**

**A. Distúrbio do sono, levando a sonolência excessiva ou insônia, considerado devido a uma condição respiratória relacionada ao sono (por ex., síndrome de apnéia obstrutiva ou central do sono ou síndrome de hipoventilação alveolar central).**

**B. O distúrbio não é melhor explicado por outro transtorno mental, nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica geral (outra que não um transtorno relacionado à respiração).**

**Nota para a codificação: Codificar também transtorno do sono relacionado à respiração no Eixo III.**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias

**F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília)**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ **F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília)**

**APÊNDICE D(140)**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ **F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília)**

**Características Diagnósticas**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília) \ Características Diagnósticas**

A característica essencial do Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono é um padrão persistente ou recorrente de distúrbio do sono que resulta de um desajuste entre o sistema circadiano de sono-vigília endógeno do indivíduo, por um lado, e demandas exógenas relativas ao tempo e duração do sono, por outro (Critério A). Contrastando com outros Transtornos primários do Sono, o Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono não resulta dos mecanismos que geram o sono e a vigília, em si mesmos. Como resultado deste desajuste circadiano, os indivíduos com o transtorno podem queixar-se de insônia em certos momentos do dia e sonolência excessiva em outros, com prejuízo resultante no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida, ou sofrimento subjetivo acentuado (Critério B). Os problemas de sono não são melhor explicados por outros Transtornos do Sono ou por outros transtornos mentais (Critério C).

O diagnóstico de Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono deve ser reservado para aquelas apresentações nas quais o indivíduo apresenta significativo prejuízo social ou ocupacional ou acentuado sofrimento relacionado à distúrbio do sono. Os indivíduos variam amplamente em sua capacidade de adaptação a mudanças e exigências circadianas. Muitos, se não a maioria, dos indivíduos com sintomas relacionados ao ritmo circadiano do sono não buscam tratamento e não têm sintomas suficientemente graves para indicarem um diagnóstico. Aqueles que se apresentam para avaliação em razão deste transtorno frequentemente se sentem mais preocupados com a gravidade ou a persistência de seus sintomas. Por exemplo, não raro, pessoas que trabalham em revezamento de turnos apresentam-se para avaliação após adormecerem no trabalho ou enquanto dirigiam.

O diagnóstico de Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono repousa primariamente na história clínica, incluindo o padrão de trabalho, de sono, cochilos e "tempo livre". A história deve também examinar tentativas passadas para lidar com os sintomas, tais como tentativas de avançar o horário de sono-vigília no Tipo Fase de Sono Atrasada. Diários prospectivos de sono-vigília ou gráficos de sono frequentemente são auxílios úteis para o diagnóstico.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília)**

**Subtipos**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de**

### Ritmo Sono-Vigília) \ Subtipos

**Tipo Fase de Sono Atrasada.** Este tipo de Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono resulta de um ciclo endógeno de sono-vigília atrasado, em relação às demandas da sociedade. Medições dos ritmos circadianos endógenos (por ex., temperatura corporal básica) refletem este atraso. Os indivíduos com este subtipo ("corujas noturnas") hipoteticamente possuem uma capacidade anormalmente diminuída de avançar de fase nos horários de sono-vigília (isto é, para avançar o sono e o tempo desperto de acordo com horários do relógio). Por conseguinte, esses indivíduos estão "presos" a horários habitualmente tardios de dormir e não conseguem adiantar seu sono para horários mais adequados. A fase circadiana de sono é estável: os indivíduos adormecem e despertam em horários consistentes, embora atrasados, quando deixados por conta própria (por ex., em finais de semana ou feriados). Os indivíduos afetados queixam-se de dificuldade para adormecer em horários socialmente aceitáveis, mas, uma vez iniciado, o sono é normal. Existe uma dificuldade concomitante para despertar em horários socialmente aceitáveis (por ex., múltiplos despertadores freqüentemente não conseguem despertá-lo). Uma vez que muitos indivíduos com o transtorno têm privação crônica de sono, pode ocorrer sonolência durante o período desejado de vigília.

### TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília) \ Subtipos

**Tipo Mudança de Fuso Horário.** Neste tipo de Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono, o ciclo circadiano endógeno de sono-vigília é normal, e o distúrbio surge de conflitos entre o padrão de sono e vigília gerados pelo sistema circadiano e o padrão exigido por um novo fuso horário. Os indivíduos com esta espécie de distúrbio queixam-se de um desajuste entre os horários desejados e exigidos para o sono e a vigília. A gravidade do desajuste é proporcional ao número de fusos horários transpostos, com dificuldades máximas freqüentemente sendo observadas após a passagem por oito ou mais fusos horários em menos de 24 horas. Viagens rumo ao leste (que avançam horas de sono-vigília) tipicamente são mais difíceis para a maioria dos indivíduos do que percursos rumo ao poente (atrasando horários de sono-vigília).

### TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília) \ Subtipos

**Tipo Mudanças Freqüentes de Turno de Trabalho.** Neste tipo de Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono, o ciclo circadiano endógeno de sono-vigília é normal e o distúrbio surge do conflito entre o padrão de sono e vigília gerado pelo sistema circadiano e o padrão desejado de dormir e despertar exigido pelo turno de trabalho. Turnos rotativos de trabalho são os mais perturbadores, porque forçam o sono e a vigília a posições circadianas aberrantes e impedem qualquer ajuste consistente. Trabalhadores noturnos e em turnos rotativos tipicamente têm um

sono de duração mais curta e distúrbios mais freqüentes em sua continuidade do que os profissionais que trabalham pela manhã ou à tarde. Inversamente, também pode haver sonolência durante o período desejado de vigília, isto é, no meio do turno de trabalho noturno. O desajuste circadiano do Tipo Mudanças Freqüentes de Turno de Trabalho é adicionalmente exacerbado por um tempo insuficiente de sono, demandas sociais e familiares e perturbações ambientais (por ex., telefone, ruído do tráfego), durante horários em que a pessoa pretende dormir.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília) \ Subtipos**

**Tipo Inespecificado.** Este tipo de Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono deve ser indicado se algum outro padrão de distúrbio do sono circadiano (por ex., fase de sono avançada, padrão de sono-vigília não-24 horas, ou padrão irregular de sono-vigília) está presente. Um "padrão de fase de sono avançada" é o análogo ao Tipo Fase de Sono Atrasada, só que na direção oposta: os indivíduos queixam-se de incapacidade de permanecerem despertos no início de noite e de um despertar espontâneo nas primeiras horas da manhã. O "padrão de sono-vigília não-24 horas" denota um ciclo de livre operação: o horário de sono-vigília segue um período de ritmo circadiano endógeno de aproximadamente 24-25 horas, apesar da presença de indicadores ambientais de um período de 24 horas. Contrastando com o padrão estável de sono-vigília dos tipos fase de sono avançada ou atrasada, os horários de sono-vigília desses indivíduos atrasam progressivamente em relação às 24 horas do relógio, resultando em um padrão mutável de sono-vigília ao longo de dias sucessivos. O "padrão irregular de sono-vigília" indica a ausência de um padrão identificável de sono e vigília.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília)**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília) \ Características e Transtornos Associados**

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** No Tipo Fase de Sono Atrasada, os indivíduos freqüentemente se deitam mais tarde em fins-de-semana ou durante as férias, com uma redução das dificuldades de conciliar o sono e despertar. Eles tipicamente fornecem muitos exemplos de problemas na escola, no trabalho e na vida social, relacionados à incapacidade de despertar nos horários socialmente desejados. Quando despertado mais cedo do que no horário ditado pelo seu sistema circadiano, o indivíduo pode apresentar

"embriaguez do sono" (isto é, extrema dificuldade para despertar, confusão e comportamento inadequado). O desempenho com frequência também segue uma fase atrasada, com uma eficiência máxima ocorrendo tarde da noite.

Os Tipos Mudanças Freqüente de Turno de Trabalho e Mudança de Fuso Horário podem ser mais comuns em indivíduos "matinais". O desempenho freqüentemente se mostra prejudicado durante os horários desejados de vigília, seguindo o padrão que seria ditado pelos ritmos circadianos endógenos básicos. O Tipo Mudança do Fuso Horário freqüentemente é acompanhado por sintomas inespecíficos (por ex., cefaléia, fadiga, indigestão) relacionados às condições de viagem, tais como privação de sono, uso de álcool e cafeína e pressão atmosférica diminuída em cabines de aviões. Uma disfunção nos papéis ocupacionais, familiares e sociais freqüentemente é observada em indivíduos com dificuldades para lidar com o trabalho em turnos variados. Os indivíduos com qualquer Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono podem ter uma história de uso de álcool, sedativos ou hipnóticos ou estimulantes, resultante de tentativas de controlar suas tendências de sono-vigília inadequadamente ajustadas. O uso dessas substâncias pode, por sua vez, exacerbar o Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono.

O Tipo Fase de Sono Atrasada tem sido associado com características de personalidade esquizóides, esquizotípicas e esquivas, particularmente em adolescentes. "Padrão de Sono-Vigília não-24 horas" e "Padrão Irregular de Sono-Vigília" também têm sido associados com essas mesmas características. Os Tipos Mudança de Fuso Horário e Mudanças Freqüentes de Turno de Trabalho podem precipitar ou exacerbar um episódio depressivo maior ou maníaco ou um episódio de um Transtorno Psicótico.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília) \ Características e Transtornos Associados

**Achados laboratoriais associados.** Os estudos do sono cedem diferentes resultados, dependendo do momento em que são realizados. Em indivíduos com Tipo Fase de Sono Atrasada, os estudos realizados nos horários de sono preferidos mostram-se essencialmente normais para a idade. Entretanto, quando estudados em horários de sono socialmente normais, esses indivíduos demonstram uma latência de sono prolongada, despertar espontâneo ocorrendo tarde, em relação à convenção social e (em alguns indivíduos) latência de sono REM moderadamente curta. A continuidade do sono é normal para a idade. Procedimentos laboratoriais destinados a medir a fase do marca-passo circadiano endógeno (por ex., temperatura corporal básica) revelam atraso de fase, conforme o esperado, na ocorrência da acrófase (momento de pico do sono) e do nadir (seu ponto mais baixo).

Quando estudados durante seu horário habitual de sono nos dias úteis da semana, os indivíduos com o Tipo Mudanças Freqüentes de Turno de Trabalho geralmente apresentam latência de sono normal ou curta, menor duração do sono e



perturbações mais freqüentes em sua continuidade, em comparação com indivíduos pareados por idade com padrões "normais" de sono noturno. Existe uma redução específica do sono dos estágios 2 e REM, em muitos casos. Os testes de tendência do sono, tais como o Teste Múltiplo de Latência do Sono (MSLT), mostram um alto grau de sonolência durante os momentos em que a vigília é desejada (por ex., durante o turno da noite). Quando estudados após um período de ajuste para um horário diurno normal, esses indivíduos têm um sono noturno normal e níveis normais de sonolência diurna.

Estudos laboratoriais de um vôo simulado atravessando uma mudança de fuso horário de 6 horas demonstram um prolongamento da latência do sono, prejuízo na eficiência do sono, reduções no sono REM e leves reduções no sono de ondas lentas. Esses aspectos apresentam recuperação para os valores básicos em uma a duas semanas.

**Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.** Não há achados físicos específicos descritos para o Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono. Os profissionais que trabalham em revezamento de turnos podem parecer tresnoitados ou sonolentos e ter um excesso de distúrbios cardiovasculares e gastrintestinais, inclusive gastrite e úlcera péptica. O papel do consumo de cafeína e álcool e de padrões alterados de alimentação não foi plenamente determinado nesses casos. O "padrão de sono-vigília não-24 horas" freqüentemente ocorre em indivíduos cegos. O Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono pode exacerbar condições médicas gerais preexistentes.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília)**

**Características Específicas à Idade**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília) \ Características Específicas à Idade**

Sintomas relacionados ao turno de trabalho e ao fuso horário são citados freqüentemente como mais severos ou mais facilmente induzidos em indivíduos ao final da meia-idade ou idosos, em comparação com adultos jovens. O "padrão de fase de sono avançada" também aumenta com a idade. Esses achados podem decorrer de uma deterioração do sono noturno e de um encurtamento do período circadiano endógeno relacionados à idade.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília)**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília) \ Prevalência**

A prevalência para qualquer dos tipos de Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono não foi bem estabelecida. Estudos sugerem uma prevalência de até 7% para o Tipo Fase de Sono Atrasada em adolescentes e de até 60% para Tipo Mudanças Frequentes de Turno de Trabalho em profissionais que trabalham à noite.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília)**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília) \ Curso**

Sem intervenção, o Tipo Fase de Sono Atrasada tipicamente dura anos ou décadas, mas pode "corrigir-se" em virtude da tendência do ritmo circadiano endógeno a avançar com a idade. O tratamento mediante o atraso progressivo de fase dos horários de sono e vigília frequentemente pode normalizar os horários de sono, pelo menos temporariamente, mas existe uma vulnerabilidade persistente para voltar ao atraso nos horários de sono.

O Tipo Mudanças Frequentes de Turno de Trabalho habitualmente persiste pelo tempo que o indivíduo trabalhar naquele determinado horário. A reversão dos sintomas geralmente ocorre dentro de 2 semanas após o retorno a um horário diurno normal de sono-vigília.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília) \ Curso**

Dados experimentais e de campo envolvendo mudanças de fuso horário indicam a necessidade de aproximadamente um dia por fuso horário viajado, para que o sistema circadiano consiga sincronizar-se com o novo tempo local. Os diferentes ritmos circadianos (tais como temperatura corporal básica, nível hormonal, alerta e padrões de sono) podem reajustar-se em velocidades diferentes.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de**

Ritmo Sono-Vigília)

Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília) \ Diagnóstico Diferencial

O Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono deve ser diferenciado de **padrões normais de sono** e **ajustes normais após uma mudança de horários**. O elemento fundamental para essas distinções é a persistência do distúrbio e a presença e o grau de prejuízo social ou ocupacional. Por exemplo, muitos adolescentes e adultos jovens mantêm horários atrasados de sono-vigília, mas sem sofrimento ou interferência em rotinas escolares e profissionais. Praticamente qualquer indivíduo que viaje entre vários fusos horários experimenta algum distúrbio temporário do sono. O diagnóstico de Tipo Mudança de Fuso Horário deve ser reservado para um indivíduo que precisa viajar com frequência, e em associação com severos distúrbios do sono, bem como distúrbio no trabalho.

O Tipo Fase de Sono Atrasada deve ser diferenciado de **padrões voluntários de atraso dos horários de sono**. Alguns indivíduos que atrasam voluntariamente o início do sono para participar de atividades sociais ou ocupacionais podem se queixar de dificuldades para despertarem. Quando podem, esses indivíduos têm facilidade em dormir mais cedo e, depois de recuperarem o sono, não têm uma dificuldade significativa em despertar pela manhã. Nesses casos, o problema primário é a privação do sono, ao invés de um Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono. Outros indivíduos (em especial crianças e adolescentes) podem alterar voluntariamente seus horários de sono para esquivar-se de exigências escolares ou familiares. O padrão de dificuldade para despertar desaparece quando de manhã ocorrem atividades desejadas. Da mesma forma, as crianças pequenas envolvidas em batalhas para o estabelecimento de limites podem apresentar o Tipo Fase de Sono Atrasada.

Os Tipos Mudança de Fuso Horário e Mudanças Freqüentes de Turno de Trabalho devem ser diferenciados principalmente de outros Transtornos do Sono primários, tais como **Insônia Primária** e **Hipersonia Primária**. Uma história de mudança de fuso horário ou de turno de trabalho, sem distúrbio do sono em outros horários, geralmente é evidência suficiente para a exclusão desses outros transtornos. Em alguns casos, outros Transtornos do Sono primários, tais como Transtorno do Sono Relacionado à Respiração ou movimentos periódicos dos membros durante o sono, podem complicar os Tipos Mudanças Freqüentes de Turno de Trabalho ou Mudança de Fuso Horário. Esta possibilidade deve ser levantada quando a reversão a um horário diurno normal não oferece alívio para os sintomas relacionados ao sono. Outros tipos de Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono, tais como "padrão de sono não-24 horas" e "padrão irregular de sono-vigília", são diferenciados do Tipo Fase de Sono Atrasada pelos horários de sono-vigília

estavelmente atrasados, característicos deste último.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília) \ Diagnóstico Diferencial**

**Padrões de sono atrasado ou avançado que ocorrem exclusivamente durante um outro transtorno mental não são diagnosticados separadamente (por ex., um padrão de despertar nas primeiras horas da manhã, no Transtorno Depressivo Maior, ou um padrão de sono atrasado na Esquizofrenia).**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília) \ Diagnóstico Diferencial**

**Substâncias (inclusive medicamentos) podem causar um atraso no início do sono ou do despertar pela manhã. O consumo de cafeína ou nicotina à noite, por exemplo, pode atrasar o início do sono, e o uso de medicamentos hipnóticos no meio da noite pode atrasar o despertar. Um diagnóstico de Transtorno do Sono Induzido por Substância pode ser aventado, se o distúrbio do sono é considerado uma consequência fisiológica direta do uso regular de uma substância e indica uma atenção clínica independente (ver pp. 570-571). Condições médicas gerais raramente causam atrasos ou avanços fixos dos horários de sono-vigília e tipicamente não apresentam dificuldades para o diagnóstico diferencial.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília)**

**Relacionamento com a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília) \ Relacionamento com a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono**

**A Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (CIDS) inclui categorias para Síndrome de Fase do Sono Atrasada, Transtorno do Sono por Mudanças Frequentes de Turno de Trabalho e Síndrome de Mudança de Fuso Horário, e categorias específicas para três outros Transtornos do Ritmo Circadiano do Sono (Padrão Irregular de Sono-Vigília, Síndrome de Fase do Sono Avançada e Síndrome Não-24 Horas de Sono-Vigília).**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (anteriormente Transtorno de Ritmo Sono-Vigília) \ Relacionamento com a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono**

**Critérios Diagnósticos para F51.2 - 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono**

**A. Padrão persistente ou recorrente de distúrbio do sono, levando a sonolência excessiva ou insônia devido a um desajuste entre o horário de sono-vigília exigido pelo ambiente e o padrão circadiano de sono-vigília do indivíduo.**

**B. O distúrbio do sono causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.**

**C. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante o curso de outro Transtorno do Sono ou outro transtorno mental.**

**D. O distúrbio não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.**

**Especificar tipo:**

**Tipo Fase de Sono Atrasada:** um padrão persistente de atraso para iniciar o sono e para despertar, com uma incapacidade de adormecer e despertar mais cedo.

**Tipo Mudança de Fuso Horário:** sonolência e vigília que ocorrem em um momento inadequado do dia, relativamente ao tempo local, ocorrendo após viagens repetidas atravessando mais de um fuso horário.

**Tipo Mudanças Frequentes de Turno de Trabalho:** insônia durante o principal período de sono ou sonolência excessiva durante o principal período de vigília, associadas com trabalho noturno ou frequentes mudanças de turno de trabalho.

**Tipo Inespecificado.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias**

**F51.9 - 307.47 Dissonia Sem Outra Especificação**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Dissonias \ F51.9 - 307.47 Dissonia Sem Outra Especificação**

**A categoria Dissonia Sem Outra Especificação serve para insônias, hipersonias ou perturbações do ritmo circadiano que não satisfazem os critérios para qualquer Dissonia específica.**

**Exemplos:**

**1. Queixas de insônia ou hipersonia clinicamente significativas atribuíveis a fatores ambientais (por ex., ruído, luzes, interrupções frequentes).**

2. Sonolência excessiva atribuível a uma privação de sono contínua.
3. "Síndrome das pernas inquietas" idiopática: sensações incômodas (por ex., desconforto, formigamento ou inquietação) que levam a uma ânsia intensa de movimentar as pernas. Tipicamente, a sensação começa à noite, antes do início do sono, sendo temporariamente aliviada pelo ato de mover as pernas ou caminhar, recomeçando quando as pernas estão imóveis. As sensações podem atrasar o início do sono ou despertar o indivíduo.
4. Movimentos periódicos e idiopáticos dos membros ("mioclono noturno"): espasmos breves e de baixa amplitude dos membros, particularmente extremidades inferiores. Esses movimentos começam próximo ao início do sono e diminuem durante o sono de estágio 3 ou 4 de NREM e durante o sono REM. Os movimentos em geral ocorrem ritmicamente a cada 20-60 segundos, provocando despertares breves e repetidos. Os indivíduos tipicamente não têm consciência dos movimentos, mas podem queixar-se de insônia, despertares freqüentes ou sonolência diurna se o número de movimentos é muito grande.
5. Situações nas quais o clínico concluiu que uma Dissonia está presente, mas é incapaz de determinar se é primária, devido a uma condição médica geral ou induzida por uma substância.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono**

### **Parassonias**

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias**

As Parassonias são transtornos caracterizados por eventos comportamentais ou fisiológicos anormais, ocorrendo em associação com o sono, estágios específicos do sono ou transições do sono para a vigília. Diferentemente das dissonias, as parassonias não envolvem anormalidades nos mecanismos geradores dos estados de sono e vigília, nem o tempo de ocorrência do sono e da vigília. Ao invés disso, as parassonias representam a ativação de sistemas fisiológicos em momentos impróprios, durante o ciclo de sono-vigília. Em particular, esses transtornos envolvem a ativação do sistema nervoso autônomo, do sistema motor ou de processos cognitivos durante o sono ou as transições entre sono-vigília. Diferentes parassonias ocorrem em diferentes momentos durante o sono, e parassonias específicas freqüentemente ocorrem durante estágios específicos do sono. Os indivíduos com parassonias em geral se apresentam com queixas de comportamento incomum durante o sono, ao invés de queixas de insônia ou sonolência excessiva durante o dia. Esta seção inclui Transtorno de Pesadelo, Transtorno de Terror Noturno, Transtorno de Sonambulismo e Parassonia Sem Outra Especificação.

#### **TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo  
(anteriormente Transtorno de Ansiedade no  
Sonho)**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no  
Sonho)

**APÊNDICE D(141)**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no  
Sonho)

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no  
Sonho) \ Características Diagnósticas

A característica essencial do Transtorno de Pesadelo é a ocorrência repetida de sonhos assustadores que levam ao despertar (Critério A). O indivíduo torna-se plenamente alerta ao despertar (Critério B). Os sonhos assustadores ou as interrupções do sono resultantes dos despertares causam sofrimento significativo ao indivíduo ou acarretam disfunção social ou ocupacional (Critério C). Este transtorno não é diagnosticado se os pesadelos ocorrem exclusivamente durante o curso de outro transtorno mental ou se se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (Critério D).

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no  
Sonho) \ Características Diagnósticas

Os pesadelos tipicamente ocorrem em uma seqüência onírica extensa e elaborada, sendo altamente indutores de ansiedade ou aterrorizantes. O conteúdo do sonho focaliza, mais comumente, um perigo físico iminente para o indivíduo (por ex., perseguições, ataques, ferimentos). Em outros casos, o perigo percebido pode ser mais sutil, envolvendo fracasso ou embaraço social. Os pesadelos que ocorrem após experiências traumáticas podem replicar uma situação originalmente perigosa ou ameaçadora, mas a maioria dos pesadelos não reconta eventos reais. Ao despertar, os indivíduos com este transtorno podem descrever detalhadamente a seqüência e o conteúdo do sonho. Os indivíduos podem referir múltiplos pesadelos em uma determinada noite, muitas vezes com um tema recorrente. Os pesadelos surgem quase que exclusivamente durante o sono REM. Uma vez que

os episódios REM ocorrem periodicamente durante todo o sono noturno (aproximadamente a cada 90-110 minutos), os pesadelos também podem ocorrer a qualquer momento durante o episódio de sono. Entretanto, uma vez que os períodos de sono REM tipicamente se tornam mais longos, e a atividade onírica, mais intensa, na segunda metade da noite, os pesadelos também tendem mais a ocorrer tardiamente, durante a noite.

Os pesadelos em geral terminam com um despertar associado com um rápido retorno a um pleno estado de alerta e um sentimento persistente de ansiedade ou medo. Esses fatores freqüentemente trazem uma dificuldade para voltar a dormir. É mais comum que o Transtorno de Pesadelo cause sofrimento subjetivo significativo, do que um prejuízo social ou ocupacional demonstrável. Entretanto, se os despertares noturnos são freqüentes, ou se o indivíduo evita dormir por causa de seu medo de ter pesadelos, pode haver sonolência excessiva, fraca concentração, depressão, ansiedade ou irritabilidade, perturbando o funcionamento diurno.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono)

#### Características e Transtornos Associados

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono) \ Características e Transtornos Associados

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** Em indivíduos com Transtorno de Pesadelo, uma leve excitação autonômica (por ex., sudorese, taquicardia, taquipnéia) pode ser evidente ao despertarem. Sintomas de depressão e ansiedade que não satisfazem os critérios para um diagnóstico específico são comuns entre os indivíduos com Transtorno de Pesadelo. Movimentos corporais e vocalizações não são característicos do Transtorno de Pesadelo, em vista da perda de tônus dos músculos esqueléticos que normalmente ocorre durante o sono REM. Quando o indivíduo fala, emite gritos ou faz movimentos bruscos, estes mais freqüentemente parecem ser fenômenos breves que terminam um pesadelo. Esses comportamentos também tendem mais a ocorrer nos pesadelos que acompanham o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, porque podem ocorrer durante o sono NREM.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono) \ Características e Transtornos Associados

**Achados laboratoriais associados.** Os estudos polissonográficos demonstram despertares abruptos do sono REM, que correspondem ao relato de pesadelos



pelos indivíduos. Esses despertares geralmente ocorrem durante a segunda metade da noite. Na maior parte dos casos, o episódio de sono REM dura mais de 10 minutos, podendo incluir um número de movimentos oculares maior que a média. As frequências cardíaca e respiratória podem aumentar ou apresentar maior variabilidade antes do despertar. Os pesadelos após eventos traumáticos (por ex., em indivíduos com Transtorno de Estresse Pós-Traumático) podem surgir durante o sono NREM, particularmente no estágio 2, bem como durante o sono REM. Outros aspectos polissonográficos, incluindo continuidade e arquitetura do sono, não são caracteristicamente anormais, no Transtorno de Pesadelo.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono)**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono) \ Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

A importância atribuída aos pesadelos pode variar de acordo com a bagagem cultural. Por exemplo, algumas culturas podem relacionar os pesadelos com fenômenos espirituais ou sobrenaturais, enquanto outras os vêem como indicadores de um distúrbio mental ou físico. Uma vez que os pesadelos ocorrem frequentemente durante a infância, este diagnóstico não deve ser dado, a menos que exista sofrimento persistente e significativo ou prejuízo que indique uma atenção clínica independente. O Transtorno de Pesadelo está mais propenso a aparecer em crianças expostas a severos estressores psicossociais. Embora o conteúdo específico do sonho possa refletir a idade do indivíduo que o tem, as características essenciais do transtorno são as mesmas entre os diversos grupos etários. As mulheres relatam mais pesadelos do que os homens, em uma proporção de aproximadamente 2-4:1. Não está claro o grau em que esta diferença reflete uma verdadeira discrepância no número de pesadelos ou uma variação no relato.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono)**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono)**

**Sonho) \ Prevalência**

Dez a 50% das crianças de 3 a 5 anos de idade têm pesadelos de suficiente intensidade para preocuparem seus pais. Na população adulta, até 50% dos indivíduos podem relatar pelo menos um pesadelo ocasional. Entretanto, a prevalência real do Transtorno de Pesadelo é desconhecida.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono)**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono) \ Curso**

Os pesadelos freqüentemente iniciam entre os 3 e 6 anos de idade. Quando sua freqüência é alta (por ex., várias vezes por semana), os sonhos podem tornar-se uma fonte de preocupação e sofrimento tanto para as crianças quanto para seus pais. A maior parte das crianças que desenvolvem um problema com pesadelos é capaz de superá-lo. Em uma minoria, os sonhos podem continuar sendo muito freqüentes até a idade adulta, tornando-se virtualmente uma perturbação para toda a vida. Uma tendência para o alívio do transtorno em décadas mais tardias da vida tem sido descrita.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono)**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono) \ Diagnóstico Diferencial**

O Transtorno de Pesadelo deve ser diferenciado do **Transtorno de Terror Noturno**. Ambos incluem despertares totais ou parciais com medo e ativação autonômica, mas podem ser diferenciados por várias características clínicas. Os pesadelos tipicamente ocorrem mais tarde, durante o sono REM, e produzem imagens oníricas vívidas, despertares completos, ligeira excitação autonômica e recordação detalhada do evento. O terror noturno surge, tipicamente, no primeiro terço da noite, durante os estágios 3 ou 4 do sono NREM e não produz sonhos ou então apenas imagens isoladas sem a qualidade tipo estória, típica dos pesadelos. O terror noturno leva a despertares parciais, nos quais o indivíduo confuso, desorientado, responde apenas parcialmente e apresenta significativa excitação

autônômica. Contrastando com o Transtorno de Pesadelo, o indivíduo com Terror Noturno tem amnésia para o evento, ao despertar pela manhã.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono) \ Diagnóstico Diferencial**

O **Transtorno do Sono Relacionado à Respiração** pode provocar despertares com excitação autônômica, mas estes não são acompanhados pela recordação de sonhos assustadores. Os pesadelos são uma queixa freqüente de indivíduos com **Narcolepsia**, mas a presença de sonolência excessiva e cataplexia diferencia esta condição do Transtorno de Pesadelo. Os **Ataques de Pânico** que surgem durante o sono também podem produzir despertares abruptos com excitação autônômica e medo, mas o indivíduo não relata sonhos assustadores e é capaz de identificar esses sintomas como consistentes com outros Ataques de Pânico. A presença de atividade motora complexa durante os sonhos assustadores deve indicar uma pronta avaliação para outros Transtornos do Sono, tais como "transtorno de comportamento relacionado ao sono REM" (ver [Parassonia Sem Outra Especificação](#)).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono) \ Diagnóstico Diferencial**

Numerosos medicamentos que afetam o sistema nervoso autônomo podem precipitar pesadelos. Exemplos incluem L-dopa e outros agonistas dopaminérgicos; antagonistas beta-adrenérgicos e outros medicamentos anti-hipertensivos; anfetamina, cocaína e outros estimulantes, e medicamentos antidepressivos. Por outro lado, a abstinência de medicamentos que suprimem o sono REM, tais como antidepressivos e álcool, pode ocasionar um "rebote" do sono REM, acompanhado por pesadelos. Se os pesadelos forem suficientemente severos para indicar uma atenção clínica independente, um diagnóstico de **Transtorno do Sono Induzido por Substância, Tipo Parassonia**, pode ser considerado (ver [pp. 570-571](#)). O Transtorno de Pesadelo também não deve ser diagnosticado se os sonhos perturbadores surgem como um efeito fisiológico direto de uma condição médica geral (por ex., infecção do sistema nervoso central, lesões vasculares do tronco cerebral, condições médicas gerais causando delirium). Se os pesadelos forem suficientemente severos para indicarem uma atenção clínica independente, um diagnóstico de **Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral, Tipo Parassonia**, pode ser considerado (ver [p. 567](#)). Embora freqüentemente possam ocorrer pesadelos durante um **delirium**, não é dado um diagnóstico separado de Transtorno de Pesadelo.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono)**

**Sonho) \ Diagnóstico Diferencial**

Pesadelos ocorrem freqüentemente como parte de outros transtornos mentais (por ex., Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Esquizofrenia, Transtornos do Humor, outros Transtornos de Ansiedade, Transtornos de Ajustamento e Transtornos da Personalidade). Se os pesadelos ocorrem exclusivamente durante o curso de outro transtorno mental, não se aplica o diagnóstico de Transtorno de Pesadelo.

Muitos indivíduos experimentam algum pesadelo ocasional isolado. O Transtorno de Pesadelo não é diagnosticado, a menos que a freqüência e a seriedade dos pesadelos resulte em sofrimento ou prejuízo significativos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono)**

**Relacionamento com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono) \ Relacionamento com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

O Transtorno de Pesadelo corresponde ao diagnóstico de Pesadelos, na Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (CIDS).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo (anteriormente Transtorno de Ansiedade no Sono) \ Relacionamento com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

**Crítérios Diagnósticos para F51.5 - 307.47 Transtorno de Pesadelo**

**A. Despertares repetidos durante o principal período de sono ou cochilos, com recordação detalhada de sonhos extensos e extremamente assustadores, em geral envolvendo ameaças à sobrevivência, segurança ou auto-estima. Os despertares habitualmente ocorrem durante a segunda metade do período de sono.**

**B. Ao despertar dos sonhos assustadores, o indivíduo rapidamente se torna orientado e alerta (em contraste com a confusão e a desorientação vistas no Transtorno de Terror Noturno e em algumas formas de epilepsia).**

**C. A experiência onírica ou o distúrbio do sono resultante do despertar causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.**

**D. Os pesadelos não ocorrem exclusivamente durante o curso de outro transtorno mental (por ex., delírium, Transtorno de Estresse Pós-Traumático) nem são**

decorrentes dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias

**F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno

**Características e Transtornos Associados**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno \ Características e Transtornos  
Associados

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e  
 ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno \ Prevalência**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno \ 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 freqüência entre 20 e 30 anos de idade e comumente segue um curso crônico, com a freqüência e a gravidade dos episódios apresentando variação de intensidade ao longo do tempo. A freqüência 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno \ Padrão Familiar**

Os indivíduos com Transtorno de Terror Noturno freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno \ Diagnóstico Diferencial**

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 histórias, 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno \ Diagnóstico Diferencial**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno \ Diagnóstico Diferencial**

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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno \ Diagnóstico Diferencial**

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 frequentemente 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** (ver [p. 567](#)). 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno \ Diagnóstico Diferencial**

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** (ver [pp. 570-571](#)).

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno**

**Relacionamento com a Classificação  
Internacional de Distúrbios do Sono**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno \ Relacionamento com a Classificação  
Internacional de Distúrbios do Sono**

O **Transtorno de Terror Noturno** é virtualmente idêntico aos **Terroses 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.4 - 307.46 Transtorno de Terror Noturno \ Relacionamento com a Classificação  
Internacional de Distúrbios do Sono**

**Crítérios 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias

**F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ 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 estórias.

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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo

**Características e Transtornos Associados**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo \ Características e Transtornos Associados**

**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 freqüentemente mostra uma atividade rítmica delta de alta voltagem ("hipersincrônica") 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e  
 ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo \ Características Específicas à Cultura, à**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



### 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 frequência em ambos os sexos.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo

### Prevalência

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo

### Curso

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias \ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo

**Padrão Familiar**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo \ Diagnóstico Diferencial

Muitas crianças têm episódios isolados ou infreqüentes 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 freqüentes, 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
\ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo \ Diagnóstico Diferencial

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 autônômica 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.



**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo \ Diagnóstico Diferencial**

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** (ver **p. 567**).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo \ Diagnóstico Diferencial**

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** (ver pp. 570-571).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo**

**Relacionamento com Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo \ 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**.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo \ Relacionamento com Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

**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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ F51.3 - 307.46 Transtorno de Sonambulismo \ Relacionamento com Classificação  
 Internacional de Distúrbios do Sono

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias

**F51.8 - 307.47 Parassonia Sem Outra  
 Especificação**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos Primários do Sono \ Parassonias  
 \ 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.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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 \ Transtornos do Sono

### Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental

**F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental**  
**F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental**

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental

[APÊNDICE D\(142\)](#)

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental

[APÊNDICE D\(143\)](#)

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental

### Características Diagnósticas

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno 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 (ver [pp. 570-571](#)). 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 freqüentemente, 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 freqüentemente relatam dificuldade para conciliar o sono, podendo despertar com rumações 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 freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental  
F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental**

**Procedimentos de Registro**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental  
F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental  
F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental  
F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental \ Características e Transtornos Associados**

**Características descritivas e transtornos mentais associados.** Uma vez que, por definição, são satisfeitos os critérios para o transtorno mental relacionado, as características associadas de Insônia ou Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental incluem os aspectos característicos e associados do transtorno mental relacionado.

Os indivíduos com Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental podem apresentar o mesmo tipo de excitação condicionada e condicionamento negativo daqueles com Insônia Primária. Por exemplo, eles percebem um aumento da ansiedade ao aproximar-se a hora de dormir, uma melhora no sono quando tirados de seu ambiente habitual de dormir e uma tendência a passarem muito tempo na cama. Eles também podem ter uma história de tratamentos médicos múltiplos ou inadequados para suas queixas de insônia. Os indivíduos com Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental freqüentemente salientam sintomas de fadiga, "paralisia de chumbo" ou completa falta de energia. Quando atentamente questionados, esses indivíduos podem sentir-se mais aflitos por causa desses sintomas relacionados à fadiga do que por uma verdadeira sonolência. Eles

também podem ter uma história de uso inadequado de medicamentos estimulantes, incluindo cafeína.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental \ Características e Transtornos Associados**

**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 frequência 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 frequência 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental \ 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.



**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental  
F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental  
F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental  
F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental  
F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental \ Diagnóstico Diferencial**

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 freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental \ Diagnóstico Diferencial**

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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental \ Diagnóstico Diferencial**

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 (ver [p. 567](#), para uma discussão adicional). Um **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 (ver [pp. 570-571](#), 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental**

**Relacionado com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental \ Relacionado com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

**Crterios Diagnsticos 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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental \ Relacionado com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental \ F51.0 - 307.42 Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental F51.1 - 307.44 Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental \ Relacionado com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

**Crterios Diagnsticos 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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono**

**Outros Transtornos do Sono**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono**

**G47.x - 780.xx Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral**

**APÊNDICE D(144)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Transtorno do Sono Devido a uma 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 etiológicamente 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" (p. 161).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral

### Subtipos

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Subtipos**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Subtipos**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Subtipos**

**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 domínio nítido de nenhum deles.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral**

**Procedimentos de Registro**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ 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 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 tirototoxicose) (ver Apêndice G, para uma lista de códigos diagnósticos selecionados da CID-9-MC para condições médicas gerais).

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral

**Características e Transtornos Associados**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Características e  
Transtornos Associados

**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 hiperadrenocorticismo), 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).

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx



## Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral

### Diagnóstico Diferencial

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial

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".

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial

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 freqüentemente 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 freqüentemente 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx**  
**Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Diagnóstico Diferencial**  
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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx**  
**Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral**

**Relacionamento com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx**  
**Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx**  
**Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Relacionamento com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**

**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 delírium.

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 domínio 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).

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Relacionamento com a  
Classificação Internacional de Distúrbios do Sono

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral

**Transtorno do Sono Induzido por Substância**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância

[APÊNDICE D\(145\)](#)

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ 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 delirium (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. Para uma discussão mais detalhada dos Transtornos Relacionados a Substâncias, ver [p. 171](#).

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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância

**Subtipos e Especificadores**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância \ Subtipos e Especificadores

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância**

**Procedimentos de Registro**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância**

**Substâncias Específicas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância \ Substâncias Específicas**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância \ Substâncias Específicas**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono Induzido por Substância \ Substâncias Específicas**

**Cafeína.** O Transtorno do Sono Induzido por Cafeína tipicamente produz insônia, embora alguns indivíduos apresentem queixas de hipersonia e sonolência diurna relacionadas à abstinência (ver pp. 667-668). 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono Induzido por Substância \ Substâncias Específicas**

**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 farrá de cocaína em geral está associada com um sono de duração extremamente prolongada.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono Induzido por Substância \ Substâncias Específicas**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância \ Substâncias Específicas**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância \ Substâncias Específicas**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância \ 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 etiológicamente relacionada aos sintomas (ver [p. 571](#)).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial**

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**.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono  
Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios Diagnósticos para Transtorno do Sono Induzido por Substância**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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 etiologicamente 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 delírium.

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 domínio 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 \ Transtornos do Sono \ Outros Transtornos do Sono \ G47.x - 780.xx  
Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral \ Transtorno do Sono Induzido por Substância \ Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS

## Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local

TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local

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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



fracasso em resistir a impulsos agressivos, resultando em sérias agressões ou destruição de propriedades.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local**

A **Piromania** é caracterizada por um padrão de comportamento incendiário por prazer, gratificação ou alívio de tensão.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local**

O **Jogo Patológico** caracteriza-se por um comportamento mal-adaptativo, recorrente e persistente, relacionado a jogos de azar e apostas.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local**

**F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente**

APÊNDICE D(146)

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente \ 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 consequência 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente \ Características e Transtornos Associados**

**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 consequência 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente**

**Características Específicas à Cultura e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente \ Características Específicas à Cultura e ao Gênero**

O amok caracteriza-se por um episódio de comportamento violento agudo e incontrolado para o qual a pessoa afirma ter amnésia. Embora seja tradicionalmente visto nos países do sudeste da Ásia, há relatos de amok no Canadá e nos Estados Unidos. À diferença do Transtorno Explosivo Intermitente, o amok tipicamente ocorre como um episódio isolado, ao invés de constituir um padrão de comportamento agressivo, e freqüentemente está associado com aspectos dissociativos proeminentes. O comportamento violento episódico é mais comum em homens do que em mulheres.



TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente

**Prevalência**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente \ Prevalência

Não dispomos de informações confiáveis, mas o Transtorno Explosivo Intermitente aparentemente é raro.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente

**Curso**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.8 - 312.34 Transtorno Explosivo Intermitente \ Diagnóstico Diferencial**

**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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local

### F63.2 - 312.32 Cleptomania

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.2 - 312.32 Cleptomania

### Características Diagnósticas

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.2 - 312.32 Cleptomania

### Características e Transtornos Associados

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.2 - 312.32 Cleptomania \ 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 frequência 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.2 - 312.32 Cleptomania**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.2 - 312.32 Cleptomania \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.2 - 312.32 Cleptomania**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.2 - 312.32 Cleptomania \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.2 - 312.32 Cleptomania**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro**

**Local \ F63.2 - 312.32 Cleptomania \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.2 - 312.32 Cleptomania \ Diagnóstico Diferencial**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local**

**F63.1 - 312.33 Piromania**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.1 - 312.33 Piromania**

**Características Diagnósticas**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ 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 freqüentemente 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.1 - 312.33 Piromania**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.1 - 312.33 Piromania \ Características e Transtornos Associados**

Os indivíduos com Piromania podem realizar consideráveis preparativos antes de iniciarem um incêndio. Eles podem ser indiferentes às conseqüências do fogo para a vida ou a propriedade, ou então obter satisfação com os danos materiais resultantes. O comportamento incendiário pode ocasionar danos materiais, conseqüências legais, ferimentos ou morte do incendiário ou de outras pessoas.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.1 - 312.33 Piromania**

**Características Específicas à Idade e ao**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



### Gênero

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.1 - 312.33 Piromania \ Características Específicas à Idade e ao Gênero

Embora o comportamento incendiário seja um problema importante em crianças e adolescentes (mais de 40% dos detidos por provocação de incêndios nos Estados Unidos têm menos de 18 anos), a Piromania parece ser rara na infância. O comportamento incendiário infantil geralmente está associado com Transtorno da Conduta, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade ou Transtorno de Ajustamento. A Piromania ocorre com maior frequência em homens, especialmente naqueles com habilidades sociais mais deficientes e dificuldades de aprendizagem.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.1 - 312.33 Piromania

### Prevalência

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.1 - 312.33 Piromania \ Prevalência

A Piromania aparentemente é rara.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.1 - 312.33 Piromania

### Curso

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.1 - 312.33 Piromania \ Curso

Os dados existentes são insuficientes para se estabelecer uma idade típica de início para a Piromania. O relacionamento entre o comportamento incendiário na infância e a Piromania na idade adulta não foi documentado. Em indivíduos com Piromania, os incidentes de comportamento incendiário são episódicos, podendo ter uma frequência variável com o tempo. O curso longitudinal é desconhecido.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.1 - 312.33 Piromania

### Diagnóstico Diferencial

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.1 - 312.33 Piromania \ Diagnóstico Diferencial**

É importante descartar outras causas de comportamento incendiário antes de se fazer o diagnóstico de Piromania. 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 Piromania. Um diagnóstico separado de Piromania 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 Piromania também não deve ser feito quando o comportamento incendiário resulta de um prejuízo no julgamento associado com demência, Retardo Mental ou Intoxicação com Substância.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.1 - 312.33 Piromania \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios Diagnósticos para F63.1 - 312.33 Piromania**

- 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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local**

**F63.0 - 312.31 Jogo Patológico**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.0 - 312.31 Jogo Patológico**

**APÊNDICE D(147)**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.0 - 312.31 Jogo Patológico**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ 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 período, 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.0 - 312.31 Jogo Patológico**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.0 - 312.31 Jogo Patológico \ 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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.0 - 312.31 Jogo Patológico**

**Características Específicas à Cultura e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.0 - 312.31 Jogo Patológico \ 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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.0 - 312.31 Jogo Patológico

#### Prevalência

### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.0 - 312.31 Jogo Patológico \ Prevalência

Os poucos dados disponíveis sugerem que a prevalência do Jogo Patológico pode ser de até 1-3% da população adulta.

### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.0 - 312.31 Jogo Patológico

#### Curso

### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.0 - 312.31 Jogo Patológico \ 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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.0 - 312.31 Jogo Patológico

### Padrão Familiar

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.0 - 312.31 Jogo Patológico \ 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.0 - 312.31 Jogo Patológico

### Diagnóstico Diferencial

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.0 - 312.31 Jogo Patológico \ 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.0 - 312.31 Jogo Patológico \ Diagnóstico Diferencial

##### 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)

(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.**

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local

### F63.3 - 312.39 Tricotilomania

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.3 - 312.39 Tricotilomania

### Características Diagnósticas

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ 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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.3 - 312.39 Tricotilomania

### Características e Transtornos Associados

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.3 - 312.39 Tricotilomania \ 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 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.3 - 312.39 Tricotilomania \ Características e Transtornos Associados

**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 capilosos

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.3 - 312.39 Tricotilomania**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.3 - 312.39 Tricotilomania \ 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.3 - 312.39 Tricotilomania**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.3 - 312.39 Tricotilomania \ 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 frequência. Estudos recentes de amostras universitárias sugerem que 1 a 2% dos estudantes têm uma história atual ou passada de Tricotilomania.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.3 - 312.39 Tricotilomania**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.3 - 312.39 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.3 - 312.39 Tricotilomania**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.3 - 312.39 Tricotilomania \ 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ F63.3 - 312.39 Tricotilomania \ Diagnóstico Diferencial

##### 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local

##### F63.9 - 312.30 Transtorno do Controle dos Impulsos Sem Outra Especificação

**TRANSTORNOS \ Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local \ 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**

## Transtornos de Ajustamento

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento**

APÊNDICE D(148)

**TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento**

### Características Diagnósticas

**TRANSTORNOS \ 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

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento

### Subtipos e Especificadores

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ Subtipos e Especificadores

**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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ Subtipos e Especificadores

**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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ Subtipos e Especificadores

**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).

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ Subtipos e Especificadores

**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).

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ Subtipos e Especificadores

**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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ Subtipos e Especificadores

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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento

#### Procedimentos de Registro

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ 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).

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento

#### Características e Transtornos Associados

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ Características e Transtornos Associados

O sofrimento subjetivo ou o prejuízo funcional associados ao Transtorno de Ajustamento frequentemente 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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento

### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento

### Prevalência

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento

### Curso

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento

### Diagnóstico Diferencial

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ Diagnóstico Diferencial

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 Paranoide desenvolve um humor depressivo em resposta à perda do emprego), pode aplicar-se o diagnóstico adicional de Transtorno de Ajustamento.

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ Diagnóstico Diferencial

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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ Diagnóstico Diferencial

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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ Diagnóstico Diferencial

Nos **Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica**, sintomas psicológicos, comportamentos ou outros fatores específicos 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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ Diagnóstico Diferencial

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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos de Ajustamento \ Diagnóstico Diferencial

#### 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 \ Transtornos de Ajustamento \ Diagnóstico Diferencial

TRANSTORNOS

## Transtornos da Personalidade

TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade

APÊNDICE D(149)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





**TRANSTORNOS \ Transtornos da 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:

**Transtorno da Personalidade Paranóide** é um padrão de desconfiança e suspeitas, de modo que os motivos dos outros são interpretados como malévolos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade**

**Transtorno da Personalidade Esquizóide** é um padrão de distanciamento dos relacionamentos sociais, com uma faixa restrita de expressão emocional.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade**

**Transtorno da Personalidade Esquizotípica** é um padrão de desconforto agudo em relacionamentos íntimos, distorções cognitivas ou da percepção de comportamento excêntrico.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade**

**Transtorno da Personalidade Anti-Social** é um padrão de desconsideração e violação dos direitos dos outros.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade**

**Transtorno da Personalidade Borderline** é um padrão de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, bem como de acentuada impulsividade.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade**

**Transtorno da Personalidade Histriônica** é um padrão de excessiva emotividade e busca de atenção.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade**

**Transtorno da Personalidade Narcisista** é um padrão de grandiosidade, necessidade por admiração e falta de empatia.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade**

**Transtorno da Personalidade Esquiva** é um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliações negativas.

### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade

**Transtorno da Personalidade Dependente** é um padrão de comportamento submisso e aderente, relacionado a uma necessidade excessiva de proteção e cuidados.

### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade

**Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva** é um padrão de preocupação com organização, perfeccionismo e controle.

### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade

**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).

### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade

Os Transtornos da Personalidade são reunidos em três agrupamentos, com base em similaridades descritivas. O Agrupamento A compreende os Transtornos da Personalidade Paranóide, Esquizóide e Esquizotípica. Os indivíduos com esses transtornos freqüentemente parecem "esquisitos" ou excêntricos. O Agrupamento B inclui os Transtornos da Personalidade Anti-Social, Borderline, Histriônica e Narcisista. Os indivíduos com esses transtornos freqüentemente parecem dramáticos, emotivos ou erráticos. O Agrupamento C inclui os Transtornos da Personalidade Esquiva, Dependente e 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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade

#### Características Diagnósticas

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

## Procedimentos de Registro

### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ 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 \(pp. 707-708\)](#).

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).

### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade

## Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Características Específicas à

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## 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 freqüência em homens. Outros (por ex., Transtorno da Personalidade Borderline, Histriônica e Dependente) são diagnosticados com maior freqüência 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade

Curso

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ 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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade

### Diagnóstico Diferencial

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Diagnóstico Diferencial

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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Diagnóstico Diferencial

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 (ver [p. 404](#)). 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** ([p. 166](#)) deve ser considerado.

### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Diagnóstico Diferencial

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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Diagnóstico Diferencial

#### 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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade

### Modelos Dimensionais para Transtornos da Personalidade

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ 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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade

### Transtornos da Personalidade do Agrupamento A

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A

### F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide

### Características Diagnósticas

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.0 - 301.0 Transtorno da 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).

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide**

### **Características e Transtornos Associados**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide \ Características e Transtornos Associados**

Os indivíduos com Transtorno da Personalidade Paranóide são, em geral, pessoas de difícil convivência, e com freqüência 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 freqüentemente, 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 freqüentemente 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 freqüentemente 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 freqüentemente 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. Freqüentemente ocorrem Abuso ou Dependência de Álcool ou de outra substância. Os Transtornos da Personalidade concomitantes mais freqüentes parecem ser os Transtornos da Personalidade Esquizotípica, Esquizóide, Narcisista, Esquiva e Borderline.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide \**

**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 frequência em homens.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide \ Diagnóstico Diferencial**

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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide \ Diagnóstico**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

## Diferencial

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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide \ Diagnóstico Diferencial

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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide \ Diagnóstico Diferencial

**Critérios Diagnósticos para F60.0 - 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**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 maliciosamente 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)".**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A**

**F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da 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 frequência, 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). Afirmando 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide \**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS



### Características e Transtornos Associados

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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide

#### Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero

### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide \

#### 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide \ Prevalência**  
O Transtorno da Personalidade Esquizóide é raro em contextos clínicos.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide \ Padrão Familiar**

O Transtorno da Personalidade Esquizóide pode ter uma prevalência maior entre os parentes de indivíduos com Esquizofrenia ou Transtorno da Personalidade Esquizotípica.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do**

**Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide \ Diagnóstico Diferencial**

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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F60.1 - 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide \ Diagnóstico Diferencial**

**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)".**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A**

**F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade 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 constrita (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).

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica**

### **Características e Transtornos Associados**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica \**

### **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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica \**

**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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica \ Prevalência**

Há relatos de que o Transtorno da Personalidade Esquizotípica ocorre em aproximadamente 3% da população geral.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica \ Diagnóstico**



## Diferencial

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.

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica \ Diagnóstico Diferencial

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).

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica \ Diagnóstico Diferencial

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 Esquizóide** 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento A \ F21 - 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica \ Diagnóstico Diferencial

**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)".**

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade

### Transtornos da Personalidade do Agrupamento B

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B

### F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social

APÊNDICE D(150)

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social

### Características Diagnósticas

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade 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 dissociada. 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. Esses são descritos em maiores detalhes nas [páginas 83-84](#).

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).

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social**

### **Características e Transtornos Associados**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social \**

### **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 enfiada 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 enfiada 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, delinqüentes 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.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social**

### **Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social \ 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social

##### Diagnóstico Diferencial

#### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social \ 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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social \ Diagnóstico Diferencial

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social \ Diagnóstico Diferencial

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 pessoais ou de explorar os outros, como no Transtorno da Personalidade Anti-Social, mas é mais freqüentemente devido a um desejo de vingança.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social \ Diagnóstico Diferencial

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 **Comportamento Anti-Social Adulto** (listado na seção "Outras Condições que Podem ser Foco de Atenção Clínica", pp. 642-643) 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.2 - 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social \ Diagnóstico Diferencial**

**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 (ver pp. 88-89) 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.**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B**

**F60.31 - 301.83 Transtorno da**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Personalidade Borderline

TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline

APÊNDICE D(151)

TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline

### Características Diagnósticas

TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade 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 frequentemente vem à tona quando um cuidador ou amante é visto como negligente, omissivo, indiferente ou prestes a abandoná-lo. Tais expressões de raiva frequentemente 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.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline**

### **Características e Transtornos Associados**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline \ 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 frequentemente com outros Transtornos da Personalidade.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline \**

**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%).

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline**

**Padrão Familiar**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline \ Diagnóstico Diferencial**

O Transtorno da Personalidade Borderline freqüentemente co-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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline \ Diagnóstico Diferencial**

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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline \ Diagnóstico Diferencial

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).



**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline \ Diagnóstico Diferencial**

O Transtorno da Personalidade Borderline deve ser distinguido de um **Problema de Identidade** (ver pp. 644-645), 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.31 - 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline \ Diagnóstico Diferencial**

**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

(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

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B**

**F60.4 - 301.50 Transtorno da  
Personalidade Histriônica**

TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do  
Agrupamento B \ F60.4 - 301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do  
Agrupamento B \ F60.4 - 301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica \

**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 freqüentemente 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.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.4 - 301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.4 - 301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica \ 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 freqüentemente 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 freqüentemente 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.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.4 - 301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica**

### **Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.4 - 301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica \**

### **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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.4 - 301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.4 - 301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.4 - 301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.4 - 301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.4 - 301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.4 - 301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica \ Diagnóstico Diferencial**

**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 sugestível, ou seja, é facilmente influenciado pelos outros ou pelas circunstâncias
- (8) considera os relacionamentos mais íntimos do que realmente são.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B**

**F60.8 - 301.81 Transtorno da  
Personalidade Narcisista**

TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do  
Agrupamento B \ F60.8 - 301.81 Transtorno da Personalidade Narcisista

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do  
Agrupamento B \ F60.8 - 301.81 Transtorno da 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 cobiçarem 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.



**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.8 - 301.81 Transtorno da Personalidade Narcisista**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.8 - 301.81 Transtorno da Personalidade Narcisista \ 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 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 autocritica 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 hipomaniaco. 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.8 - 301.81 Transtorno da Personalidade Narcisista**

**Características Específicas à Idade e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.8 - 301.81 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.8 - 301.81 Transtorno da Personalidade Narcisista**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.8 - 301.81 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.8 - 301.81 Transtorno da Personalidade Narcisista**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.8 - 301.81 Transtorno da Personalidade Narcisista \ 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 autocritica 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.8 - 301.81 Transtorno da Personalidade Narcisista \ Diagnóstico Diferencial**

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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.8 - 301.81 Transtorno da Personalidade Narcisista \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento B \ F60.8 - 301.81 Transtorno da Personalidade Narcisista \ Diagnóstico**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

## Diferencial

### 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 intutilação, 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

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade

### Transtornos da Personalidade do Agrupamento C

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C

### F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva

## TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva

### Características Diagnósticas

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.6 - 301.82 Transtorno da 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 frequentemente 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 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva**

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva \ 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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva**

**Características Específicas à Cultura, à Idade e**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva \ 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 frequência igual em homens e mulheres.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva**

**Curso**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva \ Curso**

O comportamento esquivo frequentemente 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva

**Diagnóstico Diferencial**

TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva \ 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.

TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva \ Diagnóstico Diferencial

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva \ Diagnóstico Diferencial**

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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.6 - 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva \ Diagnóstico Diferencial**

**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
- (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.

TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C

**F60.7 - 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente**

TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.7 - 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente

**Características Diagnósticas**

TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.7 - 301.6 Transtorno da 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 reassseguramento 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. 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.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.7 - 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente**

### **Características e Transtornos Associados**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.7 - 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente \ 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.

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.7 - 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente**

### **Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero**

## **TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.7 - 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente \**

### **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.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.7 - 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente

##### Prevalência

#### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.7 - 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente \ Prevalência

O Transtorno da Personalidade Dependente está entre os Transtornos da Personalidade mais frequentemente relatados em clínicas de saúde mental.

#### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.7 - 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente

##### Diagnóstico Diferencial

#### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.7 - 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente \ Diagnóstico Diferencial

O Transtorno da Personalidade Dependente deve ser diferenciado da dependência que surge como consequência 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.7 - 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente \ Diagnóstico Diferencial**

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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.7 - 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente \ Diagnóstico Diferencial**

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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.7 - 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente \ Diagnóstico Diferencial**

**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 reassuramento 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

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C**

**F60.5 - 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.5 - 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva**

**Características Diagnósticas**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do**

## Agrupamento C \ F60.5 - 301.4 Transtorno da 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".

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do**

**© Editora Artes Médicas Sul Ltda**



**ARTES  
MÉDICAS**

Agrupamento C \ F60.5 - 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva

**Características e Transtornos Associados**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.5 - 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva \ 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 (incluído na seção "Transtornos de Ansiedade", p. 398), 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

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.5 - 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva**

**Características Específicas à Cultura e ao Gênero**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.5 - 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.5 - 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva**

**Prevalência**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.5 - 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.5 - 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva**

**Diagnóstico Diferencial**

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.5 - 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva \ 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.5 - 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva \ Diagnóstico Diferencial**

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 autocritica. 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.

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.5 - 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva \ Diagnóstico Diferencial**

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).

**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.5 - 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva \**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

### Diagnóstico Diferencial

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.

### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ F60.5 - 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva \ Diagnóstico Diferencial

#### 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

### TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C

#### F60.9 - 301.9 Transtorno da Personalidade Sem Outra Especificação

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**TRANSTORNOS \ Transtornos da Personalidade \ Transtornos da Personalidade do Agrupamento C \ 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).

---

## OUTRAS CONDIÇÕES

### OUTRAS CONDIÇÕES

## Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica

### OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica

[APÊNDICE D\(152\)](#)

### OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica

Esta seção cobre outras condições ou problemas que podem ser um foco de atenção clínica. Existe uma relação com os transtornos mentais descritos anteriormente neste manual de uma das seguintes maneiras:

1) o problema é o foco de diagnóstico ou tratamento e o indivíduo não tem um transtorno mental (por ex., um Problema de Relacionamento com Parceiro, no qual nenhum dos parceiros tem sintomas que satisfaçam os critérios para um transtorno mental, codificando-se, neste caso, apenas o Problema de

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Relacionamento com Parceiro;

2) o indivíduo tem um transtorno mental, mas este não tem relação com seu problema (por ex., um Problema de Relacionamento com Parceiro no qual um deles tem uma Fobia Específica incidental, em cujo caso ambos podem ser codificados);

3) o indivíduo tem um transtorno mental relacionado ao problema, mas o problema é suficientemente severo para indicar uma atenção clínica independente (por ex., um Problema de Relacionamento com Parceiro suficientemente severo para ser um foco de tratamento, que também está associado com Transtorno Depressivo Maior em um dos parceiros; neste caso, ambos podem ser codificados). As condições e problemas nesta seção são codificados no Eixo I.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica**

**APÊNDICE D(153)**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica**

**F54 ... - 316 Fator Psicológico Afetando a Condição Médica**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica \ F54 ... - 316 Fator Psicológico Afetando a Condição Médica**

**Características Diagnósticas**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica \ F54 ... - 316 Fator Psicológico Afetando a Condição Médica \ Características Diagnósticas**

A característica essencial dos Fatores Psicológicos Afetando a Condição Médica é a presença de um ou mais fatores psicológicos ou comportamentais específicos que afetam adversamente uma condição médica geral. Esses fatores podem afetar adversamente a condição médica geral de variados modos. Os fatores podem influenciar o curso da condição médica geral (o que pode ser inferido a partir de

uma estreita associação temporal entre os fatores e o desenvolvimento ou a exacerbação ou demora na recuperação da condição médica geral) e interferir em seu tratamento. Eles podem constituir um risco adicional à saúde do indivíduo (por ex., excessos alimentares continuados em um indivíduo com diabetes relacionada ao peso). Eles podem precipitar ou exacerbar sintomas de uma condição médica geral, provocando respostas fisiológicas relacionadas ao estresse (por ex., causar dor torácica em indivíduos com doença coronariana ou broncoespasmo em indivíduos com asma).

Os fatores psicológicos ou comportamentais que influenciam as condições médicas gerais incluem transtornos do Eixo I, transtornos do Eixo II, sintomas psicológicos ou traços de personalidade que não satisfazem todos os critérios para um transtorno mental específico, comportamentos mal-adaptativos relacionados à saúde ou respostas fisiológicas a estressores ambientais ou sociais.

Fatores psicológicos ou comportamentais podem desempenhar um papel na apresentação ou no tratamento de praticamente qualquer condição médica geral. Esta categoria deve ser reservada para situações nas quais os fatores psicológicos têm um efeito clinicamente significativo sobre o curso ou resultado da condição médica geral ou aumentam significativamente o risco de um resultado adverso. Deve haver evidências razoáveis sugerindo uma associação entre os fatores psicológicos e a condição médica, embora muitas vezes possa não ser possível demonstrar uma relação causal direta ou os mecanismos básicos da relação. Fatores psicológicos e comportamentais podem afetar o curso de praticamente qualquer categoria importante de doenças, incluindo condições cardiovasculares, dermatológicas, endócrinas, gastrointestinais, neoplásicas, neurológicas, pulmonares, renais e reumatológicas.

#### **OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica \ F54 ... - 316 Fator Psicológico Afetando a Condição Médica \ Características Diagnósticas**

O diagnóstico de Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica é codificado no Eixo I, e a condição médica geral concomitante é codificada no Eixo III ([ver Apêndice G](#) para uma lista de códigos diagnósticos para condições médicas gerais). A fim de oferecer maior especificidade com relação ao tipo de fator psicológico, o nome é escolhido a partir da lista apresentada a seguir. Quando mais de um tipo de fator estiver presente, deve ser especificado o que mais se destaca.

**Transtorno Mental Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral].** Um transtorno específico do Eixo I ou do Eixo II afeta significativamente o curso ou tratamento de uma condição médica geral (por ex., Transtorno Depressivo Maior afetando adversamente o prognóstico de infarto do miocárdio, insuficiência renal ou hemodiálise; Esquizofrenia complicando o tratamento de diabetes melito). Além de codificar esta condição no Eixo I, o transtorno mental específico também é



codificado no Eixo I ou no Eixo II.

**Sintomas Psicológicos Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral].** Sintomas que não satisfazem todos os critérios para um transtorno do Eixo I afetam significativamente o curso ou tratamento de uma condição médica geral (por ex., sintomas de ansiedade ou depressão afetando o curso e a gravidade da síndrome do cólon irritável ou de úlcera péptica, ou complicando a recuperação de uma cirurgia).

**Traços da Personalidade ou Forma de Manejo Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral].** Um traço da personalidade ou uma forma de manejo mal-adaptativa afeta significativamente o curso ou tratamento de uma condição médica geral. Os traços da personalidade podem não atingir o limiar para um transtorno do Eixo II ou representar um outro padrão que comprovadamente constitui um fator de risco para certas doenças (por ex., comportamento "tipo A", tenso e hostil, para doença coronariana). Os traços da personalidade problemáticos e as formas mal-adaptativas de manejo podem perturbar a relação de trabalho com o pessoal da área da saúde.

**Comportamentos de Saúde Mal-Adaptativos Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral].** Comportamentos mal-adaptativos de saúde (por ex., estilo de vida sedentário, práticas de sexo inseguro, excessos alimentares, consumo excessivo de álcool e drogas) afetam significativamente o curso ou tratamento de uma condição médica geral. Se os comportamentos mal-adaptativos são melhor explicados por um transtorno do Eixo I (por ex., excesso alimentar como parte da Bulimia Nervosa, uso de álcool como parte da Dependência de Álcool), deve ser usada a denominação "Transtorno Mental Afetando a Condição Médica".

**Resposta Fisiológica Relacionada ao Estresse Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral].** Respostas fisiológicas relacionadas ao estresse afetam significativamente o curso ou tratamento de uma condição médica geral (por ex., precipitam dor torácica ou arritmia em um paciente com doença coronariana).

**Fatores Psicológicos ou Outros Inespecificados Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral].** Um fator não incluído nos subtipos especificados antes ou um fator psicológico ou comportamental inespecificado afeta significativamente o curso ou tratamento de uma condição médica geral.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica \ F54 ... - 316 Fator Psicológico Afetando a Condição Médica**

**Diagnóstico Diferencial**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica \ F54 ... - 316 Fator Psicológico Afetando a Condição Médica \ Diagnóstico Diferencial**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Uma associação temporal entre os sintomas de um transtorno mental e de uma condição médica geral também é característica de um **Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral**, mas a presumível causalidade dá-se na direção oposta. Em um Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral, a condição médica geral supostamente está causando o transtorno mental, através de um mecanismo fisiológico direto. Nos Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica, supõe-se que os fatores psicológicos ou comportamentais afetem o curso da condição médica geral.

Os **Transtornos por Uso de Substâncias** (por ex., Dependência de Álcool, Dependência de Nicotina) afetam adversamente o prognóstico de muitas condições médicas gerais. Se um indivíduo tem um Transtorno por Uso de Substância coexistente que afeta adversamente ou causa uma condição médica geral, o Transtorno Mental Afetando a Condição Médica pode ser codificado no Eixo I, além do Transtorno por Uso de Substância. Para os padrões de uso de substância afetando uma condição médica geral que não satisfazem os critérios para Transtorno por Uso de Substância, Comportamentos de Saúde Mal-Adaptativos Afetando a Condição Médica pode ser a especificação correta.

Os **Transtornos Somatoformes** são caracterizados pela presença tanto de fatores psicológicos quanto de sintomas físicos, mas não existe uma condição médica geral que possa explicar completamente os sintomas físicos. Em contraste, nos Fatores Psicológicos Afetando a Condição Médica, os fatores psicológicos afetam adversamente uma condição médica geral diagnosticável. Os fatores psicológicos que afetam síndromes dolorosas não são diagnosticados como Fatores Psicológicos Afetando a Condição Médica, mas como **Transtorno Doloroso Associado com Fatores Psicológicos** ou como **Transtorno Doloroso Associado tanto com Fatores Psicológicos quanto com uma Condição Médica Geral**.

Quando a falta de aderência ao tratamento de uma condição médica geral resulta de fatores psicológicos, mas torna-se um foco importante de atenção clínica, **Falta de Aderência ao Tratamento** (ver pp. 642-643) deve ser codificada.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica \ F54 ... - 316 Fator Psicológico Afetando a Condição Médica \ Diagnóstico Diferencial**

**F54 ... - 316... [Fator Psicológico Especificado] Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral]**

**A. Uma condição médica geral (codificada no Eixo III) está presente.**

**B. Fatores psicológicos afetam adversamente a condição médica geral de uma das seguintes maneiras:**

**(1) os fatores influenciaram o curso da condição médica geral, como demonstrado por uma estreita associação temporal entre os fatores psicológicos e o desenvolvimento, a exacerbação ou o atraso na recuperação da condição médica**

geral

(2) os fatores interferem no tratamento da condição médica geral

(3) os fatores constituem riscos adicionais para a saúde do indivíduo

(4) respostas fisiológicas relacionadas ao estresse precipitam ou exacerbam sintomas da condição médica geral

Selecionar o nome com base na natureza dos fatores psicológicos (Se mais de um fator estiver presente, indicar o que mais se destaca):

Transtorno Mental Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral] (por ex., um transtorno do Eixo I, como Transtorno Depressivo Maior, atrasando a recuperação de um infarto do miocárdio).

Sintomas Psicológicos Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral] (por ex., sintomas depressivos atrasando a recuperação de uma cirurgia; ansiedade exacerbando asma).

Traços da Personalidade ou Forma de Manejo Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral] (por ex., negação patológica da necessidade de cirurgia em um paciente com câncer; comportamento hostil e tenso contribuindo para uma doença cardiovascular).

Comportamentos de Saúde Mal-Adaptativos Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral] (por ex., excessos alimentares, falta de exercícios, sexo inseguro).

Resposta Fisiológica Relacionada ao Estresse Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral] (por ex., exacerbações de úlcera, hipertensão, arritmia ou cefaléia tensional).

Fatores Psicológicos ou Outros Inespecificados Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral] (por ex., fatores interpessoais, culturais ou religiosos).

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos**

[APÊNDICE D\(154\)](#)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos**

Os seguintes Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos são incluídos aqui em razão de sua freqüente importância para

1) o manejo de transtornos mentais ou condições médicas gerais com medicamentos e

2) o diagnóstico diferencial com transtornos do Eixo I (por ex., Transtorno de Ansiedade versus Acatisia Induzida por Neurolépticos; catatonia versus Síndrome Neuroléptica Maligna. Embora esses transtornos sejam rotulados como "induzidos por medicamentos", freqüentemente é difícil estabelecer o relacionamento causal entre a exposição ao medicamento e o desenvolvimento do transtorno do movimento, especialmente porque alguns desses transtornos dos movimentos também podem ocorrer na ausência de uma exposição ao medicamento. O termo neuroléptico é usado amplamente neste manual, com referência a medicamentos com propriedades de agonistas dopamínicos. Esses incluem os chamados agentes antipsicóticos "típicos" (por ex., clorpromazina, haloperidol, flufenazina), agentes antipsicóticos "atípicos" (por ex., clozapina), certas drogas bloqueadoras dos receptores dopamínicos usadas no tratamento de sintomas tais como náusea e gastroparesia (por ex., proclorperazina, prometazina, trimetobenzamida, trietilperazina e metoclopramida) e amoxapina, que é comercializada como um antidepressivo. Os Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos devem ser codificados no Eixo I.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos**

**G21.0 - 332.1 Parkinsonismo Induzido por Neuroléptico**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 332.1 Parkinsonismo Induzido por Neuroléptico**

Tremor parkinsoniano, rigidez muscular ou acinesia desenvolvendo-se algumas semanas após início ou aumento da dose de um medicamento neuroléptico (ou após a redução de um medicamento usado para o tratamento de sintomas extrapiramidais) (ver [p. 694](#), para critérios sugeridos para pesquisas).

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos**

**G21.0 - 333.92 Síndrome Maligna Induzida**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**por Neurolépticos**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção  
Clínica \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 333.92  
Síndrome Maligna Induzida por Neurolépticos**

Severa rigidez muscular, hipertermia e outros achados correlatos (por ex., diaforese, disfagia, incontinência, alterações do nível de consciência, indo de confusão ao coma, mutismo, pressão sanguínea elevada ou instável, creatinina fosfoquinase [CPK] elevada, desenvolvendo-se em associação com o uso de medicamento neuroléptico, (ver [p. 697](#) para critérios sugeridos para pesquisas).

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção  
Clínica \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos**

**G24.0 - 333.7 Distonia Aguda Induzida por  
Neurolépticos**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção  
Clínica \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.7  
Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos**

Posições anormais ou espasmos dos músculos da cabeça, pescoço, membros ou tronco, desenvolvendo-se alguns dias após o início ou aumento da dose de um medicamento neuroléptico (ou após a redução de um medicamento usado para o tratamento de sintomas extrapiramidais) (ver [p. 700](#) para critérios sugeridos para pesquisas).

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção  
Clínica \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos**

**G21.1 - 333.99 Acatisia Aguda Induzida  
por Neurolépticos**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção  
Clínica \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.1 - 333.99  
Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos**

Queixas subjetivas de inquietação acompanhadas de movimentos observados (por ex., movimentos irrequietos das pernas, balanço do corpo com alternância do pé de apoio, caminhar sem parar ou incapacidade de permanecer sentado ou parado quieto), desenvolvendo-se após algumas semanas do início ou aumento na dose de um medicamento neuroléptico (ou após a redução de um medicamento usado

para o tratamento de sintomas extrapiramidais) (ver [p. 702](#) para critérios sugeridos para pesquisas).

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos**

**G24.0 - 333.82 Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.82 Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos**

Movimentos coreiformes, atetóides ou rítmicos involuntários (durando pelo menos algumas semanas) da língua, mandíbula ou extremidades, desenvolvendo-se em associação com o uso de medicamentos neurolépticos por pelo menos alguns meses (o período de tempo pode ser mais curto, em pessoas idosas) (ver [pp. 704-705](#) para critérios sugeridos para pesquisas).

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos**

**G25.1 - 333.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G25.1 - 333.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos**

Tremor fino ocorrendo durante tentativas de manter uma postura, que se desenvolve em associação com o uso de medicamentos (por ex., lítio, antidepressivos, valproato) (ver [p. 706](#) para critérios sugeridos para pesquisas).

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos**

**G25.9 - 333.90 Transtorno do Movimento Induzido por Medicamentos Sem Outra Especificação**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G25.9 - 333.90**

**Transtorno do Movimento Induzido por Medicamentos Sem Outra Especificação**

Esta categoria serve para Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos não classificados por quaisquer dos transtornos específicos listados antes.

**Exemplo:**

- 1) parkinsonismo, acatisia aguda, distonia aguda ou movimento discinético associados com um medicamento outro que não um neuroléptico;
- 2) uma apresentação que se assemelha à síndrome neuroléptica maligna, associada com um medicamento outro que não um neuroléptico ou
- 3) distonia tardia.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Outros Transtornos Induzidos por Medicamentos**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Outros Transtornos Induzidos por Medicamentos**

**T88.7 - 995.2 Efeitos Adversos de Medicamentos Sem Outra Especificação**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Outros Transtornos Induzidos por Medicamentos \ T88.7 - 995.2 Efeitos Adversos de Medicamentos Sem Outra Especificação**

Esta categoria está disponível para uso opcional pelos clínicos, para a codificação de efeitos colaterais de medicamentos (outros que não sintomas dos movimentos) quando esses efeitos adversos se tornam um foco importante de atenção clínica. Exemplos incluem severa hipotensão, arritmias cardíacas e priapismo.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Problemas de Relacionamento**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas de Relacionamento**

**APÊNDICE D**

(155) Os problemas de relacionamento incluem padrões de interação entre os membros de uma unidade de relacionamento, associados com prejuízo clinicamente significativo no funcionamento ou sintomas em um ou mais membros deste relacionamento, ou prejuízo no funcionamento da própria unidade de relacionamento. Os seguintes problemas de relacionamento são incluídos em razão de serem, com freqüência, um foco de atenção clínica entre os indivíduos vistos por profissionais da saúde. Esses problemas podem exacerbar ou complicar o manejo de um transtorno mental ou de condição médica geral em um ou mais membros da unidade de relacionamento, podem ser consequência de um transtorno mental ou de uma condição médica geral, podem ser independentes de outras condições que estejam presentes, ou podem ocorrer na ausência de qualquer outra condição. Quando são o foco principal de atenção clínica, esses problemas devem ser codificados no Eixo I. De outro modo, se estão presentes, mas não são o foco principal de atenção clínica, podem ser relacionados no Eixo IV. A categoria relevante em geral é aplicada a todos os membros de uma unidade de relacionamento que estão sendo tratados para o problema.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas de Relacionamento**

**Z63.7 - V61.9 Problema de Relacionamento Associado a um Transtorno Mental ou Condição Médica Geral**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas de Relacionamento \ Z63.7 - V61.9 Problema de Relacionamento Associado a um Transtorno Mental ou Condição Médica Geral**

Esta categoria deve ser usada quando o foco de atenção clínica é um padrão de interação prejudicada, associado com um transtorno mental ou uma condição médica geral em um membro da família.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas de Relacionamento**

**Z63.8 - V61.20 Problema de Relacionamento entre Pai/Mãe-Criança**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas de Relacionamento \ Z63.8 - V61.20 Problema de Relacionamento**



**entre Pai/Mãe-Criança**

Esta categoria deve ser usada quando o foco de atenção clínica é um padrão de interação entre Pai/Mãe-Criança (por ex., comunicação prejudicada, superproteção, disciplina inadequada), associado com prejuízo significativo no funcionamento individual ou familiar, ou desenvolvimento de sintomas clinicamente significativos no pai, na mãe ou na criança.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas de Relacionamento**

**Z63.0 - V61.1 Problema de Relacionamento com Parceiro**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas de Relacionamento \ Z63.0 - V61.1 Problema de Relacionamento com Parceiro**

Esta categoria deve ser usada quando o foco de atenção clínica é um padrão de interação entre cônjuges ou parceiros, caracterizado por comunicação negativa (por ex., críticas), comunicação distorcida (por ex., expectativas irrealistas) ou falta de comunicação (por ex., retraimento), associado com prejuízo clinicamente significativo no funcionamento individual ou familiar, ou desenvolvimento de sintomas em um ou ambos os parceiros.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas de Relacionamento**

**F93.3 - V61.8 Problema de Relacionamento com Irmãos**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas de Relacionamento \ F93.3 - V61.8 Problema de Relacionamento com Irmãos**

Esta categoria deve ser usada quando o foco de atenção clínica é um padrão de interação entre irmãos associado com prejuízo clinicamente significativo no funcionamento individual ou familiar, ou desenvolvimento de sintomas em um ou mais dos irmãos.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas de Relacionamento**

**Z63.9 - V62.81 Problema de**

**Relacionamento Sem Outra Especificação**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas de Relacionamento \ Z63.9 - V62.81 Problema de Relacionamento Sem Outra Especificação**

Esta categoria deve ser usada quando o foco de atenção clínica está sobre problemas de relacionamento não classificáveis por quaisquer dos problemas específicos listados antes (por ex., dificuldades com colegas de trabalho).

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Problemas Relacionados ao Abuso ou Negligência**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas Relacionados ao Abuso ou Negligência**

**APÊNDICE D**

(156) Esta seção inclui categorias que devem ser usadas quando o foco da atenção clínica consiste de severos maus tratos de um indivíduo por outro através de abuso físico, abuso sexual ou negligência da criança. Esses problemas são incluídos por serem, com frequência, um foco de atenção clínica entre os indivíduos atendidos por profissionais da saúde. O código V apropriado aplica-se quando o foco de atenção reside no perpetrador do abuso ou negligência ou na unidade de relacionamento no qual ocorre. Se o indivíduo que está sendo avaliado ou tratado é a vítima do abuso ou negligência, codificar 995.5 para uma criança ou 995.81 para um adulto.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas Relacionados ao Abuso ou Negligência**

**T74.1 - V61.21 Abuso Físico da Criança**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas Relacionados ao Abuso ou Negligência \ T74.1 - V61.21 Abuso Físico da Criança**

Esta categoria deve ser usada quando o foco de atenção clínica é o abuso físico da criança.

**Nota para codificação:** Especificar 995.5 se o foco da atenção clínica reside na

vítima.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas Relacionados ao Abuso ou Negligência**

**T74.2 - V61.21 Abuso Sexual da Criança**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas Relacionados ao Abuso ou Negligência \ T74.2 - V61.21 Abuso Sexual da Criança**

Esta categoria deve ser usada quando o foco de atenção clínica é o abuso sexual de uma criança.

**Nota para codificação:** Especificar 995.5 se o foco de atenção clínica reside na vítima.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas Relacionados ao Abuso ou Negligência**

**T74.0 - V61.21 Negligência da Criança**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas Relacionados ao Abuso ou Negligência \ T74.0 - V61.21 Negligência da Criança**

Esta categoria deve ser usada quando o foco de atenção clínica é a negligência da criança.

**Nota para codificação:** Especificar 995.5 se o foco da atenção clínica reside na vítima.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas Relacionados ao Abuso ou Negligência**

**T74.1 - V61.1 Abuso Físico do Adulto**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas Relacionados ao Abuso ou Negligência \ T74.1 - V61.1 Abuso Físico do Adulto**

Esta categoria deve ser usada quando o foco de atenção clínica é o abuso físico de um adulto (por ex., espancamento do cônjuge, abuso do pai idoso).

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Nota para codificação:** Especificar 995.81 se o foco de atenção clínica reside na vítima.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas Relacionados ao Abuso ou Negligência**

**T74.2 - V61.1 Abuso Sexual do Adulto**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Problemas Relacionados ao Abuso ou Negligência \ T74.2 - V61.1 Abuso Sexual do Adulto**

Esta categoria deve ser usada quando o foco de atenção clínica é o abuso sexual de um adulto (por ex., coerção sexual, estupro).

**Nota para codificação:** Especificar 995.81 se o foco de atenção clínica reside na vítima.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Z91.1 - V15.81 Falta de Aderência ao Tratamento**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Z91.1 - V15.81 Falta de Aderência ao Tratamento**

Esta categoria pode ser usada quando o foco de atenção clínica é a falta de aderência a um aspecto importante do tratamento de um transtorno mental ou de uma condição médica geral. As razões para a falta de aderência podem incluir desconforto resultante do tratamento (por ex., efeitos colaterais de medicamentos), custo financeiro do tratamento, decisões baseadas em juízos de valores pessoais ou crenças religiosas ou culturais acerca das vantagens e desvantagens do tratamento proposto, traços da personalidade ou formas de manejo

mal-adaptativas (por ex., negação da doença) ou a presença de um transtorno mental (por ex., Esquizofrenia, Transtorno da Personalidade Esquiva). Esta categoria deve ser usada apenas quando o problema é suficientemente severo para indicar uma atenção clínica independente.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Z76.5 - V65.2 Simulação**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Z76.5 - V65.2 Simulação**

A característica essencial da Simulação é a produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos ou amplamente exagerados, motivada por incentivos externos tais como esquivar-se do serviço militar, fugir do trabalho, obter compensação financeira, evadir-se de processos criminais ou obter drogas. Sob algumas circunstâncias, a Simulação pode representar um comportamento adaptativo — por exemplo, fingir doença quando prisioneiro do inimigo, em tempos de guerra.

A Simulação deve ser fortemente suspeitada quando é percebida qualquer combinação dos seguintes fatores:

1. Contexto médico-legal de apresentação (por ex., a pessoa é encaminhada por um advogado para exame médico).
2. Acentuada discrepância entre o sofrimento ou deficiência apontados pela pessoa e os achados objetivos.
3. Falta de cooperação durante a avaliação diagnóstica e de aderência ao regime de tratamento prescrito.
4. Presença de um Transtorno da Personalidade Anti-Social.

A Simulação difere do Transtorno Factício no sentido de que a motivação para a produção dos sintomas, na Simulação, é a presença de um incentivo externo, que não existe no Transtorno Factício. Evidências de uma necessidade intrapsíquica de manter o papel de doente sugerem Transtorno Factício. A Simulação é diferenciada do Transtorno Conversivo e de outros Transtornos Somatoformes pela produção intencional de sintomas e pelos incentivos externos óbvios associados. Na Simulação (em contraste com o Transtorno Conversivo), o alívio dos sintomas muitas vezes não é obtido pela sugestão ou hipnose.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Z72.8 - V71.01 Comportamento Anti-Social**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**no Adulto**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Z72.8 - V71.01 Comportamento Anti-Social no Adulto**

Esta categoria pode ser usada quando o foco de atenção clínica é um comportamento anti-social no adulto, não devido a um transtorno mental (por ex., Transtorno da Conduta, Transtorno da Personalidade Anti-Social ou Transtorno do Controle dos Impulsos). Exemplos incluem o comportamento de alguns ladrões, estelionatários ou traficantes profissionais.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Z72.8 - V71.02 Comportamento Anti-Social na Criança ou Adolescente**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Z72.8 - V71.02 Comportamento Anti-Social na Criança ou Adolescente**

Esta categoria pode ser usada quando o foco de atenção clínica é um comportamento anti-social em uma criança ou adolescente, que não é devido a um transtorno mental (por ex., Transtorno da Conduta ou Transtorno do Controle dos Impulsos). Exemplos incluem atos anti-sociais isolados de crianças ou adolescentes (não um padrão de comportamento anti-social).

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**R41.8 - V62.89 Funcionamento Intelectual Borderline**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ R41.8 - V62.89 Funcionamento Intelectual Borderline**

Esta categoria pode ser usada quando o foco de atenção clínica está associado com um funcionamento intelectual borderline, isto é, um QI na faixa de 71-84. O diagnóstico diferencial entre Funcionamento Intelectual Borderline e Retardo Mental (um QI de 70 ou menos) é especialmente difícil quando a coexistência de certos transtornos mentais (por ex., Esquizofrenia) está envolvida.

**Nota para codificação:** Codificado no Eixo II.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**R41.8 - 780.9 Declínio Cognitivo  
Relacionado à Idade**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ R41.8 - 780.9 Declínio Cognitivo Relacionado à Idade**

**APÊNDICE D**

(157)Esta categoria pode ser usada quando o foco de atenção clínica é um declínio objetivamente identificado no funcionamento cognitivo, conseqüente do processo de envelhecimento, dentro dos limites normais, dada a idade do indivíduo. Os indivíduos com esta condição podem relatar problemas na recordação de nomes ou compromissos ou podem experimentar dificuldades na resolução de problemas complexos. Esta categoria deve ser considerada apenas depois de determinado que o prejuízo cognitivo não é atribuível a um transtorno mental ou condição neurológica específicos.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Z63.4 - V62.82 Luto**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Z63.4 - V62.82 Luto**

**APÊNDICE D**

(158)Esta categoria pode ser usada quando o foco de atenção clínica é uma reação à morte de um ente querido. Como parte de sua reação à perda, alguns indivíduos enlutados apresentam sintomas característicos de um Episódio Depressivo Maior (por ex., sensações de tristeza e sintomas associados, tais como insônia, perda de apetite e perda de peso). O indivíduo enlutado tipicamente considera seu humor deprimido como "normal", embora possa buscar auxílio profissional para o alívio dos sintomas associados, tais como insônia ou anorexia. A duração e expressão do luto "normal" variam consideravelmente, entre diferentes grupos culturais. O diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior geralmente não é dado, a menos que os sintomas ainda estejam presentes 2 meses após a perda. Entretanto, a presença

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



de certos sintomas que não são característicos de uma reação "normal" de luto pode ser útil para a diferenciação entre o luto e um Episódio Depressivo Maior.

**Exemplos:**

- 1) culpa acerca de coisas outras que não ações que o sobrevivente tenha realizado ou não à época do falecimento;
- 2) pensamentos sobre morte, outros que não o sentimento do sobrevivente de que seria melhor estar morto ou de que deveria ter morrido com a pessoa falecida;
- 3) preocupação mórbida com inutilidade;
- 4) retardo psicomotor acentuado;
- 5) prejuízo funcional prolongado e acentuado;
- 6) experiências alucinatórias outras que não o fato de achar que ouve a voz ou vê temporariamente a imagem da pessoa falecida.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Z55.8 - V62.3 Problema Acadêmico**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Z55.8 - V62.3 Problema Acadêmico**

Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é um problema acadêmico não devido a um transtorno mental, ou, se devido a um transtorno mental suficientemente severo para indicar uma atenção clínica independente. Um exemplo é um padrão de queda nas notas ou de significativa baixa no rendimento escolar em uma pessoa com capacidade intelectual adequada, na ausência de um Transtorno da Aprendizagem ou de Comunicação ou de qualquer outro transtorno mental que poderia explicar o problema.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Z56.7 - V62.2 Problema Ocupacional**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Z56.7 - V62.2 Problema Ocupacional**

Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é um problema ocupacional não devido a um transtorno mental, ou se devido a um transtorno



mental suficientemente severo para indicar uma atenção clínica independente. Exemplos incluem insatisfação com o emprego e incerteza quanto a escolhas profissionais.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**F93.8 - 313.82 Problema de Identidade**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ F93.8 - 313.82 Problema de Identidade**

**APÊNDICE D**

(159)Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é uma incerteza sobre múltiplas questões relacionadas à identidade, tais como objetivos a longo prazo, escolha de uma profissão, padrões de amizades, orientação e comportamento sexual, valores morais e lealdade grupal.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Z71.8 - V62.89 Problema Religioso ou Espiritual**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Z71.8 - V62.89 Problema Religioso ou Espiritual**

**APÊNDICE D**

(160)Esta categoria pode ser usada quando o foco de atenção clínica é um problema religioso ou espiritual. Exemplos incluem experiências angustiantes que envolvem a perda ou o questionamento da fé, problemas associados com a conversão a uma nova fé, ou o questionamento de valores espirituais que podem não estar, necessariamente, relacionados com uma igreja ou religião institucionalizada.

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Z60.3 - V62.4 Problema de Acluturação**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Z60.3 - V62.4 Problema de Aculturação**

**APÊNDICE D**

(161) Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é um problema envolvendo o ajustamento a uma cultura diferente (por exemplo, após a imigração).

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Z60.0 - V62.89 Problema de Fase da Vida**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Condições Adicionais que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica \ Z60.0 - V62.89 Problema de Fase da Vida**

Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é um problema associado com determinada fase do desenvolvimento ou alguma outra circunstância da vida que não se deve a um transtorno mental, ou se devido a um transtorno mental suficientemente severo para indicar uma atenção clínica independente. Exemplos: problemas associados com o ingresso na escola, saída da casa dos pais, início de uma nova profissão, alterações envolvidas no casamento, divórcio e aposentadoria.

**OUTRAS CONDIÇÕES**

## Códigos Adicionais

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Códigos Adicionais**

**F99 - 300.9 Transtorno Mental Inespecificado (não-psicótico)**

**OUTRAS CONDIÇÕES \ Códigos Adicionais \ F99 - 300.9 Transtorno Mental Inespecificado (não-psicótico)**

Em diversas circunstâncias pode ser adequado atribuir este código:

1) para um transtorno mental específico não incluído na Classificação do DSM-IV;

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



- 2) quando nenhuma das categorias Sem Outra Especificação disponíveis é apropriada, ou
- 3) quando o clínico considera que um transtorno mental não-psicótico está presente, mas não existem informações suficientes disponíveis para o diagnóstico de uma das categorias oferecidas na Classificação. Em alguns casos, o diagnóstico pode ser mudado para um transtorno específico após a obtenção de maiores informações.

#### OUTRAS CONDIÇÕES \ Códigos Adicionais

**Z03.2 - V71.09 Nenhum Diagnóstico ou Condição no Eixo I**

#### OUTRAS CONDIÇÕES \ Códigos Adicionais \ Z03.2 - V71.09 Nenhum Diagnóstico ou Condição no Eixo I

Quando nenhum diagnóstico ou condição do Eixo I está presente, isto deve ser indicado. É possível existir ou não um diagnóstico do Eixo II.

#### OUTRAS CONDIÇÕES \ Códigos Adicionais

**R69 - 799.9 Diagnóstico ou Condição Protelados no Eixo I**

#### OUTRAS CONDIÇÕES \ Códigos Adicionais \ R69 - 799.9 Diagnóstico ou Condição Protelados no Eixo I

Quando existem informações insuficientes para fazer-se um julgamento diagnóstico acerca de um diagnóstico ou condição do Eixo I, isto deve ser anotado como Diagnóstico ou Condição Protelados no Eixo I.

#### OUTRAS CONDIÇÕES \ Códigos Adicionais

**Z03.2 - V71.09 Nenhum Diagnóstico no Eixo II**

#### OUTRAS CONDIÇÕES \ Códigos Adicionais \ Z03.2 - V71.09 Nenhum Diagnóstico no Eixo II

Quando nenhum diagnóstico do Eixo II (por ex., Transtorno da Personalidade) está presente, isto deve ser indicado. Pode haver ou não um diagnóstico ou condição do Eixo I.

OUTRAS CONDIÇÕES \ Códigos Adicionais

**R46.8 - 799.9 Diagnóstico Protelado no Eixo II**

OUTRAS CONDIÇÕES \ Códigos Adicionais \ R46.8 - 799.9 Diagnóstico Protelado no Eixo II

Quando há informações insuficientes para qualquer julgamento diagnóstico acerca de um diagnóstico do Eixo II, isto deve ser anotado como Diagnóstico Protelado no Eixo II.

---

## APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICES

### Apêndice A\*

## Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais  
APÊNDICE D(162)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais

A finalidade dessas árvores de decisão consiste em ajudar o clínico a compreender a organização e estrutura hierárquica da Classificação do DSM-IV. Cada árvore de decisão inicia com um conjunto de características clínicas. Quando um desses é uma parte proeminente do quadro clínico apresentado, o clínico pode seguir a série de questões para incluir ou excluir vários transtornos. Observe que as questões são apenas aproximações dos critérios de diagnóstico e não visam a substituí-los.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



A árvore de decisão para os Transtornos Psicóticos é a única que contém transtornos mutuamente excludentes (isto é, apenas um transtorno de cada seção pode ser diagnosticado em determinado indivíduo para um episódio em particular). Para as outras árvores de decisão, é importante consultar os conjuntos de critérios de diagnóstico para determinar quando pode aplicar-se mais de um diagnóstico.

**Conteúdos (Menu)**

**I. Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral 650**

**II. Diagnóstico Diferencial de Transtornos Induzidos por Substâncias (não incluindo dependência e abuso) 652**

**III. Diagnóstico Diferencial de Transtornos Psicóticos 654**

**IV. Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor 656**

**V. Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Ansiedade 658**

**VI. Diagnóstico Diferencial de Transtornos Somatoformes 660**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais

**Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

**Sintomas devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

**Perturbação da consciência e alteração na cognição.  
[Não] [Sim](163)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

**Prejuízo de memória**  
**[Não] [Sim](164)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

**Predomínio de delírios ou alucinações  
proeminentes.**  
**[Não] [Sim](165)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

**Predomínio de uma perturbação proeminente e  
persistente do humor.**  
**[Não] [Sim](166)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

**Predomínio de ansiedade, ataques de pânico,  
obsessões e compulsões.**  
**[Não] [Sim](167)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

**Disfunção sexual clinicamente significativa  
exclusivamente devido a uma condição médica  
geral.**  
**[Não] [Sim](168)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

**Perturbação do sono suficientemente severa  
para indicar uma atenção clínica independente.**  
**[Não] [Sim](169)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

**Catatonía.**  
**[Não] [Sim](170)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

**Alteração no padrão anterior de personalidade.**  
**[Não] [Sim](171)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral

**Sintomas clinicamente significativos  
relacionados a uma condição médica geral, que  
não satisfazem os critérios para um Transtorno  
Mental Específico Devido a uma Condição  
Médica Geral.**  
**[Não] [Sim](172)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral  
**Nenhum transtorno mental (sintomas não clinicamente significativos).**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais

**Diagnóstico Diferencial de Transtornos Induzidos por  
Substâncias  
(Não Incluindo Dependência e Abuso)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Induzidos por Substâncias (Não Incluindo  
Dependência e Abuso)

**Sintomas devido aos efeitos fisiológicos  
diretos de uma substância (por ex. droga de  
abuso, medicamento ou toxina).**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Induzidos por Substâncias (Não Incluindo  
Dependência e Abuso)

Uma perturbação da consciência e uma  
alteração na cognição que excedem o que é  
habitualmente visto na intoxicação ou  
abstinência e indicam uma atenção clínica  
independente.  
[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(173\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Induzidos por Substâncias (Não Incluindo  
Dependência e Abuso)

Prejuízo persistente de memória.  
[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(174\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Induzidos por Substâncias (Não Incluindo  
Dependência e Abuso)

Predomínio de delírios ou alucinações,  
excedendo ao que habitualmente é visto na  
intoxicação ou abstinência e indicando uma  
atenção clínica independente.  
[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(175\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Induzidos por Substâncias (Não Incluindo  
Dependência e Abuso)

Uma perturbação do humor predomina, excede  
aquela habitualmente vista na intoxicação ou  
abstinência e indica uma atenção clínica  
independente.  
[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(176\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Induzidos por Substâncias (Não Incluindo  
Dependência e Abuso)



**Ansiedade, ataques de pânico ou obsessões ou compulsões predominam, excedem aqueles habitualmente vistos na intoxicação ou abstinência e indicam uma atenção clínica independente.**

**[Não] [Sim](177)**

**APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Induzidos por Substâncias (Não Incluindo Dependência e Abuso)**

**Disfunção sexual clinicamente significativa exclusivamente devido a uma substância, excedendo aquela habitualmente vista durante a intoxicação e indicando uma atenção clínica independente.**

**[Não] [Sim](178)**

**APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Induzidos por Substâncias (Não Incluindo Dependência e Abuso)**

**Perturbação do sono suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente e excedendo aquela habitualmente vista na intoxicação ou abstinência.**

**[Não] [Sim](179)**

**APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Induzidos por Substâncias (Não Incluindo Dependência e Abuso)**

**Desenvolvimento de uma síndrome reversível devido ao uso recente de uma substância.**

**[Não] [Sim](180)**

**APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Induzidos por Substâncias (Não Incluindo Dependência e Abuso)**

**Desenvolvimento de uma síndrome devido à redução ou cessação do uso de uma**

substância.  
[Não] [Sim](181)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Induzidos por Substâncias (Não Incluindo Dependência e Abuso)

Sintomas clinicamente significativos devido a uma substância que não satisfazem os critérios para um dos Transtornos Induzidos por Substâncias.  
[Não] [Sim](182)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Induzidos por Substâncias (Não Incluindo Dependência e Abuso)

Nenhum Transtorno Induzido por Substância (sintomas induzidos por substâncias que não são clinicamente significativos).

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais

### Diagnóstico Diferencial de Transtornos Psicóticos

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Psicóticos

Delírios, alucinações, discurso desorganizado ou comportamento amplamente desorganizado.

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Psicóticos

Devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.  
[Não] [Sim](183)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Psicóticos

Devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ( por ex. droga de abuso, medicamentos ou toxina).

[Não] [Sim](184)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Psicóticos

Sintomas da fase ativa da Esquizofrenia, durando pelo menos 1 mês.

[Não] [Sim](185)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Psicóticos

Delírios não-bizarros durando pelo menos 1 mês.

[Não] [Sim](186)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Psicóticos

Duração maior que 1 dia, mas inferior a 1 mês.

[Não](187) [Sim](188)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais

**Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor

Humor deprimido, elevado, expansivo ou irritável.

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor

Devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(189\)](#)

**APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor**

**Devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma  
substância ( isto é droga de abuso,  
medicamentos ou toxina).**

[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(190\)](#)

**APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor**

**Determinar tipo de episódios presentes e  
passados de humor.(191)**

**APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor**

**Humor elevado, expansivo ou irritável, com  
duração mínima de 1 semana; ascentuado  
prejuizo ou hospitalização.**

[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(192\)](#)

**APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor**

**Humor elevado, expansivo ou irritável, com  
duração mínima de 4 dias; alterações  
observáveis por outros, mas menos severas do  
que em um episódio maníaco.**

[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(193\)](#)

**APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor**

**Pelo menos 2 semanas de humor deprimido ou  
perda de interesse, mais sintomas associados,  
não melhor explicado por luto.**

[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(194\)](#)

**APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor**

São satisfeitos os critérios para episódio maníaco e episódio depressivo maior quase todos os dias, por pelo menos 1 semana.

[\[Sim\]\(195\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor

Já apresentou um EPISÓDIO MANÍACO ou um EPISÓDIO MISTO.

[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(196\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor

Já apresentou um EPISÓDIO HIPOMANÍACO e pelo menos um EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR.

[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(197\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor

Pelo menos 2 anos de sintomas hipomaniacos e períodos de humor deprimido.

[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(198\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor

Sintomas maníacos / hipomaniacos clinicamente significativos que não satisfazem critérios para um Transtorno Bipolar específico.

[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(199\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor

Já apresentou um EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR.

[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(200\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor

Humor deprimido, na maior parte dos dias, por  
pelo menos 2 anos, com sintomas associados.

[Não] [Sim](201)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor

Humor deprimido que não satisfaz os critérios  
para um dos Transtornos do Humor acima, que  
se desenvolve em resposta a um estressor.

[Não] [Sim](202)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor

Sintomas depressivos clinicamente  
significativos que não satisfazem os critérios  
para um Transtorno do Humor específico.

[Não] [Sim](203)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor

Nenhum Transtorno do Humor (sintomas de Humor não são clinicamente  
significativos).

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais

**Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Ansiedade**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Ansiedade

Sintomas de ansiedade, medo, esquiva ou  
maior excitação.

[Não]

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Ansiedade

**Devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma  
condição médica geral.**

**[Não] [Sim](204)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Ansiedade

**Devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma  
substância ( por ex. droga de abuso,  
medicamento, toxina).**

**[Não] [Sim](205)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Ansiedade

**Ataques de pânico recorrentes e inesperados,  
somados a 1 mês de preocupação, medo de ter  
ataques ou alterações no comportamento.**

**[Não] [Sim](206)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Ansiedade

**Agorafobia, isto é, ansiedade acerca de estar  
em locais dos quais a fuga poderia ser difícil  
ou embaraçosa, no caso de ter sintomas tipo  
pânico.**

**[Não] [Sim](207)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Ansiedade

**Ansiedade envolvendo separação de figuras de  
vinculação com início na infância.**

**[Não] [Sim](208)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Ansiedade

**Medo de humilhação ou embaraço em situações sociais ou de desempenho.**

**[Não] [Sim](209)**

**APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Ansiedade**

**Medo causado por um objeto ou situação.**

**[Não] [Sim](210)**

**APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Ansiedade**

**Obsessões ou compulsões.**

**[Não] [Sim](211)**

**APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Ansiedade**

**Um período de 6 meses de ansiedade excessiva e preocupação, acrescidas de sintomas associados.**

**[Não] [Sim](212)**

**APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Ansiedade**

**Ansiedade em resposta a um evento traumático severo.**

**[Não] [Sim](213)**

**APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Ansiedade**

**Ansiedade que não satisfaz os critérios para um dos Transtornos de Ansiedade acima e se desenvolve em resposta a um estressor.**

**[Não] [Sim](214)**

**APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Ansiedade**



**Sintomas clinicamente significativos que não satisfazem critérios para um Transtorno de Ansiedade específico.**  
**[Não] [Sim](215)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos de Ansiedade

Nenhum Transtorno de Ansiedade (sintomas de medo, ansiedade ou esquiva não clinicamente significativos).

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais

**Diagnóstico Diferencial de Transtornos Somatoformes**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Somatoformes

**Queixas somáticas ou ansiedade irracional acerca de doença ou aparência.**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Somatoformes

**Queixas somáticas são plenamente explicadas por uma condição médica geral e não excedem o esperado.**  
**[Não] [Sim](216)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Somatoformes

**Sintomas físicos são intencionalmente produzidos.**  
**[Não] [Sim](217)**

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \ Diagnóstico Diferencial de Transtornos Somatoformes

**História de múltiplas queixas somáticas com**

pelo menos 4 sintomas dolorosos, 2 sintomas  
gastrointestinais, 1 sintoma pseudoneurológico.  
[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(218\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Somatoformes

Sintoma ou déficit afetando função motora  
voluntária ou sensorial.  
[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(219\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Somatoformes

Sintoma ou déficit afetando funcionamento  
sexual.  
[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(220\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Somatoformes

Dor é um foco de atenção clínica, e fatores  
psicológicos têm um papel importante.  
[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(221\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Somatoformes

Outras queixas físicas durando pelo menos 6  
meses.  
[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(222\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Somatoformes

Preocupação com a idéia de ter uma doença  
grave.  
[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(223\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Somatoformes

Preocupação com defeito imaginado na

aparência.  
[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(224\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Somatoformes

Sintomas somatoformes clinicamente  
significativos que não satisfazem critérios  
para um Transtorno Somatoforme específico.  
[\[Não\]](#) [\[Sim\]\(225\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Somatoformes

Nenhum Transtorno Somatoforme (sintomas somatoformes não são clinicamente  
significativos).

APÊNDICES \ Apêndice A\* Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais \  
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Somatoformes

APÊNDICES

## Apêndice B

### Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos  
Adicionais

[APÊNDICE D\(226\)](#)

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos  
Adicionais

Este apêndice contém diversas propostas para novas categorias e eixos que foram sugeridos para uma possível inclusão no DSM-IV. O Grupo de Trabalho para o DSM-IV e os Grupos de Trabalho específicos submeteram cada uma dessas propostas a uma criteriosa revisão empírica e convocaram amplos debates entre os profissionais da área. O Grupo de Trabalho para o DSM-VI decidiu que havia informações insuficientes para indicarem a inclusão dessas propostas como

categorias ou eixos oficiais.

Os itens, limiares e durações contidas nos conjuntos de critérios para pesquisas visam a oferecer uma linguagem comum para pesquisadores e clínico interessados no estudo desses transtornos. Esperamos que essas pesquisas ajudem a determinar a possível utilidade de tais categorias propostas e que tenham como resultado um aperfeiçoamento dos conjuntos de critérios. Os limiares e durações específicas foram estipulados por um consenso de especialistas (com base na revisão da literatura, reanálise dos dados e resultados de estudos de campo, quando tais informações estavam disponíveis), de modo que devem ser considerados experimentais. Seria altamente desejável um estudo de itens, limiares ou durações alternativas, sempre que possível.

**As seguintes propostas são incluídas neste apêndice:**

Transtorno pós-concussão

Transtorno neurocognitivo leve

Abstinência de cafeína

Descritores dimensionais alternativos para Esquizofrenia

Transtorno depressivo pós-psicótico da Esquizofrenia

Transtorno deteriorante simples (Esquizofrenia simples)

Transtorno disfórico pré-menstrual

Critério B alternativo para Transtorno Distímico

Transtorno depressivo menor

Transtorno depressivo breve recorrente

Transtorno misto de ansiedade-depressão

Transtorno factício por procuração

Transtorno de transe dissociativo

Transtorno de compulsão periódica

Transtorno da personalidade depressiva

Transtorno da personalidade passivo-agressiva (transtorno da personalidade negativista)

Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos

Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos

Síndrome Neuroléptica Maligna

Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos

Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos

Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos

Tremor Postural Induzido por Medicamentos

Transtorno dos Movimentos Induzido por Medicamentos Sem Outra Especificação

**(Nota: Essas categorias são incluídas na seção "Outras Condições que Podem ser um Foco de Atenção Clínica". O texto e os conjuntos de critérios para pesquisas, para essas condições, são incluídos aqui.)**

Escala de Funcionamento Defensivo

Escala de Avaliação Global de Funcionamento das Relações (EAGFR)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

**Transtorno Pós-Concussão**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Pós-Concussão

**Características**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Pós-Concussão \ Características

A característica essencial é um prejuízo adquirido no funcionamento cognitivo, acompanhado de sintomas neurocomportamentais específicos, que ocorre em consequência de uma lesão craniana fechada, com gravidade suficiente para produzir uma concussão cerebral significativa. As manifestações de concussão incluem perda da consciência, amnésia pós-traumática e, menos habitualmente, início pós-traumático de convulsões. As abordagens específicas para a definição deste critério precisam ser refinadas por pesquisas adicionais. Embora existam evidências insuficientes para o estabelecimento de um limiar definido para a gravidade da lesão craniana fechada, critérios específicos foram sugeridos; por exemplo, dois dos seguintes:

- 1) um período de inconsciência durando mais de 5 minutos,
- 2) um período de amnésia pós-traumática que dura mais de 12 horas após a lesão craniana fechada ou
- 3) um novo início de convulsões (ou acentuada piora de um transtorno convulsivo preexistente) que ocorre dentro de 6 meses após a lesão craniana fechada. Deve haver, também, déficits cognitivos documentados na atenção (concentração, mudança no foco da atenção, execução de tarefas cognitivas simultâneas) ou memória (aprendizagem ou recordação de informações). Acompanhando as perturbações cognitivas, deve haver três (ou mais) sintomas, presentes por pelo menos 3 meses após a lesão craniana fechada. Esses incluem fadiga fácil; perturbação do sono; cefaléia; vertigem ou tontura; irritabilidade ou agressão com pouca ou nenhuma provocação; ansiedade, depressão ou instabilidade afetiva; apatia ou falta de espontaneidade e outras alterações da personalidade (por ex., inadequação do comportamento social ou sexual). As perturbações cognitivas e os sintomas comportamentais e somáticos desenvolvem-se após o trauma craniano ou representam uma piora significativa nos sintomas preexistentes. As seqüelas

cognitivas e neurocomportamentais são acompanhadas de prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo no nível anterior de funcionamento. No caso de crianças em idade escolar, pode haver uma piora significativa no rendimento escolar, datando desde o trauma. Este transtorno proposto não deve ser considerado se os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios para Demência Devido a Trauma Craniano ou se são melhor explicados por um outro transtorno mental.

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Pós-Concussão

### Características Associadas

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Pós-Concussão \ Características Associadas

As características adicionais que podem ser seqüelas da lesão craniana fechada incluem prejuízos visuais ou auditivos e anosmia (perda do olfato). Esta última pode estar relacionada a uma falta de interesse por alimentos. Complicações ortopédicas e neurológicas específicas podem estar presentes, dependendo da causa, natureza e extensão do trauma. Transtornos Relacionados a Substâncias freqüentemente estão associados com uma lesão craniana fechada. Esta espécie de lesão craniana ocorre mais freqüentemente em homens jovens e tem sido associada com a adoção de comportamentos de risco.

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Pós-Concussão

### Diagnóstico Diferencial

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Pós-Concussão \ Diagnóstico Diferencial

No DSM-IV, os indivíduos cuja apresentação satisfaz esses critérios para pesquisa seriam diagnosticados como tendo **Transtorno Cognitivo Sem Outra Especificação**.

Se o trauma craniano resulta em uma **demência** (por ex., prejuízo da memória e pelo menos um outro prejuízo cognitivo), um transtorno pós-concussão não deve ser considerado. **Transtorno neurocognitivo leve**, como o transtorno pós-concussão, é incluído neste apêndice (ver [p. 666](#)). O transtorno pós-concussão pode ser diferenciado do transtorno neurocognitivo leve pelo padrão específico de sintomas cognitivos, somáticos e comportamentais e pela presença de uma etiologia específica (isto é, lesão craniana fechada). Os

indivíduos com Transtorno de Somatização e Transtorno Somatoforme Indiferenciado podem manifestar sintomas comportamentais ou somáticos similares; entretanto, esses transtornos não têm uma etiologia específica (isto é, a lesão craniana fechada) ou prejuízo mensurável no funcionamento cognitivo. O Transtorno pós-concussão deve ser diferenciado do Transtorno Fictício (necessidade de assumir o papel de doente) e da Simulação (na qual o desejo de compensação financeira pode levar à produção ou ao prolongamento dos sintomas devido à lesão craniana fechada).

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Pós-Concussão \ Diagnóstico Diferencial

**Critérios para pesquisas para transtorno pós-concussão**

**A. História de trauma craniano que causou concussão cerebral significativa.**

**Nota:** As manifestações de concussão incluem perda da consciência, amnésia pós-traumática e, menos habitualmente, início pós-traumático de convulsões. O método específico para a definição deste critério precisa ser estabelecido por pesquisas adicionais.

**B. Evidências, a partir de testes neuropsicológicos ou avaliação cognitiva quantificada, de dificuldade na atenção (concentração, mudança do foco da atenção, execução de tarefas cognitivas simultâneas) ou memória (aprendizagem ou recordação de informações).**

**C. Pelo menos três dos seguintes sintomas ocorrem logo após o trauma e duram pelo menos 3 meses:**

- (1) fadiga fácil
- (2) perturbação do sono
- (3) cefaléia
- (4) vertigem ou tontura
- (5) irritabilidade ou agressão com pouca ou nenhuma provocação
- (6) ansiedade, depressão ou instabilidade afetiva
- (7) alterações da personalidade (por ex., inadequação do comportamento social ou sexual)
- (8) apatia ou falta de espontaneidade

**D. Os sintomas nos Critérios B e C têm seu início após o trauma craniano ou representam uma piora substancial em sintomas preexistentes.**

**E. A perturbação causa prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional e representa um declínio significativo a partir de um nível anterior de funcionamento. Em crianças em idade escolar, o prejuízo pode ser manifestado por**

uma piora significativa no desempenho escolar ou acadêmico, datando desde o trauma.

F. Os sintomas não satisfazem os critérios para Demência Devido a Trauma Craniano nem são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno Amnésico Devido a Trauma Craniano, Alteração da Personalidade Devido a Trauma Craniano).

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

### Transtorno Neurocognitivo Leve

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Neurocognitivo Leve

### Características

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Neurocognitivo Leve \ Características

A característica essencial é o desenvolvimento de prejuízo no funcionamento neurocognitivo devido a uma condição médica geral. Por definição, o nível de prejuízo cognitivo e o impacto sobre o funcionamento cotidiano é leve (por ex., o indivíduo é capaz de compensar parcialmente o prejuízo cognitivo com um esforço adicional). Os indivíduos com esta condição têm um novo início de déficits em pelo menos duas áreas do funcionamento cognitivo, os quais podem incluir perturbações na memória (aprendizagem ou recordação de novas informações), funcionamento executivo (por ex., planejamento, raciocínio), atenção ou velocidade do processamento de informações (por ex., concentração, rapidez na assimilação ou análise de informações), capacidades percepto-motoras (por ex., integração de informações visuais, táteis ou auditivas com atividades motoras) ou linguagem (por ex., dificuldade para "encontrar palavras", redução da fluência). O relato de prejuízos cognitivos deve ser corroborado pelos resultados de testes neuropsicológicos ou técnicas padronizadas de avaliação cognitiva. Além disso, os déficits cognitivos causam sofrimento acentuado ou interferem no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e representam um declínio a partir de um nível anterior de funcionamento. A perturbação cognitiva não satisfaz os critérios para um delírium, uma demência ou um transtorno amnésico, nem é melhor explicada por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno Relacionado a Substância, Transtorno Depressivo Maior).



APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Neurocognitivo Leve

**Características Associadas**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Neurocognitivo Leve \ Características Associadas

As características associadas dependem da condição médica geral básica. No caso de certos transtornos crônicos (por ex., hipoxemia, desequilíbrios eletrolíticos), o perfil cognitivo geralmente envolve uma redução generalizada de todas as funções cognitivas. Algumas condições neurológicas e outras condições médicas gerais produzem padrões de prejuízo cognitivo que sugerem mais um envolvimento cerebral "subcortical" (isto é, prejuízo desproporcional na capacidade para concentrar-se e para aprender novos fatos e na velocidade e eficiência do processamento de informações). Estas incluem as fases iniciais da doença de Huntington, transtorno neurocognitivo associado ao HIV e doença de Parkinson. Outras condições (por ex., lúpus eritematoso sistêmico) estão associadas mais freqüentemente com um padrão multifocal ou difuso de perda cognitiva. O EEG pode mostrar leve lentificação da atividade de fundo ou perturbação nos potenciais evocados. Um leve prejuízo cognitivo, mesmo em casos de doença de Alzheimer inicial, freqüentemente está presente, sem alterações específicas em estudos neuro-anatômicos usando imagem por ressonância magnética (IRM) ou tomografia computadorizada (TC). Anormalidades tendem mais a estar presentes em estudos funcionais de imagens cerebrais (tomografia computadorizada por emissão de fóton único [TCEFU], tomografia por emissão de pósitrons [TEP] e IRM funcional). O curso depende da etiologia básica. Em alguns casos, o prejuízo cognitivo piora lentamente, de modo que, ao final, um diagnóstico de demência torna-se apropriado (por ex., fases iniciais da doença de Alzheimer, doença de Huntington e outras condições neurodegenerativas de progressão lenta). Em outros casos, a perturbação pode melhorar lentamente, como na recuperação gradual do hipotireoidismo. Em alguns casos, as perturbações cognitivas devido a severos desarranjos metabólicos ou doenças infecciosas podem resolver-se parcialmente, mas ser caracterizadas por um prejuízo residual permanente.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Neurocognitivo Leve

**Diagnóstico Diferencial**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Neurocognitivo Leve \ Diagnóstico Diferencial

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

No DSM-IV, os indivíduos cuja apresentação satisfaz esses critérios para pesquisas seriam diagnosticados como tendo **Transtorno Cognitivo Sem Outra Especificação**.

Embora não existam limites claros entre o transtorno neurocognitivo leve e a **demência**, o transtorno neurocognitivo leve apresenta menor prejuízo cognitivo e menor impacto sobre as atividades diárias, e o prejuízo de memória não é uma exigência. O transtorno neurocognitivo leve pode ser confundido com um **delirium** de evolução lenta, especialmente no início do seu curso. O transtorno neurocognitivo leve pode ser diferenciado de um **transtorno amnésico** pela exigência de que haja prejuízo cognitivo em pelo menos duas áreas. O transtorno neurocognitivo leve não deve ser considerado se os sintomas de um indivíduo satisfazem os critérios para um **Transtorno Relacionado a Substância** (incluindo efeitos colaterais de medicamentos). Nesses casos, aplica-se o diagnóstico de Transtorno Relacionado a Substância Sem Outra Especificação.

O **Transtorno pós-concussão**, outra categoria listada neste apêndice (ver p. 664), é diferenciado do transtorno neurocognitivo leve pela presença de um padrão sintomático e uma etiologia (isto é, lesão craniana fechada) específica.

As perturbações neurocognitivas leves são um aspecto associado comum em diversos **transtornos mentais** (por ex., Transtorno Depressivo Maior). O transtorno neurocognitivo leve apenas deve ser considerado se o prejuízo cognitivo é melhor explicado pelos efeitos diretos de uma condição médica geral, do que por um transtorno mental. Os indivíduos com **Declínio Cognitivo Relacionado à Idade** podem ter níveis similares de prejuízo cognitivo, mas o declínio é considerado parte do processo normal de envelhecimento, ao invés de ser atribuído a uma condição médica geral. Os indivíduos podem relatar **queixas subjetivas de prejuízo no funcionamento cognitivo** que não podem ser corroboradas pelos testes neuropsicológicos ou não são consideradas associadas a uma condição médica geral. Este transtorno proposto não deve ser considerado para essas apresentações.

#### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Neurocognitivo Leve \ Diagnóstico Diferencial

##### Critérios para pesquisas para transtorno neurocognitivo leve

- A. Presença de pelo menos dois dos seguintes prejuízos no funcionamento cognitivo, na maior parte do tempo, por um período de pelo menos 2 semanas (conforme relatos do indivíduo ou de um informante confiável):**
- (1) prejuízo de memória, identificado por uma capacidade reduzida de aprender ou recordar informações
  - (2) perturbação no funcionamento executivo (isto é, planejamento, organização, seqüenciamento, abstração)
  - (3) perturbação na atenção ou velocidade do processamento de informações
  - (4) prejuízo nas capacidades percepto-motoras

- (5) prejuízo na linguagem (por ex., compreensão, "encontrar palavras")
- B. Existem evidências objetivas, a partir do exame físico ou de achados laboratoriais (incluindo técnicas de neuroimagem), de uma condição neurológica ou médica geral considerada etiologicamente relacionada à perturbação cognitiva.**
- C. Existem evidências, por testes neuropsicológicos ou avaliação cognitiva quantificada, de uma anormalidade ou declínio no desempenho.**
- D. Os déficits cognitivos causam acentuado sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e representam um declínio a partir de um nível anterior de funcionamento.**
- E. A perturbação cognitiva não satisfaz os critérios para um delírium, uma demência ou um transtorno amnésico, nem é melhor explicada por outro transtorno mental (por ex., um Transtorno Relacionado a Substância, Transtorno Depressivo Maior).**

#### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

##### Abstinência de Cafeína

#### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Abstinência de Cafeína

##### Características

#### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Abstinência de Cafeína \ Características

O aspecto essencial é uma síndrome característica de abstinência devido à cessação ou redução abrupta no uso de produtos contendo cafeína após um uso diário prolongado. A síndrome inclui cefaléia e pelo menos um dos seguintes sintomas: acentuada fadiga e sonolência, acentuada ansiedade ou depressão, náusea ou vômitos. Esses sintomas parecem ser mais prevalentes em indivíduos com uso pesado (500mg/dia), mas podem ocorrer em indivíduos com uso leve (100mg/dia). Os sintomas podem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Os sintomas não devem ser decorrentes dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral, nem devem ser melhor explicados por outro transtorno mental.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Abstinência de Cafeína

**Características Associadas**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Abstinência de Cafeína \ Características Associadas

Os sintomas associados incluem um forte anseio por cafeína e um desempenho cognitivo piorado (especialmente em tarefas de vigilância). Os sintomas podem iniciar dentro de 12 horas após a cessação do uso de cafeína, atingir um pico em torno de 24-48 horas e durar até 1 semana. Alguns indivíduos podem buscar tratamento médico para esses sintomas, sem perceberem que são causados pela cafeína.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Abstinência de Cafeína

**Diagnóstico Diferencial**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Abstinência de Cafeína \ Diagnóstico Diferencial

No DSM-IV, os indivíduos cuja apresentação satisfaz esses critérios para pesquisas seriam diagnosticados como tendo **Transtorno Relacionado à Cafeína Sem Outra Especificação**.

Para uma discussão geral do diagnóstico diferencial de Transtornos Relacionados a Substâncias, ver pp. 185-186. Os sintomas não devem ser decorrentes dos efeitos fisiológicos diretos de uma **condição médica geral** (por ex., enxaqueca, doença viral), nem devem ser melhor explicados por **outro transtorno mental**. Dores de cabeça, fadiga, náusea ou vômitos devido a uma condição médica geral ou ao **início ou cessação de um medicamento** podem causar um quadro clínico similar à abstinência de cafeína. Os sintomas de sonolência, fadiga e alterações do humor por abstinência de cafeína podem imitar a **Abstinência de Anfetamina** ou de **Cocaína**. O relacionamento temporal dos sintomas com a cessação do uso de cafeína e o curso de tempo limitado dos sintomas geralmente estabelecem o diagnóstico. Se o diagnóstico não está claro, um teste diagnóstico com cafeína pode ser útil.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Abstinência de Cafeína \ Diagnóstico Diferencial

**Critérios para pesquisas para abstinência de cafeína**

**A. Uso diário prolongado de cafeína.**

**B. Cessação abrupta do uso de cafeína ou redução na quantidade de cafeína usada, prontamente seguida de cefaléia e pelo menos um dos seguintes sintomas:**

- (1) fadiga ou sonolência acentuada
- (2) ansiedade ou depressão acentuada
- (3) náusea ou vômito

**C. Os sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.**

**D. Os sintomas não são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (por ex., enxaqueca, doenç a viral), nem são melhor explicados por outro transtorno mental.**

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

### Descritores Dimensionais Alternativos para Esquizofrenia

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Descritores Dimensionais Alternativos para Esquizofrenia

Em vista das limitações nos subtipos clássicos de Esquizofrenia (ver pp. 274-275), um modelo dimensional de três fatores (psicótico, desorganizado e negativo) foi sugerido para descrever a sintomatologia atual e ao longo da vida. O fator psicótico inclui delírios e alucinações. O fator desorganizado inclui discurso desorganizado, comportamento desorganizado e afeto inadequado. O fator negativo inclui os vários sintomas negativos. Estudos sugerem que a gravidade dos sintomas dentro de cada um desses três fatores tende a variar em conjunto, tanto transecionalmente quanto ao longo do tempo, ao passo que isto é menos verdadeiro para os sintomas entre os fatores. Por exemplo,   medida que os delírios se tornam mais severos, as alucinações também tendem a ter sua gravidade aumentada. Em contraste, a gravidade dos sintomas negativos ou desorganizados está menos relacionada à gravidade das alucinações ou delírios. Um modelo para o entendimento da heterogeneidade clínica da Esquizofrenia sugere que cada uma dessas três dimensões pode ter diferentes processos fisiopatológicos básicos e respostas ao tratamento. Várias combinações de gravidade nas três dimensões são encontradas na prática clínica, sendo relativamente raro uma dimensão apresentar-se na completa ausência das outras. Apresentamos a seguir um sistema para a aplicação dessas dimensões nas

  Editora Artes Médicas Sul Ltda



pesquisas e estudos clínicos.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Descritores Dimensionais Alternativos para Esquizofrenia**

**Descritores dimensionais alternativos para Esquizofrenia**

**Especificar: ausente, leve, moderado e severo para cada dimensão. A proeminência dessas dimensões pode ser especificada para o episódio atual (isto é, nos 6 últimos meses), para o curso do transtorno ao longo da vida ou para ambos.**

**Dimensão psicótica (alucinações/delírios):** descreve o grau em que alucinações ou delírios estiveram presentes.

**Dimensão desorganizada:** descreve o grau em que discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou afeto inadequado estiveram presentes.

**Dimensão negativa (déficit):** descreve o grau em que sintomas negativos (isto é, embotamento afetivo, alogia, avolição) estiveram presentes.

**Nota:** Não incluir sintomas que parecem ser secundários à depressão, efeitos colaterais de medicamentos, alucinações ou delírios.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Descritores Dimensionais Alternativos para Esquizofrenia**

Dois exemplos que incluem o subtipo e especificadores de curso do DSM-IV, bem como a abordagem dimensional proposta:

**Exemplo 1:**

**295.30 Esquizofrenia, Tipo Paranóide, Contínuo Atual:**

Com dimensão psicótica severa  
Com dimensão desorganizada ausente  
Com dimensão negativa moderada

**Ao longo da vida:**

Com dimensão psicótica leve  
Com dimensão desorganizada ausente  
Com dimensão negativa leve

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Descritores Dimensionais Alternativos para Esquizofrenia**

**Exemplo 2**

**295.60 Esquizofrenia, Tipo Residual, Episódica Com Sintomas Residuais Atual:**

Com dimensão psicótica leve

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Com dimensão desorganizada leve  
Com dimensão negativa leve

Ao longo da vida:

Com dimensão psicótica moderada  
Com dimensão desorganizada leve  
Com dimensão negativa leve

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

### Transtorno Depressivo Pós-Psicótico da Esquizofrenia

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Pós-Psicótico da Esquizofrenia

#### Características

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Pós-Psicótico da Esquizofrenia \ Características

A característica essencial é um Episódio Depressivo Maior (ver p. 306) sobreposto e ocorrendo apenas durante a fase residual da Esquizofrenia. A fase residual da Esquizofrenia segue-se à fase ativa (isto é, sintomas satisfazem o Critério A). O transtorno caracteriza-se pela persistência de sintomas negativos ou da fase ativa, que se apresentam de forma atenuada (por ex., crenças estranhas, experiências perceptivas incomuns). O Episódio Depressivo Maior sobreposto deve incluir um humor deprimido (isto é, perda do interesse ou prazer não pode servir como uma alternativa para humor triste ou deprimido). Mais tipicamente, o Episódio Depressivo Maior segue-se imediatamente à remissão dos sintomas da fase ativa do episódio psicótico, podendo às vezes se seguir a um intervalo curto ou prolongado durante o qual não ocorrem sintomas psicóticos. Os sintomas de humor devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma droga de abuso, um medicamento ou de uma condição médica geral não contam para o transtorno depressivo pós-psicótico da Esquizofrenia.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Pós-Psicótico da Esquizofrenia

#### Características Associadas

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Pós-Psicótico da Esquizofrenia \ Características Associadas**

Em contraste com indivíduos com Esquizofrenia sem episódios depressivos pós-psicóticos, esses indivíduos estão mais propensos a viver sozinhos e a ter menos suporte social. Outros fatores de risco podem incluir um número maior de hospitalizações anteriores, história de recaídas psicóticas enquanto tratado com medicamentos antipsicóticos, início insidioso de episódios psicóticos, episódios depressivos anteriores e tentativas anteriores de suicídio. Pode haver perdas recentes, acontecimentos vitais indesejáveis e outros estressores. Até 25% dos indivíduos com Esquizofrenia podem ter esta condição em algum momento durante o curso de sua doença. Homens e mulheres parecem igualmente vulneráveis. Esses indivíduos parecem mais propensos à recidiva de um episódio psicótico ou a serem hospitalizados do que aqueles sem depressão. Os indivíduos com Esquizofrenia que têm parentes biológicos em primeiro grau com história de Transtorno Depressivo Maior podem estar em maior risco para depressões pós-psicóticas. Esta condição está associada com ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídios completados.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Pós-Psicótico da Esquizofrenia**

**Diagnóstico Diferencial**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Pós-Psicótico da Esquizofrenia \ Diagnóstico Diferencial**

No DSM-IV, os indivíduos cuja apresentação satisfaz esses critérios de diagnóstico seriam diagnosticados como tendo **Transtorno Depressivo Maior Sem Outra Especificação**.

O **Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral** é diferenciado desta perturbação pelo fato de que os sintomas depressivos são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo). O **Transtorno do Humor Induzido por Substâncias** é distinguido desta perturbação pelo fato de que os sintomas depressivos se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma droga de abuso (por ex., álcool, cocaína) ou aos efeitos colaterais de um medicamento. Os indivíduos com Esquizofrenia freqüentemente estão usando medicamentos neurolépticos de manutenção, que podem causar disforia ou Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos, como efeitos colaterais. Esses efeitos colaterais podem ser confundidos com sintomas depressivos. O **Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos** com acinesia (ver p. 694) é caracterizado por uma capacidade reduzida para iniciar ou manter



comportamentos, o que pode levar a uma falta de espontaneidade ou anedonia. A **Acatisia Induzida por Neurolépticos** (ver p. 702) pode ser tomada por ansiedade ou agitação, podendo haver associação com humor deprimido ou ideação suicida. Um ajuste no tipo ou na dose do medicamento pode auxiliar na redução desses efeitos colaterais e no esclarecimento da causa dos sintomas.

O diagnóstico diferencial entre sintomas depressivos pós-psicóticos e **sintomas negativos da Esquizofrenia** (isto é, avolição, alogia, embotamento afetivo) pode ser particularmente difícil. Os sintomas negativos devem ser distinguidos de outros sintomas de depressão (por ex., tristeza, culpa, vergonha, impotência, desamparo e baixa auto-estima). No **Transtorno Esquizoafetivo** e no **Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos**, deve haver um período de sobreposição entre o episódio psicótico completo e o episódio de humor. Em contraste, este transtorno proposto exige que os sintomas de um Episódio Depressivo Maior ocorram apenas durante a fase residual da Esquizofrenia.

Uma **desmoralização** pode ocorrer durante o curso da Esquizofrenia, mas não deve ser considerada depressão pós-psicótica, a menos que todos os critérios para um Episódio Depressivo Maior sejam satisfeitos. O **Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido** é diferenciado dos sintomas depressivos pós-psicóticos na Esquizofrenia porque os sintomas depressivos no Transtorno de Ajustamento não satisfazem os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

#### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Pós-Psicótico da Esquizofrenia \ Diagnóstico Diferencial

##### **Critérios para pesquisas para transtorno depressivo pós-psicótico da Esquizofrenia**

**A. São satisfeitos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.**

**Nota: O Episódio Depressivo Maior deve incluir o Critério A1: humor deprimido. Não incluir sintomas que são melhor explicados como efeitos colaterais de medicamentos ou sintomas negativos de Esquizofrenia.**

**B. O Episódio Depressivo Maior é sobreposto e ocorre apenas durante a fase residual da Esquizofrenia.**

**C. O Episódio Depressivo Maior não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral.**

#### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

## Transtorno Deteriorante Simples (Esquizofrenia Simples)

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Deteriorante Simples (Esquizofrenia Simples)

### Características

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Deteriorante Simples (Esquizofrenia Simples) \ Características

A característica essencial é o desenvolvimento de sintomas negativos proeminentes, que representam uma clara mudança a partir de um nível básico pré-estabelecido. Esses sintomas são suficientemente severos para provocarem um declínio acentuado no funcionamento ocupacional ou acadêmico. Se sintomas psicóticos positivos (por ex., alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento desorganizado, comportamento catatônico) já estiveram presentes, esses não foram proeminentes. Este padrão deve ser considerado apenas depois que foram descartadas todas as outras causas possíveis para a deterioração, isto é, a apresentação não é melhor explicada por um Transtorno da Personalidade Esquizotípica ou Esquizóide, um Transtorno Psicótico, do Humor ou de Ansiedade, demência ou Retardo Mental, e os sintomas não são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral. Os sintomas negativos desenvolvem-se de modo insidioso e progressivo, ao longo de um período de pelo menos 1 ano, na adolescência ou depois desta. As respostas emocionais tornam-se embotadas, superficiais, sem modulação e vazias. O discurso torna-se empobrecido em termos de palavras e significados. Existe uma alteração definida na "personalidade", com uma perda acentuada de **rapport** interpessoal. Os relacionamentos mais íntimos perdem o calor e a reciprocidade, a interação social em geral se torna desajeitada, com frequência causando isolamento e retraimento. A iniciativa cede lugar à apatia, e a ambição, à avolição. A perda de interesse estende-se aos detalhes diários de cuidados pessoais. A pessoa pode parecer esquecida e distraída. As habilidades acadêmicas ou ocupacionais perdem-se, resultando em um padrão de empregos breves e simples e desemprego freqüente.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Deteriorante Simples (Esquizofrenia Simples)

### Características Associadas

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Deteriorante Simples (Esquizofrenia Simples) \ Características Associadas**

Qualquer uma das características dos Transtorno da Personalidade Esquizóide ou Esquizotípica pode estar presente. As mais comuns são peculiaridades no vestuário e no comportamento, lapsos na higiene, superinvestimento em idéias esquisitas ou experiências perceptivas incomuns, tais como ilusões. Este transtorno proposto pode ocorrer em adolescentes e adultos de ambos os sexos. Boas estimativas de prevalência e incidência não estão disponíveis, mas está claro que o transtorno é raro. O curso, pelo menos nos primeiros anos, é de declínio progressivo, com deterioração proeminente do funcionamento. Esta deterioração no funcionamento assemelha-se ao curso característico da Esquizofrenia e distingue esta condição dos Transtornos da Personalidade Esquizóide e Esquizotípica. Sintomas que satisfazem o Critério A para Esquizofrenia podem emergir, então, modificando-se o diagnóstico para Esquizofrenia. Nesses casos, este padrão se caracteriza como um pródromo prolongado da Esquizofrenia. Em outros casos, este padrão atenua sua gravidade, como pode ocorrer na Esquizofrenia. Para a maioria dos indivíduos, o curso é contínuo, com a deterioração ocorrendo nos primeiros anos após os sintomas prodrômicos e a seguir alcançando um platô, mantendo uma capacidade funcional marginal e reduzida, porém estável.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Deteriorante Simples (Esquizofrenia Simples)**

**Diagnóstico Diferencial**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Deteriorante Simples (Esquizofrenia Simples) \ Diagnóstico Diferencial**

No DSM-IV, os indivíduos cuja apresentação satisfaz esses critérios para pesquisas seriam diagnosticados como tendo **Transtorno Mental Inespecificado**.

Este padrão deve ser considerado apenas depois de descartadas todas as outras possíveis causas de deterioração no funcionamento. Este padrão é diferenciado dos transtornos incluídos na seção "Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos" pela ausência de sintomas psicóticos positivos proeminentes. Esses transtornos incluem **Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Psicótico Breve, Transtorno Delirante, Transtorno Psicótico Compartilhado e Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação**, que exigem pelo menos um sintoma positivo por algum período de tempo. Este transtorno proposto é diferenciado dos **Transtornos da Personalidade Esquizóide e Esquizotípica**, bem como de outros Transtornos da Personalidade, pela exigência

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



de uma nítida alteração da personalidade e acentuada deterioração do funcionamento. Em contraste, os Transtornos da Personalidade representam padrões vitalícios, sem deterioração progressiva. Os **Transtornos do Humor** podem imitar a apatia e anedonia do transtorno deteriorante simples, mas em um Transtorno do Humor ocorre um afeto depressivo (tristeza, falta de esperanças, desamparo, culpa dolorosa), e o curso tende a ser episódico. Além disso, no transtorno deteriorante simples, existe um sentimento de vazio ao invés de um humor doloroso ou proeminentemente depressivo, e o curso é contínuo e progressivo. A distinção pode ser mais difícil com o **Transtorno Distímico**, no qual o curso também pode ser contínuo e no qual sintomas vegetativos e um humor dolorosamente depressivo podem não ser proeminentes. Este transtorno proposto pode imitar a **Dependência Crônica de Substâncias** e apenas deve ser considerado se a alteração e deterioração da personalidade antecedem o uso extenso de substâncias. Uma **Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral** distingue-se pela presença de uma condição médica geral etiológica. O prejuízo cognitivo do transtorno deteriorante simples pode ser confundido com **Retardo Mental** ou **demência**. O Retardo Mental é distinguido por seu início típico na infância. A demência é diferenciada pela presença de uma condição médica geral etiológica ou uso de substâncias.

O diagnóstico diferencial mais difícil talvez seja com **ausência de transtorno mental**. O transtorno deteriorante simples freqüentemente leva a pessoa a tornar-se um membro marginal da sociedade. Contudo, isto não significa que os membros marginais da sociedade tenham, necessariamente, este transtorno proposto. As características que definem o transtorno deteriorante simples envolvem sintomas negativos, os quais tendem mais a estar em um **continuum** com a normalidade do que os sintomas positivos e podem ser imitados por uma variedade de fatores (ver a discussão relevante na seção "Esquizofrenia", [p. 266](#)). Portanto, é preciso ter especial cuidado para não aplicar este diagnóstico com demasiada amplitude.

#### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Deteriorante Simples (Esquizofrenia Simples) \ Diagnóstico Diferencial

**Critérios para pesquisas para transtorno deteriorante simples (Esquizofrenia simples)**

**A. Desenvolvimento progressivo, ao longo de um período mínimo de 1 ano, de todos os seguintes sintomas:**

- (1) acentuado declínio do funcionamento ocupacional ou acadêmico
- (2) início e aprofundamento gradual de sintomas negativos, tais como afeto embotado, alergia e avolição
- (3) fraco rapport interpessoal, isolamento social ou retraimento social

**B. O Critério A para Esquizofrenia jamais foi satisfeito.**

C. Os sintomas não são melhor explicados por Transtorno da Personalidade Esquizotípico ou Esquizóide, Transtorno Psicótico, Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Demência ou Retardo Mental, nem são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral.

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

### Transtorno Disfórico Pré-Menstrual

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Disfórico Pré-Menstrual

### Características

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Disfórico Pré-Menstrual \ Características

As características essenciais são sintomas tais como humor acentuadamente deprimido, ansiedade acentuada, marcante instabilidade afetiva e interesse diminuído por atividades. Esses sintomas ocorreram regularmente durante a última semana da fase lútea na maioria dos ciclos menstruais durante o ano anterior. Os sintomas começam a apresentar remissão dentro de alguns dias após o início da menstruação (a fase folicular) e estão sempre ausentes na semana seguinte à menstruação.

Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas devem ter estado presentes na maior parte do tempo durante a última semana da fase lútea, dos quais pelo menos um dos quatro primeiros:

- 1) sentimento de tristeza, falta de esperanças ou autodepreciação;
- 2) sentimento de tensão, ansiedade ou "nervosismo";
- 3) acentuada instabilidade do humor mesclada com choro freqüente;
- 4) irritabilidade persistente, raiva e conflitos interpessoais aumentados;
- 5) redução do interesse pelas atividades habituais, que pode estar associada com retraimento dos relacionamentos sociais;
- 6) dificuldade em concentrar-se;
- 7) sensação de fadiga, letargia ou falta de energia;
- 8) alterações acentuadas do apetite, que podem estar associadas com compulsões

alimentares periódicas ou averse por certos alimentos;

9) hipersonia ou insônia;

10) sentimento subjetivo de descontrole;

11) sintomas físicos tais como sensibilidade ou inchaço das mamas, cefaléia ou sensações de inchaço geral ou ganho de peso, com a impressão de que as roupas, sapatos ou anéis estão mais apertados. Também pode haver dores nas articulações ou nos músculos. Os sintomas podem ser acompanhados de pensamentos suicidas.

Este padrão sintomático deve ter ocorrido na maioria dos meses, nos últimos 12 meses. Os sintomas desaparecem completamente logo após o início da menstruação. O padrão mais típico parece ser o de disfunção durante a semana anterior à menstruação, que desaparece durante a sua ocorrência. Atipicamente, algumas mulheres também têm sintomas por alguns dias no período da ovulação; umas poucas mulheres com ciclos curtos podem, portanto, estar livres de sintomas por apenas 1 semana a cada ciclo.

Tipicamente, os sintomas têm gravidade (mas não duração) comparável à de um Episódio Depressivo Maior e devem causar um prejuízo acentuado e óbvio na capacidade de funcionar social ou ocupacionalmente na semana anterior às regras. O prejuízo no funcionamento social pode ser manifestado por discórdia conjugal e problemas com os amigos e a família. É muito importante não confundir problemas conjugais ou ocupacionais de longa duração com a disfunção que ocorre apenas no período pré-menstrual. Existe um grande contraste entre o sentimento depressivo da mulher e a dificuldade para funcionar durante esses dias e sua história e capacidades durante o resto do mês. Esses sintomas podem apresentar-se sobrepostos a um outro transtorno, mas não são meramente uma exacerbação dos sintomas de outro transtorno, como Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Pânico, Transtorno Distímico ou Transtorno da Personalidade. A presença de um padrão sintomático cíclico deve ser confirmada por pelo menos 2 meses consecutivos de avaliações prospectivas diárias dos sintomas. Estas devem ser feitas pela mulher e podem também ser realizadas por alguém com quem ela convive. É importante que esses registros sejam feitos diariamente, ao invés de compostos retrospectivamente, de memória.

## **APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Disfórico Pré-Menstrual**

### **Características Associadas**

## **APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Disfórico Pré-Menstrual \ Características Associadas**

**As mulheres que tiveram um Transtorno Depressivo Maior recorrente, Transtorno**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Bipolar I ou II ou uma história familiar desses transtornos podem estar em maior risco para ter uma perturbação que satisfaça os critérios para pesquisas para transtorno disfórico pré-menstrual. As mulheres que tiveram severos episódios de Depressão Maior, Mania ou psicose pós-parto também podem estar em maior risco para severas alterações disfóricas do humor no período pré-menstrual. Frequentemente existe uma história de Transtornos do Humor e de Ansiedade prévios. Delírios e alucinações foram descritos na fase lútea tardia do ciclo menstrual, mas são muito raros.

Embora as mulheres com a combinação de dismenorréia (menstruações dolorosas) e transtorno disfórico pré-menstrual estejam de algum modo mais propensas a buscar tratamento do que aquelas com apenas uma dessas condições, a maioria das mulheres pode ter apenas uma delas. Uma ampla faixa de condições médicas gerais pode piorar na fase pré-menstrual ou lútea (por ex., enxaqueca, asma, alergias e transtornos convulsivos). Não existem testes laboratoriais específicos capazes de diagnosticarem a perturbação. Entretanto, em diversos estudos preliminares, certos achados laboratoriais anormais (por ex., padrões de secreção de serotonina ou melatonina, achados no EEG do sono) foram observados em grupos de mulheres com este transtorno proposto, em comparação com sujeitos-controle.

Estima-se que pelo menos 75% das mulheres relatem alterações pré-menstruais menores ou isoladas. Estudos limitados sugerem uma ocorrência de "síndrome pré-menstrual" (variadamente definida) de 20-50%, e que 3 a 5% das mulheres experimentam sintomas capazes de satisfazer os critérios para este transtorno proposto. Os estudos sistemáticos sobre o curso e estabilidade desta condição são muito escassos. Os sintomas pré-menstruais podem começar em qualquer idade após a menarca, com o início dos sintomas ocorrendo mais frequentemente da adolescência até a casa dos 20 anos. As mulheres que buscam tratamento geralmente estão na faixa dos 30 anos. Os sintomas em geral apresentam remissão com a menopausa. Embora os sintomas não ocorram necessariamente em cada ciclo, eles estão presentes na maioria deles. Os sintomas podem ser mais intensos em alguns meses do que em outros, sendo que as mulheres relatam uma piora com a idade, até cessarem com o início da menopausa.

#### **APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Disfórico Pré-Menstrual**

### **Diagnóstico Diferencial**

#### **APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Disfórico Pré-Menstrual \ Diagnóstico Diferencial**

No DSM-IV, os indivíduos cuja apresentação satisfaz esses critérios para pesquisas seriam diagnosticados como tendo **Transtorno Depressivo Sem Outra**

### Especificação.

As alterações transitórias do humor que muitas mulheres experimentam à época de seus períodos não devem ser consideradas um transtorno mental. O transtorno disfórico pré-menstrual deve ser considerado apenas quando os sintomas interferem acentuadamente no trabalho ou na escola ou em atividades sociais costumeiras e relacionamentos (por ex., evitar atividades sociais, redução da produtividade e eficiência no trabalho ou na escola). O transtorno disfórico pré-menstrual pode ser distinguido da "síndrome pré-menstrual", bem mais comum, pelo uso de avaliações diárias prospectivas e critérios listados adiante. Ele difere da "síndrome pré-menstrual" por seu padrão sintomático característico, sua gravidade e prejuízo resultante.

O transtorno disfórico pré-menstrual deve ser diferenciado da **exacerbação pré-menstrual de um transtorno mental atual** (por ex., Transtornos do Humor, Transtornos de Ansiedade, Transtornos Somatoformes, Bulimia Nervosa, Transtornos por Uso de Substâncias e Transtornos da Personalidade). Nestas situações (que são bem mais comuns do que o transtorno disfórico pré-menstrual), existe uma piora pré-menstrual dos sintomas, mas estes persistem durante todo o ciclo menstrual. Embora esta condição não deva ser considerada em mulheres que apenas vivenciam uma exacerbação pré-menstrual de um outro transtorno mental, ela pode ser considerada em acréscimo ao diagnóstico de um outro transtorno mental, se a mulher experimentar sintomas e alterações no nível de funcionamento característicos do transtorno disfórico pré-menstrual, acentuadamente diferentes dos sintomas experimentados como parte do transtorno existente.

Algumas mulheres com **condições médicas gerais** podem apresentar disforia e fadiga, exacerbadas durante o período pré-menstrual. Exemplos: transtornos convulsivos, transtornos da tireóide e outras condições endócrinas, câncer, lúpus eritematoso sistêmico, anemias, endometriose e várias infecções. Estas condições médicas gerais podem ser distinguidas do transtorno disfórico pré-menstrual pela história, testes laboratoriais ou exame físico.

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Disfórico Pré-Menstrual \ Diagnóstico Diferencial

### Critérios para pesquisas para transtorno disfórico pré-menstrual

A. Na maioria dos ciclos menstruais durante o ano anterior, pelo menos cinco dos sintomas seguintes estiveram presentes na maior parte do tempo durante a última semana da fase lútea, começaram a remitir dentro de alguns dias após o início da fase folicular e estiveram ausentes na semana após a menstruação, com pelo menos um dos sintomas sendo (1), (2), (3) ou (4):

(1) humor acentuadamente deprimido, sentimentos de falta de esperanças ou pensamentos autodepreciativos



(2) acentuada ansiedade, tensão, sentimento de estar "com os nervos à flor da pele"

(3) instabilidade afetiva acentuada (por ex., subitamente triste ou em prantos ou sensibilidade aumentada à rejeição)

(4) raiva ou irritabilidade persistente e acentuada ou conflitos interpessoais aumentados

(5) interesse diminuído pelas atividades habituais (por ex., trabalho, escola, amigos, passatempos)

(6) sentimento subjetivo de dificuldade em concentrar-se

(7) letargia, fadiga fácil ou acentuada falta de energia

(8) acentuada alteração do apetite, excessos alimentares ou avidez por determinados alimentos

(9) hipersonia ou insônia

(10) sentimento subjetivo de descontrole emocional

(11) outros sintomas físicos, tais como sensibilidade ou inchaço das mamas, cefaléia, dor articular ou muscular, sensação de "inchaço geral", ganho de peso

**Nota:** Em mulheres que menstruam, a fase lútea corresponde ao período entre a ovulação e o início das regras, e a fase folicular inicia-se com a menstruação. Em mulheres que não menstruam (por ex., aquelas que passaram por histerectomia), o momento das fases lútea e folicular pode exigir uma medição dos hormônios reprodutores na circulação.

**B.** A perturbação interfere acentuadamente no trabalho ou na escola ou em atividades sociais habituais e relacionamentos com outros (por ex., evitar atividades sociais, redução produtividade e eficiência no trabalho ou na escola).

**C.** A perturbação não é uma mera exacerbação dos sintomas de outro transtorno, como Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Pânico, Transtorno Distímico ou um Transtorno da Personalidade (embora possa estar sobreposta a qualquer um destes).

**D.** Os Critérios A, B e C devem ser confirmados por avaliações diárias prospectivas durante pelo menos dois ciclos sintomáticos consecutivos (o diagnóstico pode ser feito provisoriamente, antes desta confirmação).

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

### Critério B Alternativo para Transtorno Distímico

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Critério B Alternativo para Transtorno Distímico

Existem algumas controvérsias envolvendo os sintomas que melhor definem o

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Transtorno Distímico. Os resultados do estudo de campo para Transtornos do Humor do DSM-IV sugerem que a seguinte versão alternativa do Critério B pode ser mais característica do Transtorno Distímico do que a versão do Critério B existente no DSM-III-R e no DSM-IV. Entretanto, evidências confirmadoras adicionais ainda precisam ser coletadas, antes que esses itens sejam incorporados à definição oficial de Transtorno Distímico.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Critério B Alternativo para Transtorno Distímico

**Critério B alternativo para pesquisas para Transtorno Distímico**

**B. Presença, enquanto deprimido, de pelo menos três dos seguintes sintomas:**

- (1) baixa auto-estima ou autoconfiança ou sentimentos de inadequação
- (2) sentimentos de pessimismo, desespero ou falta de esperanças
- (3) perda generalizada de interesse ou prazer
- (4) retraimento social
- (5) fadiga crônica ou cansaço
- (6) sentimentos de culpa, ruminações sobre o passado
- (7) sentimentos subjetivos de irritabilidade ou raiva excessiva
- (8) redução da atividade, efetividade ou produtividade
- (9) dificuldade em pensar, refletida por fraca concentração, fraca memória ou indecisão

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

**Transtorno Depressivo Menor**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Menor

**Características**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Menor \ Características

A característica essencial é de um ou mais períodos de sintomas depressivos de duração idêntica aos Episódios Depressivos Maiores, porém envolvendo menos sintomas e menor prejuízo. Um episódio envolve um humor triste ou "deprimido" ou a perda de interesse ou prazer por praticamente todas as atividades. No total, pelo menos dois, mas menos de cinco sintomas adicionais devem estar presentes.

Ver o texto para Episódio Depressivo Maior (p. 306), para uma descrição mais detalhada dos sintomas característicos. No início do episódio, os sintomas estão presentes pela primeira vez ou devem ter piorado claramente, em comparação com o estado pré-episódio da pessoa. Durante o episódio, esses sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Em alguns indivíduos, pode haver um funcionamento quase normal, mas este é conquistado às custas de um significativo esforço adicional.

Diversos transtornos excluem a consideração deste transtorno proposto. Jamais deve ter havido um Episódio Depressivo Maior, Maníaco, Misto ou Hipomaníaco, nem são satisfeitos os critérios para Transtorno Distímico ou Ciclotímico. A perturbação do humor não ocorre exclusivamente durante Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

#### **APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Menor**

##### **Características Associadas**

#### **APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Menor \ Características Associadas**

A prevalência deste transtorno proposto, como definido aqui, não está clara, mas ele pode ser relativamente comum, especialmente na rede primária e em contextos ambulatoriais de saúde mental. Diversas condições médicas gerais (por ex., acidente cerebrovascular, câncer e diabete) parecem estar associadas. Estudos familiares sugerem um aumento deste padrão sintomático entre os parentes de probandos com Transtorno Depressivo Maior.

#### **APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Menor**

##### **Diagnóstico Diferencial**

#### **APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Menor \ Diagnóstico Diferencial**

No DSM-IV, os indivíduos cuja apresentação satisfaz esses critérios para pesquisas seriam diagnosticados como tendo Transtorno de Ajustamento com Humor Deprimido, no caso de os sintomas depressivos ocorrerem em resposta a um estressor psicossocial; de outro modo, o diagnóstico apropriado é de Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação.

Um episódio de transtorno depressivo menor é diferenciado de um Episódio Depressivo Maior pelo número de sintomas exigidos (dois a quatro sintomas para transtorno depressivo menor e pelo menos cinco sintomas para Episódio Depressivo Maior). Este transtorno proposto é considerado uma categoria residual e não deve ser usado se existe uma história de um Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco, Episódio Misto ou Episódio Hipomaníaco, ou se a apresentação satisfaz os critérios para Transtorno Distímico ou Transtorno Ciclotímico. Os sintomas que satisfazem esses critérios para pesquisas para transtorno depressivo menor podem ser difíceis de diferenciar de períodos de tristeza que fazem parte da vida cotidiana. Este transtorno proposto exige que os sintomas depressivos estejam presentes na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos 2 semanas. Além disso, os sintomas depressivos devem causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos. Os sintomas depressivos que ocorrem em resposta à perda de um ente querido são considerados Luto (a menos que satisfaçam os critérios para Episódio Depressivo Maior; ver p. 306). Um Transtorno do Humor Induzido por Substância é diferenciado desta perturbação no sentido de que os sintomas depressivos são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma droga de abuso (por ex., álcool ou cocaína) ou aos efeitos colaterais de medicamentos (por ex., esteróides) (ver pp. 352-353). Um Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral é distinguido desta perturbação no sentido de que os sintomas são devido a uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo) (ver p. 349). Uma vez que sintomas depressivos são características associadas comuns de transtornos psicóticos, eles não recebem um diagnóstico separado se ocorrem exclusivamente durante Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação. O relacionamento deste transtorno proposto com as diversas outras categorias propostas, incluídas neste apêndice (isto é, transtorno depressivo breve recorrente, transtorno da personalidade depressiva e transtorno misto de ansiedade-depressão), e com outros Transtornos da Personalidade não é conhecido, mas pode haver substancial sobreposição entre eles.

#### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Menor \ Diagnóstico Diferencial

##### Critérios para pesquisas para transtorno depressivo menor

##### A. Uma perturbação do humor, conforme é definida a seguir:

(1) pelo menos dois (mas menos de 5) dos sintomas seguintes estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração em um nível anterior de funcionamento; pelo menos um dos sintomas é (a) ou (b):

(a) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou pela observação por outros (por ex., parece chorar).

**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

(b) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, praticamente todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação por outros)

(c) perda significativa de peso quando não em dieta ou ganho de peso (por ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite, quase todos os dias.

**Nota:** Em crianças, considerar o fracasso em atingir o peso esperado

(d) insônia ou hipersonia praticamente todos os dias

(e) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou lentidão)

(f) fadiga ou perda de energia quase todos os dias

(g) sensação de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (podendo ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar enfermo)

(h) capacidade diminuída para pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observada por outros)

(i) idéias recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa ou plano específico para cometer suicídio

(2) os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo

(3) os sintomas não são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo)

(4) os sintomas não são melhor explicados por Luto (isto é, uma reação normal à morte de um ente querido)

**B. Jamais houve um Episódio Depressivo Maior (ver [p. 312](#)), nem são satisfeitos os critérios para Transtorno Distímico.**

**C. Jamais houve um Episódio Maníaco (ver [p. 317](#)), um Episódio Misto (ver [pp. 319-320](#)), ou um Episódio Hipomaníaco (ver [p. 322](#)), nem são satisfeitos os critérios para Transtorno Ciclotímico.**

**Nota:** Esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníacos, tipo mistos ou tipo hipomaníacos foram induzidos por substância ou tratamento.

**D. A perturbação do humor não ocorre exclusivamente durante Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

**Transtorno Depressivo Breve Recorrente**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Breve Recorrente

**Características**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Breve Recorrente \ Características

A característica essencial é a recorrência de episódios breves de sintomas depressivos, idênticos a Episódios Depressivos Maiores em número e gravidade, que, no entanto, não satisfazem a exigência de 2 semanas de duração. Veja o texto para Episódio Depressivo Maior (p. 306) para uma descrição mais detalhada dos sintomas característicos. Os episódios duram pelo menos 2 dias, porém menos de 2 semanas e, mais tipicamente, duram de 2 a 4 dias. Os episódios devem recorrer pelo menos 1 vez ao mês por um período de 12 meses consecutivos e não devem estar associados exclusivamente com o ciclo menstrual. Os episódios depressivos breves devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Em alguns indivíduos, pode haver um funcionamento próximo ao normal, mas este é conquistado graças a um esforço significativamente aumentado.

Diversos transtornos excluem a consideração deste transtorno proposto. Jamais deve ter havido um Episódio Depressivo Maior, Maníaco, Misto ou Hipomaníaco, nem são satisfeitos os critérios para Transtorno Distímico ou Ciclotímico. A perturbação do humor não ocorre exclusivamente durante Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Breve Recorrente

**Características Associadas**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Breve Recorrente \ Características Associadas

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

O padrão de co-morbidade ao longo da vida e atual parece ser similar àquele do Transtorno Depressivo Maior. Transtornos associados podem incluir Transtornos Relacionados a Substância e Transtornos de Ansiedade. Os episódios podem seguir um padrão sazonal. A prevalência em 1 ano para este transtorno proposto foi relatada como sendo de cerca de 7% (embora esta freqüentemente aparecesse em associação com outros transtornos mentais estabelecidos). Homens e mulheres parecem igualmente propensos à vivência de episódios depressivos breves, e a idade mais típica de início parece ser a adolescência. Tentativas de suicídio são a complicação mais séria. A taxa de transtornos depressivos é aumentada entre os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com episódios depressivos breves recorrentes.

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Breve Recorrente

### Diagnóstico Diferencial

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Breve Recorrente \ Diagnóstico Diferencial

No DSM-IV, os indivíduos cuja apresentação reúne esses critérios para pesquisas seriam diagnosticados como tendo Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação.

Um episódio de transtorno depressivo breve recorrente é diferenciado de um Episódio Depressivo Maior pela duração do episódio (2-13 dias para um episódio depressivo breve e 2 semanas ou mais para um Episódio Depressivo Maior). O transtorno breve recorrente é considerado como uma categoria residual, que não deve ser usada se houver uma história de Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco, Episódio Misto ou Episódio Hipomaniaco, ou se são satisfeitos os critérios para Transtorno Ciclotímico ou Transtorno Distímico. Um Transtorno do Humor Induzido por Substância é diferenciado desta perturbação porque os sintomas depressivos são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma droga de abuso (por ex., álcool ou cocaína) ou aos efeitos colaterais de um medicamento (por ex., esteróides) (ver pp. 352-353). Um Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral é diferenciado desta perturbação no sentido de que os sintomas depressivos são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo) (ver p. 349). Uma vez que os sintomas depressivos são características associadas comuns dos transtornos psicóticos, eles não recebem um diagnóstico separado se ocorrem exclusivamente durante Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação. O transtorno depressivo breve recorrente compartilha alguns aspectos clínicos do Transtorno da Personalidade **Borderline** (isto é, ambos manifestam sintomas depressivos breves e episódicos tais como ideação suicida ou tristeza). Em casos

nos quais tanto um Transtorno da Personalidade quanto este transtorno proposto estão presentes, ambos devem ser diagnosticados (com o transtorno depressivo breve recorrente sendo anotado como Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação). O relacionamento deste transtorno proposto com diversas outras categorias propostas incluídas neste apêndice (isto é, transtorno depressivo menor, transtorno da personalidade depressiva e transtorno misto de ansiedade-depressão) e com outros Transtornos de Personalidade não é conhecido, mas pode existir entre eles uma substancial sobreposição.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Depressivo Breve Recorrente \ Diagnóstico Diferencial

**Critérios para pesquisas para transtorno depressivo breve recorrente**

- A. Exceto pela duração, são satisfeitos os critérios para um Episódio Depressivo Maior (ver [p. 312](#)).
- B. Os períodos depressivos no Critério A duram pelo menos 2 dias, porém menos que 2 semanas.
- C. Os períodos depressivos ocorrem pelo menos 1 vez por mês por 12 meses consecutivos e não estão associados com o ciclo menstrual.
- D. Os períodos de humor deprimido causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- E. Os sintomas não são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).
- F. Jamais houve um Episódio Depressivo Maior (ver [p. 312](#)), nem são satisfeitos os critérios para Transtorno Distímico.
- G. Jamais houve um Episódio Maníaco (ver [p. 317](#)), um Episódio Misto (ver [pp. 319-320](#)) ou um Episódio Hipomaníaco (ver [p. 322](#)), nem são satisfeitos os critérios para Transtorno Ciclotímico. Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníacos, tipo mistos ou tipo hipomaníacos são induzidos por substância ou tratamento.
- H. A perturbação do humor não ocorre exclusivamente durante Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais



## Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão

### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão

#### Características

### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão \ Características

A característica essencial é um humor disfórico persistente ou recorrente com duração mínima de 1 mês. O humor disfórico é acompanhado por sintomas adicionais que também devem persistir por pelo menos 1 mês e incluir pelo menos quatro dos seguintes: dificuldades de concentração ou memória, perturbação do sono, fadiga ou baixa energia, irritabilidade, preocupação, choro fácil, hipervigilância, previsão do pior, falta de esperanças ou pessimismo acerca do futuro e baixa auto-estima ou sentimentos de inutilidade. Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Este transtorno proposto não deve ser considerado se os sintomas são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral ou se os critérios para Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico, Transtorno de Pânico ou Transtorno de Ansiedade Generalizada já foram satisfeitos anteriormente. O diagnóstico também não é feito se os critérios para qualquer outro Transtorno de Ansiedade ou do Humor são satisfeitos atualmente, mesmo que o Transtorno de Ansiedade ou do Humor esteja em remissão parcial. Os sintomas também não devem ser explicados por qualquer outro transtorno mental. Muito das informações iniciais sobre esta condição foi coletado em contextos de cuidados primários, nos quais o transtorno parece ser comum; ele também pode ser bastante comum em contextos ambulatoriais de saúde mental.

### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão

#### Diagnóstico Diferencial

### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão \ Diagnóstico Diferencial

No DSM-IV, os indivíduos cuja apresentação satisfaz esses critérios para pesquisas seriam diagnosticados como tendo Transtorno de Ansiedade Sem Outra

**Especificação.**

Um Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância é diferenciado desta perturbação no sentido de que os sintomas de disforia são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma droga de abuso (por ex., álcool ou cocaína) ou aos efeitos colaterais de um medicamento (por ex., esteróides) (ver p. 418). Um Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral é distinguido desta perturbação no sentido de que os sintomas de disforia são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (por ex., feocromocitoma, hipertireoidismo) (ver p. 416). Os sintomas descritos nesta apresentação são uma freqüente característica associada de muitos transtornos mentais e, portanto, não devem ser diagnosticados separadamente, se forem melhor explicados por um outro transtorno mental. Esta condição também não deve ser considerada em indivíduos com uma história atual ou passada de Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico, Transtorno de Pânico ou Transtorno de Ansiedade Generalizada ou com qualquer outro Transtorno de Ansiedade ou do Humor atual (incluindo aqueles em remissão parcial). Esta apresentação também é distinta da ausência de transtorno mental pelo fato de que os sintomas são persistentes ou recorrentes e causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

O relacionamento deste transtorno proposto com diversas outras categorias propostas incluídas neste apêndice (isto é, transtorno depressivo menor, transtorno depressivo breve recorrente e transtorno da personalidade depressiva) e com outros Transtornos da Personalidade não é conhecido, mas pode haver entre eles uma substancial sobreposição.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios para pesquisas para transtorno misto de ansiedade-depressão**

**A. Humor disfórico persistente ou recorrente com duração mínima de 1 mês.**

**B. O humor disfórico se acompanha por pelo menos 1 mês de quatro (ou mais) dos seguintes sintomas:**

- (1) dificuldade para concentrar-se ou "branco na mente"
- (2) perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono inquieto e insatisfatório)
- (3) fadiga ou baixa energia
- (4) irritabilidade
- (5) preocupação
- (6) choro fácil
- (7) hipervigilância
- (8) previsão do pior
- (9) falta de esperanças (pessimismo invasivo acerca do futuro)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**(10) baixa auto-estima ou sentimentos de inutilidade**

**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 são devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.**

**E. Todos os seguintes:**

**(1) jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico, Transtorno de Pânico ou Transtorno de Ansiedade Generalizada.**

**(2) atualmente não são satisfeitos os critérios para qualquer outro Transtorno de Ansiedade ou Transtorno do Humor (inclusive Transtorno de Ansiedade ou Transtorno do Humor em Remissão Parcial)**

**(3) os sintomas não são melhor explicados por qualquer outro transtorno mental**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais**

**Transtorno Factício por Procuração**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Factício por Procuração**

**Características**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Factício por Procuração \ Características**

A característica essencial é a produção deliberada ou simulação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos em outra pessoa que esteja sob os cuidados do indivíduo. Tipicamente, a vítima é uma criança pequena e o perpetrador é sua mãe. A motivação para o comportamento do perpetrador é, presumivelmente, uma necessidade psicológica de assumir o papel de doente por meio de outra pessoa. Incentivos externos para o comportamento, tais como ganhos financeiros, estão ausentes. O comportamento não é melhor explicado por outro transtorno mental. O perpetrador induz ou simula a doença ou processo patológico na vítima e depois apresenta-a para cuidados médicos, negando qualquer conhecimento acerca da real etiologia do problema. A maioria das condições induzidas e simuladas envolve os sistemas gastrointestinal, geniturinário e nervoso central; a simulação de

transtornos mentais na vítima é relatada com uma frequência bastante inferior. O tipo e a gravidade dos sinais e sintomas são limitados apenas pelos conhecimentos médicos e oportunidades do perpetrador. Os casos caracterizam-se por um curso clínico atípico na vítima e resultados laboratoriais inconsistentes que não condizem com o aparente estado de saúde da vítima.

A vítima geralmente é uma criança pré-escolar, embora recém-nascidos, adolescentes e adultos possam ser usados. Com crianças mais velhas, deve haver uma consideração quanto à possibilidade de colaboração com o perpetrador na produção dos sinais e sintomas. O perpetrador recebe um diagnóstico de transtorno factício por procuração. Para a vítima, Abuso Físico da Criança (995.5) ou Abuso Físico do Adulto (995.81) podem ser anotados, se apropriado. No caso de colaboração voluntária, um diagnóstico adicional de Transtorno Factício pode aplicar-se ao colaborador.

## **APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Factício por Procuração**

### **Características Associadas**

## **APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Factício por Procuração \ Características Associadas**

Estressores vitais, especialmente conflito conjugal, podem desencadear o comportamento. Os perpetradores podem apresentar um comportamento de mentira patológica (ou pseudologia fantástica) ao descreverem experiências cotidianas e quando trazem a vítima para atendimento médico. Eles comumente têm uma experiência considerável com áreas relacionadas à saúde e mostram-se à vontade em um ambiente médico. Apesar de seu conhecimento médico, eles muitas vezes se mostram insuficientemente preocupados com a aparente gravidade da condição da vítima. As vítimas podem apresentar uma taxa significativa de morbidade e mortalidade como consequência das condições induzidas e estão em risco aumentado para o desenvolvimento de Transtorno Factício em si mesmas, ao amadurecerem. O perpetrador em geral é a mãe, e o pai geralmente parece não estar envolvido. Às vezes, entretanto, o pai ou marido pode colaborar com a mãe, ou pode agir sozinho. O perpetrador também pode ser o cônjuge ou um outro responsável (por ex., uma babá). Os perpetradores podem ter uma história de terem sido, eles próprios, vítimas de abuso. Transtornos Somatoformes e Transtornos da Personalidade podem estar presentes.

Este transtorno proposto frequentemente coexiste com o Transtorno Factício, que em geral é quiescente, na medida em que o perpetrador pode induzir ou simular uma doença factícia na vítima. Quando confrontados com as consequências de seu comportamento, os perpetradores podem tornar-se deprimidos e suicidas. Alguns se voltam contra os profissionais da área médica, negam as acusações, tentam remover a vítima do hospital contrariando conselhos médicos e buscam

cuidados de outros profissionais, ainda que para isso tenham de percorrer distâncias consideráveis. Os perpetradores podem enfrentar denúncias de crime, indo desde abuso até homicídio. Tipicamente, o perpetrador concentra-se apenas sobre uma vítima de cada vez, embora outros irmãos ou indivíduos possam ter sido ou vir a tornar-se vítimas.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Factício por Procuração**

**Diagnóstico Diferencial**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Factício por Procuração \ Diagnóstico Diferencial**

No DSM-IV, um indivíduo (isto é, o perpetrador) cuja apresentação satisfaz esses critérios para pesquisas seria diagnosticado como tendo Transtorno Factício Sem Outra Especificação.

O Transtorno Factício por Procuração deve ser diferenciado de uma condição médica geral ou transtorno mental no indivíduo que está sendo trazido para tratamento. O transtorno factício por procuração também deve ser distinguido do abuso físico ou sexual que não está relacionado ao objetivo de assumir indiretamente o papel de doente. A Simulação difere do transtorno factício no sentido de que a motivação para a Simulação é um incentivo externo, enquanto no Transtorno Factício os incentivos externos estão ausentes. Os indivíduos com Simulação podem buscar a hospitalização para um indivíduo sob seus cuidados mediante a produção de sintomas, em uma tentativa de obterem compensação financeira.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno Factício por Procuração \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios para pesquisas para transtorno factício por procuração**

- A. Produção intencional ou simulação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos em outra pessoa que está sob os cuidados do indivíduo.**
- B. A motivação para o comportamento do perpetrador é assumir o papel de doente através de outra pessoa.**
- C. Incentivos externos para o comportamento (tais como ganho financeiro) estão ausentes.**
- D. O comportamento não é melhor explicado por outro transtorno mental.**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

**Transtorno de Transe Dissociativo**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno de Transe Dissociativo

**Características**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno de Transe Dissociativo \ Características

A característica essencial é um estado involuntário de transe que não é aceito pela cultura da pessoa como parte normal de uma prática cultural ou religiosa coletiva e causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional. Este transtorno proposto não deve ser considerado em indivíduos que entram voluntariamente em um estado de transe ou possessão, sem sofrimento, no contexto de práticas culturais e religiosas amplamente aceitas pelo seu grupo cultural. Esses estados voluntários e não patológicos são comuns e constituem a imensa maioria dos transe e transe de possessão encontrados em variadas culturas. Entretanto, alguns indivíduos que passam por transe ou estados de transe de possessão culturalmente normais podem desenvolver sintomas que causam sofrimento ou prejuízo e que, portanto, poderiam ser considerados candidatos a este transtorno proposto. Os locais específicos onde ocorrem os casos de transe dissociativo mostram considerável variação transcultural com relação à natureza precisa dos comportamentos apresentados durante o estado alterado, presença ou ausência de alterações sensoriais dissociativas (por ex., cegueira), identidade assumida durante esses estados e grau de amnésia experimentada após o estado alterado (para exemplos, consultar o Glossário de Síndromes Ligadas à Cultura, do [Apêndice I](#), p. 794).

No transe, a perda da identidade habitual não está associada com o aparecimento de identidades alternativas, e as ações executadas durante o estado geralmente não são complexas (por ex., movimentos convulsivos, cair, correr). No transe de possessão existe o aparecimento de uma ou diversas identidades alternativas distintas, com comportamentos, recordações e atitudes característicos, e as atividades executadas pela pessoa tendem a ser mais complexas (por ex., conversas coerentes, gestos característicos, expressões faciais e verbalizações específicas, culturalmente estabelecidos como pertinentes a determinado agente que toma posse do indivíduo). Amnésia completa ou parcial é relatada com maior frequência após um episódio de transe de possessão do que após um episódio de transe (embora relatos de amnésia após um transe não sejam incomuns). Muitos

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



indivíduos com este transtorno proposto exibem aspectos de apenas uma espécie de transe, mas alguns apresentam uma sintomatologia mista ou flutuam entre os tipos de transe ao longo do tempo, de acordo com parâmetros culturais locais.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno de Transe Dissociativo**

**Características Associadas**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno de Transe Dissociativo \ Características Associadas**

Variantes dessas condições são descritas em quase todas as sociedades tradicionais, em todos os continentes. A prevalência parece diminuir com o aumento da industrialização, mas permanece elevada entre as minorias étnicas tradicionais em sociedades industrializadas. Existem consideráveis variações locais na idade e modo de início. O curso tipicamente é episódico, com duração variável dos episódios agudos, de minutos a horas. Foi relatado que, durante um estado de transe, os indivíduos podem ter um limiar aumentado para a dor, ingerir materiais não comestíveis (por ex., vidro) e experimentar um aumento da força muscular. Os sintomas de um transe patológico podem ser aumentados ou reduzidos em resposta a indícios ambientais e orientações de outros. Os presumíveis agentes de possessão em geral são de natureza espiritual (por ex., espíritos de mortos, entidades sobrenaturais, deuses, demônios) e muitas vezes são vivenciados como fazendo exigências ou expressando animosidade. Os indivíduos com transe de possessão patológico tipicamente vivenciam um número limitado de agentes (de um a cinco) de modo seqüencial, não simultâneo. As complicações incluem tentativas de suicídio, automutilação e acidentes. Mortes súbitas têm sido relatadas como possivelmente devido a arritmias cardíacas.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno de Transe Dissociativo**

**Diagnóstico Diferencial**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno de Transe Dissociativo \ Diagnóstico Diferencial**

No DSM-IV, os indivíduos cuja apresentação satisfaz esses critérios para pesquisas seriam diagnosticados como tendo Transtorno Dissociativo Sem Outra Especificação.

Este diagnóstico não deve ser feito se o estado de transe é considerado devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (em cujo caso o

diagnóstico seria de Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral Sem Outra Especificação, ver p. 169) ou de uma substância (em cujo caso o diagnóstico seria de Transtorno Relacionado a Substância Sem Outra Especificação).

Os sintomas do estado de transe (por ex., ouvir ou ver entes espirituais e ser controlado ou influenciado por outros) podem ser confundidos com as alucinações e delírios de Esquizofrenia, Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos ou Transtorno Psicótico Breve. O estado de transe pode ser distinguido por sua congruência cultural, sua duração mais breve e ausência de sintomas característicos desses outros transtornos.

Os indivíduos com Transtorno Dissociativo de Identidade podem ser diferenciados daqueles com sintomas de transe e possessão pelo fato de que os indivíduos com estes sintomas tipicamente descrevem espíritos externos ou entidades que ingressaram em seus corpos e assumiram o controle.

Este transtorno proposto não deve ser considerado em indivíduos que ingressam em transe ou estados de possessão voluntariamente e sem sofrimento ou prejuízo, no contexto de práticas culturais e religiosas.

#### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno de Transe Dissociativo \ Diagnóstico Diferencial

##### Critérios para pesquisas para transtorno de transe dissociativo

##### A. (1) ou (2):

(1) transe, isto é, alteração temporária acentuada do estado de consciência ou perda do sentimento habitual de identidade pessoal, sem substituição por uma identidade alternativa, associado com pelo menos um dos seguintes quesitos:

- (a) estreitamento da consciência quanto ao ambiente imediato, ou foco extraordinariamente estreito e seletivo sobre estímulos ambientais
- (b) comportamentos ou movimentos estereotipados, vivenciados como estando além do controle do indivíduo

(2) transe de possessão, uma alteração isolada ou episódica do estado de consciência, caracterizada pela substituição do sentimento costumeiro de identidade pessoal por uma nova identidade. É atribuído à influência de um espírito, poder, divindade ou outra pessoa, o que se evidencia por um (ou mais) dos seguintes quesitos:

- (a) comportamentos e movimentos estereotipados e culturalmente determinados, que são vivenciados como estando sob o controle do agente de possessão
- (b) amnésia completa ou parcial para o evento

B. O transe ou estado de transe de possessão não é aceito como componente normal de uma prática cultural ou religiosa coletiva.

C. O transe ou estado de transe de possessão causa sofrimento clinicamente



significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. O transe ou estado de transe de possessão não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico (incluindo Transtorno do Humor Com Aspectos Psicóticos e Transtorno Psicótico Breve) ou Transtorno Dissociativo de Identidade, nem é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno de Transe Dissociativo \ Diagnóstico Diferencial

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

### Transtorno de Compulsão Periódica

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno de Compulsão Periódica

#### Características Diagnósticas

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno de Compulsão Periódica \ Características Diagnósticas

As características essenciais são episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica, associados com os indicadores subjetivos e comportamentais de prejuízo no controle e sofrimento significativo relacionado aos ataques de hiperfagia, na ausência do uso regular de comportamentos compensatórios inadequados (tais como vômitos auto-induzidos, uso indevido de laxantes e outros medicamentos, jejuns e exercícios excessivos), característico da Bulimia Nervosa. As características de um episódio de compulsão periódica são discutidas no texto para Bulimia Nervosa (p. 517). Os indicadores de prejuízo no controle incluem comer muito rapidamente, comer até sentir-se incomodamente repleto, comer grandes quantidades de alimentos quando não se tem fome, comer sozinho em razão do embaraço pelo quanto se está comendo e sentir repulsa, culpa ou depressão após comer demais. O sofrimento acentuado exigido para o diagnóstico inclui sentimentos desagradáveis durante e após os episódios de excesso alimentar, bem como preocupações acerca do efeito a longo prazo dos episódios repetidos de compulsões alimentares periódicas sobre o peso e a forma do corpo.

Os episódios de compulsão periódica devem ocorrer, em média, pelo menos 2 dias por semana, por um período de pelo menos 6 meses. A duração de um episódio de compulsão periódica pode variar imensamente, sendo que muitos indivíduos têm dificuldade em separar esses episódios em períodos distintos. Entretanto, eles em geral têm pouca dificuldade em recordar se um episódio ocorreu ou não em determinado dia. Portanto, foi sugerido que se contasse o número de dias nos quais ocorre a compulsão periódica ao invés do número de episódios, como é feito para o diagnóstico de Bulimia Nervosa. Futuras pesquisas precisam abordar esta questão.

Os sintomas de compulsão periódica não devem ocorrer exclusivamente durante Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa. Além disso, embora algum comportamento compensatório inadequado (por ex., purgação, jejuns ou exercícios vigorosos) às vezes possa ocorrer, ele não é regularmente empregado para combater os efeitos da compulsão periódica. Estudos realizados até o momento variaram em termos da definição de "uso regular de comportamentos compensatórios inadequados". Alguns estudos equacionaram "regular" com o critério de frequência de duas vezes por semana da Bulimia Nervosa e consideraram os indivíduos que se engajam nesses comportamentos menos de duas vezes por semana (porém até uma vez por semana) como passíveis do diagnóstico de transtorno de compulsão periódica. Outros estudos excluíram os indivíduos que descrevessem o uso de quaisquer comportamentos compensatórios inadequados durante o episódio da doença. Futuras pesquisas precisam abordar esta questão.

## **APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno de Compulsão Periódica**

### **Características e Transtornos Associados**

## **APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno de Compulsão Periódica \ Características e Transtornos Associados**

Alguns indivíduos relatam que a compulsão periódica é ativada por um humor disfórico, tal como depressão e ansiedade. Outros são incapazes de identificar precipitadores específicos, mas podem relatar um sentimento inespecífico de tensão, que é aliviado pela hiperfagia. Alguns indivíduos descrevem uma qualidade dissociativa nos episódios de excesso alimentar (sensação de "torpor" ou de estar "aéreo"). Muitos indivíduos comem durante o dia inteiro, sem refeições planejadas.

Os indivíduos com este padrão alimentar que são atendidos em contextos clínicos têm variados graus de obesidade. A maioria tem uma longa história de repetidas tentativas de fazer dietas e sentem-se desesperados acerca de sua dificuldade de controle da ingestão de alimentos. Alguns continuam tentando restringir o consumo de calorias, enquanto outros abandonam quaisquer esforços de fazer dieta, em razão de fracassos repetidos. Em clínicas para o controle do peso, os

indivíduos com este padrão alimentar são, em média, mais obesos e têm uma história de flutuações de peso mais acentuadas do que os indivíduos sem este padrão. Em amostras comunitárias de não-pacientes, a maioria dos indivíduos com este padrão alimentar é obesa (embora alguns jamais tenham apresentado obesidade).

Os indivíduos com este padrão alimentar podem relatar que seu consumo alimentar ou peso interfere nos relacionamentos com outras pessoas, no seu trabalho e em sua capacidade para sentirem-se bem consigo mesmos. Em comparação com indivíduos de igual peso sem este padrão alimentar, eles relatam taxas superiores de autodesprezo, repulsa à forma corporal, depressão, ansiedade, preocupação somática e sensibilidade interpessoal. Pode haver uma maior prevalência ao longo da vida de Transtorno Depressivo Maior, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos da Personalidade.

Em amostras extraídas de programas para o controle do peso, a prevalência geral varia de aproximadamente 15 a 50% (com uma média de 30%), com as mulheres apresentando uma tendência 1,5 vez maior para este padrão alimentar do que os homens. Em amostras comunitárias de não-pacientes, uma taxa de prevalência de 0,7-4% tem sido relatada. O início da compulsão alimentar periódica tipicamente se situa no final da adolescência ou início da casa dos 20 anos, freqüentemente aparecendo logo após uma perda significativa de peso por dieta. Entre os indivíduos que procuram tratamento, o curso parece ser crônico.

## **APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno de Compulsão Periódica**

### **Diagnóstico Diferencial**

## **APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno de Compulsão Periódica \ Diagnóstico Diferencial**

No DSM-IV, os indivíduos cuja apresentação satisfaz esses critérios para pesquisas seriam diagnosticados como tendo Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação.

Em contraste com a Bulimia Nervosa, na qual mecanismos compensatórios inadequados são empregados para o combate aos efeitos dos excessos alimentares, no transtorno de compulsão alimentar periódica este comportamento não é regularmente empregado para compensar o comer compulsivo. O excesso alimentar é visto com freqüência durante episódios de Transtorno Depressivo Maior, mas geralmente não envolve um comer compulsivo. Este diagnóstico suplementar deve ser considerado apenas quando o indivíduo relata que, durante os episódios de excesso alimentar, estão presentes tanto o sentimento subjetivo de prejuízo no controle quanto três dos sintomas associados listados no Critério B. Muitos indivíduos sentem-se angustiados por episódios de excesso alimentar

que não são realmente episódios de compulsão periódica.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno de Compulsão Periódica \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios para pesquisas para transtorno de compulsão periódica**

**A. Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes critérios:**

- (1) ingestão, em um período limitado de tempo (por ex., dentro de um período de 2 horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, sob circunstâncias similares
- (2) um sentimento de falta de controle sobre o consumo alimentar durante o episódio (por ex., um sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se está comendo)

**B. Os episódios de compulsão periódica estão associados com três (ou mais) dos seguintes critérios:**

- (1) comer muito mais rapidamente do que o normal
- (2) comer até sentir-se incomodamente repleto
- (3) comer grandes quantidades de alimentos, quando não fisicamente faminto
- (4) comer sozinho, em razão do embaraço pela quantidade de alimentos que consome
- (5) sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente

**C. Acentuada angústia relativamente à compulsão periódica.**

**D. A compulsão periódica ocorre, em média, pelo menos 2 dias por semana, por 6 meses.**

**Nota: O método de determinação da frequência difere daquele usado para a Bulimia Nervosa; futuras pesquisas devem dirigir-se à decisão quanto ao método preferencial para o estabelecimento de um limiar de frequência, isto é, contar o número de dias nos quais ocorre a compulsão ou contar o número de episódios de compulsão periódica.**

**E. A compulsão periódica não está associada com o uso regular de comportamentos compensatórios inadequados (por ex., purgação, jejuns, exercícios excessivos), nem ocorre exclusivamente durante o curso de Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa.**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais**

## Transtorno da Personalidade Depressiva

### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno da Personalidade Depressiva

#### Características

### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno da Personalidade Depressiva \ Características

A característica essencial é um padrão invasivo de cognições e comportamentos depressivos que começa no início da idade adulta e ocorre em uma variedade de contextos. Este padrão não ocorre exclusivamente durante Episódios Depressivos Maiores, nem é melhor explicado por Transtorno Distímico. As cognições e comportamentos depressivos incluem um sentimento persistente e invasivo de abatimento, tristeza, desânimo, falta de alegria e infelicidade. Esses indivíduos são demasiadamente sérios, incapazes de desfrutar ou relaxar e não possuem senso de humor. Eles podem achar que não merecem divertir-se e ser felizes. Eles também tendem a ter ruminções e preocupações e a insistirem persistentemente em seus pensamentos negativos e infelizes. Esses indivíduos vêem o futuro de maneira tão negativa quanto vêem o presente; eles duvidam que as coisas possam algum dia melhorar, antecipam o pior e, ao mesmo tempo que se orgulham de serem realistas, os outros os consideram pessimistas. Eles podem ser duros em suas auto-avaliações e tendem a sentir-se excessivamente culpados por deficiências e fracassos. A auto-estima é baixa e particularmente focalizada em sentimentos de inadequação. Os indivíduos com este transtorno proposto tendem a julgar os outros de modo tão rígido quanto julgam a si próprios. Eles freqüentemente se concentram nos fracassos dos outros, ao invés de em seus atributos positivos e podem ser negativos, críticos e preconceituosos quanto aos outros.

### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno da Personalidade Depressiva

#### Características Associadas

### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno da Personalidade Depressiva \ Características Associadas

Esses indivíduos podem ser retraídos, introvertidos, passivos e inseguros, preferindo seguir os outros ao invés de assumirem o comando. Este padrão pode

ocorrer com frequência quase igual em homens e mulheres. Os indivíduos com esta apresentação podem estar predispostos ao desenvolvimento de Transtorno Distímico e, possivelmente, Transtorno Depressivo Maior. Essas condições podem existir em um espectro, no qual o transtorno da personalidade depressiva seria a variante de aparecimento precoce, persistente e tipo traço dos Transtornos Depressivos. Evidências preliminares sugerem que o transtorno da personalidade depressiva pode ter uma prevalência aumentada entre os membros das famílias de probandos com Transtorno Depressivo Maior. Por outro lado, o Transtorno Depressivo Maior pode ocorrer com maior frequência entre os familiares de probandos com transtorno da personalidade depressiva que não têm, eles próprios, Transtorno Depressivo Maior.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno da Personalidade Depressiva**

**Diagnóstico Diferencial**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno da Personalidade Depressiva \ Diagnóstico Diferencial**

No DSM-IV, os indivíduos cuja apresentação satisfaz esses critérios para pesquisas seriam diagnosticados como tendo Transtorno da Personalidade Sem Outra Especificação.

A utilidade da distinção entre o transtorno da personalidade depressiva e o Transtorno Distímico ainda é controversa. Os critérios para pesquisas oferecidos para este transtorno proposto diferem dos critérios diagnósticos para o Transtorno Distímico por sua ênfase nos traços cognitivos, interpessoais e intrapsíquicos. Este transtorno proposto não deve ser considerado se os sintomas são melhor explicados por um Transtorno Distímico ou se ocorrem exclusivamente durante Episódios Depressivos Maiores. Este transtorno proposto difere dos chamados traços depressivos normais (por ex., infelicidade, pessimismo, autocríticas e propensão à culpa), no sentido de que o padrão é invasivo e causa sofrimento acentuado ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional. O relacionamento deste transtorno proposto com diversas outras categorias propostas, incluídas neste apêndice (isto é, transtorno depressivo menor, transtorno depressivo breve recorrente e transtorno misto de ansiedade-depressão) e com outros Transtornos da Personalidade não é conhecido, mas pode haver entre eles uma substancial sobreposição.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno da Personalidade Depressiva \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios para pesquisas para transtorno da personalidade depressiva**

**A. Um padrão invasivo de cognições e comportamentos depressivos, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por pelo menos cinco dos seguintes critérios:**

- (1) humor habitual dominado por abatimento, tristeza, desânimo, descontentamento e infelicidade
- (2) o autoconceito centraliza-se em crenças de inadequação, inutilidade e baixa auto-estima
- (3) é crítico, acusador e depreciativo para consigo mesmo
- (4) é dado a meditações e preocupações
- (5) é negativista, crítico e preconceituoso quanto aos outros
- (6) é pessimista
- (7) é propenso a sentir culpa ou remorso

**B. Não ocorre exclusivamente durante Episódios Depressivos Maiores, nem é melhor explicado por Transtorno Distímico.**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno da Personalidade Depressiva \ Diagnóstico Diferencial

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

### **Transtorno da Personalidade Passivo-Agressiva (Transtorno da Personalidade Negativista)**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno da Personalidade Passivo-Agressiva (Transtorno da Personalidade Negativista)

#### **Características**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno da Personalidade Passivo-Agressiva (Transtorno da Personalidade Negativista) \ Características

A característica essencial é um padrão invasivo de atitudes negativistas e resistência passiva a exigências de desempenho adequado em situações sociais e ocupacionais, que começa no início da idade adulta e ocorre em uma variedade de contextos. Este padrão não ocorre exclusivamente durante Episódios Depressivos Maiores, nem é melhor explicado por Transtorno Distímico. Esses indivíduos habitualmente ressentem, opõem-se e resistem a exigências de que funcionem em

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



um nível esperado pelos outros. Esta oposição ocorre mais freqüentemente em situações ocupacionais, mas também pode se manifestar no funcionamento social. A resistência é expressada por procrastinação, esquecimento, teimosia e ineficiência intencional, especialmente em resposta a tarefas designadas por figuras de autoridade. Esses indivíduos podem obstruir os esforços alheios por deixarem de cumprir sua parte nas tarefas. Por exemplo, quando um executivo dá a algum subordinado algum material a ser estudado para uma reunião na manhã seguinte, este pode extraviar o material ou arquivá-lo em local incorreto, ao invés de apontar a insuficiência de tempo para fazer o trabalho. Esses indivíduos sentem-se trapaceados, desconsiderados e incompreendidos e são cronicamente queixosos. Eles podem ser mal-humorados, irritáveis, impacientes, propensos a discussões, cínicos, céticos e "do contra". As figuras que representam autoridade (por ex., um superior no emprego, um professor na escola, um dos pais ou um cônjuge que representa o papel de pai/mãe) freqüentemente se tornam o foco da insatisfação. Em vista de seu negativismo e tendência a externalizarem a culpa, esses indivíduos freqüentemente criticam e verbalizam hostilidade para com figuras de autoridade, à menor provocação. Eles também sentem inveja e demonstram ressentimento com colegas que tiveram sucesso ou que são vistos de maneira positiva por figuras de autoridade. Esses indivíduos freqüentemente se queixam acerca de seus infortúnios pessoais. Eles têm uma visão negativa do futuro e podem fazer comentários do tipo: "Fazer o bem não compensa" e "O que é bom dura pouco". Esses indivíduos podem oscilar entre a expressão de um desafio hostil a quem vêem como causadores de seus problemas e uma tentativa de apaziguar estas pessoas, pedindo perdão ou prometendo sair-se melhor no futuro.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno da Personalidade Passivo-Agressiva (Transtorno da Personalidade Negativista)**

**Características Associadas**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno da Personalidade Passivo-Agressiva (Transtorno da Personalidade Negativista) \ Características Associadas**

Esses indivíduos são, com freqüência, manifestamente ambivalentes, oscilando indecisamente de um curso de ação para seu oposto. Eles podem seguir um trajeto errático que causa intermináveis desavenças com os outros e desapontamentos para eles próprios. Um intenso conflito entre a dependência e o desejo de auto-afirmação é característico desses indivíduos. Sua autoconfiança é freqüentemente fraca, apesar de uma bravata superficial. Eles prevêm o pior resultado possível para a maioria das situações, mesmo aquelas que estão indo bem. Esta perspectiva derrotista pode evocar respostas hostis e negativas de



outros que estão sujeitos às queixas desses indivíduos. Este padrão de comportamento freqüentemente ocorre em indivíduos com os Transtornos da Personalidade **Borderline**, Histriônica, Paranóide, Dependente, Anti-Social e Esquiva.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno da Personalidade Passivo-Agressiva (Transtorno da Personalidade Negativista)

**Diagnóstico Diferencial**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno da Personalidade Passivo-Agressiva (Transtorno da Personalidade Negativista) \ Diagnóstico Diferencial

No DSM-IV, os indivíduos cuja apresentação satisfaz esses critérios para pesquisas seriam diagnosticados como tendo Transtorno da Personalidade Sem Outra Especificação.

No Transtorno Desafiador Opositivo existe um padrão similar de atitudes negativistas e problemas com figuras de autoridade, mas o Transtorno Desafiador Opositivo geralmente é diagnosticado em crianças, enquanto este transtorno proposto deve ser considerado apenas em adultos. Este padrão não deve ser considerado se os sintomas são melhor explicados pelo Transtorno Distímico ou se ocorrem exclusivamente durante Episódios Depressivos Maiores. Comportamentos passivo-agressivos são encontrados com freqüência na vida cotidiana, particularmente entre os indivíduos em contextos autoritários (por ex., trabalho, serviço militar, prisões) que não toleram outras formas de afirmação. Apenas quando são inflexíveis, mal-adaptativos e causam prejuízo funcional clinicamente significativo ou sofrimento subjetivo esses traços de personalidade passivo-agressiva constituem um transtorno.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtorno da Personalidade Passivo-Agressiva (Transtorno da Personalidade Negativista) \ Diagnóstico Diferencial

**Critérios para pesquisas para transtorno da personalidade passivo-agressiva**

**A. Um padrão invasivo de atitudes negativistas e resistência passiva às exigências de um desempenho adequado, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, indicado por quatro (ou mais) dos seguintes critérios:**

- (1) resiste passivamente à realização de tarefas sociais e ocupacionais rotineiras
- (2) queixa-se de ser incompreendido e desconsiderado pelos outros

- (3) é mal-humorado e propenso a discussões
- (4) critica irracionalmente e desdenha a autoridade
- (5) expressa inveja e ressentimento para com aqueles que aparentemente são mais afortunados
- (6) verbaliza queixas exageradas e persistentes de infortúnio pessoal
- (7) alterna entre o desafio hostil e a contrição

B. Não ocorre exclusivamente durante Episódios Depressivos Maiores, nem é melhor explicado por Transtorno Distímico.

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

### Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos

## APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos

É importante considerar os Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos no tratamento medicamentoso de transtornos mentais ou condições médicas gerais e no diagnóstico diferencial de transtornos do Eixo I (por ex., Transtorno de Ansiedade *versus* Acatisia Induzida por Neuroléptico; catatonia *versus* síndrome neuroléptica maligna). Essas condições podem levar à não aderência ao tratamento e a prejuízos psicossociais e ocupacionais. Os Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos deveriam ser codificados no Eixo I. Embora esses transtornos sejam rotulados como "induzidos por medicamentos", freqüentemente é difícil estabelecer uma relação causal entre a exposição ao medicamento e o desenvolvimento do transtorno do movimento, especialmente porque algumas dessas condições também ocorrem na ausência de exposição a medicamentos. Os critérios e textos para esses transtornos são oferecidos para facilitar as pesquisas e para encorajar um diagnóstico e tratamento adequados. Os seguintes Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos são incluídos nesta seção: Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos, Síndrome Neuroléptica Maligna, Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos, Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos, Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos e Tremor Postural Induzido por Medicamentos. Uma categoria para Transtorno dos Movimentos Induzido por Medicamentos Sem Outra Especificação também é oferecida para transtornos dos movimentos induzidos por medicamentos que não satisfazem os critérios para nenhum dos transtornos específicos listados antes. Esses incluem transtornos dos movimentos (por ex., parkinsonismo, acatisia aguda) associados com um medicamento outro que não um neuroléptico (por ex., um inibidor da recaptação de serotonina).

O termo **neuroléptico** é usado em sentido amplo neste manual, com referência a medicamentos com propriedades de antagonistas dopamínicos, que incluem os chamados agentes antipsicóticos típicos (por ex., clorpromazina, haloperidol, flufenazina), agentes antipsicóticos atípicos (por ex., clozapina), certas drogas bloqueadoras dos receptores dopamínicos usadas no tratamento de sintomas físicos tais como náuseas (por ex., proclorperazina, prometazina, trimetobenzamida, metoclopramida) e a amoxapina, que é comercializada como um antidepressivo.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos

**G21.0 - 332.1 Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 332.1 Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos

**Características Diagnósticas**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 332.1 Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos \ Características Diagnósticas

A característica essencial do Parkinsonismo Induzido por Neuroléptico é a presença de sinais ou sintomas parkinsonianos (isto é, tremor, rigidez muscular ou acinesia) que se desenvolvem em associação com o uso de medicamentos neurolépticos. Esses sintomas em geral se desenvolvem algumas semanas após o começo ou aumento na dose de um medicamento neuroléptico ou após a redução de um medicamento (por ex., anticolinérgico) usado para tratar ou prevenir sintomas extrapiramidais. Os sintomas não devem ser melhor explicados por um transtorno mental (por ex., catatonia, sintomas negativos da Esquizofrenia, retardo psicomotor em um Episódio Depressivo Maior), nem ser devido a uma condição neurológica ou outra condição médica geral (por ex., doença de Parkinson idiopática, doença de Wilson). Rigidez e acinesia são mais freqüentes, enquanto o tremor é um pouco menos comum. Estima-se que pelo menos 50% dos pacientes ambulatoriais que recebem tratamento a longo prazo com neurolépticos desenvolvem alguns sinais ou sintomas parkinsonianos em algum ponto no curso do tratamento. Os sintomas podem desenvolver-se rapidamente após o início ou aumento da dose do medicamento neuroléptico ou podem desenvolver-se insidiosamente ao longo do tempo. O curso mais típico é o desenvolvimento de sintomas 2-4 semanas após o início de um medicamento neuroléptico. Os sintomas então tendem a continuar inalterados ou a diminuir gradualmente ao

longo dos meses seguintes. Os sintomas geralmente diminuem com uma redução na dose (ou descontinuação) do medicamento neuroléptico, acréscimo de um antiparkinsoniano ou troca por um neuroléptico com menor incidência desses efeitos colaterais.

O **tremor parkinsoniano** é um movimento oscilatório constante e rítmico (3-6 ciclos por segundo), tipicamente mais lento do que outros tremores e visível em repouso. Ele pode ocorrer intermitentemente, ser unilateral ou bilateral ou depender da posição do membro (tremor posicional). O tremor pode afetar os membros, cabeça, mandíbulas, boca, lábios ("síndrome do coelho") ou língua. O tremor pode ser suprimido, especialmente quando o indivíduo tenta executar uma tarefa com o membro trêmulo e, conforme relatos dos indivíduos afetados, ocorre especialmente durante períodos de ansiedade, estresse ou fadiga.

#### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 332.1 Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos \ Características Diagnósticas

A **rigidez muscular parkinsoniana** é definida como firmeza e tensão muscular excessivas em repouso. Ela pode afetar todos os músculos esqueléticos ou envolver apenas áreas musculares definidas. Duas espécies de rigidez ocorrem: **rigidez contínua** ("cano de chumbo") e **rigidez em roda-dentada**. Na rigidez tipo "cano de chumbo", o membro ou articulação resiste ao movimento e parece travado. A rigidez é contínua (isto é, o membro geralmente não apresenta flutuações de momento a momento). Na rigidez em roda-dentada, à medida que um músculo é estirado em torno de uma articulação, ocorre uma resistência rítmica, similar a uma catraca, que interrompe o movimento harmonioso habitual da articulação. A rigidez em roda-dentada pode ser sentida colocando-se a mão sobre a articulação que está sendo movida. Esta espécie de rigidez ocorre quando os músculos são movimentados passivamente, é mais comum nos pulsos e cotovelos e com frequência aparece de modo intermitente. Os indivíduos com rigidez parkinsoniana podem queixar-se de sensibilidade ou rigidez muscular generalizada, dor muscular ou articular, dor no corpo ou falta de coordenação durante a prática de esportes.

A **acinesia** é um estado de redução da atividade motora espontânea. Existe uma lentificação global, bem como lentidão para o início e execução dos movimentos. Comportamentos cotidianos normais (por ex., arrumar-se) são reduzidos. Os indivíduos podem queixar-se de lassidão, falta de espontaneidade e de energia ou sono excessivo. A rigidez e a acinesia parkinsoniana podem ser manifestadas por anormalidades na marcha ou redução no tamanho das passadas, da oscilação dos braços ou da espontaneidade geral ao caminhar. Outros sinais incluem pescoço ou ombros encurvados, expressão facial fixa e pequenos passos arrastando os pés. O indivíduo pode babar devido a uma redução geral da atividade motora da faringe, embora isto possa ser menos comum no parkinsonismo associado com medicamentos neurolépticos, em vista de suas propriedades anticolinérgicas.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 332.1  
Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos

**Características Associadas**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 332.1  
Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos \ Características Associadas

Os sintomas comportamentais associados podem incluir depressão e piora dos sinais negativos da Esquizofrenia. Outros sinais e sintomas associados incluem escrita pequena (micrografia), hipofonia, instabilidade postural, piscar inibido em resposta a pequenas pancadas na glabella e seborréia. Complicações médicas gerais podem ocorrer quando os sintomas parkinsonianos são severos e provocam redução da atividade motora (por ex., contraturas, escaras de decúbito e embolia pulmonar). Uma redução do reflexo mandibular e disfagia podem ser ameaçadoras à vida e apresentar-se como pneumonia por aspiração ou perda de peso inexplicável. Pode haver incontinência urinária e taxas aumentadas de fraturas da bacia em pessoas idosas. Os fatores de risco para o desenvolvimento de Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos incluem uma história de episódios prévios de Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos; idade avançada; presença de delírium coexistente, demência ou transtorno amnésico; ou uma condição neurológica coexistente. As crianças podem estar em maior risco para o desenvolvimento de Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos. Além disso o risco de desenvolver Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos está associado com o tipo de medicamento neuroléptico, a rapidez no aumento da dosagem, e a dose absoluta; o risco é reduzido em indivíduos que tomam medicamentos anticolinérgicos.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 332.1  
Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos

**Diagnóstico Diferencial**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 332.1  
Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos \ Diagnóstico Diferencial

É importante distinguir entre o Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos e outras causas de sintomas parkinsonianos em indivíduos tratados com um medicamento neuroléptico. O Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos deve ser distinguido de sintomas parkinsonianos devido a outra substância ou medicamento ou devido a

uma condição neurológica ou outra condição médica geral (por ex., doença de Parkinson, doença de Wilson). Achados laboratoriais podem ajudar a estabelecer outras causas para os sintomas parkinsonianos (por ex., exame de urina positivo para metais pesados, calcificação dos gânglios basais indicando hipercalcemia, ceruloplasmina sérica indicando doença de Wilson). O tremor devido a outras causas de movimentos parkinsonianos, tremor familiar, tremor não induzido por neurolépticos e tremor associado com Abstinência de Substância devem ser distinguidos do tremor no Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos. Os tremores não parkinsonianos tendem a ser mais finos (de menor amplitude), mais rápidos (10 ciclos por segundo) e tendem a piorar com movimentos intencionais (por ex., quando o indivíduo estende o braço para pegar uma xícara). O tremor associado com Abstinência de Substância em geral está associado com hiper-reflexia e aumento de sinais autonômicos. O tremor por doença cerebelar piora com a intenção e pode vir acompanhado de nistagmo, ataxia ou fala escandida. Os movimentos coreiformes associados com Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos podem assemelhar-se ao tremor parkinsoniano, porém o tremor parkinsoniano é diferenciado por seu ritmo constante. Acidentes vasculares cerebrais e outras lesões focais do sistema nervoso central podem causar sinais neurológicos focais, bem como imobilidade por paralisia flácida ou espástica. Em contraste, a força muscular é inicialmente normal e a fadiga muscular aparece mais tarde, no Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos. A rigidez do parkinsonismo também precisa ser diferenciada do fenômeno de "canivete", encontrado em lesões piramidais e no comportamento opositivo.

Alguns indícios de que os sintomas parkinsonianos não são devido a neurolépticos incluem história familiar de uma condição neurológica hereditária, parkinsonismo de rápida progressão não explicado por alterações psicofarmacológicas recentes, presença de sinais neurológicos focais não-extrapiramidais (por ex., sinais de liberação frontal, anormalidades dos nervos cranianos ou um sinal de Babinski positivo) e sinais ou sintomas parkinsonianos que não revertem dentro de 3 meses após a descontinuação do neuroléptico (ou em 1 ano, quando o neuroléptico foi dado em uma forma intramuscular de ação prolongada). Os indivíduos com Síndrome Neuroléptica Maligna têm tanto acinesia severa quanto rigidez, mas apresentam também achados físicos e laboratoriais adicionais (por ex., febre, creatina fosfoquinase [CPK] aumentada).

A distinção entre os sintomas de um transtorno mental primário e as perturbações comportamentais do Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos pode ser difícil. Frequentemente, o diagnóstico precisa ser baseado em múltiplas fontes de informações (por ex., achados do exame físico, história de uso de medicamentos, sintomas mentais). O diagnóstico de Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos pode ter de ser feito provisoriamente e às vezes apenas pode ser confirmado por um ensaio de redução da dosagem (ou eliminação) do medicamento neuroléptico ou pelo início de um tratamento com anticolinérgico. A acinesia induzida por neuroléptico e o Transtorno Depressivo Maior têm muitos sintomas sobrepostos. O Transtorno Depressivo Maior está mais propenso a ter sinais vegetativos (por

ex., despertar nas primeiras horas da manhã), falta de esperanças e desespero, enquanto a apatia é mais típica da acinesia. A catatonia associada com Esquizofrenia, Tipo Catatônico, ou Transtornos do Humor com Características Catatônicas pode ser particularmente difícil de distinguir da acinesia severa. Os sintomas negativos da Esquizofrenia podem também ser difíceis de diferenciar da acinesia. A rigidez também pode estar associada com Transtornos Psicóticos, **delirium**, demência, Transtornos de Ansiedade e Transtorno Conversivo. A resistência à movimentação passiva é constante em toda a faixa de movimentos na rigidez parkinsoniana, ao passo que é inconsistente nos transtornos mentais e outras condições neurológicas que apresentam rigidez. Além disso, os indivíduos com rigidez parkinsoniana em geral têm uma constelação de sinais e sintomas, incluindo marcha e expressão facial características, piscar diminuído e outros aspectos de bradicinesia.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 332.1 Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos \ Diagnóstico Diferencial

**Critérios para pesquisas para 332.1 Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos**

**A. Pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas desenvolve-se em associação com o uso de medicamentos neurolépticos:**

- (1) tremor parkinsoniano (isto é, um tremor amplo, rítmico e de repouso, com uma frequência ente 3 e 6 ciclos por segundo, afetando os membros, cabeça, boca ou língua)
- (2) rigidez muscular parkinsoniana (isto é, rigidez em roda-dentada ou rigidez contínua em "cano de chumbo")
- (3) acinesia (isto é, uma redução nas expressões faciais espontâneas, gestos, fala ou movimentos corporais)

**B. Os sintomas no Critério A desenvolveram-se dentro de algumas semanas após o início ou elevação da dose de um medicamento neuroléptico, ou após a redução do medicamento usado para tratar (ou prevenir) sintomas extrapiramidais agudos (por ex., agentes anticolinérgicos).**

**C. Os sintomas no Critério A não são melhor explicados por um transtorno mental (por ex., sintomas catatônicos ou negativos na Esquizofrenia, retardo psicomotor em um Episódio Depressivo Maior). Evidências de que os sintomas são melhor explicados por um transtorno mental poderiam incluir as seguintes: os sintomas precedem a exposição a um medicamento neuroléptico ou são incompatíveis com o padrão de intervenção farmacológica (por ex., não há melhora após a redução da dose ou administração de um medicamento anticolinérgico).**

**D. Os sintomas no Critério A não são devido a uma substância não-neuroléptica, a uma condição neurológica ou outra condição médica geral (por ex., doença de Parkinson, doença de Wilson). Evidências de que os sintomas são devido a uma**

condição médica geral poderiam incluir as seguintes: os sintomas precedem a exposição a um medicamento neuroléptico, presença de sinais neurológicos focais inexplicáveis, ou progressão dos sintomas apesar de um regime medicamentoso estável.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos

**G21.0 - 333.92 Síndrome Neuroléptica Maligna**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 333.92 Síndrome Neuroléptica Maligna

**Características Diagnósticas**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 333.92 Síndrome Neuroléptica Maligna \ Características Diagnósticas

A característica essencial da Síndrome Neuroléptica Maligna é o desenvolvimento de rigidez muscular severa e hipertermia em um indivíduo que está usando um medicamento neuroléptico, acompanhadas por dois (ou mais) dos seguintes sintomas: diaforese, disfagia, tremor, incontinência, alterações no nível da consciência, indo de confusão ao coma, mutismo, taquicardia, pressão sanguínea elevada ou instável, leucocitose e evidências laboratoriais de lesão muscular (por ex., creatina fosfoquinase [CPK] elevada). Esses sintomas não são devido a outra substância (por ex., fenciclidina), a uma condição neurológica ou outra condição médica geral (por ex., encefalite viral), nem são melhor explicados por um transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor Com Características Catatônicas). Pode haver agitação ou reações distônicas agudas acompanhando a Síndrome Neuroléptica Maligna.

A hipertermia varia de uma leve elevação (por ex., 37-38°C) até estados acentuadamente hipertérmicos (por ex., 41°C). A febre devido a uma condição médica geral (por ex., infecção) precisa ser descartada como causa de hipertermia; entretanto, os indivíduos com Síndrome Neuroléptica Maligna freqüentemente desenvolvem outras condições médicas que podem piorar uma temperatura já elevada. A CPK tipicamente está elevada, indo desde elevações menores até níveis extremamente altos (excedendo 16.000 UI). Cabe notar que elevações de leves a moderadas da CPK também podem ser vistas com danos musculares devido a variadas causas, tais como injeção intramuscular e uso de contenções, e também têm sido relatadas em indivíduos com Transtornos Psicóticos. As contagens de



leucócitos freqüentemente são altas, em geral variando entre 10.000 e 20.000. Em casos severos pode ocorrer mioglobínúria, como um prenúncio de insuficiência renal.

A apresentação e o curso da Síndrome Neuroléptica Maligna são bastante variáveis. Ela pode ter um curso maligno e potencialmente fatal ou um curso relativamente benigno e autolimitado. Não existe, atualmente, qualquer modo de prever a evolução da síndrome em um determinado indivíduo. A Síndrome Neuroléptica Maligna habitualmente se desenvolve dentro de 4 semanas após o início de um medicamento neuroléptico, com dois terços dos casos desenvolvendo-se dentro da primeira semana. Entretanto, alguns indivíduos desenvolvem Síndrome Neuroléptica Maligna após tomarem a mesma dose de medicamento neuroléptico por muitos meses. Após a descontinuação do medicamento neuroléptico, a resolução da condição ocorre dentro de uma média de 2 semanas para medicamentos neurolépticos não-depot e 1 mês para medicamentos neurolépticos depot, embora existam casos que continuam bem além da duração média de 2 semanas. Na maioria dos casos, ocorre uma total resolução dos sintomas. Para uma minoria dos indivíduos, o resultado é fatal. As taxas de óbitos na literatura situam-se na faixa de 10-20%, mas essas taxas podem ser artificialmente altas, como resultado de um vício ("bias") no relato. Com o aumento do reconhecimento desta condição, as estimativas das taxas de óbitos têm diminuído. Existem raros relatos de seqüelas neurológicas.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 333.92 Síndrome Neuroléptica Maligna**

**Características Associadas**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 333.92 Síndrome Neuroléptica Maligna \ Características Associadas**

A maioria dos casos tem sido relatada em indivíduos com Esquizofrenia, Episódios Maníacos e Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral (por ex., delirium ou demência). Episódios anteriores de Síndrome Neuroléptica Maligna, agitação, desidratação, altas doses de medicamentos neurolépticos, rápido aumento da dose e injeção intramuscular de medicamento neuroléptico parecem ser fatores de risco. Existem controvérsias na literatura quanto a se o tratamento com carbonato de lítio aumentaria a probabilidade de desenvolver Síndrome Neuroléptica Maligna. Embora este transtorno possa ocorrer em ambientes quentes e frios, os ambientes quentes e úmidos podem contribuir para o desenvolvimento desta condição. Várias condições médicas gerais podem ocorrer e complicar o quadro clínico, incluindo pneumonia, insuficiência renal, parada cardíaca ou respiratória, sepse, embolia pulmonar e coagulação intravascular

disseminada.

As estimativas da prevalência desta condição em indivíduos expostos a medicamentos neurolépticos variam de 0,07 a 1,4%. A Síndrome Neuroléptica Maligna tem sido relatada com uma frequência um pouco maior em homens. A condição pode ocorrer em qualquer idade, mas é relatada mais frequentemente em adultos jovens. As variações nos relatos de prevalência podem ser devido a uma falta de consistência na definição dos casos, práticas de prescrição de neurolépticos, desenho do estudo e demografia da população estudada. A Síndrome Neuroléptica Maligna pode ocorrer mais frequentemente com medicamentos neurolépticos de alta potência. Alguns indivíduos que desenvolveram esta condição podem estar menos propensos a aderir ao tratamento com neurolépticos. Embora muitos indivíduos não experimentem uma recorrência quando o medicamento neuroléptico é reinstituído, alguns experimentam recorrência, especialmente quando o medicamento neuroléptico é reinstituído logo após um episódio de Síndrome Neuroléptica Maligna.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 333.92 Síndrome Neuroléptica Maligna

**Diagnóstico Diferencial**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 333.92 Síndrome Neuroléptica Maligna \ Diagnóstico Diferencial

A Síndrome Neuroléptica Maligna deve ser diferenciada dos sintomas de uma condição neurológica ou outra condição médica geral. Uma hipertermia devido a uma condição médica geral (por ex., uma infecção viral) precisa ser distinguida da hipertermia associada com a Síndrome Neuroléptica Maligna. Temperaturas extremamente elevadas são devido, com maior frequência, à Síndrome Neuroléptica Maligna, especialmente na ausência de uma condição médica geral identificável. Além disso, na Síndrome Neuroléptica Maligna, outros aspectos característicos (por ex., severa rigidez muscular) também estão presentes. As condições médicas gerais cujas apresentações podem assemelhar-se a uma Síndrome Neuroléptica Maligna incluem infecção do sistema nervoso central, estado de mal epilético, lesões cerebrais subcorticais (por ex., acidente vascular encefálico, trauma, neoplasmas) e condições sistêmicas (por ex., porfiria intermitente aguda, tetania). A intermação pode imitar a Síndrome Neuroléptica Maligna, mas pode ser distinguida pela presença de pele seca e quente (ao invés de diaforeses), hipotensão (ao invés de pressão sanguínea instável ou elevada) e flacidez dos membros (ao invés de rigidez). A hipertermia maligna apresenta-se com hipertermia e rigidez e em geral ocorre em indivíduos geneticamente suscetíveis que receberam anestésicos inalantes halogenados e relaxantes musculares despolarizantes. A hipertermia maligna geralmente inicia alguns

minutos após a aplicação da anestesia. Uma vez que outras condições médicas gerais podem co-ocorrer ou resultar da Síndrome Neuroléptica Maligna, é importante determinar se a hipertermia ocorreu antes ou depois dos problemas médicos sobrepostos. A descontinuação abrupta de um medicamento antiparkinsoniano em uma pessoa com doença de Parkinson ou o tratamento com agentes depletadores de dopamina (por ex., reserpina, tetrabenazina) podem precipitar uma reação similar à Síndrome Neuroléptica Maligna.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 333.92 Síndrome Neuroléptica Maligna \ Diagnóstico Diferencial**

A Síndrome Neuroléptica Maligna deve ser distinguida de síndromes similares resultantes do uso de outros medicamentos psicotrópicos (por ex., inibidores da monoaminoxidase, combinações de tricíclicos-inibidores da monoaminoxidase, combinações de meperidina-inibidores da monoaminoxidase, toxicidade por lítio, delirium por anticolinérgico, anfetaminas, fenfluramina, cocaína e fenciclidina), que podem apresentar-se com hipertermia, alteração do estado mental e alterações autonômicas. Nestes casos, aplica-se um diagnóstico de Transtorno dos Movimentos Induzido por Medicamentos Sem Outra Especificação.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 333.92 Síndrome Neuroléptica Maligna \ Diagnóstico Diferencial**

Os indivíduos com Esquizofrenia ou um Episódio Maníaco que não estão recebendo medicação neuroléptica podem ocasionalmente apresentar estados catatônicos extremos (a chamada catatonia letal) que podem imitar a Síndrome Neuroléptica Maligna, incluindo temperatura elevada, disfunção autonômica e achados laboratoriais anormais. Para indivíduos que já recebem um medicamento neuroléptico, uma história de estados catatônicos extremos prévios, quando o indivíduo não estava recebendo neurolépticos, é importante para o diagnóstico diferencial. O problema torna-se ainda mais complexo pelo fato de que o medicamento neuroléptico pode piorar os sintomas da catatonia letal.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 333.92 Síndrome Neuroléptica Maligna \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios para pesquisas para 333.92 Síndrome Neuroléptica Maligna**

**A. Desenvolvimento de rigidez muscular severa e hipertermia associadas com o uso de medicamento neuroléptico.**

**B. Pelo menos dois dos seguintes sintomas:**

**(1) diaforese**

- (2) disfagia
- (3) tremor
- (4) incontinência
- (5) alterações no nível de consciência, indo da confusão ao coma
- (6) mutismo
- (7) taquicardia
- (8) pressão sanguínea elevada ou instável
- (9) leucocitose
- (10) evidências laboratoriais de lesão muscular (por ex., PCK elevada)

C. Os sintomas nos Critérios A e B não são devido a uma substância (por ex., fenciclidina), uma condição neurológica ou outra condição médica geral (por ex., encefalite viral).

D. Os sintomas nos Critérios A e B não são melhor explicados por um transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor Com Características Catatônicas).

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.0 - 333.92 Síndrome Neuroléptica Maligna \ Diagnóstico Diferencial

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos

**G24.0 - 333.7 Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.7 Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos

**Características Diagnósticas**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.7 Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos \ Características Diagnósticas

A característica essencial da Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos são posturas anormais ou espasmos musculares prolongados que se desenvolvem em associação com o uso de medicamentos neurolépticos, incluindo posicionamento anormal da cabeça e pescoço em relação ao corpo (por ex., **retrocollis**, torcicolo); espasmos dos músculos da mandíbula (trismo, caretas), da deglutição (disfagia),

da fala ou da respiração (espasmo laringo-faríngeo com potencial risco de vida); fala inarticulada ou indistinta devido à língua hipertônica (disartria, macroglossia); protrusão ou disfunção da língua; olhos desviados para cima, para baixo ou para o lado (crise oculogírica); ou posicionamento anormal dos membros distais ou tronco (opistótono). Existe uma grande variabilidade na gravidade dos sintomas e nas áreas do corpo que podem ser afetadas. Um tônus aumentado nos músculos afetados geralmente está presente. Os sinais ou sintomas desenvolvem-se em 7 dias após o início ou aumento rápido da dose do medicamento neuroléptico ou após a redução de um medicamento que está sendo usado para tratar ou prevenir sintomas extrapiramidais agudos (por ex., agentes anticolinérgicos). Os sintomas não devem ser melhor explicados por um transtorno mental (por ex., sintomas catatônicos na Esquizofrenia) e não devem ser decorrentes de uma substância não-neuroléptica, de uma condição neurológica ou de outra condição médica geral.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.7  
Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos**

**Características Associadas**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.7  
Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos \ Características Associadas**

Medo e ansiedade freqüentemente acompanham o início da Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos, especialmente em indivíduos que não estão cientes da possibilidade de desenvolverem distonia e incorretamente, consideram seus sintomas, como parte de seu transtorno mental. Alguns indivíduos sentem dor ou câibras nos músculos afetados. Uma falta de aderência ao tratamento médico pode ocorrer após o desenvolvimento de reações distônicas agudas. A Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos ocorre com maior freqüência em homens jovens. Os fatores de risco para o desenvolvimento de Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos incluem reações distônicas prévias ao tratamento com neurolépticos e o uso de medicamentos neurolépticos de alta potência.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.7  
Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos**

**Diagnóstico Diferencial**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.7  
Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos \ Diagnóstico Diferencial**

É importante distinguir entre a Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos e outras causas de distonia em indivíduos em tratamento com medicação neuroléptica. Evidências de que os sintomas são devido a uma condição neurológica ou outra condição médica geral incluem o curso (por ex., sintomas precedendo a exposição a um medicamento neuroléptico ou progressão dos sintomas na ausência de alterações na medicação) e a presença de sinais neurológicos focais. Distonias focais ou segmentais de ocorrência espontânea geralmente persistem por vários dias ou semanas, independentemente do medicamento. Outras condições neurológicas (por ex., crises do lobo temporal, infecções virais e bacterianas, trauma ou lesões expansivas no sistema nervoso central ou periférico) e endocrinopatias (por ex., hipoparatiroidismo) também podem produzir sintomas (por ex., tetania) que se assemelham à Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.7  
Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos \ Diagnóstico Diferencial**

A Síndrome Neuroléptica Maligna pode produzir distonia, mas difere por ser também acompanhada de febre e rigidez generalizada. A Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos também deve ser distinguida de uma distonia devido a um medicamento não-neuroléptico (por ex., anticonvulsivantes tais como fenitoína e carbamazepina). Nestes casos, aplica-se um diagnóstico de Transtorno dos Movimentos Induzido por Medicamentos Sem Outra Especificação.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.7  
Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos \ Diagnóstico Diferencial**

A catatonia associada com um Transtorno do Humor ou Esquizofrenia pode ser distinguida pelo relacionamento temporal entre os sintomas e a exposição a neurolépticos (por ex., distonia precedendo a exposição a um medicamento neuroléptico) e pela resposta à intervenção farmacológica (por ex., ausência de melhora após a redução da dose de neuroléptico ou administração de anticolinérgico). Além disso, os indivíduos com Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos em geral ficam angustiados com a reação distônica e comumente buscam intervenção. Em contraste, os indivíduos com catatonia tipicamente se apresentam mudos e retraídos e não expressam sofrimento subjetivo acerca de sua condição.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.7  
Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios para pesquisas para 333.7 Distonia Aguda Induzida por Neuroléptico**

**A. Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas desenvolveu-se em**

associação com o uso de medicamento neuroléptico:

- (1) posicionamento anormal da cabeça e pescoço em relação ao corpo (por ex., retrocollis, torcicolo)
- (2) espasmos dos músculos da mandíbula (trismo, boca aberta, caretas)
- (3) prejuízo na deglutição (disfagia), fala ou respiração (espasmo laringo-faríngeo, disfonia)
- (4) fala inarticulada ou indistinta, devido à hipertonía ou língua aumentada de tamanho (disartria, macroglossia)
- (5) protrusão ou disfunção da língua
- (6) olhos desviados para cima, para baixo ou para o lado (crise oculogírica)
- (7) posicionamento anormal dos membros distais ou do tronco

B. Os sinais ou sintomas no Critério A desenvolveram-se dentro de 7 dias após o início ou rápido aumento da dose de um medicamento neuroléptico, ou após uma redução do medicamento usado para tratar (ou prevenir) sintomas extrapiramidais agudos (por ex., agentes anticolinérgicos).

C. Os sintomas no Critério A não são melhor explicados por um transtorno mental (por ex., sintomas catatônicos na Esquizofrenia). As evidências de que os sintomas são melhor explicados por um transtorno mental poderiam incluir as seguintes: os sintomas precedem a exposição ao neuroléptico ou são incompatíveis com o padrão de intervenção farmacológica (por ex., ausência de melhora após uma redução da dose de neuroléptico ou administração de anticolinérgico).

D. Os sintomas no Critério A não são devido a uma substância não-neuroléptica, a uma condição neurológica ou outra condição médica geral. As evidências de que os sintomas são devido a uma condição médica geral poderiam incluir as seguintes: os sintomas precedem a exposição a um medicamento neuroléptico, presença de sinais neurológicos focais inexplicáveis, ou progressão dos sintomas na ausência de alteração na medicação.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.7  
Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos \ Diagnóstico Diferencial

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos

**G21.1 - 333.99 Acatísia Aguda Induzida por Neurolépticos**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.1 - 333.99  
Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos**

**Características Diagnósticas**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.1 - 333.99  
Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos \ Características Diagnósticas**

As características essenciais da Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos são queixas subjetivas de inquietação e observação de pelo menos um dos seguintes movimentos: remexer-se na cadeira ou balançar as pernas enquanto sentado, oscilar de um pé para outro ou "marcha estacionária" enquanto permanece de pé, andar a esmo para aliviar a inquietação, ou uma incapacidade de ficar sentado ou permanecer de pé sem se mover por pelo menos alguns minutos. Em sua forma mais severa, o indivíduo pode ser incapaz de manter qualquer posição por mais de alguns segundos. As queixas subjetivas incluem um sentimento de inquietação interna, mais freqüentemente nas pernas; uma compulsão para movimentar as pernas; angústia quando solicitado a não movimentar as pernas; disforia e ansiedade. Os sintomas tipicamente ocorrem em 4 semanas após o início ou aumento da dose de um medicamento neuroléptico e ocasionalmente podem seguir-se à redução do medicamento usado para tratar ou prevenir sintomas extrapiramidais agudos (por ex., agentes anticolinérgicos). Os sintomas não são melhor explicados por um transtorno mental (por ex., Esquizofrenia, Abstinência de Substância, agitação por um Episódio Depressivo Maior ou Maníaco, hiperatividade no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade), nem são devido a uma substância não-neuroléptica, a uma condição neurológica ou outra condição médica geral (por ex., doença de Parkinson, anemia ferropriva).

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.1 - 333.99  
Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos**

**Características e Transtornos Associados**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.1 - 333.99  
Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos \ Características e Transtornos Associados**

O sofrimento subjetivo resultante da acatisia é significativo, podendo levar à não-aderência ao tratamento com neurolépticos. A acatisia pode estar associada com disforia, irritabilidade, agressividade ou tentativas de suicídio. A piora nos sintomas psicóticos ou o descontrole comportamental podem levar a um aumento



na dose de neurolépticos, exacerbando o problema. A acatisia pode desenvolver-se muito rapidamente após o início ou aumento da dose do neuroléptico. O desenvolvimento de acatisia parece ser dose-dependente e estar associado mais freqüentemente com determinados medicamentos neurolépticos. A acatisia aguda tende a persistir pelo tempo em que forem mantidos os medicamentos neurolépticos, embora a intensidade possa flutuar com o tempo. Os relatos da prevalência de acatisia entre os indivíduos que tomam neurolépticos têm variado amplamente (de 20 a 75%). As variações na prevalência relatada podem ser devido a uma falta de consistência na definição dos casos, práticas de prescrição de neurolépticos e demografia da população estudada.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.1 - 333.99  
Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos**

**Diagnóstico Diferencial**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.1 - 333.99  
Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos \ Diagnóstico Diferencial**

A Acinesia Aguda Induzida por Neurolépticos pode ser clinicamente indistinguível das síndromes de inquietação devido a certas condições neurológicas ou outras condições médicas gerais, a substâncias não-neurolépticas e à agitação que se apresenta como parte de um transtorno mental (por ex., um Episódio Maníaco). A acatisia da doença de Parkinson e da anemia ferropriva têm uma fenomenologia similar à da Acinesia Aguda Induzida por Neurolépticos. O início freqüentemente abrupto de inquietação logo após o início ou aumento do medicamento neuroléptico em geral diferencia a Acinesia Aguda Induzida por Neurolépticos.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.1 - 333.99  
Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos \ Diagnóstico Diferencial**

Os medicamentos antidepressivos inibidores específicos da recaptção de serotonina podem produzir uma acatisia que parece idêntica, em termos de fenomenologia e resposta ao tratamento, à Acinesia Aguda Induzida por Neurolépticos. A acatisia devido a um medicamento não-neuroléptico pode ser diagnosticada como Transtorno dos Movimentos Induzido por Medicamentos Sem Outra Especificação. Outras situações que poderiam ser incluídas entre os Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos Sem Outra Especificação são acatisia aguda com queixas apenas subjetivas ou apenas objetivas, mas não ambas, e acatisia ocorrendo tardiamente no curso do tratamento (por ex., 6 meses após o início ou aumento da dose de um neuroléptico). A Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos também tem,

freqüentemente, um componente de inquietação generalizada que pode coexistir com a acatisia em um indivíduo que toma medicamentos neurolépticos. A Acinesia Aguda Induzida por Neurolépticos é diferenciada da Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos pela natureza dos movimentos e seu relacionamento com o início do medicamento. O curso temporal da apresentação sintomática em relação à alteração na dose de neuroléptico pode auxiliar nesta distinção. Um aumento na dose do medicamento freqüentemente exacerba a acatisia, enquanto alivia, com freqüência temporariamente, os sintomas da Discinesia Tardia.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.1 - 333.99 Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos \ Diagnóstico Diferencial**

A Acinesia Aguda Induzida por Neurolépticos deve ser diferenciada de sintomas que são melhor explicados por um transtorno mental. Os indivíduos com Episódios Depressivos, Episódios Maníacos, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, demência, delirium, Intoxicação com Substância (por ex., cocaína) ou Abstinência de Substância (por ex., opióide) também podem exibir uma agitação difícil de distinguir da acatisia. Alguns desses indivíduos são capazes de fazer a distinção entre a acatisia e a ansiedade, inquietação e agitação características de um transtorno mental, por sua vivência da acatisia como sendo diferente dos sentimentos anteriormente experimentados. Outras evidências de que a inquietação e a agitação podem ser melhor explicadas por um transtorno mental incluem o início da agitação antes da exposição ao neuroléptico, ausência de aumento da inquietação com o aumento da doses do neuroléptico e ausência de alívio com intervenções farmacológicas (por ex., ausência de melhora após a diminuição da dose de neuroléptico ou após um tratamento medicamentoso visando a tratar a acatisia).

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G21.1 - 333.99 Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios para pesquisas para 333.99 Acinesia Aguda Induzida por Neurolépticos**

**A. Desenvolvimento de queixas subjetivas de inquietação após a exposição a um medicamento neuroléptico.**

**B. Observação de pelo menos um dos seguintes sintomas:**

- (1) movimentos inquietos ou balançar as pernas
- (2) oscilar de um pé para outro, quando está de pé
- (3) caminhar a esmo para aliviar a inquietação
- (4) incapacidade de ficar sentado ou permanecer quieto de pé por pelo menos alguns minutos.

C. O início dos sintomas nos Critérios A e B ocorre dentro de 4 semanas após o início ou aumento da dose do neuroléptico, ou após a redução de um medicamento usado para tratar (ou prevenir) sintomas extrapiramidais agudos (por ex., agentes anticolinérgicos).

D. Os sintomas no Critério A não são melhor explicados por um transtorno mental (por ex., Esquizofrenia, Abstinência de Substância, agitação por um Episódio Depressivo Maior ou Episódio Maníaco, hiperatividade no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade). As evidências de que os sintomas podem ser melhor explicados por um transtorno mental poderiam incluir as seguintes: início dos sintomas precedendo a exposição aos neurolépticos, ausência de aumento da inquietação com o aumento da dose do neuroléptico e ausência de alívio com intervenções farmacológicas (por ex., ausência de melhora após uma redução da dose de neuroléptico ou com tratamento medicamentoso visando a tratar a acatisia).

E. Os sintomas no Critério A não são devido a uma substância não-neuroléptica, a uma condição neurológica ou a outra condição médica geral. As evidências de que os sintomas são devido a uma condição médica geral poderiam incluir o início dos sintomas antes da exposição aos neurolépticos ou a progressão dos sintomas na ausência de uma alteração na medicação.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos

**G24.0 - 333.82 Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.82 Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos

**Características Diagnósticas**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.82 Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos \ Características Diagnósticas

As características essenciais da Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos são movimentos anormais e involuntários da língua, mandíbula, tronco ou extremidades, que se desenvolvem em associação com o uso de medicamentos neurolépticos. Os movimentos estão presentes por um período de pelo menos 4 semanas e podem ser coreiformes (rápidos, espasmódicos e não repetitivos), atetóides (lentos, sinuosos, contínuos) ou rítmicos (por ex., estereotípias). Os

sinais ou sintomas desenvolvem-se durante a exposição a um neuroléptico ou dentro de 4 semanas após a retirada de um medicamento neuroléptico oral (ou em 8 semanas da retirada de um medicamento na forma de depot). Deve haver uma história de uso de medicamentos neurolépticos por pelo menos 3 meses (ou 1 mês, em indivíduos com mais de 60 anos). Embora um grande número de estudos epidemiológicos tenha estabelecido um relacionamento etiológico entre o uso de neurolépticos e a Discinesia Tardia, qualquer discinesia em um indivíduo que está tomando um medicamento neuroléptico não é necessariamente uma Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos. Os movimentos não devem ser consequência de uma condição neurológica ou outra condição médica geral (por ex., doença de Huntington, coreia de Sydenham, discinesia espontânea, hipertireoidismo, doença de Wilson), dentaduras malcolocadas ou exposição a outros medicamentos capazes de causar discinesia aguda reversível (por ex., L-dopa, bromocriptina). Os movimentos também não devem ser melhor explicados por um transtorno dos movimentos induzido por neurolépticos (por ex., Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos, Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos)

Mais de 75% dos indivíduos com Discinesia Tardia têm movimentos orofaciais anormais, aproximadamente metade tem envolvimento dos membros e até 25% têm discinesia axial do tronco. Em aproximadamente 10% dos indivíduos, todas as três regiões são afetadas. O envolvimento de outros grupos musculares (por ex., faringe, abdômen) pode ocorrer mas é incomum, especialmente na ausência de discinesia da região orofacial, membros ou tronco. A discinesia dos membros ou do tronco sem envolvimento orofacial é mais comum em indivíduos jovens, enquanto as discinesias orofaciais são típicas de pessoas idosas.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.82  
Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos**

**Características Associadas**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.82  
Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos \ Características Associadas**

Os sintomas de Discinesia Tardia tendem a ser piorados por estimulantes, abstinência de neurolépticos e medicamentos anticolinérgicos e podem piorar temporariamente por excitação emocional, estresse e distração durante movimentos voluntários em partes não afetadas do corpo. Os movimentos anormais da discinesia são temporariamente reduzidos por relaxamento e por movimentos voluntários nas partes afetadas do corpo, e geralmente estão ausentes durante o sono. A discinesia pode ser suprimida, pelo menos temporariamente, por doses maiores de neurolépticos ou sedativos.

A prevalência geral da Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos em indivíduos

que receberam tratamento a longo prazo com neurolépticos varia de 20 a 30%. A incidência geral entre indivíduos mais jovens varia de 3 a 5% ao ano. Indivíduos idosos parecem desenvolver Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos mais freqüentemente, com relatos de prevalência de até 50% e uma incidência de 25-30% após uma média de 1 ano de exposição cumulativa à medicação neuroléptica. A prevalência também varia dependendo do contexto, com a Discinesia Tardia tendendo a ser mais comum entre pacientes internados (em especial indivíduos cronicamente institucionalizados). A Discinesia Tardia é diagnosticada com uma freqüência praticamente igual em homens e mulheres jovens, enquanto entre indivíduos idosos ela pode ser vista mais freqüentemente em mulheres do que em homens. Transtornos do Humor (especialmente Transtorno Depressivo Maior), condições neurológicas, maior quantidade cumulativa de medicação neuroléptica e desenvolvimento precoce de efeitos colaterais extrapiramidais foram sugeridos como fatores de risco para Discinesia Tardia. As variações nos relatos de prevalência podem ser devido a uma falta de consistência na definição dos casos, às práticas de prescrição de neurolépticos, ao desenho do estudo e à demografia da população estudada.

A condição pode iniciar em qualquer idade, quase sempre de maneira insidiosa. Os sinais tipicamente são de mínimos a leves no início e escapam à detecção, exceto a um observador perspicaz. Na maioria dos casos, a Discinesia Tardia é leve, consistindo, principalmente, de um problema estético. Em casos severos, entretanto, ela pode estar associada a complicações médicas (por ex., ulcerações nas bochechas e na língua; perda de dentes; macroglossia; dificuldade para caminhar, engolir ou respirar; fala abafada; perda de peso; depressão e ideação suicida). Se o indivíduo com Discinesia Tardia permanecer sem o medicamento neuroléptico, a discinesia remite em 3 meses em 30% dos casos e em 12-18 meses em mais de 50% dos casos, embora essas porcentagens sejam inferiores em pessoas idosas. Quando os indivíduos que recebem medicação neuroléptica são avaliados periodicamente, a Discinesia Tardia revela-se estável ao longo do tempo em cerca de metade dos casos, pior em 25% destes e melhor no restante. Os indivíduos mais jovens em geral tendem a melhorar mais rapidamente; em pessoas idosas existe uma probabilidade maior de que a Discinesia Tardia se torne mais severa ou mais generalizada, com o uso continuado do neuroléptico. Quando medicamentos neurolépticos são descontinuados, estima-se que 5-40% de todos os casos, e entre 50 e 90% dos casos leves, apresentam remissão.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.82 Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos**

**Diagnóstico Diferencial**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.82**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



### **Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos \ Diagnóstico Diferencial**

A discinesia que surge durante a abstinência de neurolépticos pode remitir com a abstinência prolongada. Se a discinesia persistir por pelo menos 4 semanas, um diagnóstico de Discinesia Tardia pode ser indicado. A Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos deve ser distinguida de outras causas de discinesia orofacial e corporal. Essas condições incluem doença de Huntington; doença de Wilson; coreia de Sydenham (reumática); lúpus eritematoso sistêmico, tirotoxicose; envenenamento por metais pesados; dentaduras mal ajustadas; discinesias devido a outros medicamentos tais como L-dopa, bromocriptina ou amantadina; e discinesias espontâneas. Os fatores que podem ser úteis na distinção são evidências de que os sintomas precederam a exposição ao medicamento neuroléptico ou da presença de outros sinais neurológicos. Cabe notar que outros transtornos dos movimentos podem coexistir com a Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos. Como uma discinesia espontânea pode ocorrer em mais de 5% dos indivíduos e é mais comum em pessoas idosas, pode ser difícil provar que os medicamentos neurolépticos produziram a Discinesia Tardia em determinado indivíduo. A Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos deve ser distinguida de sintomas devido a um transtorno dos movimentos induzido por neurolépticos (por ex., Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos ou Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos). A Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos desenvolve-se em 7 dias e a Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos desenvolve-se dentro de 4 semanas após o início ou aumento da dose de um medicamento neuroléptico (ou redução da dose de um medicamento usado para tratar sintomas extrapiramidais agudos). A Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos, por outro lado, desenvolve-se após a exposição a medicamento neuroléptico (ou abstinência) em indivíduos com uma história de uso de neurolépticos por pelo menos 3 meses (ou 1 mês em pessoas idosas).

### **APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G24.0 - 333.82 Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos \ Diagnóstico Diferencial**

#### **Critérios para pesquisas para 333.82 Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos**

- A. Movimentos involuntários da língua, mandíbula, tronco ou extremidades, desenvolvidos em associação com o uso de medicamentos neurolépticos.**
- B. Os movimentos involuntários estão presentes por um período mínimo de 4 semanas e ocorrem segundo qualquer um dos seguintes padrões:  
(1) movimentos coreiformes (isto é, rápidos, espasmódicos e não-repetitivos)  
(2) movimentos atetóides (isto é, lentos, sinuosos e contínuos)  
(3) movimentos rítmicos (isto é, estereotípias)**
- C. Os sinais e sintomas nos Critérios A e B desenvolvem-se durante a exposição a um medicamento neuroléptico ou dentro de 4 semanas após a abstinência de um**

medicamento neuroléptico oral (ou dentro de 8 semanas após a abstinência de um medicamento depot).

D. Houve exposição a um medicamento neuroléptico por pelo menos 3 meses (1 mês se o indivíduo tem 60 anos ou mais).

E. Os sintomas não são devido a uma condição neurológica ou uma condição médica geral (por ex., doença de Huntington, coréia de Sydenham, discinesia espontânea, hipertiroidismo, doença de Wilson), dentaduras mal ajustadas ou exposição a outros medicamentos que causam discinesia reversível (por ex., L-dopa, bromocriptina). Evidências de que os sintomas são devido a uma dessas etiologias poderiam incluir as seguintes: os sintomas precedem a exposição a um medicamento neuroléptico ou presença de sinais neurológicos focais inexplicáveis.

F. Os sintomas não são melhor explicados por um transtorno agudo dos movimentos induzido por neurolépticos (por ex., Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos, Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos).

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos

**G25.1 - 333.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G25.1 - 333.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos

**Características Diagnósticas**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G25.1 - 333.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos \ Características Diagnósticas

A característica essencial do Tremor Postural Induzido por Medicamentos é um tremor postural fino que se desenvolveu em associação com o uso de um medicamento. Os medicamentos com os quais este tremor pode estar associado incluem lítio, medicamentos beta-adrenérgicos (por ex., isoproterenol), estimulantes (por ex., anfetamina), medicamentos dopaminérgicos, anticonvulsivantes (por ex., ácido valpróico), neurolépticos, antidepressivos e metilxantinas (por ex., cafeína, teofilina). O tremor é uma oscilação regular e rítmica dos membros (com maior frequência mãos e dedos), cabeça, boca ou língua com uma frequência entre 8 e 12 ciclos por segundo. Ele é mais facilmente

observado quando a parte do corpo afetada é mantida em uma postura fixa (por ex., estender as mãos, manter a boca aberta). Quando um indivíduo descreve um tremor consistente com esta definição mas o clínico não observa diretamente o tremor, pode ser útil tentar recriar a situação na qual o tremor ocorreu (por ex., beber de uma xícara apoiada em um pires). Os sintomas não são devido a um tremor preexistente não-farmacologicamente induzido, nem são melhor explicados por Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G25.1 - 333.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos

**Características Associadas**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G25.1 - 333.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos \ Características Associadas

A maioria das informações disponíveis envolve o tremor induzido por lítio. O tremor por lítio é um efeito colateral comum de doses terapêuticas, geralmente benigno e bem tolerado. Entretanto, ele pode causar embaraço social, dificuldades ocupacionais e não-aderência em alguns indivíduos. À medida que os níveis séricos de lítio se aproximam de níveis tóxicos, o tremor pode tornar-se mais grosseiro e acompanhar-se de contrações musculares, fasciculações ou ataxia. O tremor não tóxico por lítio pode melhorar espontaneamente ao longo do tempo. Uma variedade de fatores pode aumentar o risco de tremor por lítio (por ex., idade avançada, altos níveis séricos de lítio, medicamento antidepressivo ou neuroléptico concomitante, excessivo consumo de cafeína, história pessoal ou familiar de tremor, presença de Dependência de Álcool e ansiedade associada). A frequência das queixas sobre o tremor parece diminuir com a duração do tratamento com lítio. Os fatores capazes de exacerbar o tremor incluem ansiedade, estresse, fadiga, hipoglicemia, tirotoxicose, feocromocitoma, hipotermia e Abstinência de Álcool.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G25.1 - 333.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos

**Diagnóstico Diferencial**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G25.1 - 333.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos \ Diagnóstico Diferencial

O Tremor Postural Induzido por Medicamentos deve ser diferenciado de um tremor



preexistente não causado pelos efeitos de um medicamento. Fatores que ajudam a estabelecer que o tremor já existia incluem seu relacionamento temporal com o início do medicamento, falta de correlação com níveis séricos do medicamento e persistência após a suspensão do medicamento. Se um tremor preexistente e não farmacologicamente induzido está presente e piora com o medicamento, este não deve satisfazer os critérios para um Tremor Postural Induzido por Medicamentos e seria codificado como Transtorno de Movimento Induzido por Medicamentos Sem Outra Especificação. Os fatores que podem contribuir para a gravidade do Tremor Postural Induzido por Medicamentos (por ex., ansiedade, estresse, fadiga, hipoglicemia, tirotoxicose, feocromocitoma, hipotermia e Abstinência de Álcool) também podem ser causa de tremor, independentemente do medicamento.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G25.1 - 333.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos \ Diagnóstico Diferencial**

O Tremor Postural Induzido por Medicamentos não é diagnosticado se o tremor é melhor explicado por Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos. Um Tremor Postural Induzido por Medicamento geralmente está ausente em repouso e se intensifica quando a parte do corpo afetada é ativada ou mantida em uma posição fixa. Em contraste, o tremor relacionado com o Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos em geral é de menor frequência, piora em repouso, é suprimido durante o movimento intencional e geralmente ocorre em associação com outros sintomas de Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos (por ex., acinesia, rigidez).

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G25.1 - 333.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos \ Diagnóstico Diferencial**

**Critérios para pesquisas para 333.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos**

- A. Tremor postural fino, desenvolvido em associação com o uso de um medicamento (por ex., lítio, antidepressivo, ácido valpróico).**
- B. O tremor (isto é, uma oscilação regular e rítmica dos membros, cabeça, boca ou língua) tem uma frequência entre 8 e 12 ciclos por segundo.**
- C. Os sintomas não são devido a um tremor preexistente não farmacologicamente induzido. Evidências de que os sintomas são devido a um tremor preexistente poderiam incluir as seguintes: presença do tremor antes da introdução do medicamento, ausência de correlação com os níveis séricos do medicamento e persistência após a suspensão do medicamento.**
- D. Os sintomas não são melhor explicados por Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos.**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos

**G25.9 - 333.90 Transtorno dos Movimentos Induzido por Medicamentos Sem Outra Especificação**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos \ G25.9 - 333.90  
Transtorno dos Movimentos Induzido por Medicamentos Sem Outra Especificação

Esta categoria serve para Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos que não satisfazem os critérios para nenhum dos transtornos específicos listados antes.

**Exemplos:**

- 1) parkinsonismo, acatisia aguda, distonia aguda ou movimento discinético associados com um medicamento outro que não um neuroléptico;
- 2) uma apresentação semelhante à da Síndrome Neuroléptica Maligna associada com um medicamento outro que não um neuroléptico;
- 3) distonia tardia.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

**Eixos Propostos para Estudos Adicionais**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais

**Escala de Funcionamento Defensivo**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo

Os **mecanismos de defesa** (ou formas de manejo) são processos psicológicos automáticos que protegem o indivíduo contra a ansiedade e a conscientização quanto a perigos ou estressores internos ou externos. Os indivíduos freqüentemente não têm consciência desses processos, enquanto eles operam. Os mecanismos de defesa intermediam a reação do indivíduo a conflitos emocionais e

a estressores internos e externos. Os mecanismos de defesa do indivíduo são divididos, conceitual e empiricamente, em grupos correlatos, denominados **Níveis de Defesa**.

A fim de usar a Escala de Funcionamento Defensivo, o clínico deve listar até sete das defesas ou formas de manejo específicas (iniciando com a mais proeminente) e depois indicar o nível de defesa predominante exibido pelo indivíduo. Os níveis devem refletir as defesas ou formas de manejo empregadas à época da avaliação, suplementados por quaisquer informações disponíveis acerca das defesas ou padrões de manejo do indivíduo durante o período recente que precedeu a avaliação. Os mecanismos de defesa específicos listados podem ser extraídos dos diferentes Níveis de Defesa.

O eixo de Funcionamento Defensivo é apresentado em primeiro lugar, seguido de um formulário de registro. O restante da seção consiste de uma lista de definições para os mecanismos de defesa e formas de manejo específicas.

#### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo

##### Níveis de Defesa e Mecanismos de Defesa Individuais

#### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Níveis de Defesa e Mecanismos de Defesa Individuais

**Alto nível adaptativo.** Este nível de funcionamento defensivo resulta em adaptação muito favorável no manejo de estressores. Essas defesas geralmente maximizam a gratificação e permitem a conscientização de sentimentos, idéias e suas conseqüências. Elas também promovem um equilíbrio favorável entre motivos conflitantes. **Exemplos de defesas deste nível:**

- afiliação
- altruísmo
- antecipação
- auto-absorção
- auto-afirmação
- auto-observação
- humor
- sublimação
- supressão

#### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento

**Defensivo \ Níveis de Defesa e Mecanismos de Defesa Individuais**

**Nível das inibições mentais (formação de compromisso).** O funcionamento defensivo neste nível mantém idéias, sentimentos, recordações, desejos ou temores potencialmente ameaçadores fora da consciência.

**Exemplos:**

- anulação
- deslocamento
- dissociação
- formação reativa
- intelectualização
- isolamento do afeto
- repressão

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Níveis de Defesa e Mecanismos de Defesa Individuais**

**Nível de leve distorção da imagem.** Este nível caracteriza-se por distorções na imagem de si mesmo, do corpo ou de outros, podendo ser empregado para regular a auto-estima.

**Exemplos:**

- desvalorização
- idealização
- onipotência

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Níveis de Defesa e Mecanismos de Defesa Individuais**

**Nível da negação.** Este nível caracteriza-se pela manutenção de estressores, impulsos, idéias, afetos ou responsabilidades desagradáveis ou inaceitáveis fora da consciência, com ou sem uma atribuição incorreta destes a causas externas.

**Exemplos:**

- negação
- projeção
- racionalização

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Níveis de Defesa e Mecanismos de Defesa Individuais**

**Nível de importante distorção da imagem.** Este nível caracteriza-se por uma ampla distorção ou descrição incorreta da imagem, própria ou de outros.

**Exemplos:**

- cisão da auto-imagem ou da imagem de outros

- fantasia autista
- identificação projetiva

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Níveis de Defesa e Mecanismos de Defesa Individuais**

**Nível da ação.** Este nível é caracterizado por um funcionamento defensivo que lida com os estressores internos ou externos pela ação ou pelo retraimento.

**Exemplos:**

- atuação (acting out)
- agressão passiva
- queixas com rejeição de ajuda
- retraimento apático

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Níveis de Defesa e Mecanismos de Defesa Individuais**

**Nível da desregulação defensiva.** Este nível é caracterizado pelo fracasso da regulação defensiva em conter a reação do indivíduo a estressores, levando a uma ruptura pronunciada com a realidade. **Exemplos:**

- distorção psicótica
- negação psicótica
- projeção delirante

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo**

**Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo**

**A. Defesas ou Formas de Manejo Atuais: Relacione por ordem, começando pelas defesas ou formas de manejo mais proeminentes.**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

B. Nível de Defesa Atualmente Predominante:

**Exemplo**

**Eixo I** 296.32 Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, Moderado  
305.40 Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

**Eixo II** 301.83 Transtorno da Personalidade Borderline  
Características de personalidade anti-social

**Eixo III** 881.02 Lacerações dos pulsos

**Eixo IV** Detenção recente  
Expulsão da casa paterna

**Eixo V** GAF = 45 (atual)

**Formulário para Registro:** Escala de Funcionamento Defensivo

**A. Defesas ou Formas de Manejo Atuais:**

1. atuação
2. cisão
3. desvalorização
4. identificação projetiva
5. negação
6. onipotência
7. projeção

**B. Nível Defensivo Atualmente Predominante:** nível de distorção importante da imagem

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo

**Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**afiliação.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos, voltando-se para outros em busca de ajuda e amparo. Isso envolve o compartilhar de problemas com outras pessoas mas não implica responsabilizar a

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



outrem por eles.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**altruismo.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante a dedicação a satisfazer as necessidades de outros. À diferença do auto-sacrifício, por vezes característico da formação reativa, o indivíduo recebe gratificação substitutiva ou a partir da resposta dos outros.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**anulação.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante palavras ou comportamento destinados a negar ou corrigir simbolicamente pensamentos, sentimentos ou ações inaceitáveis.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**antecipação.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante a experiência antecipada de reações emocionais ou antecipação das conseqüências de possíveis eventos futuros, considerando respostas ou soluções alternativas e realistas.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**atuação ("acting out").** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos pela ação, ao invés de reflexões ou sentimentos. Esta definição é mais ampla do que o conceito original de atuação transferencial de sentimentos ou desejos durante a psicoterapia e visa incluir o comportamento que surge tanto dentro quanto fora da relação transferencial. A atuação defensiva não é sinônimo de "mau comportamento", porque exige evidências de que o comportamento está relacionado a conflitos emocionais.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento

Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**auto-afirmação.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos expressando seus sentimentos e pensamentos diretamente, de um modo não coercitivo ou manipulador.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**auto-observação.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos refletindo sobre seus próprios pensamentos, sentimentos, motivações e comportamento e dando respostas adequadas.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**cisão.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos compartimentalizando estados afetivos opostos, não conseguindo integrar as qualidades positivas e negativas, próprias ou de outros, em imagens coerentes. Uma vez que afetos ambivalentes não podem ser vivenciados simultaneamente, as imagens e expectativas mais equilibradas de si próprio e dos outros são excluídas da experiência consciente. As imagens de si próprio e dos objetos tendem a alternar-se entre opostos polarizados: exclusivamente amoroso, poderoso, digno, gentil e apoiador — ou exclusivamente mau, detestável, colérico, destrutivo, rechaçante ou indigno.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**deslocamento.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos transferindo um sentimento ou uma resposta concernente a um objeto para outro objeto substituto (habitualmente menos ameaçador).

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**desvalorização.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo qualidades exageradamente negativas a si mesmo ou a



outros.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**dissociação.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos com uma ruptura nas funções habitualmente integradas de consciência, memória, percepção de si mesmo ou do ambiente ou comportamento sensorial/motor.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**fantasia autista.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante devaneios excessivos, como um substituto para relacionamentos humanos, ações mais efetivas ou resolução de problemas.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**formação reativa.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos substituindo seus próprios pensamentos ou sentimentos inaceitáveis por um comportamento, pensamentos ou sentimentos diametralmente opostos (isto em geral ocorre junto com a repressão destes).

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**humor.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos salientando os aspectos divertidos ou irônicos do conflito ou estressor.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**idealização.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo a outros qualidades positivas exageradas.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo**

**identificação projetiva.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo falsamente a outra pessoa seus próprios sentimentos, impulsos ou pensamentos inaceitáveis. À diferença da projeção simples, o indivíduo não rejeita completamente o que é projetado. Ao invés disso, ele permanece consciente de seus próprios afetos ou impulsos, só que os qualifica incorretamente como reações justas à outra pessoa. Não raro, o indivíduo induz em outros os próprios sentimentos que inicialmente acreditava, de forma errônea, existirem neles, tornando difícil esclarecer quem fez o quê, a quem, primeiro.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo**

**intelectualização.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante o uso excessivo do pensamento abstrato ou de generalizações, para controlar ou minimizar sentimentos perturbadores.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo**

**isolamento do afeto.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante a separação entre as idéias e os sentimentos originalmente associados a eles. O indivíduo perde o contato com os sentimentos associados com determinada idéia (por ex., um acontecimento traumático), permanecendo consciente dos elementos cognitivos desta.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo**

**negação.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos recusando-se a reconhecer algum aspecto doloroso da realidade externa ou da experiência subjetiva que seria visível aos outros. O termo **negação psicótica** é usado quando existe amplo prejuízo no teste de realidade.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**onipotência.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos sentindo ou agindo como se fosse detentor de poderes ou capacidades especiais e como se fosse superior aos outros.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**projeção.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo falsamente a outra pessoa seus próprios sentimentos, impulsos ou pensamentos inaceitáveis.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**queixa com rejeição de auxílio.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos fazendo queixas ou repetidos pedidos de ajuda, que disfarçam sentimentos velados de hostilidade ou reprovação aos outros, os quais então são expressados mediante a rejeição das sugestões, conselhos ou ajuda oferecidos pelos outros. As queixas ou solicitações podem envolver sintomas físicos ou psicológicos ou problemas da vida.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**racionalização.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos encobrindo as verdadeiras motivações para seus próprios pensamentos, ações ou sentimentos, através da elaboração de explicações confortadoras ou satisfatórias, porem incorretas.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**repressão.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos expelindo da consciência desejos, pensamentos ou experiências perturbadoras. O componente emocional pode permanecer consciente, separado de suas idéias associadas.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**sublimação.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos canalizando sentimentos ou impulsos potencialmente mal-adaptativos para um comportamento socialmente aceitável (por ex., esportes de contato para canalizar impulsos agressivos).

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Funcionamento Defensivo \ Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo \ Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo

**supressão.** O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos evitando deliberadamente pensar em problemas, desejos, sentimentos ou experiências perturbadoras.

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais

**Escala de Avaliação Global de  
Funcionamento nas Relações (EAGFR)**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Avaliação Global de Funcionamento nas Relações (EAGFR)

**Instruções:** A Escala EAGFR pode ser usada para indicar um julgamento geral do funcionamento de uma família ou outro relacionamento duradouro em um **continuum** hipotético, indo desde um funcionamento competente e favorável até um relacionamento perturbado e disfuncional. Ela é análoga ao Eixo V (Escala de Avaliação Global do Funcionamento) do DSM-IV. A EAGFR permite que o clínico classifique o grau em que uma família ou outra unidade de relacionamento contínuo satisfaz as necessidades afetivas ou instrumentais de seus membros nas seguintes áreas:

**A. Resolução de problemas** — habilidades na negociação de objetivos, regras e rotinas; adaptabilidade ao estresse; capacidade de resolver conflitos.

**B. Organização** — manutenção de papéis interpessoais e limites entre os subsistemas; funcionamento hierárquico; coalizões e distribuição do poder, controle e responsabilidades.

**C. Clima emocional** — tom e amplitude dos sentimentos; qualidade dos cuidados, empatia, envolvimento e vinculação / compromisso; compartilhamento de valores; resposta afetiva mútua, respeito e consideração; qualidade do funcionamento sexual.

Na maioria dos casos, esta escala deve ser usada na determinação do funcionamento durante o período atual (isto é, o nível de funcionamento do relacionamento à época da avaliação). Em alguns contextos, a EAGFR também pode ser usada para avaliar o funcionamento em outros períodos de tempo (isto é, o mais alto nível de funcionamento no relacionamento por pelo menos alguns meses durante o ano anterior).

**Nota:** Utilizar códigos específicos e intermediários quando possível, por exemplo, 45, 68, 72. Se não houver informações adequadas para determinações específicas, use as pontuações intermediárias das cinco faixas, isto é, 90, 70, 50, 30 ou 10.

**Total 81-100:** A unidade de relacionamento está funcionando satisfatoriamente, a julgar pela autodescrição dos participantes e pelo ponto-de-vista dos observadores.

Existem padrões ou rotinas consensuais que ajudam a satisfazer as necessidades habituais de cada membro da família / casal; existe flexibilidade para a mudança em resposta a exigências ou acontecimentos incomuns; conflitos e transições estressantes ocasionais são resolvidos através de uma comunicação e negociação para a resolução de problemas.

Existe um entendimento compartilhado e concordância quanto a papéis e tarefas adequadas, a tomada de decisões está estabelecida para cada área funcional, e existe um reconhecimento das características e méritos individuais de cada subsistema (por ex., pais / cônjuges, irmãos e indivíduos).

Existe na família uma atmosfera otimista adequada à situação; uma ampla faixa de sentimentos é livremente expressada e manejada dentro da família, e existe uma atmosfera geral de afeto, carinho e compartilhamento de valores entre todos os membros da família. As relações sexuais dos membros adultos são satisfatórias.

#### APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Avaliação Global de Funcionamento nas Relações (EAGFR)

**Total 61-80:** O funcionamento da unidade de relacionamento é um tanto insatisfatório. Ao longo de determinado período, muitas mas não todas as dificuldades são resolvidas sem queixas.

As rotinas diárias estão presentes, mas existe alguma dor e dificuldade ao responder às situações incomuns. Alguns conflitos permanecem sem solução, mas não perturbam o funcionamento familiar.

A tomada de decisões geralmente é competente, mas os esforços no sentido de

controlar uns aos outros com frequência são maiores do que o necessário ou são ineficazes. Os indivíduos e os relacionamentos são claramente demarcados, mas às vezes um determinado subsistema é depreciado ou serve de bode expiatório.

Uma faixa de emoções é expressada, mas há casos evidentes de bloqueio ou tensão emocional. Existe afeto e carinho, mas são prejudicados pela irritabilidade e frustrações de um membro da família. A atividade sexual dos membros adultos pode ser reduzida ou problemática.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Avaliação Global de Funcionamento nas Relações (EAGFR)**

**Total 41-60:** A unidade de relacionamento tem momentos ocasionais de satisfação e funcionamento competente em conjunto, mas relacionamentos claramente disfuncionais e insatisfatórios tendem a predominar.

A comunicação freqüentemente é inibida por conflitos não resolvidos que em geral interferem nas rotinas diárias; existe dificuldade significativa em adaptar-se ao estresse familiar e à mudança transicional.

A tomada de decisões é apenas intermitentemente competente e efetiva; rigidez excessiva ou significativa falta de estrutura se evidenciam nesses momentos. As necessidades dos indivíduos são, com bastante freqüência, submersas por um dos membros ou por uma coalizão.

Dor ou raiva inefetiva ou torpor emocional interferem com o prazer em família. Embora exista algum afeto e apoio, com freqüência são desigualmente distribuídos. Dificuldades sexuais perturbadoras costumam estar presentes entre os adultos.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Avaliação Global de Funcionamento nas Relações (EAGFR)**

**Total 21-40:** A unidade de relacionamento é óbvia e seriamente disfuncional; formas e períodos de relacionamento satisfatório são raros.

As rotinas da família / casal não satisfazem as necessidades dos seus membros, sendo acatadas com relutância ou completamente ignoradas. As mudanças do ciclo vital, tais como a saída ou a entrada de pessoas na unidade de relacionamento, geram conflitos dolorosos e fracassos obviamente frustrantes na resolução de problemas.

A tomada de decisões é tirânica ou totalmente inefetiva. As características singulares dos indivíduos não são valorizadas ou são ignoradas por coalizões rígidas ou confusamente fluidas.

Existem períodos infreqüentes de prazer na vida conjunta; freqüentes distanciamentos ou aberta hostilidade refletem conflitos significativos que

permanecem irresolvidos e são bastante dolorosos. A disfunção sexual entre os membros adultos é comum.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Avaliação Global de Funcionamento nas Relações (EAGFR)**

**Total 1-20:** A unidade de relacionamento tornou-se demasiadamente disfuncional para reter uma continuidade do contato e vínculo.

As rotinas da família / casal são mínimas (por ex., não existem horários para comer, dormir ou despertar); os membros da família freqüentemente não sabem onde os outros estão ou quando estarão ou não em casa; existe pouca comunicação efetiva entre os membros da família.

Os membros da família / casal não são organizados de modo a haver um reconhecimento das responsabilidades pessoais ou entre as gerações. Os limites entre a unidade de relacionamento como um todo e os subsistemas não podem ser identificados ou estabelecidos por consenso. Membros da família são expostos a perigo ou dano físico ou sofrem ataques sexuais.

Desespero e cinismo invasivos; existe pouca atenção às necessidades emocionais dos outros; praticamente não existe um sentimento de vínculo, compromisso ou preocupação acerca do bem-estar uns dos outros.

0: Informações inadequadas.

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais**

**Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (EAFSO)**

**APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (EAFSO)**

A EAFSO é uma nova escala, que difere da Escala de Avaliação Global do Funcionamento no sentido de focalizar exclusivamente o nível de funcionamento social e ocupacional do indivíduo e não ser diretamente influenciada pela gravidade geral dos sintomas psicológicos do indivíduo. Também contrastando com a EAGF, qualquer prejuízo nos funcionamentos social e ocupacional devido a condições médicas gerais é considerado na confecção da EAFSO. A EAFSO geralmente é usada para avaliar o funcionamento no período atual (isto é, o nível de funcionamento à época da avaliação). A EAFSO também pode ser usada para avaliar o funcionamento em outros períodos de tempo. Por exemplo, para algumas finalidades pode ser útil avaliar o funcionamento no ano anterior (isto é, o mais

alto nível de funcionamento por pelo menos alguns meses durante o ano anterior).

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (EAFSO)

**Escala de Avaliação dos Funcionamentos Social e Ocupacional (EAFSO)**

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (EAFSO) \ Escala de Avaliação dos Funcionamentos Social e Ocupacional (EAFSO)

Considerar os funcionamentos social e ocupacional em um **continuum**, indo desde um funcionamento excelente até um funcionamento amplamente prejudicado. Incluir prejuízos no funcionamento devido a limitações físicas, bem como aqueles devido a problemas mentais. A fim de ser considerado, o prejuízo deve ser uma consequência direta de problemas de saúde mental ou física; os efeitos da falta de oportunidades e outras limitações ambientais não devem ser considerados.

Código (Nota: Usar códigos intermediários quando apropriado, por ex., 45, 68, 72)

100 Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades.

91

90 Bom funcionamento em todas as áreas, ocupacional e socialmente efetivo.

81

80 Não mais do que um leve prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou escolar

(por ex., conflitos interpessoais infreqüentes, rendimento escolar temporariamente baixo).

71

70 Alguma dificuldade no funcionamento social ou ocupacional ou escolar, mas geralmente funciona bem; possui alguns relacionamentos interpessoais significativos.

61

60 Dificuldade moderada no funcionamento social ou ocupacional ou escolar (por ex., poucos amigos, conflitos com seus pares ou colegas de trabalho).

51

50 Sério prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou escolar (por ex., não tem amigos, é incapaz de manter um emprego).

41

40 Importante prejuízo em diversas áreas, tais como trabalho, escola ou



relacionamentos familiares (por ex., um homem deprimido que evita os amigos, negligencia a família e é incapaz de trabalhar; uma criança que freqüentemente bate em crianças menores, mostra-se desafiadora em casa e está fracassando na escola).

31

30 Incapacidade de funcionar em praticamente todas as áreas (por exemplo, permanece na cama o dia inteiro; não possui emprego, casa ou amigos).

21

20 Ocasionalmente não consegue manter uma higiene pessoal mínima; é incapaz de funcionar de maneira independente.

11

10 Incapacidade persistente de manter uma higiene pessoal mínima. Incapacidade de funcionar sem ferir a si ou a outros ou sem suporte externo considerável (por ex., cuidados de 1 enfermagem e supervisão).

0 Informações inadequadas

Nota: (227)

APÊNDICES \ Apêndice B Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais \ Eixos Propostos para Estudos Adicionais \ Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (EAFSO) \ Escala de Avaliação dos Funcionamentos Social e Ocupacional (EAFSO)

APÊNDICES

## Apêndice C

### Glossário de Termos Técnicos (\*)(228)

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

APÊNDICE D(229)

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**afasia.** Um prejuízo no entendimento ou na transmissão de idéias pela linguagem em qualquer de suas formas — leitura, escrita ou fala — devido a uma lesão ou doença dos centros cerebrais envolvidos na linguagem.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**afeto.** Um padrão de comportamentos observáveis que expressa de um estado emocional subjetivamente vivenciado. Exemplos comuns de afeto são tristeza,

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



euforia e raiva. Contrastando com **humor**, que se refere a um "clima" emocional mais abrangente e constante, **afeto** refere-se a alterações mais flutuantes no "clima" emocional. O que é considerado a faixa normal de expressão do afeto varia consideravelmente, tanto dentro quanto entre as diferentes culturas. As perturbações do afeto incluem:

**embotado**. Redução significativa da intensidade da expressão emocional.

**inadequado**. Discordância entre a expressão afetiva e o conteúdo do discurso ou da ideação.

**instável**. Variabilidade anormal do afeto com mudanças repetidas, rápidas e abruptas na expressão afetiva.

**plano**. Ausência ou quase ausência de quaisquer sinais de expressão afetiva.

**restrito ou constrito**. Leve redução na faixa e intensidade da expressão emocional.

#### APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**afonia**. Uma incapacidade de produzir os sons da fala que exigem o uso da laringe, que não se deve a uma lesão do sistema nervoso central.

#### APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**agitação (agitação psicomotora)**. Atividade motora excessiva, associada com um sentimento de tensão interna. A atividade geralmente é improdutiva e repetitiva e consiste de comportamentos tais como caminhar a esmo, remexer-se, retorcer as mãos, puxar as roupas e incapacidade de ficar sentado quieto.

#### APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**alogia**. Um empobrecimento do pensamento, inferido pela observação da fala e do comportamento relativo à linguagem. As respostas a perguntas podem ser breves e concretas e a quantidade de fala espontânea pode ser restrita (**pobreza da fala**). Ocasionalmente, a fala é adequada em quantidade, mas transmite poucas informações por ser excessivamente concreta, abstrata, repetitiva ou estereotipada (**pobreza do conteúdo**).

#### APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**alucinação**. Uma percepção sensorial que apresenta a sensação de realidade de uma verdadeira percepção, mas que ocorre sem estimulação externa do órgão sensorial relevante. As alucinações devem ser diferenciadas das **ilusões**, nas quais um estímulo externo real é percebido erroneamente ou mal interpretado. A pessoa pode ter ou não **insight** para o fato de estar tendo uma alucinação. Um indivíduo com alucinações auditivas pode reconhecer que está tendo uma falsa experiência sensorial, enquanto outro pode estar convicto de que a fonte da experiência sensorial tem uma realidade física independente. O termo **alucinação** não se aplica, costumeiramente, às falsas percepções que ocorrem durante os sonhos, enquanto o indivíduo adormece (**hipnagógicas**) ou quando desperta (**hipnopômpicas**). Experiências alucinatórias transitórias podem ocorrer em pessoas sem um

transtorno mental.

Os tipos de alucinações incluem:

**auditiva.** Uma alucinação envolvendo a percepção de sons, mais habitualmente vozes. Alguns clínicos e investigadores preferem não incluir aquelas experiências percebidas como originadas de dentro da cabeça, limitando o conceito de verdadeiras alucinações auditivas àqueles sons cuja fonte é percebida como externa. Entretanto, como usado no DSM-IV, o termo não faz qualquer distinção quanto a se as vozes percebidas são externas ou internas ao indivíduo.

**congruente com o humor.** Ver aspectos psicóticos congruentes com o humor.

**gustativa.** Uma alucinação envolvendo a percepção do paladar (geralmente desagradável).

**incongruente com o humor.** Ver aspectos psicóticos incongruentes com o humor.

**olfativa.** Uma alucinação envolvendo a percepção de odores, tal como de borracha queimada ou de peixe em decomposição.

**somática.** Uma alucinação envolvendo a percepção de uma experiência física localizada dentro do corpo (tal como uma sensação de eletricidade). Uma alucinação somática deve ser distinguida de sensações físicas que surgem de uma condição médica geral ainda não diagnosticada, da preocupação hipocondríaca com sensações físicas normais, e de uma alucinação tátil.

**tátil.** Uma alucinação envolvendo a percepção de toque ou da presença de algo sob a pele. As alucinações táteis mais comuns envolvem a sensação de choques elétricos e **formigamento** (a sensação de algo rastejando sobre ou sob a pele).

**visual.** Uma alucinação envolvendo a visão, que pode consistir de imagens com forma, como de pessoas, ou de imagens sem forma, tais como lampejos de luz. As alucinações visuais devem ser diferenciadas das ilusões, que são percepções errôneas de estímulos externos reais.

#### APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**amnésia.** Perda de memória. Os tipos de amnésia incluem:

**anterógrada.** Perda de memória para eventos que ocorrem após o início da condição ou agente etiológico.

**retrógrada.** Perda de memória para eventos que ocorreram antes do início da condição ou agente etiológico.

#### APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**ansiedade.** A antecipação apreensiva de um futuro perigo ou infortúnio acompanhada de uma sensação de disforia ou sintomas somáticos de tensão. O foco do perigo antevisto pode ser interno ou externo.

#### APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**aspectos psicóticos congruentes com o humor.** Delírios ou alucinações cujo conteúdo é inteiramente consistente com temas típicos de um humor deprimido ou maníaco. Se o humor é deprimido, o conteúdo dos delírios ou alucinações envolve temas de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida. O conteúdo do delírio pode incluir temas de perseguição, se estes estão baseados em conceitos autodepreciativos, tais como punição merecida. Se o humor é maníaco, o conteúdo dos delírios ou alucinações envolve temas de exaltação do próprio valor, poder, conhecimento ou identidade ou um relacionamento especial com uma divindade ou uma pessoa famosa. O conteúdo do delírio pode incluir temas de perseguição, se esses estão baseados em conceitos tais como valor exaltado ou punição merecida.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**aspectos psicóticos incongruentes com o humor.** Delírios ou alucinações cujo conteúdo não é consistente com os temas típicos de um humor deprimido ou maníaco. No caso da depressão, os delírios ou alucinações não envolvem temas de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida. No caso da mania, os delírios ou alucinações não envolvem temas de exaltação do próprio valor, poder, conhecimento ou identidade ou um relacionamento especial com uma divindade ou pessoa famosa. Exemplos de aspectos psicóticos incongruentes com o humor incluem delírios persecutórios (sem conteúdo autodepreciativo ou grandioso), inserção de pensamentos, irradiação de pensamentos e delírios de estar sendo controlado, cujo conteúdo não tem um relacionamento aparente com qualquer dos temas listados antes.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**ataques de pânico.** Períodos definidos de início súbito de intensa apreensão, medo ou terror, freqüentemente associados com sensações de catástrofe iminente. Durante esses ataques, existem sintomas tais como falta de ar ou sufocamento; palpitações ou taquicardia; dor ou desconforto torácico e medo de ficar louco ou perder o controle. Os ataques de pânico podem ser **inesperados** (sem sugestões para seu início), nos quais o início do ataque não está associado com um ativador situacional e ocorre "vindo do nada"; **ligados à situação**, nos quais o ataque ocorre quase que invariavelmente de forma imediata quando da exposição ou antecipação de um ativador situacional ("sugestão"); e **predispostos pela situação**, nos quais o ataque de pânico tende mais a ocorrer quando da exposição a um ativador situacional, mas não está invariavelmente associado com ele.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**ataxia.** Perda parcial ou completa da coordenação dos movimentos musculares voluntários.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**atenção.** A capacidade de focalizar de um modo estável um estímulo ou uma atividade particular. Uma perturbação da atenção pode ser manifestada por fácil distração ou dificuldade em terminar tarefas ou concentrar-se no trabalho.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**avolição.** Uma incapacidade de iniciar e persistir em atividades dirigidas a um objetivo. Quando suficientemente severa para ser considerada patológica, a avolição é invasiva e impede a pessoa de realizar muitos tipos diferentes de atividades (por ex., trabalho, realizações intelectuais, higiene).

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**cataplexia.** Flexibilidade cética — manutenção rígida de uma posição corporal por um extenso período de tempo.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**cataplexia.** Episódios de súbita perda bilateral do tônus muscular, resultando em colapso do indivíduo, freqüentemente em associação com intensas emoções tais como riso, raiva, medo ou surpresa.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**comportamento catatônico.** Anormalidades motoras acentuadas, incluindo **imobilidade motora** (isto é, cataplexia ou estupor), certos tipos de **atividade motora excessiva** (agitação aparentemente vã não influenciada por estímulos externos), **extremo negativismo** (resistência aparentemente imotivada a instruções ou tentativas de mobilização), ou **mutismo, posturas ou movimentos estereotipados e ecolalia ou ecopraxia.**

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**condição intersexual.** Uma condição na qual um indivíduo exibe uma mescla, em variados graus, de características de cada sexo, incluindo forma física, órgãos reprodutores e comportamento sexual.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**delírio.** Uma falsa crença baseada em uma inferência incorreta acerca da realidade externa, firmemente mantida, apesar do que quase todas as outras pessoas acreditam e apesar de provas ou evidências incontestes em contrário. A crença não é habitualmente aceita por outros membros da cultura ou subcultura da pessoa (por ex., ela não é um artigo da fé religiosa). Quando uma falsa crença envolve um julgamento de valor, ela é considerada um delírio apenas quando o julgamento é tão extremo a ponto de desafiar a credibilidade. A convicção delirante ocorre em um **continuum** e pode, às vezes, ser inferida a partir do comportamento do indivíduo. Freqüentemente é difícil distinguir entre um delírio e uma idéia

supervalorizada (em cujo caso o indivíduo tem uma crença ou idéia irracional, mas não a sustenta tão firmemente como ocorre em um delírio). Os delírios são subdivididos de acordo com seu conteúdo. Alguns dos tipos mais comuns são listados abaixo:

**bizarro.** Um delírio que envolve um fenômeno que a cultura da pessoa consideraria totalmente implausível.

**ciúme delirante.** O delírio de que o parceiro sexual está sendo infiel.

**congruente com o humor.** Ver aspectos psicóticos congruentes com o humor.

**de referência.** Um delírio no qual o tema central é de que o próprio indivíduo (ou alguém chegado a ele) está sendo atacado, perseguido, trapaceado, assediado ou sendo vítima de uma conspiração.

**de ser controlado.** Um delírio no qual sentimentos, impulsos, pensamentos ou ações são vivenciados como estando sob o controle de alguma força externa, ao invés de estarem sob o controle do próprio indivíduo.

**erotomaniaco.** Um delírio de que outra pessoa, geralmente de posição mais elevada, está apaixonada pelo indivíduo.

**grandioso.** Um delírio de valor, poder, conhecimento ou identidade inflados ou de ter um relacionamento especial com uma divindade ou pessoa famosa.

**incongruente com o humor.** Ver aspectos psicóticos incongruentes com o humor.

**inserção de pensamentos.** O delírio de que certos pensamentos não são seus, mas inseridos em sua mente.

**irradiação do pensamento.** O delírio de que os próprios pensamentos estão sendo irradiados em voz alta, de modo que podem ser percebidos por outros.

**somático.** Um delírio cujo conteúdo principal diz respeito à aparência ou funcionamento do próprio corpo.

#### APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**descarrilamento** ("afrouxamento de associações"). Um padrão de discurso no qual as idéias da pessoa mudam de um assunto para outro sem qualquer relação ou apenas obliquamente relacionado. Ao mover-se de uma frase ou oração para outra, a pessoa muda de assunto, idiossincriticamente, de um quadro de referência para outro, podendo dizer coisas em justaposição, sem que tenham um relacionamento significativo. Esta perturbação ocorre **entre** as frases, em contraste com a incoerência, na qual a perturbação se dá **dentro** das frases. Uma mudança ocasional de assunto sem aviso ou conexão óbvia não constitui um descarrilamento.

#### APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**desorientação.** Confusão acerca da hora, do dia da semana, data ou estação do ano, do local onde o indivíduo está ou de quem ele próprio é.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**despersonalização.** Uma alteração na percepção ou experiência de si mesmo, de modo que há o sentimento de estar distanciado, como se fosse um observador externo dos próprios processos mentais ou corpo (por ex., sentir-se como em um sonho).

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**desrealização.** Uma alteração na percepção ou experiência do mundo externo, de modo que este parece estranho ou irreal (por ex., as pessoas podem parecer desconhecidas ou mecânicas).

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**disartria.** Articulação imperfeita da fala, devido a perturbações do controle muscular.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**discinesia.** Distorção dos movimentos voluntários, com atividade motora involuntária.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**disforia quanto ao gênero.** Uma aversão persistente em relação a algumas ou todas as características ou papéis sociais que conotam o próprio sexo biológico.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**dissociação.** Uma perturbação das funções habitualmente integradas de consciência, memória, identidade ou percepção quanto ao ambiente. A perturbação pode ser súbita ou gradual, transitória ou crônica.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**dissonia.** Transtornos primários do sono ou vigília, caracterizados por insônia ou hipersonia como sintoma principal. As dissonias são transtornos na quantidade, qualidade ou tempo de sono.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**distonia.** Perturbação na tonicidade dos músculos.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**distractibilidade.** A incapacidade de manter a atenção, isto é, a mudança de uma área ou assunto para outro com mínima provocação, ou desvio da atenção com

demasiada frequência para estímulos sem importância ou irrelevantes.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**ecolalia.** A repetição patológica, tipo papagaio e aparentemente sem sentido ("fazer eco") de uma palavra ou frase recém-falada por outra pessoa.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**ecopraxia.** Repetição por imitação dos movimentos de outra pessoa. A ação não é voluntária e tem uma qualidade semi-automática e incontrolável.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**estressor psicossocial.** Qualquer acontecimento ou mudança na vida que possa estar temporalmente (e talvez causalmente) associado com o início, ocorrência ou exacerbação de um transtorno mental.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**estupor.** Um estado de ausência completa de resposta, com imobilidade e mutismo.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**fala pressionada.** Fala aumentada em quantidade, acelerada e difícil ou impossível de interromper, em geral alta e enfática. Frequentemente a pessoa fala sem qualquer estimulação social, podendo continuar falando, sem que ninguém esteja escutando.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**fase residual.** A fase de uma doença que ocorre após a remissão dos sintomas floridos ou da síndrome completa.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**flashback.** Recorrência de uma recordação, sensação ou experiência perceptiva do passado.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**fobia.** Medo irracional e persistente de um objeto, atividade ou situação específicos (o estímulo fóbico), ocasionando um intenso desejo de evitá-los. Isto frequentemente leva o indivíduo a se esquivar do estímulo fóbico ou a enfrentá-lo com temor.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)



**fuga de idéias.** Um fluxo quase contínuo de fala acelerada com mudanças abruptas de assunto, habitualmente baseadas em associações compreensíveis, estímulos de distração ou jogos de palavras. Quando severa, a fala pode ser desorganizada e incoerente.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**grandiosidade.** Uma avaliação enfatuada do próprio valor, poder, conhecimento, importância ou identidade. Quando extrema, a grandiosidade pode apresentar proporções delirantes.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**hiperacusia.** Sensibilidade dolorosa aos sons.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**hipersonia.** Sonolência excessiva, evidenciada por sono noturno prolongado, dificuldade para manter um estado de vigília durante o dia ou episódios indesejados de sono durante o dia.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**humor.** Uma emoção abrangente e constante que matiza a percepção do mundo. Exemplos comuns de humor incluem depressão, euforia, raiva e ansiedade. Em contraste com o **afeto**, que se refere a alterações mais flutuantes no "clima" emocional, o humor refere-se a um "clima" emocional mais abrangente e constante.

Tipos de humor incluem:

**disfórico.** Humor desagradável, como tristeza, ansiedade ou irritabilidade.

**elevado.** Sensação exagerada de bem-estar, euforia ou excitação. Uma pessoa com humor elevado pode descrever uma sensação de "euforia", "êxtase", de "estar nas nuvens" ou "no topo do mundo".

**eutímico.** Humor na faixa "normal", que implica a ausência de humor deprimido ou elevado.

**expansivo.** Falta de restrições na expressão dos próprios sentimentos, freqüentemente com supervalorização da própria importância.

**irritável.** Facilmente aborrecido e levado à raiva.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**ideação paranóide.** Ideação de proporção menor que delirante, envolvendo suspeitas ou a crença de que o indivíduo está sendo assediado, perseguido ou injustamente tratado.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**idéia supervalorizada.** Uma crença irracional e firme, mantida com intensidade menor que delirante (isto é, a pessoa é capaz de reconhecer a possibilidade de a crença não ser verdadeira). A crença não é habitualmente aceita pelos demais membros da cultura ou subcultura da pessoa.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**idéias de referência.** A sensação de que incidentes casuais e acontecimentos externos têm um significado particular e incomum, específico para a pessoa. Devem ser diferenciadas de um **delírio de referência**, no qual uma crença é mantida com convicção delirante.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**identidade de gênero.** A convicção íntima de uma pessoa de ser homem ou mulher.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**ilusão.** Uma percepção errônea ou interpretação incorreta de um estímulo externo real, como ouvir o farfalhar de folhas secas como o som de vozes. **Ver também** alucinação.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**incoerência.** Fala ou pensamento essencialmente incompreensíveis aos outros, porque as palavras ou frases são reunidas sem uma conexão com lógica e significado. Esta perturbação ocorre **dentro** das orações, contrastando com o descarrilamento, no qual a perturbação ocorre **entre** as orações. A incoerência é chamada, às vezes, de "salada de palavras", para transmitir o grau de desorganização lingüística. Construções com leve perturbação da gramática ou usos idiomáticos característicos de determinada região ou bagagem cultural, falta de instrução ou baixa inteligência não devem ser considerados como incoerência. O termo geralmente não se aplica quando existem evidências de que a perturbação da fala é devido a uma afasia.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**insônia.** Uma queixa subjetiva de dificuldade em conciliar ou manter o sono ou de um sono de má qualidade.

Os tipos de insônia incluem:

**insônia inicial.** Dificuldade em conciliar o sono.

**insônia intermediária.** Despertar no meio da noite, seguido de um retorno ao sono, porém com dificuldade.

**insônia terminal.** Despertar antes do horário habitual e incapacidade de retornar ao

sono.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**macropsia.** A percepção visual dos objetos como sendo maiores do que realmente são.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**mecanismo de defesa.** Processo psicológico automático que protege o indivíduo da ansiedade e da consciência de estressores ou perigos internos ou externos. Os mecanismos de defesa intermediam a reação do indivíduo a conflitos emocionais e a estressores externos. Alguns mecanismos de defesa (por ex., projeção, cisão e atuação) são quase que invariavelmente mal-adaptativos. Outros, tais como a supressão e a negação, podem ser mal-adaptativos ou adaptativos, dependendo de sua gravidade, inflexibilidade e contexto no qual ocorrem. Definições de mecanismos de defesa específicos e como seriam registrados com o uso da Escala de Funcionamento Defensivo são apresentadas nas pp. 707-708.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**medicamento agonista.** Uma substância química extrínseca às substâncias endógenas, que age sobre um receptor e consegue produzir o efeito máximo capaz de ser produzido pela estimulação deste receptor. Um **agonista parcial** somente é capaz de produzir menos do que o efeito máximo, mesmo quando administrado em uma concentração suficiente para ligar-se a todos os receptores disponíveis.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**medicamento agonista / antagonista.** Uma substância química extrínseca às substâncias endógenas que age sobre uma família de receptores (tais como os receptores de opiáceos mu, delta e kapa), de modo a ser um agonista ou agonista parcial para um tipo de receptor e um antagonista para outro.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**medicamento antagonista.** Uma substância química extrínseca às substâncias endógenas, que ocupa um receptor, não produz efeitos fisiológicos e evita que substâncias químicas endógenas e exógenas tenham efeito sobre esse receptor.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**micropsia.** A percepção visual dos objetos como sendo menores do que realmente são.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**movimentos estereotipados.** Comportamento motor repetitivo, aparentemente forçado e não funcional (por ex., balançar as mãos ou acenar, balançar o corpo,

bater a cabeça, abocanhar objetos, morder a si mesmo, dar beliscões na própria pele ou enfiar os dedos em orifícios corporais, golpear o próprio corpo).

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**nistagmo.** Movimentos rítmicos involuntários dos olhos, que consistem de tremores rápidos de pequena amplitude em uma direção, seguidos de uma varredura maior, mais lenta e recorrente, na direção oposta. O nistagmo pode ser horizontal, vertical ou rotativo.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**papel de gênero.** Atitudes, padrões de comportamento e atributos de personalidade definidos pela cultura na qual a pessoa vive como papéis estereotipadamente "masculinos" ou "femininos".

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**parassonia.** Comportamento ou eventos psicológicos anormais que ocorrem durante o sono e transições entre o sono e a vigília.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**pensamento mágico.** A crença errônea de que os próprios pensamentos, palavras ou ações causarão ou evitarão um resultado específico, de um modo que desafia as leis habitualmente conhecidas de causa e efeito. O pensamento mágico pode fazer parte do desenvolvimento infantil normal.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**personalidade.** Padrões persistentes de perceber, relacionar-se e pensar sobre o ambiente e sobre si mesmo. Os **traços de personalidade** são aspectos proeminentes da personalidade, exibidos em uma ampla faixa de contextos sociais e pessoais importantes. Apenas quando são inflexíveis, mal-adaptativos e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo, os traços de personalidade constituem um Transtorno da Personalidade.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**pródromo.** Um sinal ou sintoma precoce ou premonitório de um transtorno.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**psicótico.** Este termo tem recebido, historicamente, diversas definições diferentes, nenhuma das quais conquistou aceitação universal. A definição mais restrita de **psicótico** diz respeito a delírios ou alucinações proeminentes, com as alucinações ocorrendo na ausência de **insight** para sua natureza patológica. Uma definição ligeiramente menos restrita também incluiria alucinações proeminentes que o indivíduo percebe como sendo experiências alucinatórias. Ainda mais ampla é a

definição que inclui outros sintomas positivos da Esquizofrenia (isto é, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico). À diferença dessas definições baseadas em sintomas, a definição usada no DSM-II e na CID-9 provavelmente era demasiado inclusiva e focalizada no prejuízo funcional, de modo que um transtorno mental era chamado de **psicótico** se resultasse em "prejuízo que interfere amplamente na capacidade de atender às exigências habituais da vida". Assim, o termo foi definido conceitualmente como uma perda dos limites do ego ou um amplo prejuízo no teste de realidade. Os diferentes transtornos no DSM-IV salientam diferentes aspectos das várias definições de **psicótico**, com base em seus aspectos característicos.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**retardo psicomotor.** Lentificação generalizada visível dos movimentos e da fala.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**sexo.** O estado biológico de uma pessoa como homem, mulher ou indefinido. Dependendo das circunstâncias, esta determinação pode ser baseada na aparência da genitália externa ou no cariótipo.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**sinal.** Uma manifestação objetiva de uma condição patológica. Os sinais são observados pelo examinador, ao invés de relatados pelo indivíduo afetado.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**síndrome.** Um agrupamento de sinais e sintomas com base em sua freqüente co-ocorrência, que pode sugerir uma patogênese básica, curso, padrão familiar ou tratamento comuns.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**sinestesia.** Uma condição na qual uma experiência sensorial associada com uma modalidade ocorre quando outra modalidade é estimulada, por exemplo, um som produz a sensação de determinada cor.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**sintoma.** Uma manifestação subjetiva de uma condição patológica. Os sintomas são relatados pelo indivíduo afetado, ao invés de observados pelo examinador.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**sintoma conversivo.** Uma perda ou alteração do funcionamento motor ou sensorial voluntário, sugerindo uma condição neurológica ou médica geral. Fatores psicológicos presumivelmente estão associados com o desenvolvimento do sintoma, e este não é plenamente explicado por uma condição neurológica ou

médica geral ou pelos efeitos diretos de uma substância. O sintoma não é intencionalmente produzido nem é culturalmente sancionado.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**tique.** Um movimento ou vocalização que ocorre de modo involuntário, súbito, rápido, recorrente, não rítmico e estereotipado.

APÊNDICES \ Apêndice C Glossário de Termos Técnicos (\*)

**transexualismo.** Severa disforia quanto ao gênero, acompanhado de um desejo persistente de ter as características físicas e os papéis sociais que conotam o sexo biológico oposto.

APÊNDICES

## Apêndice D

### Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

APÊNDICE D(230)

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

Este apêndice apresenta as principais alterações do DSM-III-R incluídas nos termos e categorias do DSM-IV. Os transtornos relacionados estão na ordem em que aparecem na Classificação do DSM-IV. Os comentários incluem listas dos diagnósticos que foram introduzidos no DSM-IV e daqueles do DSM-III-R que foram excluídos ou incluídos em outras categorias do DSM-IV. Consultar a seção "Uso do Manual", para uma explicação quanto às convenções, divisões dos textos e plano organizacional usados no DSM-IV.

**Sistema multiaxial.** Os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, Transtornos da Aprendizagem, Transtornos das Habilidades Motoras e Transtornos da Comunicação (codificados no Eixo II no DSM-III-R) são codificados no Eixo I no DSM-IV. No DSM-IV, apenas os Transtornos da Personalidade e o Retardo Mental permanecem codificados no Eixo II. O Eixo III continua sendo usado para a codificação de condições médicas gerais (o Apêndice G, que relaciona condições médicas gerais selecionadas, com seus códigos da CID-9-MC, foi introduzido no DSM-IV). No DSM-IV, o Eixo IV é usado para o relato de problemas psicossociais e ambientais; em contraste, o Eixo IV do DSM-III-R oferecia uma escala de avaliação para a gravidade dos estressores. O Eixo V (Escala de Avaliação Global do

Funcionamento) é essencialmente o mesmo do DSM-III-R, exceto pelo fato de que a escala estende-se até 100 pontos, para incluir o mais alto nível de funcionamento. Escalas opcionais (para funcionamento social e ocupacional além da sintomatologia, para funcionamento no relacionamento e para mecanismos de defesa) são incluídas no [Apêndice B](#), nas [pp. 707-708](#).

## APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

### Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
**Retardo Mental.** Os critérios foram modificados, a fim de serem mais compatíveis com a definição da Associação Americana de Retardo Mental.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
**Transtornos da Aprendizagem.** O nome foi mudado, de Transtornos das Habilidades Acadêmicas do DSM-III-R, para refletir o uso clínico comum. O critério de exclusão (Critério C) foi modificado para permitir um diagnóstico de transtorno da Aprendizagem na presença de um déficit sensorial, desde que as dificuldades de aprendizagem excedam aquelas habitualmente associadas com o déficit sensorial. Além disso, o critério de exclusão do DSM-III-R foi modificado para permitir um diagnóstico de Transtorno da Aprendizagem na presença de uma condição médica geral (neurológica). Em contraste com o DSM-III-R, os transtornos da Aprendizagem são codificados no Eixo I no DSM-IV.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
**Transtornos da Comunicação.** Esta seção reúne sob um só título todos os transtornos da fala e da linguagem que no DSM-III-R estavam relacionados em duas seções distintas — Transtornos Específicos do Desenvolvimento e Transtornos da Fala Não Classificados em Outro Local.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
**Transtorno da Linguagem Expressiva.** Este diagnóstico não mais é excluído na presença de um déficit motor da fala, um déficit sensorial ou privação ambiental, desde que as dificuldades de linguagem excedam aquelas habitualmente associadas com esses problemas. Em contraste com o DSM-III-R, o Transtorno da

Linguagem Expressiva é codificado no Eixo I no DSM-IV.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**

**Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva.** Este diagnóstico substitui o de transtorno do Desenvolvimento da Linguagem Receptiva no DSM-III-R, em reconhecimento ao fato de que os problemas da linguagem receptiva não ocorrem isoladamente, sem problemas concomitantes na linguagem expressiva. Este diagnóstico não mais é excluído na presença de um déficit motor da fala, déficit sensorial ou privação ambiental, desde que as dificuldades de linguagem excedam aquelas habitualmente associadas com esses problemas. Em contraste com o DSM-III-R, o Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva é codificado no Eixo I no DSM-IV.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**

**Transtorno Fonológico.** O nome foi alterado de Transtorno do Desenvolvimento da Articulação no DSM-III-R para conformar-se à terminologia atual. Este diagnóstico não mais é excluído na presença de um déficit motor da fala, déficit sensorial ou privação ambiental, desde que as dificuldades de linguagem excedam aquelas habitualmente associadas com esses problemas. Em contraste com o DSM-III-R, o Transtorno Fonológico é codificado no Eixo I no DSM-IV.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**

**Tartamudez.** Os critérios do DSM-III-R consistiam de uma definição em apenas uma frase. Um conjunto de critérios expandido e mais específico foi acrescentado.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**

**Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.** Em contraste com o DSM-III-R, os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento são codificados no Eixo I no DSM-IV.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**

**Transtorno Autista.** As características definitórias do DSM-III-R (prejuízo da interação social e da comunicação e padrões estereotipados de comportamento) são retidos no DSM-IV, mas os itens individuais e o algoritmo diagnóstico geral foram modificados para:

- 1) incrementar a utilidade clínica, pela redução do número de itens de 16 para 12 e pelo aumento na clareza dos itens individuais;
- 2) aumentar a compatibilidade com os Critérios para Pesquisas Diagnósticas da



CID-10; e

3) estreitar a definição dos casos, de modo a que esta se conforme mais estreitamente ao julgamento clínico, ao DSM-III e à CID-10. Além disso, uma exigência de "idade de início" (antes dos 3 anos no DSM-IV), que fora excluída no DSM-III-R, reaparece para conformar-se ao uso clínico e para aumentar a homogeneidade desta categoria.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**  
**Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtorno de Asperger.** Esses três transtornos foram incluídos para melhorar o diagnóstico diferencial e oferecer maior especificidade na descrição daqueles indivíduos que teriam sido diagnosticados com Transtorno Autista ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação no DSM-III-R.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**  
**Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.** Este integra em uma categoria extremamente abrangente o que eram duas categorias no DSM-III-R: Transtorno de Déficit de Atenção por Hiperatividade e Transtorno de Déficit de Atenção Indiferenciado (sem hiperatividade). Revisões da literatura, reanálise dos dados e resultados de testes de campo sugerem que este transtorno é melhor visto como um transtorno unitário, com diferentes padrões sintomáticos predominantes. O DSM-IV oferece um conjunto de critérios com três subtipos (Tipo Combinado, Tipo Predominantemente Desatento, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo) que permite ao clínico anotar o predomínio de sintomas de déficit de atenção ou sintomas de hiperatividade-impulsividade. O Critério A organiza os itens em três agrupamentos: desatenção, hiperatividade e impulsividade. O Critério C, que exige a presença de sintomas em duas ou mais situações (por ex., escola, trabalho e em casa), foi acrescido para reduzir diagnósticos falso-positivos.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**  
**Transtorno da Conduta.** A lista de itens do DSM-III-R foi modificada e expandida (pelo acréscimo de dois itens: "permanecer fora de casa à noite" e "intimidar outros"). Esta modificação fundamenta-se nos resultados do teste de campo e oferece uma definição que inclui comportamentos característicos de mulheres com Transtorno da Conduta. Além disso, os itens são organizados em grupos relacionados por temas (agressão a pessoas e animais, destruição de propriedades, defraudação ou furto, séria violação a regras) para facilitar seu uso. Novos subtipos baseados na idade de início foram oferecidos no DSM-IV, para refletirem o fato de que uma idade de início mais precoce tem um pior prognóstico e está mais propensa a uma associação com o comportamento agressivo e com

Transtorno da Personalidade Anti-Social do adulto.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
**Transtorno Desafiador Opositivo.** Com base em resultados do teste de campo, um item foi excluído do Critério A ("usa linguagem obscena"). Além disso, um critério relativo a prejuízo foi acrescido, para ajudar a demarcar os limites com a normalidade.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
**Transtornos de Alimentação da Primeira Infância.** O nome desta categoria foi alterada, para refletir a colocação de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa em uma seção separada para Transtornos Alimentares.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
**Pica.** O critério do DSM-III-R excluindo este transtorno na presença de Esquizofrenia ou de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento foi alterado para permitir o diagnóstico na presença de um outro transtorno mental, se o comportamento for suficientemente severo para indicar uma atenção clínica independente.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
**Transtorno de Ruminação.** O critério exigindo perda de peso ou fracasso em atingir o peso esperado foi omitido, porque um prejuízo clinicamente significativo pode estar presente na ausência destas características, e para definir os limites com o Transtorno de Alimentação da Primeira Infância.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
**Transtorno de Alimentação na Primeira Infância.** Esta nova categoria foi acrescentada para oferecer cobertura diagnóstica para bebês e crianças que não comem adequadamente e que têm problemas conseqüentes de ganho e manutenção do peso.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
**Transtornos de Tique.** O limite superior de idade de início foi reduzido de 21 para 18 anos, buscando compatibilidade com os Critérios para Pesquisas Diagnósticas. Um critério que especifica que os tiques causam sofrimento clinicamente

significativo ou sofrimento também foi acrescentado.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
**Encoprese.** A exigência de duração foi reduzida de 6 para 3 meses, para refletir o uso clínico e permitir uma descoberta mais precoce dos casos. O transtorno agora é codificado, especificando a presença, ou não, de incontinência por hiperfluxo.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
**Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral).** O limiar de frequência e duração especificado foi levantado (de duas vezes ao mês para duas vezes por semana por 3 meses consecutivos), visando a reduzir diagnósticos falso-positivos. Com o intuito de evitar diagnósticos falso-negativos, o Critério B também nota que o diagnóstico pode ser feito abaixo desses limiares, se houver prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
**Transtorno de Ansiedade de Separação.** Dois itens do DSM-III-R (8 e 9) foram combinados para reduzir a redundância. A exigência de duração foi aumentada para 4 semanas, para compatibilizar com os Critérios para Pesquisas Diagnósticas da CID-10.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
**Mutismo Seletivo.** Diversas propostas foram acrescentadas para a redução de identificações falso-positivas: um critério de duração de 1 mês, exclusão de crianças quietas apenas durante o primeiro mês de escola, um critério exigindo sofrimento clinicamente significativo e um critério exigindo uma ausência de fala não melhor explicada por um Transtorno da Comunicação ou pela falta de conhecimento da linguagem oral exigida em uma situação social. Além disso, o nome foi mudado de Mutismo Eletivo, no DSM-III-R, que era menos descritivo e implicava motivação.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
**Transtorno de Apego Reativo na Infância.** Os subtipos que designam Tipo Inibido versus Tipo Desinibido foram acrescidos para permitir a compatibilidade com a CID-10 (que divide esta condição em dois transtornos distintos).

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \

**Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**

**Transtorno de Movimento Estereotipado.** O nome foi mudado de Transtorno de Estereotipia / Hábito no DSM-III-R, para compatibilizar com a CID-10. À diferença do DSM-III-R, o DSM-IV especifica que os diagnósticos de Retardo Mental e Transtorno do Movimento Estereotipado sejam feitos concomitantemente apenas se o comportamento estereotipado ou autodestrutivo for suficientemente severo para tornar-se um foco de tratamento. Além disso, o especificador Comportamento Autodestrutivo está disponível.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV**

**Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos**

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos**

No DSM-III-R, esses transtornos foram incluídos na seção Transtornos Mentais Orgânicos. O termo "transtornos mentais orgânicos" foi eliminado do DSM-IV, por implicar que os outros transtornos no manual não têm um componente "orgânico".

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos**

**Delirium.** Para auxiliar no diagnóstico diferencial, esta seção inclui **Delirium** Devido a uma Condição Médica Geral e **Delirium** Induzido por Substância, que eram listados separadamente no DSM-III-R, e acrescenta uma nova categoria — **Delirium** Devido a Múltiplas Etiologias. Diversos critérios do DSM-III-R (nível reduzido de consciência, perturbação do sono, alterações psicomotoras) foram abandonados, porque muitas vezes têm outras causas ou são difíceis de avaliar, particularmente em uma população com condições médicas ou cirúrgicas. Além disso, o pensamento desorganizado não mais é um critério exigido, porque não pode ser avaliado em indivíduos mudos.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos**

**Demência.** Como no DSM-III-R, esta subseção inclui Demência do Tipo Alzheimer e Demência Vascular (que era chamada de Demência por Multi-Infartos, no DSM-III-R), mas também inclui uma listagem específica de uma variedade de demências devido a condições médicas e neurológicas, Demência Persistente Induzida por Substâncias e Demência Devido a Múltiplas Etiologias. Esta organização é oferecida para auxiliar no diagnóstico diferencial. A definição de demência foi reorganizada e simplificada para esclarecer que a demência se caracteriza por múltiplos déficits cognitivos que devem incluir prejuízo de

memória. A alteração da personalidade, que era um aspecto diagnóstico no DSM-III-R, foi transferida para a seção relativa a "Características e Transtornos Associados" do texto do DSM-IV, em vista de sua relativa falta de especificidade.

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos

**Transtornos Amnésicos.** Esta seção abrange o Transtorno Amnésico Devido a uma Condição Médica Geral e o Transtorno Persistente Induzido por Substâncias, que eram listados separadamente no DSM-III-R. Esta organização é oferecida para auxiliar no diagnóstico diferencial. A definição de um transtorno amnésico foi simplificada e a descrição de seu aspecto essencial (desenvolvimento de prejuízo de memória) foi aprimorada.

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

##### Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral Sem Outra Especificação

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral Sem Outra Especificação

**Transtorno Catatônico Devido a uma Condição Médica Geral.** Esta categoria é incluída por ser uma explicação freqüente para sintomas catatônicos e por sua importância no diagnóstico diferencial destes.

**Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral.** Para este transtorno, chamado Transtorno da Personalidade Orgânico no DSM-III-R, foram acrescentados subtipos, incluindo Instável, Desinibido, Agressivo, Apático e Paranoide.

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

##### Transtornos Relacionados a Substâncias

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos Relacionados a Substâncias

No DSM-III-R, esses transtornos estavam localizados em duas diferentes seções: Transtornos por Uso de Substância Psicoativa (isto é, Dependência e Abuso) e Transtornos Mentais Orgânicos Induzidos por Substância. Por conveniência, os Transtornos por Uso de Substâncias e os Transtornos Induzidos por Substâncias agora estão contidos em uma única seção destinada a "Transtornos Relacionados

a Substâncias".

**Dependência de Substância.** Os nove itens incluídos no DSM-III-R foram reduzidos a sete; dois itens envolvendo a abstinência no DSM-III-R foram combinados, e o Critério 4 do DSM-III-R (isto é, fracasso em cumprir obrigações importantes do papel) foi transferido para os critérios de abuso, para refinar a distinção entre Dependência e Abuso. Foram oferecidos subtipos para a dependência fisiológica, para permitirem que o clínico anote a presença de tolerância ou abstinência. O critério de duração foi abandonado por duas razões:

1) ele é redundante, uma vez que os itens individuais exigem uma duração clinicamente significativa para serem contados como estando presentes;

2) um critério de agrupamento foi acrescentado ao DSM-IV, especificando que pelo menos três itens estejam presentes durante o mesmo período de 12 meses. Os especificadores de curso foram expandidos e tornados mais específicos para levarem em consideração as diferenças entre a remissão inicial e mantida, remissão parcial e completa, e se a remissão ocorreu enquanto o indivíduo estava em terapia com agonista ou em um ambiente controlado.

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos Relacionados a Substâncias

**Abuso de Substância.** No DSM-III-R, Abuso de Substância era uma categoria residual sem um marco conceitual definido. No DSM-IV, Abuso de Substância é conceitualizado como um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a conseqüências adversas que ocorrem na ausência de Dependência de Substância. A lista de itens foi expandida de dois para quatro, pelo acréscimo de "fracasso em cumprir obrigações importantes do papel" e "problemas gerais recorrentes, relacionados à substância".

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos Relacionados a Substâncias

**Intoxicação com Substância.** A definição geral de intoxicação não foi alterada, mas alguns dos conjuntos de critérios específicos para intoxicação com substância foram aprimorados. Os conjuntos de critérios para Intoxicação com Anfetamina e Intoxicação com Cocaína agora são equivalentes.

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos Relacionados a Substâncias

**Intoxicação Alcoólica Idiossincrática.** Esta foi omitida como categoria individual, em vista da falta de evidências apoiando uma diferença da Intoxicação com Álcool.

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos Relacionados a Substâncias

**Abstinência de Substância.** A definição geral de abstinência não foi alterada, mas

alguns dos conjuntos de critérios específicos de substâncias foram aprimorados. Os conjuntos de critérios para Abstinência de Álcool e Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos agora são equivalentes.

## APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos Relacionados a Substâncias

**Tabela de Transtornos Induzidos por Substâncias.** O DSM-III-R continha uma tabela indicando a associação entre determinadas classes de substâncias e determinadas apresentações de síndromes induzidas por substâncias. Com base em evidências apoiando a existência e relevância clínica de algumas combinações adicionais, esta tabela foi expandida no DSM-IV.

As novas categorias incluem:

- 1) para **Álcool** — Transtornos do Humor, de Ansiedade e do Sono e Disfunção Sexual;
- 2) para **Anfetamina** — Transtornos do Humor, de Ansiedade e do Sono e Disfunção Sexual;
- 3) para **Cafeína** — Transtornos de Ansiedade e do Sono;
- 4) para **Cannabis** — **Delirium** e Transtorno de Ansiedade;
- 7) para **Inalantes** — **Delirium**, Demência Persistente e Transtornos Psicótico, do Humor e de Ansiedade;
- 8) para **Opióides** — **Delirium** e Transtornos Psicótico, do Humor e do Sono;
- 9) para **Fenciclidina** — Transtorno de Ansiedade;
- 10) para **Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos** — Demência Persistente, Transtorno Psicótico, do Humor, de Ansiedade e do Sono e Disfunção Sexual. Também são oferecidos especificadores para indicar se os sintomas tiveram seu início durante a intoxicação ou a abstinência.

## APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

### Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

## APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

Esta seção reúne os conteúdos de três seções do DSM-III-R: Esquizofrenia, Transtorno Delirante e Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

**Esquizofrenia.** O DSM-IV aumenta de 1 semana para 1 mês a exigência de duração dos sintomas da fase ativa da Esquizofrenia, com o intuito de reduzir diagnósticos falso-positivos e aumentar a compatibilidade com os Critérios para Pesquisas Diagnósticas da CID-10. A apresentação dos sintomas característicos no Critério A foi simplificada. Sintomas negativos adicionais (alogia e avolição) foram incluídos no Critério A. A definição das fases prodrômica e residual foi simplificada pela eliminação da lista de sintomas específicos. Novos especificadores de curso foram

adaptados da CID-10.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

**Transtorno Esquizoafetivo.** O conjunto de critérios foi mudado para focalizar um episódio ininterrupto da doença, ao invés do padrão sintomático ao longo da vida.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

**Transtorno Psicótico Breve.** A conceitualização de Psicose Reativa Breve no DSM-III-R foi ampliada pela eliminação da exigência de um estressor severo (embora este possa ser indicado pelo subtipo Com Estressor Acentuado). A categoria resultante agora inclui todas as perturbações psicóticas com duração inferior a 1 mês, que não são atribuíveis a um transtorno do humor nem se devem aos efeitos fisiológicos diretos do uso de substâncias ou de uma condição médica geral. Além disso, a duração mínima dos sintomas psicóticos foi aumentada de algumas horas para 1 dia.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

**Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral.** Os termos Transtorno Delirante Orgânico e Alucinação Orgânica, do DSM-III-R, foram aplicados a condições induzidas por substância e àquelas devido a uma condição médica geral. O DSM-IV cria dois transtornos com base na etiologia (Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno Psicótico Induzido por Substância [ver a seguir]), mas combina transtorno delirante e alucinação em um único Transtorno Psicótico. A distinção entre as apresentações predominantemente delirantes **versus** aquelas caracterizadas predominantemente por alucinações é preservada nos subtipos. O Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral é incluído na seção "Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos" para facilitar o diagnóstico diferencial.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

**Transtorno Psicótico Induzido por Substância.** Os termos Transtorno Delirante Orgânico e Alucinação Orgânica, do DSM-III-R, foram aplicados às condições induzidas por substâncias e àquelas devido a uma condição médica geral. O DSM-IV cria dois transtornos com base na etiologia (Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral [ver acima] e Transtorno Psicótico Induzido por Substância), mas combina o transtorno delirante e as alucinações em um único Transtorno Psicótico. A distinção entre as apresentações predominantemente delirantes **versus** aquelas caracterizadas predominantemente por alucinações é preservada nos subtipos. O Transtorno Psicótico Induzido por Substância é



incluído na seção "Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos" para facilitar o diagnóstico diferencial.

## APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

### Transtornos do Humor

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos do Humor

**Episódio Depressivo Maior.** O DSM-IV acrescenta um Critério C para garantir a importância clínica da apresentação sintomática. Além disso, o DSM-IV inclui um Critério E, que esclarece os limites com o Luto — isto é, um Episódio Depressivo Maior pode ser diagnosticado se os sintomas persistem por mais de 2 meses após a perda de um ente querido.

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos do Humor

**Episódio Maníaco.** A duração de 1 semana do DSM-III (que foi abandonada no DSM-III-R) foi reinstituída no DSM-IV. Em contraste com o DSM-III-R, os Episódios Maníacos claramente precipitados pelo tratamento com antidepressivos são diagnosticados como Episódios Maníacos Induzidos por Substâncias e não contam para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I.

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos do Humor

**Episódio Misto.** No DSM-III-R, os Episódios Mistos não possuíam um conjunto separado de critérios, sendo definidos como um dos subtipos do Transtorno Bipolar. No DSM-IV é oferecido um conjunto separado de critérios especificando que os critérios de sintomas tanto para um Episódio Maníaco quanto para um Episódio Depressivo Maior são satisfeitos quase todos os dias, por 1 semana.

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos do Humor

**Episódio Hipomaníaco.** No DSM-III-R, os Episódios Hipomaníacos não tinham um conjunto separado de critérios, sendo definidos pelos mesmos critérios (exceto gravidade) que um Episódio Maníaco. No DSM-IV, é oferecido um conjunto separado de critérios, especificando uma duração mínima de 4 dias de alteração no humor (distinto do humor habitual não-deprimido) e uma alteração inequívoca no funcionamento, observável por outros. Em contraste com a mania, a hipomania é definida como não suficientemente severa para causar prejuízo acentuado ou para exigir a hospitalização.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Humor

**Transtorno Distímico.** Os subtipos primário versus secundário do DSM-III-R foram abandonados em razão de sua difícil aplicação e da falta de evidências corroboradoras. O DSM-IV acrescenta um critério para garantir a importância clínica da apresentação sintomática.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Humor

**Transtornos Bipolares.** A organização e a terminologia dos Transtornos Bipolares foram alteradas no DSM-IV. Os Transtornos Bipolares foram divididos em Transtorno Bipolar I e Transtorno Bipolar II. O Transtorno Bipolar I foi dividido em Episódio Maníaco Único e Episódio Mais Recente Hipomaniaco, Maníaco, Misto, Deprimido e Inespecificado.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Humor

**Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único.** Este transtorno é novo no DSM-IV e foi acrescentado para aumentar a especificidade e compatibilizar com as exigências de codificação da CID-10. Uma duração de 2 meses sem sintomas maníacos foi estipulada para definir a recorrência.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Humor

**Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaniaco.** Este transtorno é novo no DSM-IV e foi acrescentado para aumentar a especificidade e cobertura.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Humor

**Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto.** No DSM-III-R, o tipo misto incluía apresentações de sintomas maníacos e depressivos mesclados ou alternando-se rapidamente a intervalos de alguns dias, com a exigência de que os sintomas depressivos durassem pelo menos 1 dia inteiro. Este transtorno foi modificado no DSM-IV, passando a exigir pelo menos 1 semana de sintomas maníacos e depressivos maiores, ambos ocorrendo quase todos os dias.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Humor

**Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Inespecificado.** Este transtorno é novo no DSM-IV e permite que o clínico anote o início de um novo transtorno do humor antes de serem satisfeitos os plenos critérios de duração.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Humor

**Transtorno Bipolar II.** Este transtorno foi introduzido como uma categoria distinta no DSM-IV, para cobrir o que no DSM-III-R era apresentado como exemplo de Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação. O Transtorno Bipolar II abrange apresentações nas quais existe pelo menos um Episódio Depressivo Maior e pelo menos um Episódio Hipomaniaco, mas, à diferença do Transtorno Bipolar I, não há história de Episódios Maníacos. O Transtorno Bipolar II foi acrescido em resposta às evidências da revisão da literatura e da reanálise dos dados que sugeriam sua utilidade e para aumentar a cobertura diagnóstica.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Humor

**Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral.** O texto e os critérios para este transtorno, chamado de Transtorno do Humor Orgânico no DSM-III-R, são incluídos na seção "Transtornos do Humor" para facilitar o diagnóstico diferencial.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Humor

**Transtorno do Humor Induzido por Substância.** O texto e os critérios para este transtorno, chamado de Transtorno de Humor Orgânico no DSM-III-R, são incluídos na seção "Transtornos do Humor" para facilitar o diagnóstico diferencial.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Humor

**Com Características Catatônicas.** Este é um novo especificador, introduzido no DSM-IV para refletir evidências de que muitas apresentações catatônicas estão associadas com transtornos do humor.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Humor

**Com Características Melancólicas.** O conjunto de critérios do DSM-IV para este especificador desvia-se daquele do DSM-III-R, no sentido de ser essencialmente o mesmo que no DSM-III, exceto pelo fato de exigir perda do prazer ou falta de reação a estímulos prazerosos (ao invés de ambos). Isto reflete a evidência, a partir da revisão da literatura, de que a definição do DSM-III pode ter sido demasiado estreita, porém era superior, em outros aspectos, à definição do DSM-III-R.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Humor

**Com Características Atípicas.** Trata-se de um novo especificador introduzido no DSM-IV para refletir evidências de que esta apresentação (por ex., reatividade do humor, sintomas vegetativos invertidos, sensibilidade à rejeição) pode ter implicações para a decisão quanto ao tratamento.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos do Humor**

**Com Início no Pós-Parto.** Este é um novo especificador introduzido no DSM-IV para refletir evidências de que esta apresentação pode ter implicações para o prognóstico e seleção do tratamento.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos do Humor**

**Especificadores de Curso Longitudinal.** Os especificadores de curso descrevendo o padrão ao longo da vida do Transtorno Depressivo Maior e dos Transtornos Bipolar I e II foram introduzidos no DSM-IV para permitirem ao clínico especificar o grau de recuperação entre os episódios. Diagramas também são oferecidos para ilustrar vários padrões de curso.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos do Humor**

**Com Padrão Sazonal.** Diversas alterações foram feitas neste especificador, de modo que os critérios conformam-se mais estreitamente ao uso clínico e na pesquisa. Estas alterações incluem a restrição da aplicação do padrão sazonal apenas a Episódios Depressivos Maiores, eliminação da janela de 60 dias para o aparecimento dos sintomas no Critério A e inclusão de uma exigência mais específica, no que diz respeito ao relacionamento entre os episódios sazonais e não-sazonais.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos do Humor**

**Com Ciclagem Rápida.** Este é um novo especificador introduzido no DSM-IV para refletir evidências de que esta apresentação pode ter implicações para o prognóstico e seleção do tratamento.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV**

**Transtornos de Ansiedade**

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos de Ansiedade**

**Ataque de Pânico.** O conjunto de critérios para Ataque de Pânico foi oferecido separadamente no começo da seção "Transtornos de Ansiedade", para esclarecer que Ataques de Pânico podem ocorrer como parte da apresentação de uma variedade de Transtornos de Ansiedade. Os itens do DSM-III-R e o limiar para um Ataque de Pânico foram apoiados pela reanálise de dados e pelos resultados do estudo de campo e permanecem os mesmos para o DSM-IV, mas a ordem dos itens foi alterada para refletir sua frequência.

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos de Ansiedade

**Transtorno de Pânico Sem Agorafobia.** Em resposta à revisão da literatura, reanálises de dados e resultados de testes de campo, o limiar para o Transtorno de Pânico Sem Agorafobia foi reavaliado. A definição do DSM-IV exige Ataques de Pânico recorrentes e inesperados, acompanhados de 1 mês ou mais de preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais ou com as implicações dos ataques, ou uma alteração significativa no comportamento. Isto contrasta com o DSM-III-R, que exigia quatro ataques em 4 semanas ou um ataque seguido de 1 mês de medo persistente de sofrer outro ataque.

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos de Ansiedade

**Transtorno de Pânico Com Agorafobia.** O limiar para Ataques de Pânico no Transtorno de Pânico Com Agorafobia foi revisado do mesmo modo que o limiar para Transtorno de Pânico Sem Agorafobia. Além disso, a definição de Agorafobia foi modificada para salientar que os temores agorafóbicos tipicamente envolvem um agrupamento característico de situações. Os critérios específicos para leve, moderado e severo, oferecidos no DSM-III-R, foram excluídos (podem-se usar os especificadores gerais para gravidade oferecidos em "Uso do Manual" [ver [p. 2](#)]).

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos de Ansiedade

**Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico.** O DSM-III-R não oferecia orientações quanto à indicação deste diagnóstico para a esquia associada a uma condição médica geral. O Critério D do DSM-IV indica que o diagnóstico pode incluir a esquia associada a uma condição médica geral, se o medo exceder nitidamente aquele habitualmente associado com esta condição.

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos de Ansiedade

**Fobia Específica.** Para compatibilizar com a CID-10, o nome desta categoria foi mudado de Fobia Simples para Fobia Específica. O limiar do medo no Critério A foi elevado, exigindo-se que seja acentuadamente excessivo ou irracional (além de persistente). Com base em revisões da literatura e reanálise dos dados, são

oferecidos subtipos que descrevem o foco das fobias.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos de Ansiedade

**Fobia Social.** Este transtorno agora engloba o Transtorno de Evitação da Infância do DSM-III-R, e os critérios foram modificados para apresentações da infância.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos de Ansiedade

**Transtorno Obsessivo-Compulsivo.** A distinção entre obsessões e compulsões foi aprimorada. As obsessões causam acentuada ansiedade ou sofrimento, enquanto as compulsões (inclusive atos mentais) evitam ou reduzem a ansiedade ou sofrimento. Em reconhecimento de que o **insight** quanto à irracionalidade das obsessões ou compulsões ocorre em um **continuum**, é oferecido um especificador que permite ao clínico anotar se a condição é do Tipo Com **Insight** Pobre.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos de Ansiedade

**Transtorno de Estresse Pós-Traumático.** Com base na revisão da literatura, reanálise dos dados e resultados de pesquisas de campo, a expressão que descreve o Critério A no DSM-III-R, "fora da faixa da experiência humana normal", foi retirada, porque era imprecisa e não confiável (a prevalência desses estressores não é baixa em populações gerais). O Critério A2 do DSM-IV exige que a resposta da pessoa ao estressor envolva intenso medo, impotência ou horror. A reatividade fisiológica na exposição a sugestões foi transferida do Critério D (excitabilidade aumentada) para o Critério B (revivência do trauma). Um critério exigindo que os sintomas causem sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos foi incluído. Também são oferecidos os especificadores Agudo e Crônico.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos de Ansiedade

**Transtorno de Estresse Agudo.** Esta categoria é nova no DSM-IV e foi acrescentada para descrever reações agudas a um estresse extremo (isto é, ocorrendo dentro de 4 semanas após o estressor e durando de 2 dias a 4 semanas). Ela foi acrescentada para fins de compatibilidade com a CID-10 e para auxiliar na detecção precoce de casos, porque o Transtorno de Estresse Agudo pode predizer o desenvolvimento posterior de Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos de Ansiedade

**Transtorno de Ansiedade Generalizada.** Este transtorno agora engloba o

Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância, do DSM-III-R. O Critério A exige ansiedade e preocupação excessivas, em contraste com o DSM-III-R, que incluía preocupações irrealistas. Uma exigência de que a pessoa deve considerar difícil controlar a preocupação foi acrescentada. Com base na reanálise dos dados, o Critério C agora tem um conjunto de 6 itens mais simples, mais confiável e coerente do que o conjunto de 18 itens no DSM-III-R.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos de Ansiedade

**Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral.** O texto e os critérios para este transtorno, chamado de Transtorno Orgânico de Ansiedade no DSM-III-R, são incluídos na seção "Transtornos de Ansiedade" para facilitar o diagnóstico diferencial.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos de Ansiedade

**Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância.** O texto e os critérios para este transtorno, chamado de Transtorno Orgânico de Ansiedade no DSM-III-R, são incluídos na seção "Transtornos de Ansiedade" para facilitar o diagnóstico diferencial.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

**Transtornos Somatoformes**

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Somatoformes

**Transtorno de Somatização.** Com base na revisão da literatura, reanálise dos dados e resultados de testes de campo, a lista de 35 itens do DSM-III-R foi condensada, simplificada e dividida em quatro agrupamentos de sintomas (dolorosos, gastrintestinais, sexuais e pseudoneurológicos).

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Somatoformes

**Transtorno Conversivo.** À diferença da definição mais ampla apresentada no DSM-III-R, o problema apresentado deve ser um sintoma ou déficit que afeta o funcionamento motor voluntário ou sensorial. Outros problemas que refletem uma alteração no funcionamento (por ex., pseudocieira) são listados sob Transtorno de Somatização Sem Outra Especificação. Um esquema de subtipos (Motor, Sensorial, Convulsivo, Misto) foi oferecido para maior especificidade e compatibilidade com a CID-10.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Somatoformes

**Transtorno Doloroso.** O nome desta condição no DSM-III-R era Transtorno de Dor Somatoforme. A definição foi ampliada para incluir dois tipos de transtorno doloroso: Transtorno Doloroso Associado com Fatores Psicológicos e Transtorno Doloroso Associado Tanto com Fatores Psicológicos Quanto com uma Condição Médica Geral. Além disso, são oferecidos especificadores para Agudo e Crônico.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Somatoformes

**Hipocondria.** Um especificador é oferecido para permitir que o clínico anote se a condição é do Tipo Com **Insight** Pobre.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Somatoformes

**Transtorno Dismórfico Corporal.** O critério de exclusão do DSM-III-R de que a crença não deve ter intensidade delirante foi abandonado, de modo que este diagnóstico agora pode ser feito concomitantemente com um diagnóstico de Transtorno Delirante.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

**Transtornos Factícios**

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Factícios

O DSM-IV fornece um só conjunto de critérios para Transtorno Factício ao invés dos dois anteriores, separando tipos com base no predomínio dos sinais e sintomas apresentados (Psicológicos, Físicos, Combinados).

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

**Transtornos Dissociativos**

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Dissociativos

**Amnésia Dissociativa.** O nome de Amnésia Psicogênica no DSM-III-R, foi mudado para ser mais descritivo e para obter maior compatibilidade com a CID-10.



APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Dissociativos

**Fuga Dissociativa.** O nome de Fuga Psicogênica no DSM-III-R, foi mudado para ser mais descritivo e compatível com a CID-10. A exigência de adoção de uma nova identidade foi abandonada, uma vez que a confusão acerca da identidade pessoal é considerada o sintoma predominante.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Dissociativos

**Transtorno Dissociativo de Identidade.** O nome de Transtorno de Personalidade Múltipla no DSM-III-R foi mudado para ser mais descritivo. Foi reinstituída a exigência do DSM-III de que haja uma incapacidade de recordar informações pessoais importantes.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

**Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero**

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero

**Disfunções Sexuais.** Todos os transtornos listados nesta seção agora incluem um critério de importância clínica (isto é, de que a disfunção causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal).

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero

**Transtorno da Excitação Sexual Feminina.** O DSM-IV retorna à definição do DSM-III, abandonando o item A2 do DSM-III-R, que afirmava que o diagnóstico podia ser dado se existissem queixas subjetivas, sem qualquer dificuldade com a excitação fisiológica.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero

**Transtorno Erétil Masculino.** O DSM-IV retorna à definição do DSM-III, abandonando o item A2 do DSM-III-R, que permitia que o diagnóstico fosse dado mesmo se existissem apenas queixas subjetivas, sem qualquer dificuldade com a excitação fisiológica.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \

**Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero**

**Transtorno Orgásmico Feminino.** O nome de Orgasmo Feminino Inibido no DSM-III-R foi mudado. O Critério A foi simplificado e revisado para harmonizar-se mais com o uso clínico.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \**

**Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero**

**Transtorno Orgásmico Masculino.** O nome no DSM-III-R era Orgasmo Masculino Inibido.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \**

**Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero**

**Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral.** Este transtorno foi incluído na seção "Sistema Geniturinário" na CID-9-MC, mas não foi incluído na Classificação do DSM-III-R. Ele é incluído no DSM-IV para facilitar o diagnóstico diferencial.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \**

**Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero**

**Disfunção Sexual Induzida por Substância.** Este transtorno não foi incluído no DSM-III-R e é incluído no DSM-IV para aumentar a cobertura e facilitar o diagnóstico diferencial.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \**

**Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero**

**Fetichismo Transvêstico.** Foi acrescentado um especificador para aqueles indivíduos com Fetichismo Transvêstico que também têm desconforto persistente com o papel de gênero, que não satisfazem os critérios para Transtorno da Identidade de Gênero.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \**

**Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero**

**Transtorno da Identidade de Gênero.** Este diagnóstico do DSM-IV engloba três diagnósticos do DSM-III-R: Transtorno da Identidade de Gênero da Infância; Transtorno da Identidade de Gênero da Adolescência ou Idade Adulta, Tipo Não-Transexual, e Transexualismo. Ele é colocado na seção "Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero", ao invés de na seção "Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência", como no DSM-III-R. O conjunto de critérios acomoda ambos os sexos e todas as idades.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV**

## Transtornos Alimentares

### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos Alimentares

**Anorexia Nervosa.** Este transtorno foi movido da seção "Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência" para a seção relativa a "Transtornos Alimentares" da Classificação. No DSM-IV, a apresentação que inclui compulsões periódicas e purgação e ocorre exclusivamente durante a Anorexia Nervosa não mais recebe um diagnóstico separado de Bulimia Nervosa, mas é englobado como um subtipo de Anorexia Nervosa. Os subtipos de Anorexia Nervosa agora indicam a presença de compulsão periódica / purgação **versus** comportamento de restrição alimentar.

**Bulimia Nervosa.** Este transtorno foi movido da seção "Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez Durante a Infância ou Adolescência" para a seção "Transtornos Alimentares" da Classificação. Um critério de exclusão foi acrescentado, de modo que o diagnóstico não é dado se o comportamento ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa. São oferecidos subtipos para a distinção entre tipos purgativo e sem purgação.

### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

## Transtornos do Sono

### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos do Sono

A organização desta seção agora é diferente daquela do DSM-III-R. Os transtornos são agrupados em quatro seções com base na suposta etiologia (primário, relacionado a outro transtorno mental, devido a uma condição médica geral e induzido por substância), ao invés de nos sintomas apresentados. A seção é compatível com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono.

**Insônia Primária.** O critério que exige uma freqüência de pelo menos três vezes por semana foi abandonado no DSM-IV, embora a duração de 1 mês seja mantida. Um critério para importância clínica foi acrescentado.

### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos do Sono

**Hipersonia Primária.** A hipersonia não mais é diagnosticada se a apresentação é melhor explicada por insônia. O critério de embriaguez de sono do DSM-III-R (isto é, a transição prolongada para o estado de completa vigília) foi excluído como

critério suficiente para hipersonia. Um subtipo Recorrente foi acrescido para anotar a presença da síndrome de Kleine-Levin.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Sono**

**Narcolepsia.** Este transtorno foi incluído na seção "Sistema Nervoso" da CID-9-MC, mas não foi incluído no DSM-III-R. Ele é incluído na seção "Transtornos do Sono" do DSM-IV, para auxiliar no diagnóstico diferencial.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Sono**

**Transtorno do Sono Relacionado à Respiração.** Este transtorno foi incluído na CID-9-MC fora do capítulo "Transtornos Mentais", mas não foi incluído no DSM-III-R. Ele é apresentado na seção "Transtornos do Sono" do DSM-IV para auxiliar no diagnóstico diferencial.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Sono**

**Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono.** O nome foi mudado de Transtorno do Ritmo Sono / Vigília do DSM-III-R. Os subtipos (Fase Atrasada, Mudança de Fuso Horário, Mudanças Frequentes de Turno de Trabalho) foram revisados para refletirem o uso clínico.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Sono**

**Transtorno de Pesadelo.** O nome deste no DSM-III-R era Transtorno de Ansiedade no Sono.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Sono**

**Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental.** No DSM-IV, este diagnóstico é usado em acréscimo ao diagnóstico relacionado do Eixo I ou Eixo II apenas quando a insônia é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Sono**

**Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental.** No DSM-IV, este diagnóstico é usado em acréscimo ao diagnóstico relacionado do Eixo I ou Eixo II apenas quando a hipersonia é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Sono

**Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral.** Os tópicos do DSM-III-R "Insônia Relacionada a um Fator Orgânico Conhecido" e "Hipersonia Relacionada a um Fator Orgânico Conhecido" aplicavam-se tanto aos Transtornos do Sono Induzidos por Substâncias quanto àqueles devido a uma condição médica geral. Para o DSM-IV foram criados dois transtornos com base na etiologia (Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno do Sono Induzido por Substância), incluindo providências para indicar os tipos com insônia, hipersonia, parassonia ou misto. Em contraste com o DSM-III-R, no DSM-IV este diagnóstico é usado em acréscimo ao diagnóstico de uma condição médica geral apenas quando a perturbação do sono é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Sono

**Transtorno do Sono Induzido por Substância.** Os tópicos do DSM-III-R "Insônia Relacionada a um Fator Orgânico Conhecido" e "Hipersonia Relacionada a um Fator Orgânico Conhecido" aplicavam-se tanto aos Transtornos do Sono Induzidos por Substâncias quanto àqueles devido a uma condição médica geral. Dois transtornos foram criados para o DSM-IV com base em sua etiologia (Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno do Sono Induzido por Substância), incluindo providências para indicar os tipos com insônia, hipersonia, parassonia ou misto. Em contraste com o DSM-III-R, no DSM-IV este diagnóstico é usado ao invés de um diagnóstico de uso de substância apenas quando a perturbação do sono é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

**Transtornos do Controle dos Impulsos**

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \  
Transtornos do Controle dos Impulsos

**Transtorno Explosivo Intermitente.** O critério do DSM-III-R excluindo este diagnóstico na presença de impulsividade ou agressividade generalizada entre os episódios foi retirado.

**Jogo Patológico.** O conjunto de critérios foi revisado para aumentar sua especificidade.

## APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

### Transtornos de Ajustamento

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos de Ajustamento

O DSM-III-R apresentava um limite máximo de 6 meses com sintomas. Este critério foi modificado no DSM-IV, aceitando sintomas com duração máxima de 6 meses adicionais após o término de um estressor crônico (ou suas conseqüências). Especificações de Agudo e Crônico foram oferecidas para indicar apresentações que duram menos de 6 meses e 6 meses ou mais, respectivamente. Além disso, diversos subtipos foram retirados (queixas físicas, retraimento, inibição acadêmica ou ocupacional).

## APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

### Transtornos da Personalidade

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos da Personalidade

Com base na literatura, reanálise dos dados e busca de compatibilidade com os Critérios para Pesquisas Diagnósticas da CID-10, os itens foram modificados para fornecer maior clareza e especificidade e para reduzir possíveis tendências ("bias") relativas ao gênero.

**Transtorno da Personalidade Anti-Social.** Com base na revisão da literatura, reanálise dos dados e resultados dos testes de campo, o conjunto de critérios foi condensado, simplificado e ligeiramente alterado; dois itens (cuidados parentais irresponsáveis e fracasso em manter um relacionamento monogâmico) foram retirados; dois itens investigando a irresponsabilidade consistente (fracasso em manter um comportamento ocupacional consistente ou em honrar obrigações financeiras) foram transformados em um só, e o Critério C (especificação do relacionamento com o Transtorno da Conduta) foi simplificado.

#### APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos da Personalidade

**Transtorno da Personalidade Borderline.** Um item adicional para ideação paranóide transitória ou sintomas dissociativos severos relacionados ao estresse foi acrescido no DSM-IV.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos da Personalidade

**Transtorno da Personalidade Passivo-Agressiva.** Este transtorno foi omitido da Classificação. Uma versão revisada foi movida para o **Apêndice B**, "Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais".

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV

**Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica

O nome desta seção foi mudado de **Condições Não Atribuíveis a um Transtorno Mental, no DSM-III-R**, e diversas condições adicionais foram acrescentadas.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica

**Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica.** Uma vez que esta categoria não constitui um transtorno mental, ela foi movida para a seção relativa a "Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica". O conceito foi ampliado para incluir fatores que interferem no tratamento e fatores que constituem riscos à saúde do indivíduo. São oferecidos subtipos para permitir a especificação do tipo particular de fator psicológico envolvido.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica

**Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos.** Esses transtornos foram incluídos em razão de sua importância para o tratamento e o diagnóstico diferencial.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica

**Problemas de Relacionamento.** Esses problemas agora são nomeados e agrupados. Dois novos problemas de relacionamento foram acrescentados: **Problema de Relacionamento Relacionado a um Transtorno Mental ou Condição Médica Geral** e **Problema de Relacionamento com Irmãos**.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Outras

**Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Problemas Relacionados ao Abuso ou Negligência.** Esta categoria foi introduzida nesta seção para cobrir o abuso físico e sexual e a negligência de uma criança e o abuso físico e sexual de um adulto. Ela é incluída em razão da sua importância clínica e para a saúde pública.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Declínio Cognitivo Relacionado à Idade.** Este é um novo problema acrescentado ao DSM-IV para melhorar a cobertura.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Luto.** No DSM-III-R, esta condição chamava-se Luto Sem Complicação, uma vez que o luto pode causar prejuízo e complicações significativos. Diretrizes relacionadas à duração dos sintomas e tipos particulares de sintomas foram oferecidas, para melhor definir os limites entre o Luto e um Episódio Depressivo Maior.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Problema de Identidade.** No DSM-IV, é listado na seção "Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica", ao invés de colocado na seção "Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência" (como no DSM-III-R).

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Problema Religioso ou Espiritual.** Este é um novo problema acrescido ao DSM-IV para uma melhoria em sua cobertura.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica**

**Problema de Aculturação.** Este é um novo problema acrescido ao DSM-IV, para uma melhoria na cobertura.

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV**

**Novos Transtornos Introduzidos no DSM-IV (Excluindo Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção)**



**Clínica)**

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Novos Transtornos Introduzidos no DSM-IV (Excluindo Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica)**

**Transtorno de Rett**  
**Transtorno Desintegrativo da Infância**  
**Transtorno de Asperger**  
**Transtorno de Alimentação da Infância**  
**Delirium Devido a Múltiplas Etiologias**  
**Demência Devido a Múltiplas Etiologias**  
**Transtorno Catatônico Devido a uma Condição Médica Geral**  
**Transtorno Bipolar II**  
**Transtorno de Estresse Agudo**  
**Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral**  
**Disfunção Sexual Induzida por Substância**  
**Narcolepsia**  
**Transtorno do Sono Relacionado à Respiração**

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV**

**Transtornos do DSM-III-R Omitidos do DSM-IV ou Relocados em Outras Categorias do DSM-IV**

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Transtornos do DSM-III-R Omitidos do DSM-IV ou Relocados em Outras Categorias do DSM-IV**

**Tartamudez**  
**Transtorno de Ansiedade Excessiva da Infância**  
**Transtorno de Evitação da Infância**  
**Transtorno de Déficit de Atenção Indiferenciado**  
**Transtorno de Identidade**  
**Transexualismo**  
**Intoxicação Alcoólica Idiossincrática**  
**Transtorno da Personalidade Passivo-Agressiva**

**APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV**

**Apêndices**

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Apêndices

**Apêndice A** — **Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais.** A árvore de decisão do DSM-III-R para Transtornos Mentais Orgânicos foi substituída por duas árvores de decisão separadas: uma para Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral e uma para Transtornos Induzidos por Substâncias. Cada uma das outras árvores de decisão foi modificada, existindo maior ênfase, em todo o DSM-IV, sobre o diagnóstico diferencial com Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral e Transtornos Induzidos por Substâncias.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Apêndices

**Apêndice B** — **Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais.** Este apêndice foi bastante **expandido** para incluir algumas novas propostas:

**Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais**

Transtorno pós-concussão  
Transtorno neurocognitivo leve  
Abstinência de cafeína  
Descritores dimensionais alternativos para Esquizofrenia  
Transtorno depressivo pós-psicótico da Esquizofrenia  
Transtorno disfórico pré-menstrual  
Critério B alternativo para Transtorno Distímico  
Transtorno depressivo menor  
Transtorno depressivo breve recorrente  
Transtorno misto de ansiedade-depressão  
Transtorno factício por procuração  
Transtorno de transe dissociativo  
Transtorno de compulsão periódica  
Transtorno da personalidade depressiva  
Transtorno da personalidade passivo-agressiva (transtorno da personalidade negativista)  
Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos  
Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos  
Síndrome Neuroléptica Maligna  
Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos  
Acatísia Aguda Induzida por Neurolépticos  
Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos  
Tremor Postural Induzido por Medicamentos  
Transtorno dos Movimentos Induzido por Medicamentos Sem Outra Especificação  
Escala do Funcionamento Defensivo  
Escala de Avaliação Global do Funcionamento nas Relações (EAGFR)  
Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (EAFSO)

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Apêndices

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Apêndice C** — Glossário de Termos Técnicos. As definições existentes foram aprimoradas, e diversos novos termos acrescentados.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Apêndices **Apêndice D** — Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV. Este apêndice foi apresentado em um novo formato, para esclarecer de que maneiras o DSM-IV difere do DSM-III-R.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Apêndices **Apêndice E** — Listagem Alfabética de Diagnósticos e Códigos do DSM-IV. Esta listagem de categorias foi revisada para incluir os transtornos e condições do DSM-IV.S

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Apêndices **Apêndice F** — Listagem Numérica de Diagnósticos e Códigos do DSM-IV. Esta listagem de categorias foi revisada para incluir os transtornos e condições do DSM-IV.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Apêndices **Apêndice G** — Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos. Este apêndice é inédito no DSM-IV. Ele inclui um índice seletivo das condições classificadas fora do capítulo "Transtornos Mentais" da CID-9-MC mais relevantes para o diagnóstico e tratamento nos contextos de saúde mental. Além disso, o apêndice contém uma lista de códigos da CID-9-MC para medicamentos selecionados que podem causar Transtornos Induzidos por Substâncias.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Apêndices **Apêndice H** — Classificação do DSM-IV com Códigos da CID-10. Em algum momento, nos próximos anos, o U. S. Department of Health and Human Services exigirá o uso dos códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde, Décima Revisão (CID-10), para finalidades de relato nos Estados Unidos. Para facilitar esta transição, este apêndice relaciona a Classificação do DSM-IV com códigos do sistema da CID-10.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Apêndices **Apêndice I** — Plano para Formulação Cultural e Glossário de Síndromes Ligadas à Cultura. Este apêndice é oferecido para auxiliar o clínico no uso do DSM-IV em um ambiente multicultural. Ele é dividido em duas seções. A primeira contém um plano para formulação cultural, que visa a auxiliar o clínico a determinar e relatar sistematicamente o impacto do contexto cultural do indivíduo. A segunda seção oferece uma lista de "síndromes ligadas à cultura" que denotam padrões de

comportamento e experiência aberrante recorrentes e específicos de determinados locais que podem não estar ligados especificamente a determinada categoria diagnóstica do DSM-IV.

APÊNDICES \ Apêndice D Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV \ Apêndices **Apêndice J** — **Colaboradores para o DSM-IV**. Este apêndice contém uma relação de indivíduos que participaram na preparação do DSM-IV.

## APÊNDICES

# Apêndice E

## Listagem Alfabética dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV

APÊNDICES \ Apêndice E Listagem Alfabética dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV  
**SOE = Sem Outra Especificação**

### APÊNDICE D(231)

APÊNDICES \ Apêndice E Listagem Alfabética dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV

V61.21 Abuso Físico da Criança

995.5 Abuso Físico da Criança (se foco de atenção reside na vítima)

V61.1 Abuso Físico do Adulto

995.81 Abuso Físico do Adulto (se foco de atenção reside na vítima)

V61.21 Abuso Sexual da Criança

995.5 Abuso Sexual da Criança (se foco de atenção reside na vítima)

V61.1 Abuso Sexual do Adulto

995.81 Abuso Sexual do Adulto (se foco de atenção reside na vítima)

333.99 Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos

300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico

### Álcool

---

291.8 Abstinência

305.00 Abuso

- 291.0 Delirium por Abstinência
- 291.0 Delirium por Intoxicação
- 291.2 Demência Persistente Induzida por
- 303.90 Dependência
- 291.8 Disfunção Sexual Induzida por
- 303.00 Intoxicação
- 291.1 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por
- 291.8 Transtorno de Ansiedade Induzido por
- 291.8 Transtorno do Humor Induzido por
- 291.8 Transtorno do Sono Induzido por
- Transtorno Psicótico Induzido por
- 291.3 Com Alucinações
- 291.5 Com Delírios
- 291.9 Transtorno Relacionado SOE
- 310.1 Alteração da Personalidade Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]

#### Alucinógenos

---

- 305.30 Abuso
- 292.81 Delirium por Intoxicação
- 304.50 Dependência
- 292.89 Intoxicação
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por
- 292.89 Transtorno Perceptual Persistente

## APÊNDICES \ Apêndice E Listagem Alfabética dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV

#### Transtorno Psicótico Induzido por

---

- 292.12 Com Alucinações
- 292.11 Com Delírios
- 292.9 Transtorno Relacionado SOE
- 300.12 Amnésia Dissociativa

### Anfetamina (ou Substância Tipo Anfetamina)

---

- 292.0 Abstinência
- 305.70 Abuso
- 292.81 **Delirium** por Intoxicação
- 304.40 Dependência
- 292.89 Disfunção Sexual Induzida por
- 292.89 Intoxicação
- 292.89 Transtorno Amnésico Induzido por
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por
- Transtorno Psicótico Induzido por
- 292.12 Com Alucinações
- 292.11 Com Delírios
- 92.89 Transtorno do Sono Induzido por
- 292.9 Transtorno Relacionado SOE
- 307.1 Anorexia Nervosa
- 307.51 Bulimia Nervosa

### Cafeína

---

- 305.90 Intoxicação
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por
- 292.89 Transtorno do Sono Induzido por
- 292.9 Transtorno Relacionado SOE

### Cannabis

---

- 305.20 Abuso
- 292.81 **Delirium** por Intoxicação
- 304.30 Dependência
- 292.89 Intoxicação
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por
- Transtorno Psicótico Induzido por
- 292.12 Com Alucinações

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

292.11 Com Delírios

292.9 Transtorno Relacionado SOE

312.32 Cleptomania

**Cocaína**

---

292.0 Abstinência

305.60 Abuso

292.81 **Delirium** por Intoxicação

304.20 Dependência

292.89 Disfunção Sexual Induzida por

292.89 Intoxicação

292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por

292.84 Transtorno do Humor Induzido por

292.89 Transtorno do Sono Induzido por

Transtorno Psicótico Induzido por

292.12 Com Alucinações

292.11 Com Delírios

292.9 Transtorno Relacionado SOE

**V71.02 Comportamento Anti-Social da Criança ou Adolescente**

---

**V71.01 Comportamento Anti-Social do Adulto**

---

**780.9 Declínio Cognitivo Relacionado à Idade**

---

**293.0 Delirium Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]**

---

**780.09 Delirium SOE**

---

**APÊNDICES \ Apêndice E Listagem Alfabética dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

**294.1 Demência Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]**

---

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**290.10 Demência Devido à Doença de Creutzfeldt-Jakob**

---

**294.1 Demência Devido à Doença de Huntington**

---

**294.1 Demência Devido à Doença de Parkinson**

---

**290.10 Demência Devido à Doença de Pick**

---

**294.9 Demência Devido à Doença do HIV**

---

**294.1 Demência Devido a Trauma Craniano**

---

**294.8 Demência SOE**

---

**Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Precoce**

---

**290.12 Com Delírios**

**290.11 Com Delirium**

**290.13 Com Humor Deprimido**

**290.10 Sem Complicações**

**Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio**

---

**290.20 Com Delírios**

**290.3 Com Delirium**

**290.21 Com Humor Deprimido**

**290.0 Sem Complicações**

**Demência Vascular**

---

**290.42 Com Delírios**

**290.41 Com Delirium**

**290.43 Com Humor Deprimido**

**290.40 Sem Complicações**



**304.80 Dependência de Múltiplas Substâncias**

---

**625.8 Desejo Sexual Feminino Hipoativo Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]**

---

**799.9 Diagnóstico ou Condição Protelados no Eixo I**

---

**799.9 Diagnóstico Protelado no Eixo II**

---

**333.82 Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos**

---

**302.70 Disfunção Sexual SOE**

---

**302.76 Dispareunia**

---

**625.0 Dispareunia Feminina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]**

---

**68.89 Dispareunia Masculina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]**

---

**307.47 Dissonia SOE**

---

**333.7 Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos**

---

**995.22 Efeitos Adversos de Medicamentos SOE**

---

**302.75 Ejaculação Precoce**

---

**787.6 Encoprese, Com Obstipação e Incontinência por Hiperfluxo**

---

**207.7 Encoprese, Sem Obstipação e Incontinência por Hiperfluxo**

---

**307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral)**

---

**Esquizofrenia**

---

- 295.20 Tipo Catatônico
- 295.10 Tipo Desorganizado
- 295.90 Tipo Indiferenciado
- 295.30 Tipo Paranóide
- 295.60 Tipo Residual

**302.4 Exibicionismo**

---

**V15.81 Falta de Aderência ao Tratamento**

---

**316 Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica**

---

**Fenciclidina (ou Substância Tipo Fenciclidina)**

---

- 305.90 Abuso
- 292.81 Delirium por Intoxicação
- 304.90 Dependência
- 292.89 Intoxicação
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por

**APÊNDICES \ Apêndice E Listagem Alfabética dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

**Transtorno Psicótico Induzido por**

---

- 292.12 Com Alucinações
- 292.11 Com Delírios
- 292.9 Transtorno Relacionado SOE

**302.81 Fetichismo**

---

**302.3 Fetichismo Transvéstico**

---

**300.29 Fobia Específica**

---

300.23 Fobia Social

---

302.89 Frotteurismo

---

300.13 Fuga Dissociativa

---

V62.89 Funcionamento Intelectual Borderline

---

307.44 Hipersonia Primária

---

307.44 Hipersonia Relacionada a... [Indicar o Transtorno do Eixo I ou Eixo II]

---

300.7 Hipocondria

---

Inalantes

---

305.90 Abuso

292.81 Delirium por Intoxicação

292.82 Demência Persistente Induzida por

304.60 Dependência

292.89 Intoxicação

292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por

292.84 Transtorno do Humor Induzido por

Transtorno Psicótico Induzido por

---

292.12 Com Alucinações

292.11 Com Delírios

292.9 Transtorno Relacionado SOE

307.42 Insônia Primária

---

307.42 Insônia Relacionada a... [Indicar o Transtorno do Eixo I ou Eixo II]

---

312.31 Jogo Patológico

---

V62.82 Luto

---

302.83 Masoquismo Sexual

---

313.23 Mutismo Seletivo

---

347 Narcolepsia

---

V61.21 Negligência da Criança

---

995.5 Negligência da Criança (se foco de atenção reside na vítima)

---

V71.09 Nenhum Diagnóstico ou Condição no Eixo I

---

V71.09 Nenhum Diagnóstico no Eixo II

---

Nicotina

---

292.0 Abstinência

305.10 Dependência

292.9 Transtorno Relacionado SOE

Opióides

---

292.0 Abstinência

305.50 Abuso

304.00 Dependência

292.81 Delirium por Intoxicação

292.89 Disfunção Sexual Induzida por

292.89 Intoxicação

292.84 Transtorno do Humor Induzido por

292.89 Transtorno do Sono Induzido por

**Transtorno Psicótico Induzido por**

---

292.12 Com Alucinações

292.11 Com Delírios

292.9 Transtorno Relacionado SOE

**625.8 Outra Disfunção Sexual Feminina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]**

---

**APÊNDICES \ Apêndice E Listagem Alfabética dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

**608.89 Outra Disfunção Sexual Masculina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]**

---

**Outra Substância (ou Substância Desconhecida)**

---

292.0 Abstinência

305.90 Abuso

292.81 Delirium Induzido por

292.82 Demência Persistente Induzida por

304.90 Dependência

292.89 Disfunção Sexual Induzida por

292.89 Intoxicação

292.83 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por

292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por

292.84 Transtorno do Humor Induzido por

292.89 Transtorno do Sono Induzido por

Transtorno Psicótico Induzido por

292.12 Com Alucinações

292.11 Com Delírios

292.9 Transtorno Relacionado SOE

**302.9 Parafilia SOE**

---

**307.47 Parassonia SOE**

---

**332.1 Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos**

---

**302.2 Pedofilia**

---

**307.52 Pica**

---

**312.33 Piromania**

---

**V.62.3 Problema Acadêmico**

---

**V62.4 Problema de Aculturação**

---

**V62.80 Problema de Fase da Vida**

---

**313.82 Problema de Identidade**

---

**V61.8 Problema de Relacionamento com Irmãos**

---

**V61.1 Problema de Relacionamento Com Parceiro**

---

**V61.20 Problema de Relacionamento entre Pai/Mãe-Criança**

---

**V61.9 Problema de Relacionamento Relacionado a um Transtorno Mental ou Condição**

---

**Médica Geral**

---

**V62.81 Problema de Relacionamento SOE**

---

**V62.2 Problema Ocupacional**

---

**V62.89 Problema Religioso ou Espiritual**

---

319 Retardo Mental, Gravidade Não Especificada

---

317 Retardo Mental Leve

---

318.0 Retardo Mental Moderado

---

318.2 Retardo Mental Profundo

---

318.1 Retardo Mental Severo

---

302.84 Sadismo Sexual

---

Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

---

292.0 Abstinência

305.40 Abuso

292.81 Delirium por Abstinência

292.81 Delirium por Intoxicação

292.82 Demência Persistente Induzida por

304.10 Dependência

292.89 Disfunção Sexual Induzida por

292.89 Intoxicação

292.83 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por

292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por

292.84 Transtorno do Humor Induzido por

292.89 Transtorno do Sono Induzido por

APÊNDICES \ Apêndice E Listagem Alfabética dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV  
Transtorno Psicótico Induzido por

APÊNDICES \ Apêndice E Listagem Alfabética dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV

292.12 Com Alucinações

292.11 Com Delírios

292.9 Transtorno Relacionado SOE

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**333.92 Síndrome Neuroléptica Maligna**

---

**307.0 Tartamudez**

---

**307.50 Transtorno Alimentar SOE**

---

**294.0 Transtorno Amnésico Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]**

---

**294.8 Transtorno Amnésico SOE**

---

**299.0 Transtorno Autista**

---

**296.80 Transtorno Bipolar SOE**

---

**Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único**

---

**296.05 Em Remissão Parcial**

**296.06 Em Remissão Completa**

**296.00 Inespecificado**

**296.01 Leve**

**296.02 Moderado**

**296.04 Severo Com Aspectos Psicóticos**

**296.03 Severo Sem Aspectos Psicóticos**

**Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo**

---

**296.55 Em Remissão Parcial**

**296.56 Em Remissão Completa**

**296.50 Inespecificado**

**296.51 Leve**

**296.52 Moderado**

**296.54 Severo Com Aspectos Psicóticos**

**296.53 Severo Sem Aspectos Psicóticos**



**296.40 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaniaco**

---

296.45 Em Remissão Parcial

296.46 Em Remissão Completa

296.40 Inespecificado

296.41 Leve

296.42 Moderado

296.44 Severo Com Aspectos Psicóticos

296.43 Severo Sem Aspectos Psicóticos

**297.7 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Inespecificado**

---

**296.40 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco**

---

**Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto**

---

296.65 Em Remissão Parcial

296.66 Em Remissão Completa

296.60 Inespecificado

296.61 Leve

296.62 Moderado

296.64 Severo Com Aspectos Psicóticos

296.63 Severo Sem Aspectos Psicóticos

**296.89 Transtorno Bipolar II**

---

**293.89 Transtorno Catatônico Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]**

---

**301.13 Transtorno Ciclotímico**

---

**294.9 Transtorno Cognitivo SOE**

---

**300.11 Transtorno Conversivo**

---

**307.9 Transtorno da Comunicação SOE**

---

**312.8 Transtorno da Conduta**

---

**302.72 Transtorno da Excitação Sexual Feminina**

---

**315.2 Transtorno da Expressão Escrita**

---

**Transtorno da Identidade de Gênero**

---

**APÊNDICES \ Apêndice E Listagem Alfabética dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV  
302.85 em Adolescentes e Adultos**

**APÊNDICES \ Apêndice E Listagem Alfabética dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV  
302.6 em Crianças**

**300.02 Transtorno da Identidade de Gênero SOE**

---

**313.9 Transtorno da Infância ou Adolescência SOE**

---

**315.00 Transtorno da Leitura**

---

**315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva**

---

**315.1 Transtorno da Matemática**

---

**301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social**

---

**301.83 Transtorno da Personalidade Borderline**

---

**301.6 Transtorno da Personalidade Dependente**

---

**295.40 Transtorno da Personalidade Esquizofreniforme**

---

**301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide**

---

**301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica**

---

**301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva**

---

**301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica**

---

**301.81 Transtorno da Personalidade Narcisista**

---

**301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva**

---

**301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide**

---

**301.9 Transtorno da Personalidade SOE**

---

**Transtorno de Ajustamento**

---

**309.9 Inespecificado**

**309.24 Com Ansiedade**

**309.0 Com Humor Deprimido**

**309.3 Com Perturbação da Conduta**

**309.28 Misto de Ansiedade e Depressão**

**309.4 Com Perturbação Mista das Emoções e Conduta**

**307.59 Transtorno de Alimentação da Infância**

---

**293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]**

---

**313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância**

---

**302.79 Transtorno de Aversão Sexual**

---

**309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação**

---

**300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada**

---

**300.00 Transtorno de Ansiedade SOE**

---

**315.9 Transtorno de Aprendizagem SOE**

---

**299.80 Transtorno de Asperger**

---

**Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**

---

**314.01 Tipo Combinado**

**314.00 Tipo Predominantemente Desatento**

**314.01 Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo**

**302.71 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo**

---

**300.6 Transtorno de Despersonalização**

---

**308.3 Transtorno de Estresse Agudo**

---

**309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

---

**293.83 Transtorno do Humor Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]**

---

**296.90 Transtorno do Humor SOE**

---

**Transtorno de Pânico**

---

**300.21 Com Agorafobia**

**300.01 Sem Agorafobia**

**608.89 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo Masculino Devido**

a...[Indicar a Condição Médica Geral]

---

307.47 Transtorno de Pesadelo

---

299.80 Transtorno de Rett

---

307.53 Transtorno de Ruminação

---

300.81 Transtorno de Somatização

---

307.46 Transtorno de Sonambulismo

---

307.46 Transtorno de Terror no Sono

---

## APÊNDICES \ Apêndice E Listagem Alfabética dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV

307.22 Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico

---

307.20 Transtorno de Tique SOE

---

307.21 Transtorno de Tique Transitório

---

307.23 Transtorno de Tourette

---

297.1 Transtorno Delirante

---

307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado

---

Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único

---

296.25 Em Remissão Parcial

296.26 Em Remissão Completa

296.20 Inespecificado

296.21 Leve

296.22 Moderado

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

296.24 Severo Com Aspectos Psicóticos

296.23 Severo Sem Aspectos Psicóticos

**Transtorno Depressivo Maior, Recorrente**

---

296.35 Em Remissão Parcial

296.36 Em Remissão Completa

296.30 Inespecificado

296.31 Leve

296.32 Moderado

296.34 Severo Com Aspectos Psicóticos

296.33 Severo Sem Aspectos Psicóticos

**311 Transtorno Depressivo SOE**

---

**313.81 Transtorno Desafiador Opositivo**

---

**299.10 Transtorno Desintegrativo da Infância**

---

**300.7 Transtorno Dismórfico Corporal**

---

**300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade**

---

**300.15 Transtorno Dissociativo SOE**

---

**300.4 Transtorno Distímico**

---

**312.9 Transtorno do Comportamento Dirruptivo SOE**

---

**312.30 Transtorno do Controle dos Impulsos SOE**

---

**315.4 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação**

---

**333.90 Transtorno dos Movimentos Induzido por Medicamentos SOE**

---

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono**

---

**Transtorno do Sono Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]**

---

780.54 Tipo Hipersonia

780.52 Tipo Insônia

780.59 Tipo Misto

780.59 Tipo Parassonia

**780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração**

---

**Transtorno Doloroso**

---

307.80 Associado com Fatores Psicológicos

307.89 Associado Tanto com Fatores Psicológicos Quanto com uma Condição Médica Geral

**302.72 Transtorno Erétil Masculino**

---

**607.84 Transtorno Erétil Masculino Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]**

---

**295.70 Transtorno Esquizoafetivo**

---

**295.40 Transtorno Esquizofreniforme**

---

**312.34 Transtorno Explosivo Intermitente**

---

**Transtorno Factício**

---

300.19 Com Sinais e Sintomas Psicológicos e Físicos Combinados

300.19 Com Sinais e Sintomas Predominantemente Físicos

300.16 Com Sinais e Sintomas Predominantemente Psicológicos

**300.19 Transtorno Factício SOE**

---

315.39 Transtorno Fonológico

---

APÊNDICES \ Apêndice E Listagem Alfabética dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV

299.80 Transtorno Invasivo do Desenvolvimento SOE

---

300.9 Transtorno Mental Inespecificado (não-psicótico)

---

293.9 Transtorno Mental SOE Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]

---

315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva

---

300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo

---

302.73 Transtorno Orgásmico Feminino

---

302.74 Transtorno Orgásmico Masculino

---

298.8 Transtorno Psicótico Breve

---

297.3 Transtorno Psicótico Compartilhado

---

Transtorno Psicótico Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]

---

293.82 Com Alucinações

293.81 Com Delírios

298.9 Transtorno Psicótico SOE

302.9 Transtorno Sexual SOE

---

300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado

---

300.81 Transtorno Somatoforme SOE

---

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





333.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos

---

312.39 Tricotilomania

---

306.51 Vaginismo (Não Devido a uma Condição Médica Geral)

---

302.82 Voyeurismo

---

APÊNDICES \ Apêndice E Listagem Alfabética dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV

APÊNDICES

## Apêndice F

### Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV

APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV  
APÊNDICE D(232)

APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV  
A fim de manter a compatibilidade com a CID-9-MC, alguns diagnósticos do DSM-IV compartilham os mesmos códigos numéricos. Estes são indicados nesta lista por colchetes.

**SOE = Sem Outra Especificação**

APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV

290.0 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, Sem Complicações

290.10 Demência Devido à Doença de Creutzfeldt-Jakob

290.10 Demência Devido à Doença de Pick

290.10 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Precoce, Sem Complicações

290.11 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Precoce, Com

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Delirium**

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

**290.12 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Precoce, Com Delírios**

**290.13 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Precoce, Com Humor Deprimido**

**290.20 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, Com Delírios**

**290.21 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, Com Humor Deprimido**

**290.3 Demência do Tipo Alzheimer, Com Início Tardio, Com Delirium**

**290.40 Demência Vasculare, Sem Complicações**

**290.41 Demência Vasculare, Com Delirium**

**290.42 Demência Vasculare, Com Delírios**

**290.43 Demência Vasculare, Com Humor Deprimido**

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

**291.0 Delirium por Intoxicação com Álcool**

**291.0 Delirium por Abstinência de Álcool**

**291.1 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool**

**291.2 Demência Persistente Induzida por Álcool**

**291.3 Transtorno Psicótico Induzido por Álcool, Com Alucinações**

**291.5 Transtorno Psicótico Induzido por Álcool, Com Delírios**

**291.8 Transtorno de Ansiedade Induzido por Álcool**

**291.8 Transtorno do Humor Induzido por Álcool**

**291.8 Disfunção Sexual Induzida por Álcool**

**91.8 Transtorno do Sono Induzido por Álcool**

**291.8 Abstinência de Álcool**

**291.9 Transtorno Relacionado ao Álcool SOE**

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

**292.0 Abstinência de Anfetamina**

**292.0 Abstinência de Cocaína**

292.0 Abstinência de Nicotina

292.0 Abstinência de Opióide

292.0 Abstinência de Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)

292.0 Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Anfetamina, Com Delírios

292.11 Transtorno Psicótico Induzido por **Cannabis**, Com Delírios

#### **APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Cocaína, Com Delírios

292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Alucinógenos, Com Delírios

292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Inalantes, Com Delírios

292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Opióides, Com Delírios

292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas), Com Delírios

292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Fenciclidina, Com Delírios

292.11 Transtorno Psicótico Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos, com Delírios

292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Anfetamina, Com Alucinações

292.12 Transtorno Psicótico Induzido por **Cannabis**, Com Alucinações

292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Cocaína, Com Alucinações

#### **APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Alucinógenos, Com Alucinações

292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Inalantes, Com Alucinações

292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Opióides, Com Alucinações

292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas), Com Alucinações

292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Fenciclidina, Com Alucinações

292.12 Transtorno Psicótico Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos, Com Alucinações

292.81 **Delirium** por Intoxicação com Anfetamina

292.81 **Delirium** por Intoxicação com **Cannabis**

292.81 **Delirium** por Intoxicação com Cocaína

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

- 292.81 **Delirium** por Intoxicação com Alucinógeno
- 292.81 **Delirium** por Intoxicação com Inalantes
- 292.81 **Delirium** por Intoxicação com Opióides
- 292.81 **Delirium** Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
- 292.81 **Delirium** por Intoxicação com Fenciclidina
- 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 Inalantes
- 292.82 Demência Persistente Induzida por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
- 292.82 Demência Persistente Induzida por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.83 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
- 292.83 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Anfetamina
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Cocaína
- 292.84 Transtorno de Humor Induzido por Alucinógenos
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Inalantes
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Opióides
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Fenciclidina
- 292.84 Transtorno do Humor Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Anfetamina
- 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Anfetamina
- 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Anfetamina
- 292.89 Intoxicação com Anfetamina
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína
- 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Cafeína

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por **Cannabis**
- 292.89 Intoxicação com Cannabis
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cocaína
- 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Cocaína
- 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Cocaína
- 292.89 Intoxicação com Cocaína
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Alucinógenos
- 292.89 Intoxicação com Alucinógenos
- 292.89 Transtorno Perceptual Persistente Induzido por Alucinógenos
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Inalantes
- 292.89 Intoxicação com Inalantes
- 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Opióides
- 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Opióides
- 292.89 Intoxicação com Opióides
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
- 292.89 Disfunção Sexual Induzida por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

- 292.89 Transtorno do Sono Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
- 292.89 Intoxicação com Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
- 292.89 Transtorno de Ansiedade Induzido por Fenciclidina
- 292.89 Intoxicação com Fenciclidina
- 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
- 292.89 Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 292.9 Transtorno Relacionado à Anfetamina SOE
- 292.9 Transtorno Relacionado à Cafeína SOE
- 292.9 Transtorno Relacionado à Cannabis SOE

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



- 292.9 Transtorno Relacionado à Cocaína SOE
- 292.9 Transtorno Relacionado a Alucinógenos SOE
- 292.9 Transtorno Relacionado a Inalantes SOE
- 292.9 Transtorno Relacionado à Nicotina SOE
- 292.9 Transtorno Relacionado a Opióides SOE
- 292.9 Transtorno Relacionado a Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas) SOE
- 292.9 Transtorno Relacionado à Fenciclidina SOE
- 292.9 Transtorno Relacionado a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos SOE

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

- 293.0 Delirium Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]
- 293.81 Transtorno Psicótico Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral], Com Delírios]
- 293.82 Transtorno Psicótico Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral], Com Alucinações]
- 293.83 Transtorno do Humor Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]
- 293.89 Transtorno de Ansiedade Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]
- 293.89 Transtorno Catatônico Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]
- 293.9 Transtorno Mental Devido a.. [Indicar a Condição Médica Geral]
- 294.0 Transtorno Amnésico Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]
- 294.1 Demência Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]
- 294.8 Transtorno Amnésico SOE
- 294.8 Demência SOE
- 294.9 Transtorno Cognitivo SOE
- 294.9 Demência Devido à Doença do HIV

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

- 295.10 Esquizofrenia, Tipo Desorganizado
- 295.20 Esquizofrenia, Tipo Catatônico
- 295.30 Esquizofrenia, Tipo Paranóide
- 295.40 Transtorno Esquizofreniforme
- 295.60 Esquizofrenia, Tipo Residual
- 295.70 Transtorno Esquizoafetivo

- 295.90 Esquizofrenia, Tipo Indiferenciado
- 296.00 Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único, Inespecificado
- 296.01 Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único, Leve
- 296.02 Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único, Moderado
- 296.03 Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único, Severo Sem Aspectos Psicóticos
- 296.04 Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único, Severo Com Aspectos Psicóticos
- 296.05 Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único, Em Remissão Parcial
- 296.06 Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único, Em Remissão Completa

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

- 296.20 Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único, Inespecificado
- 296.21 Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único, Leve
- 296.22 Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único, Moderado
- 296.23 Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único, Severo Sem Aspectos Psicóticos
- 296.24 Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único, Severo Com Aspectos Psicóticos
- 296.25 Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único, Em Remissão Parcial
- 296.26 Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único, Em Remissão Completa
- 296.30 Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, Inespecificado
- 296.31 Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, Leve
- 296.32 Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, Moderado
- 296.33 Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, Severo Sem Aspectos Psicóticos
- 296.34 Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, Severo Com Aspectos Psicóticos
- 296.35 Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, Em Remissão Parcial
- 296.36 Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, Em Remissão Completa

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

- 296.40 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaniaco
- 296.40 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Inespecificado
- 296.41 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Leve

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

- 296.42 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco, Moderado
- 296.43 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco, Severo Sem Aspectos Psicóticos
- 296.44 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco, Severo Com Aspectos Psicóticos
- 296.45 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco, Em Remissão Parcial
- 296.46 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco, Em Remissão Completa
- 296.50 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo, Inespecificado
- 296.51 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo, Leve
- 296.52 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo, Moderado
- 296.53 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo, Severo Sem Aspectos Psicóticos
- 296.54 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo, Severo Com Aspectos Psicóticos
- 296.55 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo, Em Remissão Parcial
- 296.56 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Depressivo, Em Remissão Completa
- 296.60 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto, Inespecificado
- 296.61 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto, Leve
- 296.62 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto, Moderado
- 296.63 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto, Severo Sem Aspectos Psicóticos
- 296.64 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto, Severo Com Aspectos Psicóticos
- 296.65 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto, Em Remissão Parcial
- 296.66 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto, Em Remissão Completa
- 296.7 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Inespecificado

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

---



- 296.80 Transtorno Bipolar SOE
- 296.89 Transtorno Bipolar II
- 296.90 Transtorno do Humor SOE
- 297.1 Transtorno Delirante
- 297.3 Transtorno Psicótico Compartilhado
- 298.8 Transtorno Psicótico Breve
- 298.9 Transtorno Psicótico SOE
- 299.00 Transtorno Autista
- 299.10 Transtorno Desintegrativo da Infância
- 229.80 Transtorno de Asperger
- 299.80 Transtorno Invasivo do Desenvolvimento SOE
- 299.80 Transtorno de Rett
- 300.00 Transtorno de Ansiedade SOE

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

- 300.01 Transtorno de Pânico Sem Agorafobia
- 300.02 Transtorno de Ansiedade Generalizada
- 300.11 Transtorno Conversivo
- 300.12 Amnésia Dissociativa
- 300.13 Fuga Dissociativa
- 300.14 Transtorno Dissociativo de Identidade
- 300.15 Transtorno Dissociativo SOE
- 300.16 Transtorno Factício Com Sinais e Sintomas Predominantemente Psicológicos
- 300.19 Transtorno Factício SOE
- 300.19 Transtorno Factício Com Sinais e Sintomas Psicológicos e Físicos Combinados
- 300.19 Transtorno Factício Com Sinais e Sintomas Predominantemente Físicos
- 300.21 Transtorno de Pânico Com Agorafobia
- 300.22 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico
- 300.23 Fobia Social
- 300.29 Fobia Específica

## **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

- 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo
- 300.4 Transtorno Distímico
- 300.6 Transtorno de Despersonalização
- 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal
- 300.7 Hipocondria
- 300.81 Transtorno de Somatização
- 300.81 Transtorno Somatoforme SOE
- 300.81 Transtorno Somatoforme Indiferenciado
- 300.9 Transtorno Mental Inespecificado (não-psicótico)
- 301.0 Transtorno da Personalidade Paranóide
- 301.13 Transtorno Ciclotímico
- 301.20 Transtorno da Personalidade Esquizóide
- 301.22 Transtorno da Personalidade Esquizotípica
- 301.4 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva
- 301.50 Transtorno da Personalidade Histriônica
- 301.6 Transtorno da Personalidade Dependente
- 301.7 Transtorno da Personalidade Anti-Social
- 301.81 Transtorno da Personalidade Narcisista
- 301.82 Transtorno da Personalidade Esquiva
- 301.83 Transtorno da Personalidade **Borderline**
- 301.9 Transtorno da Personalidade SOE

### **APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

- 302.2 Pedofilia
- 302.3 Fetichismo Transvéstico
- 302.4 Exibicionismo
- 302.6 Transtorno da Identidade de Gênero em Crianças
- 302.6 Transtorno da Identidade de Gênero SOE
- 302.70 Disfunção Sexual SOE
- 302.71 Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo
- 302.72 Transtorno da Excitação Sexual Feminina
- 302.72 Transtorno Erétil Masculino

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

- 302.73 Transtorno Orgásmico Feminino
- 302.74 Transtorno Orgásmico Masculino
- 302.75 Ejaculação Precoce
- 302.76 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral)
- 302.79 Transtorno de Aversão Sexual
- 302.81 Fetichismo
- 302.82 Voyeurismo
- 302.83 Masoquismo Sexual
- 302.84 Sadismo Sexual
- 302.85 Transtorno da Identidade de Gênero em Adolescentes ou Adultos

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

- 302.89 Frotteurismo
- 302.9 Parafilia SOE
- 302.9 Transtorno Sexual SOE
- 303.00 Intoxicação com Álcool
- 303.90 Dependência de Álcool
- 304.00 Dependência de Opióides
- 304.10 Dependência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
- 304.20 Dependência de Cocaína
- 304.30 Dependência de **Cannabis**
- 304.40 Dependência de Anfetamina
- 304.50 Dependência de Alucinógenos
- 304.60 Dependência de Inalantes
- 304.80 Dependência de Múltiplas Substâncias
- 304.90 Dependência de Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)
- 304.90 Dependência de Fenciclidina
- 305.00 Abuso de Álcool
- 305.10 Dependência de Nicotina
- 305.20 Abuso de Cannabis
- 305.30 Abuso de Alucinógenos
- 305.40 Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

---

- 305.50 Abuso de Opióides**
- 305.60 Abuso de Cocaína**
- 305.70 Abuso de Anfetamina**
- 305.90 Intoxicação com Cafeína**
- 305.90 Abuso de Inalantes**
- 305.90 Abuso de Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)**
- 305.90 Abuso de Fenciclidina**

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

- 306.51 Vaginismo (Não Devido a uma Condição Médica Geral)**
- 307.0 Tartamudez**
- 307.1 Anorexia Nervosa**
- 307.20 Transtorno de Tique SOE**
- 307.21 Transtorno de Tique Transitório**
- 307.22 Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico**
- 307.23 Transtorno de Tourette**
- 307.3 Transtorno de Movimento Estereotipado**
- 307.42 Insônia Relacionada a... [Indicar o Transtorno do Eixo I ou Eixo II]**
- 307.42 Insônia Primária**

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

- 307.44 Hipersonia Relacionada a... [Indicar o Transtorno do Eixo I ou Eixo II]**
- 307.44 Hipersonia Primária**

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

- 307.45 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono**
- 307.46 Transtorno de Terror no Sono**
- 307.46 Transtorno de Sonambulismo**
- 307.47 Dissonia SOE**
- 307.47 Transtorno de Pesadelo**
- 307.47 Parassonia SOE**
- 307.50 Transtorno Alimentar SOE**
- 307.51 Bulimia Nervosa**

**307.52 Pica**

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

**307.53 Transtorno de Ruminação**

**307.59 Transtorno de Alimentação da Infância**

**307.6 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral)**

**307.7 Encoprese, Sem Constipação e Incontinência por Hiperfluxo**

**307.80 Transtorno Doloroso Associado a Fatores Psicológicos**

**307.89 Transtorno Doloroso Associado Tanto com Fatores Psicológicos Quanto com uma Condição Médica Geral**

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

**307.9 Transtorno da Comunicação SOE**

**308.3 Transtorno de Estresse Agudo**

**309.0 Transtorno de Ajustamento Com Humor Deprimido**

**309.21 Transtorno de Ansiedade de Separação**

**309.24 Transtorno de Ajustamento com Ansiedade**

**309.28 Transtorno de Ajustamento Misto de Ansiedade e Depressão**

**309.3 Transtorno de Ajustamento com Perturbação da Conduta**

**309.4 Transtorno de Ajustamento com Perturbação Mista das Emoções e Conduta**

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

**309.81 Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

**309.9 Transtorno de Ajustamento Inespecificado**

**310.1 Alteração da Personalidade Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]**

**311 Transtorno Depressivo SOE**

**312.30 Transtorno do Controle dos Impulsos SOE**

**312.31 Jogo Patológico**

**312.32 Cleptomania**

**312.33 Piromania**

**312.34 Transtorno Explosivo Intermitente**

**312.39 Tricotilomania**

**312.8 Transtorno da Conduta**

**312.9 Transtorno do Comportamento Dirruptivo SOE**

**© Editora Artes Médicas Sul Ltda**



- 313.23 Mutismo Seletivo**
- 313.81 Transtorno Desafiador Opositivo**
- 313.82 Problema de Identidade**
- 313.89 Transtorno de Apego Reativo na Infância**
- 313.9 Transtorno da Infância ou Adolescência SOE**
- 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento**
- 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado**
- 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo**
- 314.9 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade SOE**
- 315.00 Transtorno da Leitura**
- 315.1 Transtorno da Matemática**
- 315.2 Transtorno da Expressão Escrita**
- 315.31 Transtorno da Linguagem Expressiva**
- 315.31 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva**
- 315.39 Transtorno Fonológico**

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

- 315.4 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação**
- 315.9 Transtorno de Aprendizagem SOE**
- 316 ... [Fator Psicológico Específico] Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral]**
- 317 Retardo Mental Leve**
- 318.0 Retardo Mental Moderado**
- 318.1 Retardo Mental Severo**
- 318.2 Retardo Mental Profundo**
- 319 Retardo Mental, Gravidade Não Especificada**
- 332.1 Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos**
- 333.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos**
- 333.7 Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos**
- 333.82 Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos**
- 333.90 Transtorno dos Movimentos Induzido por Medicamentos SOE**
- 333.92 Síndrome Neuroléptica Maligna**

333.99 Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos

347 Narcolepsia

607.84 Transtorno Erétil Masculino Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

608.89 Dispareunia Masculina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]

608.89 Transtorno do Desejo Sexual Masculino Hipoativo Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]

608.89 Outra Disfunção Sexual Masculina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]

625.0 Dispareunia Feminina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]

625.8 Transtorno do Desejo Sexual Feminino Hipoativo Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]

625.8 Outra Disfunção Sexual Feminina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral]

780.09 Delirium SOE

780.52 Transtorno do Sono Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral], Tipo Insônia

780.54 Transtorno do Sono Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral], Tipo Hipersonia

780.59 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração

780.59 Transtorno do Sono Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral], Tipo Misto

780.59 Transtorno do Sono Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] Tipo Parassonia

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

780.9 Declínio Cognitivo Relacionado à Idade

787.6 Encoprese, Com Obstipação e Incontinência por Hiperfluxo

799.9 Diagnóstico Protelado no Eixo II

799.9 Diagnóstico ou Condição Protelados no Eixo I

995.2 Efeitos Adversos de Medicamentos SOE

995.5 Negligência da Criança (se o foco de atenção reside na vítima)

995.5 Abuso Físico da Criança (se o foco de atenção reside na vítima)

995.5 Abuso Sexual da Criança (se o foco de atenção reside na vítima)

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

995.81 Abuso Físico do Adulto (se o foco de atenção reside na vítima)

995.81 Abuso Sexual do Adulto (se o foco de atenção reside na vítima)

V15.81 Falta de Aderência ao Tratamento

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

V61.1 Problema de Relacionamento com Parceiro

V61.1 Abuso Físico do Adulto

V61.1 Abuso Sexual do Adulto

V61.20 Problema de Relacionamento entre Pai/Mãe-Criança

V61.21 Negligência da Criança

V61.21 Abuso Físico da Criança

V61.21 Abuso Sexual da Criança

V61.8 Problema de Relacionamento com Irmãos

V61.9 Problema de Relacionamento Relacionado a um Transtorno Mental ou Condição Médica Geral

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

V62.2 Problema Ocupacional

V62.3 Problema Acadêmico

V62.4 Problema de Aculturação

V62.81 Problema de Relacionamento SOE

V62.82 Luto

V62.89 Funcionamento Intelectual Borderline

V62.89 Problema de Fase da Vida

V62.89 Problema Religioso ou Espiritual

V65.2 Simulação

V71.01 Comportamento Anti-Social do Adulto

V71.02 Comportamento Anti-Social da Criança ou Adolescente

V71.09 Nenhum Diagnóstico no Eixo II

V71.09 Nenhum Diagnóstico ou Condição no Eixo I

**APÊNDICES \ Apêndice F Listagem Numérica dos Diagnósticos e Códigos do DSM-IV**

**APÊNDICES**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





## Apêndice G

# Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos

APÊNDICE D(233)

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos

O sistema oficial de codificação em uso na época da publicação do DSM-IV nos EUA é a **Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica (CID-9-MC)**. Este apêndice contém duas seções oferecidas para facilitar a codificação da CID-9-MC:

- 1) códigos para condições médicas gerais seleccionadas e
- 2) códigos para transtornos induzidos por medicamentos.

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos

### Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas

Os códigos específicos para uso nos Eixos I e II do DSM-IV representam apenas uma pequena fração dos códigos oferecidos na CID-9-MC. As condições classificadas fora do capítulo "Transtornos Mentais" da CID-9-MC também são importantes para o diagnóstico clínico e manejo nos contextos de saúde mental. O Eixo III é oferecido para facilitar o relato dessas condições (ver [p. 29](#)). A fim de auxiliar os clínicos a localizar os códigos da CID-9-MC, este apêndice oferece um índice seletivo dos códigos da CID-9-MC para as condições médicas gerais mais relevantes ao diagnóstico e tratamento em contextos de saúde mental. A CID-9-MC oferece uma especificidade diagnóstica além daquela refletida em muitos dos códigos que aparecem neste apêndice (por ex., para denotar um sítio anatômico

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



específico ou a presença de uma complicação específica). Em casos nos quais o código é mais especificado no quinto dígito, foi selecionado o código menos específico (geralmente "0"). Por exemplo, o código para linfossarcoma é dado como 200.10 (para local inespecificado), embora uma especificidade maior com relação ao sítio anatômico possa ser anotada nos outros códigos do quinto dígito, por exemplo, 200.12 linfossarcoma, nódulos linfáticos intratorácicos. Nos casos em que a maior especificidade é refletida no quarto dígito do código, este apêndice freqüentemente fornece a categoria "não inespecificada" (por ex., 555.9 é listado para enterite regional; a CID-9-MC também inclui 555.0 para enterite envolvendo o intestino delgado, 555.1 para envolvimento do intestino grosso e 555.2 para envolvimento de ambos). Os códigos diagnósticos para os quais uma maior especificidade está disponível são indicados neste apêndice por um asterisco (\*). Os clínicos interessados em registrar maior especificidade devem consultar a listagem completa de códigos publicados na Lista Tabular de Doenças da CID-9-MC (Volume 1) e no Índice Alfabético de Doenças da CID-9-MC (Volume 2). Esses documentos são atualizados a cada mês de outubro e publicados pelo **U. S. Department of Health and Human Services**. Eles estão disponíveis através da Superintendência de Documentos, **U. S. Government Printing Office**, bem como de diversos editores particulares.

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas

**Nota:** Um asterisco (\*) após o código da CID-9-MC indica que uma maior especificidade (por ex., uma complicação ou sítio anatômico específicos) está disponível. Consultar a Lista Tabular de Doenças da CID-9-MC (Volume 1), para este código de informações adicionais.

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas  
[764]

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas

**Doenças do Sistema Nervoso Central**

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Condições Médicas Gerais Selecionadas \ Doenças do Sistema Nervoso Central**

- 324.0 Abscesso intracraniano
- 436 Acidente vascular cerebral (AVC)
- 435.9\* Ataque isquêmico transitório
- 334.3 Ataxia cerebelar
- 437.0 Aterosclerose cerebral
- 354.4 Causalgia
- 346.20 Cefaléia em salvas
- 850.9\* Concussão
- 851.80\* Contusão cerebral
- 333.4 Coréia de Huntington
- 359.1 Distrofia muscular de Duchenne
- 331.0 Doença de Alzheimer
- 046.1 Doença de Creutzfeldt-Jakob
- 332.0 Doença de Parkinson, primária
- 331.1 Doença de Pick
- 330.1 Doença de Tay-Sachs
- 350.2 Dor facial atípica
- 348.5 Edema cerebral
- 049.9\* Encefalite viral
- 572.2 Encefalopatia hepática
- 437.2 Encefalopatia hipertensiva
- 348.3\* Encefalopatia, não especificada
- 346.00\* Enxaqueca clássica (com aura)
- 346.10\* Enxaqueca comum
- 346.90\* Enxaqueca não especificada
- 345.10\* Epilepsia de grande mal
- 345.40\* Epilepsia parcial, com prejuízo da consciência (lobo temporal)
- 345.50\* Epilepsia parcial, sem prejuízo da consciência (jacksoniana)
- 345.00\* Epilepsia de pequeno mal (ausências)
- 335.20 Esclerose amiotrófica lateral
- 340 Esclerose múltipla
- 433.1 Estenose, artéria carótida, sem infartamento cerebral
- 432.0 Hemorragia extradural não-traumática
- 852.40\* Hemorragia extradural traumática
- 431 Hemorragia intracerebral não-traumática
- 430 Hemorragia aracnóide não-traumática
- 852.00\* Hemorragia subaracnóide traumática
- 432.1 Hemorragia subdural não-traumática
- 852.20\* Hemorragia subdural traumática
- 331.3 Hidrocefalia comunicante
- 331.4 Hidrocefalia obstrutiva
- 046.0 Kuru
- 046.3 Leucoencefalopatia multifocal progressiva
- 330.1 Lipidose cerebral

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

320.9\* Meningite bacteriana (devido a bactéria não especificada)  
321.0 Meningite criptocócica  
321.01\* Meningite fúngica, outra  
054.72 Meningite viral por herpes simples  
053.0 Meningite por herpes zóster  
094.2 Meningite sífilítica  
047.9\* Meningite viral (devido a vírus não especificado)  
358.0 Miastenia grave  
350.1 Neuralgia trigeminal  
337.1 Neuropatia autônoma periférica  
434.9\* Oclusão da artéria cerebral  
046.2 Panencefalite subaguda esclerosante  
343.9\* Paralisia cerebral  
351.0 Paralisia de Bell  
335.23 Paralisia pseudobulbar  
094.1 Paresia geral  
357.9\* Polineuropatia  
348.2 Pseudotumor **cerebri** (hipertensão intracraniana benigna)  
354.0 Síndrome do túnel carpal  
345.3 Estado de grande mal  
345.70 Estado de lobo temporal  
345.2 Estado de pequeno mal  
333.1 Tremor essencial benigno

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas**

**Doenças do Sistema Circulatório**

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas \ Doenças do Sistema Circulatório**

413.9\* Angina do peito  
440.9\* Aterosclerose  
427.60\* Extra-sístolia  
426.10\* Bloqueio atrioventricular  
426.4 Bloqueio do ramo direito  
426.3\* Bloqueio do ramo esquerdo  
425.5 Cardiomiopatia alcoólica  
425.4\* Cardiomiopatia idiopática  
427.9\* Arritmia cardíaca não especificada  
414.0 Doença cardíaca aterosclerótica

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



402.91\* Doença cardíaca hipertensiva com insuficiência cardíaca congestiva  
402.90\* Doença cardíaca hipertensiva sem insuficiência cardíaca congestiva  
416.9\* Doença cardiopulmonar crônica  
424.3 Doença da válvula pulmonar (não-reumática)  
397.1 Doença da válvula pulmonar (reumática)  
424.2 Doença da válvula tricúspide (não-reumática)  
397.0 Doença da válvula tricúspide, reumática  
403.91\* Doença renal hipertensiva com insuficiência  
403.90\* Doença renal hipertensiva sem insuficiência  
443.9\* Doença vascular periférica  
415.01 Embolia pulmonar  
421.9\* Endocardite bacteriana  
394.0\* Estenose da válvula mitral (reumática)  
427.31 Fibrilação atrial  
427.41 Fibrilação ventricular  
451.9\* Flebite / tromboflebite  
455.6\* Hemorróidas  
401.9\* Hipertensão essencial  
458.0 Hipotensão ortostática  
410.90\* Infarto agudo do miocárdio  
427.5 Insuficiência cardíaca  
428.0\* Insuficiência cardíaca congestiva  
424.0 Insuficiência da válvula mitral (não-reumática)  
427.32 Flutter atrial  
427.42 Flutter ventricular  
423.9\* Pericardite  
446.0 Poliarterite nodosa  
424.0 Prolapso da válvula mitral  
427.2 Taquicardia paroxística não especificada  
427.0 Taquicardia supraventricular paroxística  
427.1 Taquicardia ventricular (paroxística)  
424.1 Transtorno da válvula aórtica  
456.0 Varizes esofágicas com sangramento  
456.1 Varizes esofágicas sem sangramento  
454.9\* Varizes das extremidades inferiores

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas**

**Doenças do Sistema Respiratório**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas \ Doenças do Sistema Respiratório

513.0 Abscesso pulmonar  
518.0 Atelectasia  
493.20\* Asma crônica obstrutiva  
493.90\* Asma não especificada  
494 Bronquiectasia  
466.0 Bronquite aguda  
491.21 Bronquite obstrutiva crônica com exacerbação aguda  
491.20 Bronquite obstrutiva crônica sem exacerbação aguda  
511.9\* Derrame pleural  
492.8\* Enfisema  
277.00\* Fibrose cística  
518.81\* Insuficiência respiratória  
505 Pneumoconiose  
860.4\* Pneumo-hemotórax traumático  
482.9\* Pneumonia bacteriana não especificada  
483.0 Pneumonia por micoplasma  
486\* Pneumonia por organismo não especificado  
481 Pneumonia por pneumococo  
136.3 Pneumonia por **Pneumocystis**  
482.30\* Pneumonia por **Streptococcus**  
480.9\* Pneumonia viral  
512.8\* Pneumotórax espontâneo  
860.0\* Pneumotórax traumático  
011.9\* Tuberculose pulmonar

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas

**Neoplasmas**

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas \ Neoplasmas

Os códigos diagnósticos da CID-9-MC para neoplasmas são classificados na tabela de neoplasmas no Índice Alfabético da CID-9-MC (Volume 2), de acordo com o local e o grau da condição maligna (primário, secundário, **in situ**, benigno, incerto, não especificado).

**Nota:** Para pacientes com uma história pessoal de neoplasmas malignos que foram cirurgicamente removidos ou erradicados por quimioterapia ou radioterapia, os códigos V10.0-V10.9 devem ser usados; para localizações específicas, consultar o Índice Alfabético (Volume 2) da CID-9-MC, seção "História (pessoal) de neoplasma maligno".

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas \ Neoplasmas**

Abaixo, relacionamos alguns dos códigos mais comuns para neoplasmas.

201.90\* Doença de Hodgkin  
227.0 Feocromocitoma benigno  
194.0 Feocromocitoma maligno  
228.02 Hemangioma cerebral  
208.00\* Leucemia aguda  
208.01\* Leucemia aguda em remissão  
208.10\* Leucemia crônica  
208.11\* Leucemia crônica em remissão  
200.10\* Linfossarcoma  
225.2 Meningioma (cerebral)  
203.00 Mieloma múltiplo  
203.01 Mieloma múltiplo em remissão  
225.0 Neoplasma benigno do encéfalo  
211.4 Neoplasma benigno do cólon  
162.9\* Neoplasma maligno de brônquios, primário  
195.2 Neoplasma maligno da cavidade abdominal, primário  
191.9\* Neoplasma maligno do encéfalo, primário  
198.3\* Neoplasma maligno do encéfalo, secundário  
180.9\* Neoplasma maligno da cérvix, primário  
153.9\* Neoplasma maligno de cólon, primário  
197.5 Neoplasma maligno de cólon, secundário  
173.9\* Neoplasma maligno da pele, primário  
150.9\* Neoplasma maligno de esôfago, primário  
151.9\* Neoplasma maligno de estômago, primário, local não especificado  
194.0 Neoplasma maligno da glândula adrenal, primário  
155.0 Neoplasma maligno de fígado, primário  
197.7 Neoplasma maligno de fígado, secundário  
152.9\* Neoplasma maligno de intestino delgado, primário  
196.9\* Neoplasma maligno de nódulos linfáticos, secundário  
174.9\* Neoplasma maligno de mama feminina, primário  
175.9\* Neoplasma maligno de mama masculina, primário  
172.9\* Neoplasma maligno, melanoma primário

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



170.9\* Neoplasma maligno ósseo primário  
198.5 Neoplasma maligno ósseo secundário  
183.0\* Neoplasma maligno ovariano, primário  
157.9\* Neoplasma maligno de pâncreas, primário  
185 Neoplasma maligno de próstata, primário  
162.9\* Neoplasma maligno de pulmão, primário  
197.0 Neoplasma maligno de pulmão, secundário  
189.0\* Neoplasma maligno do rim, primário  
154.1 Neoplasma maligno do reto, primário  
171.9\* Neoplasma maligno do tecido conjuntivo, primário  
186.9\* Neoplasma maligno de testículo, primário  
193 Neoplasma maligno de tireóide, primário  
188.9\* Neoplasma maligno de uretra, primário  
179\* Neoplasma maligno de útero, primário  
237.70\* Neurofibromatose  
238.4 Policitemia vera  
176.9\* Sarcoma de Kaposi

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas**

**Doenças Endócrinas**

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas \ Doenças Endócrinas**

253.0 Acromegalia  
241.9\* Bócio nodular não tóxico  
240.9\* Bócio simples  
259.1 Desenvolvimento sexual e puberdade precoces  
253.5 Diabetes insípido  
250.01\* Diabete melito, tipo I / insulino-dependente  
250.00\* Diabete melito, tipo II / não insulino-dependente  
256.9\* Disfunção ovariana  
257.9\* Disfunção testicular  
255.1 Hiperaldosteronismo  
252.0 Hiperparatireoidismo  
252.1 Hipoparatiroidismo  
244.9\* Hipoparatiroidismo adquirido  
243 Hipoparatiroidismo congênito  
255.4 Insuficiência córtico-adrenal  
254.2 Nanismo hipofisário

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





253.2 Pan-hipopituitarismo  
259.0 Retardo do desenvolvimento sexual e da puberdade  
259.2 Síndrome carcinóide  
255.0 Síndrome de Cushing  
245.9\* Tiroidite  
242.9\* Tirotoxicose  
255.2 Transtorno adrenogenital

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas**

**Doenças do Estado Nutricional**

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas \ Doenças do Estado Nutricional**

265.0 Beribéri  
266.2 Deficiência de ácido fólico  
269.3 Deficiência de cálcio  
269.3 Deficiência de iodo  
266.0 Deficiência de riboflavina  
264.9\* Deficiência de Vitamina A  
266.1 Deficiência de Vitamina B6  
266.2 Deficiência de Vitamina B<sub>12</sub>  
267 Deficiência de Vitamina C  
268.9\* Deficiência de Vitamina D  
269.1 Deficiência de Vitamina E  
269.0 Deficiência de Vitamina K  
260 Kwashiorkor  
261 Marasmo nutricional  
278.0 Obesidade  
265.2 Pelagra (deficiência de niacina)  
262 Desnutrição proteico-calórica severa

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas**

**Doenças Metabólicas**

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas \ Doenças Metabólicas

- 276.2 Acidose
- 276.3 Alcalose
- 277.3 Amiloidose
- 276.5 Depleção de volume (desidratação)
- 276.9\* Desequilíbrio eletrolítico
- 271.3 Mal-absorção de dissacarídeos (intolerância à lactose)
- 275.1 Doença de Wilson
- 270.1 Fenilcetonúria (PKU)
- 274.9\* Gota
- 275.0 Hemocromatose
- 275.4 Hipercalcemia
- 276.7 Hipercalcemia
- 276.0 Hipernatremia
- 275.4 Hipocalcemia
- 276.8 Hipocalcemia
- 276.1 Hiponatremia
- 277.1 Porfiria
- 277.2 Síndrome de Lesch-Nyhan
- 276.6 Sobrecarga hídrica / retenção de fluidos

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas

**Doenças do Sistema Digestivo**

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas \ Doenças do Sistema Digestivo

- 540.9\* Apendicite aguda
- 571.2 Cirrose alcoólica
- 575.0 Colecistite aguda
- 575.1 Colecistite crônica
- 556 Colite ulcerativa
- 564.0 Constipação
- 558.9\* Diarréia não especificada
- 009.2 Diarréia infecciosa
- 562.12 Diverticulite do cólon, com hemorragia
- 562.10 Diverticulite do cólon, não especificada

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



562.13 Diverticulose do cólon, com hemorragia  
562.11 Diverticulose do cólon, não especificada  
555.9\* Doença de Crohn  
535.50\* Duodenite e gastrite  
555.9\* Enterite regional  
530.1 Esofagite  
530.3 Estenose do esôfago  
535.50\* Gastrite e duodenite  
558.9\* Gastroenterite  
578.9\* Hemorragia gastrointestinal  
571.1 Hepatite alcoólica aguda  
571.40\* Hepatite crônica  
573.3\* Hepatite tóxica (inclusive induzida por drogas)  
070.1\* Hepatite viral A  
070.30\* Hepatite viral B  
070.51\* Hepatite viral C  
550.90\* Hérnia ingüinal  
560.39\* Impactação fecal  
576.2 Obstrução do duto biliar  
560.9\* Obstrução intestinal  
577.0 Pancreatite aguda  
577.1 Pancreatite crônica  
567.9\* Peritonite  
530.1 Refluxo esofágico  
530.4 Ruptura do esôfago  
564.1 Síndrome do cólon irritável

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas \ Doenças do Sistema Digestivo**

532.70\* Úlcera duodenal crônica  
532.30\* Úlcera duodenal aguda  
531.30\* Úlcera gástrica aguda  
531.70\* Úlcera gástrica crônica

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas**

**Doenças do Sistema Geniturinário**

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Condições Médicas Gerais Selecionadas \ Doenças do Sistema Geniturinário**

596.4 Atonia da bexiga  
592.0 Cálculo renal  
592.1 Cálculo ureteral  
592.9\* Cálculo urinário, não especificado  
595.9\* Cistite  
620.2\* Cisto ovariano  
625.3 Dismenorréia  
614.9\* Doença pélvica inflamatória (DPI)  
617.9\* Endometriose  
598.9\* Estenose da uretra  
593.3 Estenose do ureter  
218.9\* Fibróide do útero  
580.9\* Glomerulonefrite aguda  
600 Hipertrofia da próstata, benigna  
599.0 Infecção do trato urinário (ITU)  
628.9\* Infertilidade feminina  
606.9\* Infertilidade masculina  
584.9\* Insuficiência renal aguda  
585 Insuficiência renal crônica  
403.91\* Insuficiência renal hipertensiva  
586\* Insuficiência renal não especificada  
625.2 Mittelschmerz (ovulação dolorosa)  
607.3 Priapismo  
618.9\* Prolapso genital  
601.9\* Prostatite  
627.9\* Transtorno da menopausa ou pós-menopausa  
626.9\* Transtorno de hemorragia anormal na menstruação

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas**

**Doenças Hematológicas**

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas \ Doenças Hematológicas**

288.0 Agranulocitose  
284.9\* Anemia aplástica  
282.60\* Anemia falciforme  
283.9\* Anemia hemolítica adquirida  
283.11 Anemia hemolítica da síndrome urêmica

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



283.10 Anemia hemolítica não auto-imune, não especificada  
281.0 Anemia perniciosa  
280.9\* Anemia por deficiência de ferro  
281.2 Anemia por deficiência de folato  
286.9\* Defeitos de coagulação  
288.3 Eosinofilia  
283.19 Outra anemia, hemolítica auto-imune  
287.0 Púrpura alérgica  
282.4 Talassemia  
287.5\* Trombocitopenia

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas**

### **Doenças dos Olhos**

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas \ Doenças dos Olhos**

366.9\* Catarata  
361.9\* Descolamento da retina  
365.9\* Glaucoma  
377.30\* Neurite óptica  
379.50\* Nistagmo  
377.00\* Papiledema  
369.9\* Perda da visão  
372.9\* Transtorno da conjuntiva

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas**

### **Doenças dos Ouvidos, Nariz e Garganta**

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas \ Doenças dos Ouvidos, Nariz e Garganta**

463 Amigdalite aguda  
386.00\* Doença de Ménière  
462 Faringite aguda  
464.0 Laringite aguda

382.9\* Otite média  
389.9\* Perda da audição  
460 Resfriado comum  
477.9\* Rinite alérgica  
461.9\* Sinusite aguda  
473.9\* Sinusite crônica  
388.30\* Tinnitus não especificado

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas

**Doenças do Sistema Músculo-Esquelético e do Tecido Conjuntivo**

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas \ Doenças do Sistema Músculo-Esquelético e do Tecido Conjuntivo

716.20\* Artrite alérgica  
711.90\* Artrite infecciosa  
714.0 Artrite reumatóide  
710.3 Dermatomiosite  
710.2 Doença de Sjögren  
710.1 Escleroderma (esclerose sistêmica)  
737.30 Escoliose  
720.0 Espondilite anquilosante  
733.10\* Fratura patológica  
710.0 Lúpus eritematoso sistêmico  
733.40\* Necrose óssea asséptica  
715.90\* Osteoartrose (osteoartrite)  
730.20\* Osteomielite  
733.00\* Osteoporose  
722.91 Transtorno de disco intervertebral cervical  
722.93 Transtorno de disco intervertebral lombar  
722.92 Transtorno de disco intervertebral torácico

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas

**Doenças da Pele**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas \ Doenças da Pele**

- 704.00\* Alopécia
- 682.9\* Celulite, local não especificado
- 701.4 Cicatriz quelóide
- 692.9\* Dermatite de contato
- 693.0\* Dermatite devido a substâncias ingeridas
- 695.1 Eritema multiforme
- 696.1 Psoríase
- 707.0 Úlcera de decúbito
- 703.0 Unha encravada
- 708.0 Urticária alérgica

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas**

**Malformações Congênicas, Deformações e Anormalidades Cromossômicas**

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas \ Malformações Congênicas, Deformações e Anormalidades Cromossômicas**

- 751.3 Doença de Hirschsprung (disfunção congênita do cólon)
- 760.75 Efeitos tóxicos da cocaína
- 760.73 Efeitos tóxicos de alucinógenos
- 760.72 Efeitos tóxicos de narcóticos
- 760.70 Efeitos tóxicos de outras substâncias (inclusive medicamentos)
- 760.71 Efeitos tóxicos do álcool
- 759.5 Esclerose tuberosa
- 750.5 Estenose hipertrófica congênita do piloro
- 742.3 Hidrocefalia congênita
- 742.1 Microcefalia
- 749.10\* Fissura labial
- 749.00 Fissura palatina
- 752.7 Sexo indeterminado e pseudo-hermafroditismo
- 760.71 Síndrome alcoólica fetal
- 758.0 Síndrome de Down
- 758.7 Síndrome de Klinefelter

759.82 Síndrome de Marfan  
758.6 Síndrome de Turner  
758.3 Síndrome de cri-du-chat (antimongolismo)  
741.90\* Espinha bífida  
752.5 Testículo retido

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas

### Doenças da Gravidez, Parto e Puerpério

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas \ Doenças da Gravidez, Parto e Puerpério

Os diagnósticos associados com a gravidez podem ser localizados no Índice Alfabético (Volume 2) da CID-9-MC, na seção "Gravidez complicada (por)" ou "Gravidez, manejo afetado por". Abaixo, listamos algumas das condições mais comuns.

642.00\* Eclâmpsia  
643.0\* Hiperêmese gravídica, com perturbação metabólica  
643.0\* Hiperêmese gravídica, leve  
642.0\* Pré-eclâmpsia leve  
642.0\* Pré-eclâmpsia severa

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas

### Infecção com HIV

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas \ Infecção com HIV

Os transtornos comuns associados à infecção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) são indexados na seção "Vírus da imunodeficiência humana", no Índice Alfabético (Volume 2) da CID-9-MC.

O HIV é classificado em três categorias, dependendo da progressão da doença, como segue:

042 Infecção com HIV associada com condições específicas



**043 Infecção com HIV causando outras condições específicas**

**044 Outras infecções por HIV**

Cada categoria é subdividida em uma subclassificação no quarto dígito para maior especificidade. É habitual o relato de um código diagnóstico para a doença do HIV e outro código para a manifestação. Devido à complexidade da codificação da doença do HIV, recomendamos uma consulta direta ao Índice Alfabético (Volume 2) da CID-9-MC.

042.0\* AIDS com infecções especificadas

042.1\* AIDS com outras infecções especificadas

042.2 AIDS com neoplasmas malignos especificados

042.9\* AIDS, sem especificação

043.0\* Complexo relacionado à AIDS (ARC) causando linfadenopatia

043.1\* Infecção com HIV afetando o sistema nervoso central

043.2\* ARC causando outros transtornos envolvendo o mecanismo imunológico

043.3\* ARC causando outras condições especificadas

043.9\* ARC, sem especificação

044.0\* Infecção com HIV, causando infecções agudas especificadas

044.9\* Infecções com HIV, não especificadas

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas

**Doenças Infecciosas**

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas \ Doenças Infecciosas

Os códigos seguintes representam os códigos diagnósticos da CID-9-MC para infecções por organismos específicos. Tradicionalmente, os códigos para organismos da categoria 041 são usados como códigos secundários (por ex., uma infecção do trato urinário devido a *Escherichia coli* seria codificada como 599.0 [diagnóstico primário] e 041.4 [diagnóstico secundário]).

006.9\* Amebíase

112.5 Candidíase disseminada

112.4 Candidíase, local não especificado

112.0 Candidíase oral

112.2 Candidíase urogenital em outras localizações

112.3 Candidíase de pele e unhas

112.9 Candidíase pulmonar

112.1 Candidíase de vulva e vagina

099.41\* *Chlamydia trachomatis*

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**041.83 Clostridium perfringens**  
114.9\* Coccidioidomicose  
001.9\* Cólera  
078.1 Condiloma acuminado (verrugas virais)  
117.5 Criptococose  
088.81 Doença de Lyme  
041.4 Escherichia coli (E. coli)  
002.0 Febre tifóide  
007.1 Giardíase  
098.2\* Gonorréia  
**041.5 Haemophilus influenzae (H. influenzae)**  
070.1\* Hepatite viral A  
070.3\* Hepatite viral B  
070.51 Hepatite viral C  
054.9\* Herpes simples  
053.9\* Herpes zóster  
071 Hidrofobia  
115.9\* Histoplasmose  
036.9\* Infecção meningocócica  
079.99\* Infecção viral não especificada  
487.0 Influenza com pneumonia  
487.1 Influenza não especificada  
**041.3\* Klebsiella pneumoniae**  
084.6\* Malária  
075 Mononucleose  
041.81 **Mycoplasma**  
072.9\* Parotidite  
041.2 Pneumococcus  
041.6 Proteus  
041.7 Pseudomonas  
082.9\* Rickettsiose por carrapato  
056.9\* Rubéola  
003.9\* Salmonella  
135 Sarcoidose  
004.9\* Shigelose  
097.9\* Sífilis  
041.10\* Staphylococcus  
041.00\* Streptococcus  
081.9\* Tifo  
130.9\* Toxoplasmose  
131.9\* Tricomoniase  
124 Triquinose  
079.2 Vírus Cocksackie

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas

**Superdosagens**

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas \ Superdosagens

Códigos diagnósticos adicionais para superdosagens / envenenamento podem ser localizados no Índice Alfabético (Volume 2) da CID-9-MC na tabela de drogas e substâncias químicas, listadas alfabeticamente por droga, na coluna "Envenenamento".

965.4 Acetaminofen  
962.0 Adrenocorticosteróides  
969.6 Alucinógenos / **Cannabis**  
972.4 Amila / butila / nitrito  
962.1 Andrógenos e esteróides anabolizantes  
970.1 Antagonistas de opióides  
971.1 Anticolinérgicos  
969.0 Antidepressivos  
967.0 Barbitúricos  
968.5 Cocaína  
970.9 Estimulantes  
968.3 Fenciclidina  
967.5 Glutetimida  
967.1 Hidrato de cloral  
962.3 Insulina e agentes antidiabéticos  
967.4 Metaqualona  
965.00 Opióides  
968.2 Óxido nitroso  
967.2 Paraldeído  
965.1 Salicilatos  
962.7 Tireóide e derivados da tireóide  
969.4 Tranqüilizantes benzodiazepínicos  
969.2 Tranqüilizantes butirofenônicos  
969.1 Tranqüilizantes fenotiazínicos

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos

**Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Medicamentos

### APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos

A seguir, apresentamos os códigos da CID-9-MC para medicamentos selecionados que podem causar Transtornos Induzidos por Substâncias. Eles estão disponíveis para uso opcional por clínicos em situações nas quais esses medicamentos, prescritos em níveis de terapêuticos, resultaram em um dos seguintes transtornos: **Delirium** Induzido por Substância, Demência Persistente Induzida por Substância, Transtorno Amnésico 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 e Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos. Quando usados na avaliação multi-axial, os códigos E devem ser codificados no Eixo I imediatamente após o transtorno relacionado. Cabe notar que esses códigos E não se aplicam a envenenamentos ou a medicamentos tomados como superdosagem.

#### Exemplo:

292.39 Transtorno do Humor Induzido por Substâncias, Com Características Depressivas

E932.2 Contraceptivos orais

### APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos

## Analgésicos e Antipiréticos

### APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Analgésicos e Antipiréticos

E935.4 Acetaminofen / fenacetina

E935.6 Agentes antiinflamatórios não-esteróides

E935.1 Metadona

E935.2 Outros narcóticos (por ex., codeína, meperidina)

E935.3 Salicilatos (por ex., aspirina)

### APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Transtornos Induzidos por Medicamentos

### Anticonvulsivantes

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Anticonvulsivantes

E936.3 Ácido valpróico

E936.3 Carbamazepina

E936.2 Etossuximida

E936.1 Fenitoína

E937.0 Fenobarbital

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos

### Medicamentos Antiparkinsonianos

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Medicamentos Antiparkinsonianos

E936.4 Amantadina

E941.1 Benzotropina

E933.0 Difenidramina

E936.4 L-Dopa

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos

### Medicamentos Neurolépticos

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Medicamentos Neurolépticos

E939.2 Neurolépticos butirofenônicos (por ex., haloperidol)

E939.1 Neurolépticos fenotiazínicos (por ex., clorpromazina)

E939.3 Outros neurolépticos (por ex., tiotixeno)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos

**Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

E937.0 Barbitúricos

E937.1 Hidrato de cloral

E939.5 Hidroxizina

E939.4 Benzodiazepínicos

E937.2 Paraldeído

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos

**Outros Medicamentos Psicotrópicos**

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Outros Medicamentos Psicotrópicos

E940.1 Antagonistas de opióides

E939.0 Antidepressivos

E939.6 Cannabis

E939.7 Estimulantes (excluindo depressores centrais do apetite)

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos

**Medicamentos Cardiovasculares**

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Medicamentos Cardiovasculares

E942.3 Agentes bloqueadores ganglionares (pentametônio)

- E942.1 Glicosídeos cardíacos (por ex., digitais)
- E942.0 Medicamentos antiarrítmicos (inclui propranolol)
- E942.2 Medicamentos antilipêmicos e de diminuição do colesterol
- E942.6 Outros agentes anti-hipertensivos (por ex., clonidina, guanetidina, reserpina)
- E942.5 Outros vasodilatadores (por ex., hidralazina)
- E942.4 Vasodilatadores coronarianos (por ex., nitratos)

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos**

**Agentes Primariamente Sistêmicos**

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Agentes Primariamente Sistêmicos**

- E933.0 Agentes antialérgicos e antieméticos (excluindo fenotiazinas, hidroxizina)
- E934.2 Anticoagulantes
- E941.1 Anticolinérgicos (por ex., atropina) e espasmolíticos
- E941.0 Colinérgicos (parassimpaticomiméticos)
- E933.1 Drogas antineoplásicas e imunossupressoras
- E941.2 Simpaticomiméticos (adrenérgicos)
- E933.5 Vitaminas (excluindo vitamina K)

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos**

**Medicamentos que Atuam sobre os Músculos e os Sistema Respiratório**

**APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Medicamentos que Atuam sobre os Músculos e os Sistema Respiratório**

- E945.0 Agentes oxitócicos (alcalóides do ergot, prostaglandinas)
- E945.7 Antiasmáticos (aminofilina)
- E945.4 Antitussígenos (por ex., dextrometorfan)
- E945.8 Outras drogas respiratórias
- E945.1 Relaxantes dos músculos lisos (metaproterenol)

**E945.2 Relaxantes músculo-esqueléticos**

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos

**Hormônios e Substitutos Sintéticos**

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Hormônios e Substitutos Sintéticos

**E932.8 Agentes antitireóide**

**E932.1 Esteróides anabolizantes e andrógenos**

**E932.0 Adrenocorticosteróides**

**E932.2 Hormônios ovarianos (inclusive contraceptivos orais)**

**E932.7 Substitutos da tireóide**

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos

**Diuréticos e Drogas do Metabolismo Mineral e do Ácido Úrico**

APÊNDICES \ Apêndice G Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Selecionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Códigos Adicionais para Transtornos Induzidos por Medicamentos \ Diuréticos e Drogas do Metabolismo Mineral e do Ácido Úrico

**E944.3 Clortiazidas**

**E944.0 Diuréticos mercuriais**

**E944.1 Diuréticos purínicos**

**E944.7 Drogas do metabolismo do ácido úrico (probenecide)**

**E944.2 Inibidores da anidrase do ácido carbônico**

**E944.4 Outros diuréticos (furosemida, ácido etacrínico)**

APÊNDICES

## Apêndice H

### Classificação do DSM-IV Com Códigos da

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





## CID-10

### APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 APÊNDICE D(234)

#### APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10

Quando da publicação deste manual (no início de 1994), o sistema oficial de codificação em uso nos Estados Unidos é a **Classificação Internacional de Doenças, Nona Revisão, Modificação Clínica (CID-9-MC)**. Em algum momento, nos próximos anos, o **U.S. Department of Health and Human Services** exigirá, para finalidades de relato nos Estados Unidos, o uso de códigos da **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems** (no Brasil, Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, lançado por esta mesma editora), Décima Revisão (CID-10). A fim de facilitar este processo de transição, a preparação do DSM-IV foi atentamente coordenada com a preparação do Capítulo V, "Transtornos Mentais e de Comportamento" da CID-10 (desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde). Consultorias entre a **Associação Psiquiátrica Americana** e a Organização Mundial de Saúde resultaram em uma formulação de códigos e termos do DSM-IV, plenamente compatíveis com códigos e termos usados no índice tabular da CID-10. Adiante, apresentamos a Classificação do DSM-IV com os códigos da CID-10.

#### **SOE = Sem Outra Especificação**

Um **x** aparecendo em um código diagnóstico indica a exigência de um de código número específico.

Uma elipse (...) é usada nos nomes de certos transtornos, para indicar que o nome de determinado transtorno mental ou condição médica geral deve ser inserido quando do registro do nome (por ex., F05.0 **Delirium** Devido a Hipotireoidismo).

Números entre parênteses são números de páginas.

Se os critérios são satisfeitos atualmente, um dos seguintes especificadores de gravidade pode ser anotado após o diagnóstico:

**Leve**

**Moderado**

**Severo**

Se os critérios não são mais satisfeitos, um dos seguintes especificadores pode ser anotado:

**Em Remissão Parcial**

**Em Remissão Completa**

**História Prévia**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10

**Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência (37)**

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
(37)

**RETARDO MENTAL (39)**

**Obs.: Esses são codificados no Eixo II.**

**F70.9 Retardo Mental Leve (40)**

**F71.9 Retardo Mental Moderado (41)**

**F72.9 Retardo Mental Severo (41)**

**F73.9 Retardo Mental Profundo (41)**

**F79.9 Retardo Mental, Gravidade Inespecificada (41)**

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
(37)

**TRANSTORNOS DA APRENDIZAGEM (46)**

**F81.0 Transtorno da Leitura (48)**

**F81.2 Transtorno da Matemática (50)**

**F81.8 Transtorno da Expressão Escrita (51)**

**F81.9 Transtorno da Aprendizagem SOE (53)**

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
(37)

**TRANSTORNO DAS HABILIDADES MOTORAS**

**F82 Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (53)**

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
(37)

**TRANSTORNOS DA COMUNICAÇÃO (55)**

**F80.1 Transtorno da Linguagem Expressiva (55)**

**F80.2 Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva (58)**

**F80.0 Transtorno Fonológico (61)**

F98.5 Tartamudez (63)

F80.9 Transtorno da Comunicação SOE (65)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
(37)**

**TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO (65)**

F84.0 Transtorno Autista (66)

F84.2 Transtorno de Rett (71)

F84.3 Transtorno Desintegrativo da Infância (72)

F84.5 Transtorno de Asperger (74)

F84.9 Transtorno Invasivo do Desenvolvimento SOE (77)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
(37)**

**TRANSTORNOS DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E COMPORTAMENTO DIRUPTIVO (78)**

—.— **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (77)**

F90.0 Tipo Combinado

F98.8 Tipo Predominantemente Desatento

F90.0 Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo

F90.9 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade SOE (84)

F91.8 Transtorno da Conduta (84)

**Especificar tipo:** Tipo com Início na Infância/Tipo com Início na Adolescência

F91.3 Transtorno Desafiador Opositivo (90)

F91.9 Transtorno de Comportamento Diruptivo SOE (93)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
(37)**

**TRANSTORNOS DE ALIMENTAÇÃO DA PRIMEIRA INFÂNCIA (93)**

F98.3 Pica (93)

F98.2 Transtorno de Ruminação (95)

F98.2 Transtorno de Alimentação na Primeira Infância (96)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
(37)**

**TRANSTORNOS DE TIQUE (98)**

F95.2 Transtorno de Tourette (99)

F95.1 Transtorno de Tique Motor ou Vocal Crônico (102)

F95.0 Transtorno de Tique Transitório (103)

**Especificar tipo:** Episódio Único/Recorrente

F95.9 Transtorno de Tique SOE (104)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
(37)**

**TRANSTORNOS DA EXCREÇÃO (104)**

—.— Encoprese (104)

R15 Com Obstipação e Incontinência por Hiperfluxo (**codificar  
também K59.0 constipação no Eixo III**)

F98.1 Sem Obstipação e Incontinência por Hiperfluxo

F98.0 Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral) (106)

**Especificar tipo:** Apenas Noturna/Apenas Diurna/Noturna e Diurna

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência  
(37)**

**OUTROS TRANSTORNOS DA INFÂNCIA OU ADOLESCÊNCIA**

F93.0 Transtorno de Ansiedade de Separação (108)

**Especificar se:** Início Precoce

F94.0 Mutismo Seletivo (112)

F94.x Transtorno de Apego Reativo na Infância (113)

**Especificar tipo:** Tipo Inibido/Tipo Desinibido

F98.4 Transtorno de Movimento Estereotipado (116)

**Especificar se:** Com Comportamento Autodestrutivo

F98.9 Transtorno da Infância ou Adolescência SOE (119)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10**

**Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros  
Transtornos Cognitivos (121)**

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos (121)**

**DELIRIUM (122)**

F05.0 Delirium Devido a... [**Indicar a Condição Médica Geral**]

(**codificar F05.1 se sobreposto a Demência**) (125)

—.— **Delirium por Intoxicação com Substância (127) (consultar**

Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos específicos à substância)

—.— Delirium por Abstinência de Substância (127) (consultar Transtornos Relacionados a Substâncias para os códigos específicos à substância)

—.— Delirium Devido a Múltiplas Etiologias (codificar cada uma das etiologias específicas) (129)

F05.9 Delirium SOE (130)

## APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos (121) DEMÊNCIA (130)

F00.xx Demência do Tipo Alzheimer, com Início Precoce (também código G30.0 Doença de Alzheimer no Eixo III) (136)

.00 Sem Complicações

.01 Com Delírios

.03 Com Humor Deprimido

Especificar se: Com Perturbação do Comportamento

F00.xx Demência do Tipo de Alzheimer, Com Início Tardio (também código G30.1 Doença de Alzheimer, no Eixo III) (136)

.10 Sem Complicações

.11 Com Delírios

.13 Com Humor Deprimido

Especificar se: Com Perturbação do Comportamento

F01.xx Demência Vascular (140)

.80 Sem Complicações

.81 Com Delírios

.83 Com Humor Deprimido

Especificar se: Com Perturbação do Comportamento

F02.4 Demência Devido a Doença do HIV (também código B22.0 Doença do HIV resultando em encefalopatia no Eixo III) (144)

F02.8 Demência Devido a Traumatismo Craniano (também código S06.9 ferimento intracraniano, no Eixo III) (144)

F02.3 Demência Devido à Doença de Parkinson (também código G20 Doença de Parkinson no Eixo III) (144)

F02.2 Demência Devido à Doença de Huntington (também código G10 doença de Huntington no Eixo III) (145)

F02.0 Demência Devido à Doença de Pick (também código G31.0 doença de Pick, no Eixo III) (146)

F02.1 Demência Devido à Doença de Creutzfeldt-Jakob (também código A81.0 doença de Creutzfeldt-Jakob no Eixo III) (146)

F02.8 Demência Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral Não Citada Antes] (também codificar a condição médica geral no Eixo III) (147)

—.— Demência Persistente Induzida por Substâncias (consultar Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos específicos das substâncias) (148)

F02.8 Demência Devido a Múltiplas Etiologias (codificar, ao invés disso, F00.2 para Demência mista, Vascular e de Alzheimer) (150)

F03 Demência SOE (151)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos (121) TRANSTORNOS AMNÉSICOS (151)**

F04 Transtorno Amnésico Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (154)

Especificar se: Transitória/Crônica

—.— Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância (consultar Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos específicos das substância) (156-157)

R41.3 Transtorno Amnésico SOE (158-159)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \ Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos (121) OUTROS TRANSTORNOS COGNITIVOS (159)**

F06.9 Transtorno SOE (159)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10**

**Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral Sem Outra Especificação (161)**

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \ Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral Sem Outra Especificação (161)**

F06.1 Transtorno Catatônico Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (165)

F07.0 Alteração da Personalidade Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (166)

Especificar tipo: Tipo Instável/Tipo Desinibido/Tipo Agressivo/Tipo Apático/Tipo Paranoide/Outro Tipo/Tipo Combinado/Tipo Não Especificado

F09 Transtorno Mental SOE Devido a... [Indicar a Condição

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10

**Transtornos Relacionados a Substâncias (171)**

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Relacionados a Substâncias (171)

**<sup>a</sup>Os especificadores seguintes podem ser aplicados à Dependência de Substâncias:**

**Especificar se: Com Dependência Fisiológica/Sem Dependência Fisiológica**

**Codificar curso da Dependência no quinto dígito:**

**0 = Remissão Completa Inicial / Remissão Parcial Inicial**

**0 = Remissão Completa Mantida / Remissão Parcial Mantida**

**1 = Em Ambiente Controlado**

**2 = Em Terapia com Agonista**

**4 = Leve/Moderada/Severa**

**Os especificadores seguintes aplicam-se aos Transtornos Induzidos por Substância, como abaixo:**

**<sup>l</sup> Com Início Durante Intoxicação /**

**<sup>ac</sup> Com Início Durante Abstinência**

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Relacionados a Substâncias (171)

**TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ÁLCOOL**

**Transtornos por Uso de Álcool**

**F10.2x Dependência de Álcool<sup>a</sup> (190)**

**F10.1 Abuso de Álcool (191)**

**Transtornos Induzidos por Álcool**

**F10.00 Intoxicação com Álcool (191)**

**F10.3 Abstinência de Álcool (192)**

**Especificar se: Com Perturbações Perceptuais**

**F10.03 Delirium por Intoxicação com Álcool (127)**

**F10.4 Delirium por Abstinência de Álcool (127)**

**F10.73 Demência Persistente Induzida por Álcool (148)**

**F10.6 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool (157)**

**F10.xx Transtorno Psicótico Induzido por Álcool (297)**

**.51 Com delírios,<sup>1,a</sup>**

**.52 Com Alucinações<sup>1,a</sup>**

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

- F10.8 Transtorno do Humor Induzido por Álcool<sup>1,a</sup>(352-353)
- F10.8 Transtorno de Ansiedade Induzido por Álcool<sup>1,a</sup> (418)
- F10.8 Disfunção Sexual Induzida por Álcool<sup>1</sup> (491)
- F10.8 Transtorno do Sono Induzido por Álcool<sup>1,a</sup> (570-571)
- F10.9 Transtorno Relacionado ao Álcool SOE (198)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Relacionados a Substâncias (171)**

**TRANSTORNOS RELACIONADOS A ANFETAMINA (OU SUBSTÂNCIAS TIPO ANFETAMINA) (198)**

**Transtornos por Uso de Anfetamina**

- F15.2x Dependência de Anfetamina<sup>a</sup> (200)
- F15.1 Abuso de Anfetamina (200)

**Transtornos Induzidos por Anfetamina**

- F15.00 Intoxicação com Anfetamina (201)
- F15.04 Intoxicação com Anfetamina, Com Perturbações Perceptuais (202)
- F15.3 Abstinência de Anfetamina (202)
- F15.03 **Delirium** por Intoxicação com Anfetamina (127)
- F15.xx Transtorno Psicótico Induzido por Anfetamina (297)

.51 Com Delírios<sup>1</sup>

.52 Com Alucinações<sup>1</sup>

- F15.8 Transtorno do Humor Induzido por Anfetamina<sup>1,a</sup> (352-353)
- F15.8 Transtorno de Ansiedade Induzido por Anfetamina<sup>1</sup> (418)
- F15.8 Disfunção Sexual Induzida por Anfetamina<sup>1</sup> (491)
- F15.8 Transtorno do Sono Induzido por Anfetamina<sup>1,a</sup> (570-571)
- F15.9 Transtorno Relacionado a Anfetamina SOE (205)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Relacionados a Substâncias (171)**

**TRANSTORNOS RELACIONADOS À CAFEÍNA (205)**

**Transtornos Induzidos por Cafeína**

- F15.00 Intoxicação com Cafeína (205)
- F15.8 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína<sup>1</sup> (418)
- F15.8 Transtorno do Sono Induzido por Cafeína<sup>1</sup> (418)
- F15.9 Transtorno Relacionado à Cafeína SOE (208-209)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Relacionados a Substâncias (171)**

**TRANSTORNOS RELACIONADOS A CANNABIS (209)**

**Transtornos por Uso de Cannabis**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





**F12.2x Dependência de Cannabis<sup>a</sup> (209)**

**F12.1 Abuso de Cannabis (210-211)**

**Transtornos Induzidos por Cannabis**

**F12.00 Intoxicação com Cannabis (210-211)**

**F12.04 Intoxicação com Cannabis, Com Perturbações Perceptuais (210-211)**

**F12.03 Delirium por Intoxicação Com Cannabis (127)**

**F12.xx Transtorno Psicótico Induzido por Cannabis (297)**

.51 Com Delírios<sup>1</sup>

.52 Com Alucinações<sup>1</sup>

**F12.8 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cannabis<sup>1</sup> (418)**

**F12.9 Transtorno Relacionado a Cannabis SOE (214)**

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Relacionados a Substâncias (171)**

**TRANSTORNOS RELACIONADOS À COCAÍNA (214)**

**Transtornos por Uso de Cocaína**

**F14.2x Dependência de Cocaína<sup>a</sup> (215)**

**F14.1 Abuso de Cocaína (215)**

**Transtornos Induzidos por Cocaína**

**F14.00 Intoxicação com Cocaína (216)**

**F14.04 Intoxicação com Cocaína, Com Perturbações Perceptuais (216)**

**F14.3 Abstinência de Cocaína (218)**

**F14.03 Delirium por Abstinência de Cocaína (127)**

**F14.xx Transtorno Psicótico Induzido por Cocaína (297)**

.51 Com Delírios<sup>1</sup>

.52 Com Alucinações<sup>1</sup>

**F14.8 Transtorno do Humor Induzido por Cocaína<sup>1,a</sup> (297)**

**F14.8 Transtorno de Ansiedade Induzido por Cocaína<sup>1,a</sup> (418)**

**F14.8 Disfunção Sexual Induzida por Cocaína<sup>1</sup> (491)**

**F14.8 Transtorno do Sono Induzido por Cocaína<sup>1,a</sup> (570-571)**

**F14.9 Transtorno Relacionado à Cocaína SOE (222)**

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Relacionados a Substâncias (171)**

**TRANSTORNOS RELACIONADOS A ALUCINÓGENOS (222)**

**Transtornos por Uso de Alucinógenos**

**F16.2x Dependência de Alucinógenos<sup>a</sup> (223)**

**F16.1 Abuso de Alucinógenos (224)**

Transtornos Induzidos por Alucinógenos

F16.00 Intoxicação com Alucinógenos (224)

F16.70 Transtorno Perceptual Persistente por Alucinógenos  
(Flashbacks) (225)

F16.03 Delirium por Intoxicação com Alucinógenos (127)

F16.xx Transtorno Psicótico Induzido por Alucinógenos (297)

.51 Com Delírios<sup>1</sup>

.52 Com Alucinações<sup>1</sup>

F16.8 Transtorno do Humor Induzido por Alucinógenos<sup>1</sup> (353)

F16.8 Transtorno de Ansiedade Induzido por Alucinógenos<sup>1</sup> (418)

F16.9 Transtorno Relacionado a Alucinógenos SOE (228)

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Relacionados a Substâncias (171)

TRANSTORNOS RELACIONADOS A INALANTES (228)

Transtornos por Uso de Inalantes

F18.2x Dependência de Inalantes<sup>a</sup> (230)

F18.1 Abuso de Inalantes (230)

Transtornos Induzidos por Inalantes

F18.00 Intoxicação com Inalantes (230-231)

F18.03 Delirium por Intoxicação com Inalantes (127)

F18.73 Demência Persistente Induzida por Inalantes (148)

F18.xx Transtorno Psicótico Induzido por Inalantes (297)

.51 Com Delírios<sup>1</sup>

.52 Com Alucinações<sup>1</sup>

F18.8 Transtorno do Humor Induzido por Inalantes<sup>1</sup> (352-353)

F18.8 Transtorno de Ansiedade Induzido por Inalantes<sup>1</sup> (418)

F18.9 Transtorno Relacionado a Inalantes SOE (233-234)

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Relacionados a Substâncias (171)

TRANSTORNOS RELACIONADOS À NICOTINA (234)

Transtorno por Uso de Nicotina

F17.2x Dependência de Nicotina<sup>a</sup> (234-235)

Transtorno Induzido por Nicotina

F17.3 Abstinência de Nicotina (235-236)

F17.9 Transtorno Relacionado à Nicotina SOE (238)

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \

**Transtornos Relacionados a Substâncias (171)**

**TRANSTORNOS RELACIONADOS A OPIÓIDES (238)**

**Transtornos por Uso de Opióides**

F11.2x Dependência de Opióides<sup>a</sup> (239)

F11.1 Abuso de Opióides (240)

**Transtornos Induzidos por Opióides**

F11.00 Intoxicação com Opióides (240)

F11.04 Intoxicação com Opióides, Com Perturbações Perceptuais (240)

F11.3 Abstinência de Opióides (241)

F11.03 **Delirium** por Intoxicação com Opióides (127)

F11.xx Transtorno Psicótico Induzido por Opióides (297)

.51 Com Delírios<sup>1</sup>

.52 Com Alucinações<sup>1</sup>

F11.8 Transtorno do Humor Induzido por Opióides<sup>1</sup> (352-353)

F11.8 Disfunção Sexual Induzida por Opióides<sup>1</sup> (491)

F11.8 Transtorno do Sono Induzido por Opióides<sup>1,c</sup> (570-571)

F11.9 Transtorno Relacionado a Opióides SOE (246)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \**

**Transtornos Relacionados a Substâncias (171)**

**TRANSTORNOS RELACIONADOS À FENCICLIDINA (OU SUBSTÂNCIAS TIPO FENCICLIDINA) (246)**

**Transtornos por Uso de Fenciclidina**

F19.2x Dependência de Fenciclidina<sup>a</sup> (247)

F19.1 Abuso de Fenciclidina (248)

**Transtornos Induzidos por Fenciclidina**

F19.00 Intoxicação com Fenciclidina (248)

F19.04 Intoxicação com Fenciclidina, Com Perturbações Perceptuais (248)

F19.03 **Delirium** por Intoxicação Com Fenciclidina (127)

F19.xx Transtorno Psicótico Induzido por Fenciclidina (297)

.51 Com Delírios<sup>1</sup>

.52 Com Alucinações<sup>1</sup>

F19.8 Transtorno do Humor Induzido por Fenciclidina<sup>1</sup> (352-353)

F19.8 Transtorno de Ansiedade Induzido por Fenciclidina<sup>1</sup> (418)

F19.9 Transtorno Relacionado à Fenciclidina SOE (252)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \**

**Transtornos Relacionados a Substâncias (171)**

**TRANSTORNOS RELACIONADOS A SEDATIVOS, HIPNÓTICOS OU ANSIOLÍTICOS (252)**

**Transtornos por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**F13.2x Dependência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos<sup>a</sup> (252-253)**

**F13.1 Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (253-254)**

**Transtornos Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**

**F13.00 Intoxicação por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (253-254)**

**F13.3 Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (254-255)**

**Especificar se:** Com Perturbações Perceptuais

**F13.03 Delirium por Intoxicação com Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (127)**

**F13.4 Delirium por Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (127)**

**F13.73 Demência Persistente Induzida por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (148)**

**F13.6 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (156-157)**

**F13.xx Transtorno Psicótico Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (297)**

**.51 Com Delírios<sup>1,a</sup>**

**.52 Com Alucinações<sup>1,a</sup>**

**F13.8 Transtorno do Humor Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos<sup>1,a</sup> (352-353)**

**F13.8 Transtorno de Ansiedade Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos<sup>a</sup> (418)**

**F13.8 Disfunção Sexual Induzida por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos<sup>1</sup> (491)**

**F13.8 Transtorno do Sono Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos<sup>1,a</sup> (570-571)**

**F13.9 Transtorno Relacionado a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos SOE (259-260)**

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \**

**Transtornos Relacionados a Substâncias (171)**

**TRANSTORNO RELACIONADO A MÚLTIPLAS SUBSTÂNCIAS**

**F19.2x Dependência de Múltiplas Substâncias<sup>a</sup> (260)**

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \**

**Transtornos Relacionados a Substâncias (171)**

**TRANSTORNOS RELACIONADOS A OUTRAS SUBSTÂNCIAS (OU SUBSTÂNCIAS DESCONHECIDAS) (260)**

**Transtornos por Uso de Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)**

**F19.2x Dependência de Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)<sup>a</sup> (172)**

**F19.1 Abuso de Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas) (177-178)**

**Transtornos Induzidos por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)**

**F19.00 Intoxicação com Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas) (179)**

**F19.04 Intoxicação com Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas), Com Perturbações Perceptuais (179)**

**F19.3 Abstinência de Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas) (180)**

**Especificar se: Com Perturbações Perceptuais**

**F19.03 Delirium Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas) (código F19.4 se início durante abstinência) (127)**

**F19.73 Demência Persistente Induzida por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas) (148)**

**F19.6 Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas) (156-157)**

**F19.xx Transtorno Psicótico Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas) (297)**

**.51 Com Delírios<sup>1,a</sup>**

**.52 Com Alucinações<sup>1,a</sup>**

**F19.08 Transtorno do Humor Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)<sup>1,a</sup> (352-353)**

**F19.08 Transtorno de Ansiedade Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)<sup>1,a</sup> (418)**

**F19.08 Disfunção Sexual Induzida por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)<sup>1</sup> (491)**

**F19.08 Transtorno do Sono Induzido por Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas)<sup>1,a</sup> (570-571)**

**F19.9 Transtorno Relacionado a Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas) SOE (262)**

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10**

**Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos (273)**

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \ Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos (273)**

**F20.xx Esquizofrenia (264)**

- .0x Tipo Paranóide (275-276)
- .1x Tipo Desorganizado (275-276)
- .2x Tipo Catatônico (277)
- .3x Tipo Indiferenciado (277-278)
- .5x Tipo Residual (277-278)

**Codificar curso da Esquizofrenia no quinto dígito:**

**2 = Episódico Com Sintomas Residuais Entre Episódios (especificar se: Com Sintomas Negativos Proeminentes)**

**3 = Episódico Sem Sintomas Residuais Entre Episódios**

**0 = Contínuo (Especificar se: Com Sintomas Negativos Proeminentes)**

**4 = Episódio Único Em Remissão Parcial (Especificar se: Com Sintomas Negativos Proeminentes)**

**5 = Episódio Único em Remissão Completa**

**8 = Outro Padrão ou Padrão Inespecificado**

**9 = Menos de 1 ano desde aparecimento de sintomas iniciais da fase ativa**

**F20.8 Transtorno Esquizofreniforme (279)**

**Especificar se: Sem Bons Aspectos de Prognóstico/Com Bons Aspectos de Prognóstico**

**F25.x Transtorno Esquizoafetivo (281)**

- .0 Tipo Bipolar
- .1 Tipo Depressivo

**F22.0 Transtorno Delirante (284)**

**Especificar tipo: Tipo Erotomaníaco/Tipo Grandioso/Tipo Ciumento/Tipo Persecutório/Tipo Somático/Tipo Misto/Tipo Inespecificado**

**[786]F23.xx Transtorno Psicótico Breve (290)**

- .81 Com Estressor(es) Acentuado(s)
- .80 Sem Estressor(es) Acentuado(s)

**Especificar se: Com Início no Pós-parto**

**F24 Transtorno Psicótico Compartilhado (Folie à Deux) (293)**

**F06.x Transtorno Psicótico Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (294)**

- .2 Com Delírios
- .0 Com Alucinações

**—.— Transtorno Psicótico Induzido por Substâncias (consultar Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos específicos às substâncias) (297)**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência**

**F29 Transtorno Psicótico SOE (302)**

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10**

**Transtornos do Humor (303)**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos do Humor (303)

Os especificadores seguintes aplicam-se aos Transtornos do Humor (para episódio atual ou mais recente), como abaixo:

- <sup>a</sup> Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão/
- <sup>b</sup> Crônico/ <sup>c</sup>Com Características Catatônicas/ <sup>d</sup> Com Características Melancólicas/
- <sup>e</sup> Com Aspectos Atípicos / <sup>f</sup> Com Início no Pós-Parto

Os seguintes especificadores aplicam-se aos Transtornos do Humor, como abaixo:

- <sup>g</sup> Com ou Sem Recuperação Completa Entre Episódios/ <sup>h</sup> Com Padrão Sazonal/ <sup>i</sup> Com Ciclagem Rápida

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos do Humor (303)

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS (323)

F32.x Transtorno Depressivo Maior (323)

Episódio Único <sup>a,b,c,d,e,f</sup>

F33.x Transtorno Depressivo Maior, Recorrente <sup>a,b,c,d,e,f,g,h</sup> (323)

Codificar estado atual do Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno Bipolar I no quinto dígito:

0 = Leve

1 = Moderado

2 = Severo Sem Aspectos Psicóticos

3 = Severo Com Aspectos Psicóticos

Especificar: Aspectos Psicóticos Congruentes com Humor/Aspectos Psicóticos Incongruentes com Humor

4 = Em Remissão Parcial

4 = Em Remissão Completa

9 = Inespecificado

F34.1 Transtorno Distímico (329)

Especificar se: Início Precoce/Início Tardio

Especificar se: Com Características Atípicas

F32.9 Transtorno Depressivo SOE (333)

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos do Humor (303)

TRANSTORNOS BIPOLARES (334)

F30.x Transtorno Bipolar I Episódio Maníaco Único <sup>a,c,f</sup> (334)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Especificar se:** Misto

**Codificar estado atual do Episódio Maníaco no quarto dígito:**

1 = Leve, Moderado ou Severo Sem Características Psicóticas

2 = Severo com Características Psicóticas

8 = Em Remissão Parcial ou Completa

F31.0 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaniaco **g,h,i**  
(334)

F31.x Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco **a,c,f,g,h,i** (334)

**Codificar estado atual do Episódio Maníaco no quarto dígito:**

1 = Leve, Moderado ou Severo Sem Características Psicóticas

2 = Severo Com Características Psicóticas

7 = Em Remissão Parcial ou Completa

F31.6 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto **a,c,f,g,h,i** (334)

F31.x Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente

Depressivo **a, b, c, d, e, f, g, h, i** (334)

**Codificar estado atual do Episódio Depressivo Maior no quarto dígito:**

3 = Leve ou moderado

4 = Severo Sem Características Psicóticas

5 = Severo Com Características Psicóticas

7 = Em Remissão Parcial ou Completa

F31.9 Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Inespecificado **g,h,i**  
(334)

F31.8 Transtorno Bipolar II **a,b,c,d,e,f,g,h,i** (342)

**Especificar (episódio atual ou mais recente):** Hipomaniaco/Depressivo

F34.0 Transtorno Ciclotímico (346)

F31.9 Transtorno Bipolar SOE (349)

F06.xx Transtorno do Humor Devido a... **[Indicar a Condição Médica Geral]** (349)

.32 Com Características Depressivas

.32 Com Episódio Tipo Depressivo

Maior

.30 Com Características Maníacas

.33 Com Características Mistas

—.— Transtorno do Humor Induzido por Substância (**Consultar Transtornos relacionados a Substâncias para códigos específicos às substâncias**) (352-353)

**Especificar tipo:** Com Características Depressivas/Com Características Maníacas/Com Características Mistas

**Especificar se:** Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência

F39 Transtorno do Humor SOE (358)



APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10

**Transtornos de Ansiedade (375)**

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos de Ansiedade (375)

F41.0 Transtorno de Pânico Sem Agorafobia (379)

F40.01 Transtorno de Pânico Com Agorafobia (379)

F40.00 Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico (385)

F40.2 Fobia Específica (386)

**Especificar tipo:** Tipo Animal/Tipo Ambiente Natural/Tipo  
Sangue-Injeção-Ferimentos/Tipo Situacional/Outro Tipo

F40.1 Fobia Social (392)

**Especificar se:** Generalizada

F42.8 Transtorno Obsessivo-Compulsivo (398)

**Especificar se:** Com Insight Pobre

F43.1 Transtorno de Estresse Pós-Traumático (404)

**Especificar se:** Agudo/Crônico

**Especificar se:** Com Início Tardio

F43.0 Transtorno de Estresse Agudo (409)

F41.1 Transtorno de Ansiedade Generalizada (412)

F06.4 Transtorno de Ansiedade Devido a... [Indicar a Condição  
Médica Geral] (416)

**Especificar se:** Com Ansiedade Generalizada/Com Ataques de Pânico/Com  
Sintomas Obsessivo-Compulsivos

—.— Transtorno de Ansiedade Induzido Por Substância (Consultar  
Transtornos Relacionados a Substâncias para os códigos  
específicos às substâncias) (418)

**Especificar se:** Com Ansiedade Generalizada/Com Ataques de Pânico/Com  
Sintomas Obsessivo-Compulsivos/Com Sintomas Fóbicos

**Especificar se:** Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência

F41.9 Transtorno de Ansiedade SOE (423)

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10

**Transtornos Somatoformes (425)**

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Somatoformes (425)

F45.0 Transtorno de Somatização (426)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



F45.1 Transtorno Somatoforme Indiferenciado (430)

F44.x Transtorno Conversivo (432)

.4 Com Sintoma ou Déficit Motor

.5 Com Ataques ou Convulsões

.6 Com Sintoma ou Déficit Sensorial

.7 Com Apresentação Mista

F45.4 Transtorno Doloroso (437)

**Especificar tipo:** Associado com Fatores Psicológicos/Associado Tanto com Fatores Psicológicos Quanto com Uma Condição Médica Geral

**Especificar se:** Agudo/Crônico

F45.2 Hipocondria (442)

**Especificar se:** Com Insight Pobre

F45.2 Transtorno Dismórfico Corporal (445)

F45.9 Transtorno Somatoforme SOE (447)

## APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10

### Transtornos Factícios (449)

## APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \ Transtornos Factícios (449)

F68.1 Transtorno Factício (449)

**Especificar se:** Com Sinais e Sintomas Predominantemente Psicológicos/Com Sinais e Sintomas Predominantemente Físicos/Com Sinais e Sintomas Psicológicos e Físicos Combinados

F68.1 Transtorno Factício SOE (452)

## APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10

### Transtornos Dissociativos (453)

## APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \ Transtornos Dissociativos (453)

F44.0 Amnésia Dissociativa (454)

F44.1 Fuga Dissociativa (457)

F44.81 Transtorno Dissociativo de Identidade (460)

F48.1 Transtorno de Despersonalização (463)

F44.9 Transtorno Dissociativo SOE (465)

## APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10

**Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero (467)**

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero (467)

**DISFUNÇÕES SEXUAIS (467)**

Os seguintes especificadores aplicam-se a todas as Disfunções Sexuais Primárias:

Tipo Ao Longo da Vida/Tipo Adquirido/Tipo Generalizado/Tipo Situacional/Devido a Fatores Psicológicos/Devido a Fatores Combinados

**Transtornos do Desejo Sexual**

F52.0 Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo (470)

F52.10 Transtorno de Aversão sexual (472)

**Transtornos de Excitação Sexual**

F52.2 Transtorno da Excitação Sexual Feminina (474)

F52.2 Transtorno Erétil Masculino (476)

**Transtornos Orgásmicos**

F52.3 Transtorno Orgásmico Feminino (478)

F52.3 Transtorno Orgásmico Masculino (480)

F52.4 Ejaculação Precoce (482)

**Transtornos de Dor Sexual**

F52.6 Dispareunia (Não Devido a uma Condição Médica Geral) (484)

F52.5 Vaginismo (Não Devido a uma Condição Médica Geral) (486)

**Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral (488)**

N94.8 Transtorno do Desejo Sexual Feminino Hipoativo Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (489)

N50.8 Transtorno do Desejo Sexual Masculino Hipoativo Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (489)

N48.4 Transtorno Erétil Masculino Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (489)

N94.1 Dispareunia Feminina Devido a... [Indicar Condição Médica Geral] (489)

N50.8 Dispareunia Masculina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (489)

N94.8 Outra Disfunção Sexual da Mulher Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (489)

N50.8 Outra Disfunção Sexual Masculina Devido a... [Indicar a Condição Médica Geral] (489)

—.— Disfunção Sexual Induzida por Substância (consultar Transtornos Relacionados a Substâncias para códigos específicos às substâncias) (491)

Especificar se: Com Prejuízo do Desejo/Com Prejuízo da Excitação/Com Prejuízo do Orgasmo/Com Dor Sexual

**Especificar se:** Com Início Durante Intoxicação

F52.9 Disfunção Sexual SOE (495)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero (467)**

**PARAFILIAS (495)**

F65.2 Exibicionismo (498)

F65.0 Fetichismo (498)

F65.8 Frotteurismo (499)

F65.4 Pedofilia (499)

**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/Tipo Não-Exclusivo

F65.5 Masoquismo Sexual (501)

F65.5 Sadismo Sexual (502)

F65.1 Fetichismo Transvêstico (502)

**Especificar se:** Com Disforia Quanto ao Gênero

F65.3 Voyeurismo (503)

F65.9 Parafilia SOE (504)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero (467)**

**TRANSTORNOS DA IDENTIDADE DE GÊNERO (504)**

F64.x Transtorno da Identidade de Gênero (504)

.2 em Crianças

.0 em Adolescentes ou Adultos

**Especificar se:** Atração Sexual por Homens/Atração Sexual por Mulheres/Atração Sexual por Ambos os Sexos/Ausência de Atração Por Quaisquer Dos Sexos

F64.9 Transtorno da Identidade de Gênero SOE (510)

F52.9 Transtorno Sexual SOE (510)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10**

**Transtornos Alimentares (511)**

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos Alimentares (511)**

F50.0 Anorexia Nervosa (511)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Especificar tipo:** Tipo Restritivo; Tipo Compulsão Periódica/Tipo Purgativo

F50.2 Bulimia Nervosa (517)

**Especificar tipo:** Tipo Purgativo/Tipo Sem Purgação

F50.9 Transtorno Alimentar SOE (521)

## APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10

### Transtornos do Sono (523)

## APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \ Transtornos do Sono (523)

### TRANSTORNOS PRIMÁRIOS DO SONO (525)

Dissonias (525)

F51.0 Insônia Primária (525)

F51.1 Hipersonia Primária (529)

**Especificar se:** Recorrente

G47.4 Narcolepsia (533-534)

G47.3 Transtorno do Sono Relacionado à Respiração (538)

F51.2 Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono (544)

**Especificar tipo:** Tipo Fase de Sono Atrasada/Tipo Mudança de Fuso Horário/Tipo Mudanças Frequentes de Turno de Trabalho/Tipo Inespecificado

F51.9 Dissonia SOE (549-550)

Parassonias (549-550)

F51.5 Transtorno de Pesadelo (550)

F51.4 Transtorno de Terror Noturno (553)

F51.3 Transtorno de Sonambulismo (557)

F51.8 Parassonia SOE (562)

## APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \ Transtornos do Sono (523)

### TRANSTORNOS DO SONO RELACIONADOS A UM OUTRO TRANSTORNO MENTAL (562)

F51.0 Insônia Relacionada a... [Indicar o Transtorno do Eixo I ou  
Eixo II] (562)

F51.1 Hipersonia Relacionada a... [Indicar o Transtorno do Eixo I ou  
Eixo II] (562)

## APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Transtornos do Sono (523)**

**OUTROS TRANSTORNOS DO SONO**

**G47.x Transtorno do Sono Devido a...**

**[Indicar a Condição Médica Geral] (567)**

**.0 Tipo Insônia**

**.1 Tipo Hipersonia**

**.8 Tipo Parassonia**

**.8 Tipo Misto**

**—.— Transtorno do Sono Induzido por Substância**

**(consultar Transtornos Relacionados a Substâncias para  
códigos específicos às substâncias) (570-571)**

**Especificar tipo: Tipo Insônia/Tipo Hipersonia/Tipo Parassonia/ Tipo Misto**

**Especificar se: Com Início Durante Intoxicação / Com Início Durante Abstinência**

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10**

**Transtornos do Controle dos Impulsos Não  
Classificados em Outro Local (577)**

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \**

**Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local (577)**

**F63.8 Transtorno Explosivo Intermitente (577)**

**F63.2 Cleptomania (580)**

**F63.1 Piromania (581)**

**F63.0 Jogo Patológico (583)**

**F63.3 Tricotilomania (586)**

**F63.9 Transtorno do Controle dos Impulsos SOE (588)**

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10**

**Transtornos de Ajustamento (589)**

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \**

**Transtornos de Ajustamento (589)**

**F43.xx Transtorno de Ajustamento (589)**

**.20 Com Humor Depressivo**

**.28 Com Ansiedade**

**.22 Misto de Ansiedade e Depressão**

**.24 Com Perturbação da Conduta**

**.25 Com Perturbação Mista das Emoções e Conduta**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



.9 Inespecificado

Especificar se: Agudo/Crônico

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10

### Transtornos da Personalidade (593)

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \  
Transtornos da Personalidade (593)

Obs.: Esses são classificados no Eixo II.

F60.0 Transtorno da Personalidade Paranóide (598)

F60.1 Transtorno da Personalidade Esquizóide (601)

F21 Transtorno da Personalidade Esquizotípica (604)

F60.2 Transtorno da Personalidade Anti-Social (608)

F60.31 Transtorno da Personalidade **Borderline** (613)

F60.4 Transtorno da Personalidade Histriônica (617)

F60.8 Transtorno da Personalidade Narcisista (620)

F60.6 Transtorno da Personalidade Esquiva (624)

F60.7 Transtorno da Personalidade Dependente (627)

F60.5 Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva (630)

F60.9 Transtorno da Personalidade SOE (634)

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10

### Outras Condições Que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica (635)

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \ Outras  
Condições Que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica (635)

FATORES PSICOLÓGICOS QUE AFETAM A CONDIÇÃO MÉDICA (635)

F54 ... [Fator Psicológico Especificado]

Afetando... [Indicar a Condição Médica Geral] (635)

Escolher nome com base na natureza dos fatores:

Transtorno Mental Afetando a Condição Médica

Sintomas Psicológicos Afetando a Condição Médica

Traços da Personalidade ou Forma de Manejo Afetando a  
Condição Médica

Comportamentos Mal-Adaptativos Relacionados à Saúde  
Afetando a Condição Médica

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Resposta Fisiológica Relacionada ao Estresse Afetando a  
Condição Médica  
Fatores Psicológicos Inespecificados ou Outros Fatores  
Afetando a Condição Médica**

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \ Outras  
Condições Que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica (635)**

**TRANSTORNOS DOS MOVIMENTOS INDUZIDOS POR MEDICAMENTOS (637-638)**

- G21.0 Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos (639)
- G21.0 Síndrome Neuroléptica Maligna (639)
- G24.0 Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos (639)
- G21.1 Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos (639)
- G24.0 Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos (639)
- G25.1 Tremor Postural Induzido por Medicamentos (640)
- G25.9 Transtorno dos Movimentos Induzido por Medicamentos SOE (640)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \ Outras  
Condições Que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica (635)**

**OUTRO TRANSTORNO INDUZIDO POR MEDICAMENTOS**

- T88.7 Efeitos Adversos de Medicamentos SOE (640)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \ Outras  
Condições Que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica (635)**

**PROBLEMAS DE RELACIONAMENTO (640)**

- Z63.7 Problema de Relacionamento Relacionado a um Transtorno  
Mental ou Condição Médica Geral (640-641)
- Z63.8 Problema de Relacionamento entre Pai/Mãe-Criança  
(Codificar Z63.1 se o foco de atenção reside na criança)  
(640-641)
- Z63.0 Problema de Relacionamento com Parceiro (640-641)
- F93.3 Problema de Relacionamento com Irmãos (640-641)
- Z63.9 Problema de Relacionamento SOE (640-641)

**APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \ Outras  
Condições Que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica (635)**

**PROBLEMAS RELACIONADOS AO ABUSO OU NEGLIGÊNCIA (641-642)**

- T74.1 Abuso Físico da Criança (641-642)



T74.2 Abuso Sexual da Criança (641-642)  
T74.0 Negligência da Criança (641-642)  
T74.1 Abuso Físico do Adulto (641-642)  
T74.2 Abuso Sexual do Adulto (641-642)

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \ Outras Condições Que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica (635)

CONDIÇÕES ADICIONAIS QUE PODEM SER UM FOCO DE ATENÇÃO CLÍNICA (642-643)

Z91.1 Falta de Aderência ao Tratamento (642-643)  
Z76.5 Simulação (642-643)  
Z72.8 Comportamento Anti-Social no Adulto (642-643)  
Z72.8 Comportamento Anti-Social na Criança ou Adolescente (643-644)  
R41.8 Funcionamento Intelectual **Borderline** (643-644)  
R41.8 Declínio Cognitivo Relacionado à Idade (643-644)  
Z63.4 Luto (643-644)  
Z55.8 Problema Acadêmico (644-645)  
Z56.7 Problema Ocupacional (644-645)  
F93.8 Problema de Identidade (644-645)  
Z71.8 Problema Religioso ou Espiritual (644-645)  
Z60.3 Problema de Aculturação (644-645)  
Z60.0 Problema de Fase da Vida (644-645)

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10

**Códigos Adicionais**

APÊNDICES \ Apêndice H Classificação do DSM-IV Com Códigos da CID-10 \ Códigos Adicionais

F99 Transtorno Mental Inespecificado (não-psicótico) (647-648)  
Z03.2 Nenhum Diagnóstico ou Condição no Eixo I (647-648)  
R69 Diagnóstico ou Condição Protelados no Eixo I (647-648)  
Z03.2 Nenhum Diagnóstico no Eixo II (647-648)  
R46.8 Diagnóstico Protelado no Eixo II (647-648)

APÊNDICES

## Apêndice I

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**APÊNDICE D(235)**

APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

Este apêndice é dividido em duas seções. A primeira oferece um plano para formulação cultural, visando a auxiliar o clínico a determinar e relatar sistematicamente o impacto do contexto cultural do indivíduo. A segunda é um glossário de síndromes ligadas à cultura.

APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

### Plano para Formulação Cultural

APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Plano para Formulação Cultural

O plano para formulação cultural a seguir visa a suplementar a avaliação diagnóstica multi-axial e abordar dificuldades que podem ser encontradas na aplicação dos critérios do DSM-IV em um contexto multicultural. A formulação cultural oferece uma revisão sistemática da bagagem cultural do indivíduo, do papel do contexto cultural na expressão e avaliação dos sintomas e do efeito que as diferenças culturais podem exercer sobre o relacionamento entre o indivíduo e o clínico.

Como indicamos na introdução do manual (ver p. XXIII), é importante que o clínico leve em consideração o contexto étnico e cultural do indivíduo na determinação de cada um dos eixos do DSM-IV. Além disso, a formulação cultural sugerida a seguir oferece uma oportunidade para descrever sistematicamente o grupo de referência cultural e social do indivíduo e os modos como o contexto cultural apresenta relevância para os cuidados clínicos. O profissional pode oferecer um resumo narrativo para cada uma das seguintes categorias:

Identidade cultural do indivíduo. Observar os grupos étnico ou cultural de referência do indivíduo. Para imigrantes e minorias étnicas, observar em separado o grau de envolvimento tanto com a cultura de origem quanto com a cultura na qual o indivíduo está (quando isto for aplicável). Observar, também, capacidades,

usos e preferências relativamente à linguagem (incluindo o uso de múltiplos idiomas).

#### APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Plano para Formulação Cultural

Explicações culturais para a doença do indivíduo. Os seguintes itens podem ser identificados: idiomas predominantes de sofrimento, pelos quais os sintomas ou a necessidade de suportes sociais são comunicados (por ex., "nervosismo", possessão por espíritos, queixas somáticas, azar inexplicável), o significado e a gravidade atribuídos aos sintomas do indivíduo em relação a normas do grupo cultural de referência, qualquer categoria local relativa à doença, usada pela família e comunidade do indivíduo para identificar a condição (ver "Glossário de Síndromes Ligadas à Cultura", adiante), causas percebidas ou modelos explicativos que o indivíduo e o grupo de referência usam para explicar a doença, preferências atuais e experiências passadas relativas a profissionais e fontes populares de oferta de cuidados.

Fatores culturais relacionados ao ambiente psicossocial e níveis de funcionamento. Observar interpretações culturalmente relevantes de estressores sociais, suportes sociais disponíveis e níveis de funcionamento e incapacitação. Isto pode incluir estresses no ambiente social local e o papel da religião e redes similares no oferecimento de apoio emocional, instrumental e informativo.

Elementos culturais do relacionamento entre o indivíduo e o clínico. Indicar diferenças de situação cultural e social entre o indivíduo e o clínico e problemas que essas diferenças podem causar no diagnóstico e tratamento (por ex., dificuldade de comunicação na língua materna do indivíduo, no levantamento de sintomas ou no entendimento de sua importância cultural, na negociação de um relacionamento ou nível de intimidade apropriados, na decisão quanto ao caráter normal ou patológico de um comportamento).

Avaliação cultural geral para diagnóstico e cuidados. A formulação conclui com uma discussão da influência específica das considerações culturais sobre o diagnóstico e os cuidados, de maneira ampla.

#### APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

### Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

#### APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

A expressão **síndrome ligada à cultura** denota padrões de comportamento aberrante e experiência problemática recorrente e específicos da localidade, que

podem ou não estar ligados a uma determinada categoria diagnóstica do DSM-IV. Muitos desses padrões são considerados localmente como "doenças" ou, pelo menos, como aflições, e a maioria tem denominações locais. Embora apresentações que se enquadram nas principais categorias diagnósticas do DSM-IV possam ser encontradas no mundo inteiro, os sintomas, curso e resposta social particulares são influenciados, com bastante frequência, por fatores da cultura local. Em contraste, as síndromes ligadas à cultura geralmente se limitam a sociedades ou áreas culturais específicas, sendo categorias diagnósticas localizadas e instituídas pela tradição, que emolduram significados coerentes para certos conjuntos repetitivos, padronizados e problemáticos de experiências e observações.

Raramente existe uma equivalência exata de qualquer síndrome ligada à cultura com uma entidade diagnóstica do DSM-IV. Um comportamento aberrante que poderia ser classificado em diversas categorias por um profissional usando o DSM-IV pode ser incluído em uma única categoria específica da cultura, e apresentações que poderiam ser consideradas por um clínico usando o DSM-IV como pertencentes a uma única categoria podem ser divididas em várias, por um clínico da cultura local. Além disso, algumas condições e transtornos têm sido conceitualizados como síndromes ligadas à cultura, específicas de culturas industrializadas (por ex., Anorexia Nervosa, Transtorno Dissociativo de Identidade), devido à sua aparente escassez ou ausência em outras culturas. Cabe também notar que todas as sociedades industrializadas incluem subculturas distintas e grupos de imigrantes imensamente diversificados, que podem apresentar síndromes ligadas à cultura.

Este glossário relaciona algumas das síndromes e idiomas de sofrimento ligados à cultura melhor estudados, que podem ser encontrados na prática clínica, e inclui categorias relevantes do DSM-IV, quando os dados sugerem que deveriam ser consideradas em uma formulação diagnóstica.

## APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**amok.** Um episódio dissociativo caracterizado por um período de retraimento seguido de um surto de comportamento violento, agressivo ou homicida dirigido a pessoas e objetos. O episódio tende a ser precipitado por um suposto deslize ou insulto e parece ocorrer apenas entre homens. O episódio é frequentemente acompanhado de idéias persecutórias, automatismos, amnésia, exaustão e retorno a um estado pré-mórbido após o episódio. Alguns casos de amok podem ocorrer durante um episódio psicótico breve ou constituir o início ou exacerbação de um processo psicótico crônico. Os primeiros relatos a usarem este termo vinham da Malásia. Um padrão comportamental similar é encontrado no Laos, nas Filipinas, na Polinésia (**cafard** ou **cathard**), em Papua na Nova Guiné, em Porto Rico (**mal de pelea**) e entre os índios navajos (**iich'aa**).

APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**ataque de nervos.** Um meio de expressão do sofrimento relatado principalmente entre os latinos do Caribe, mas reconhecido entre muitos latino-americanos e grupos latinos do Mediterrâneo. Os sintomas habitualmente relatados incluem gritos incontroláveis, ataques de choro, tremor, calor no tórax irradiando-se para a cabeça e agressão verbal ou física. Experiências dissociativas, episódios tipo convulsões ou desmaios e gestos suicidas são proeminentes em alguns ataques, mas estão ausentes em outros. Uma característica geral de um ataque de nervos é um senso de descontrole sobre as próprias emoções. O ataque de nervos ocorre frequentemente como resultado direto de um acontecimento estressante relacionado à família (por ex., notícias sobre a morte de um parente próximo, separação ou divórcio, conflitos com o cônjuge ou filhos ou presenciar um acidente envolvendo um membro da família). As pessoas podem experimentar amnésia para o ocorrido durante o ataque mas, exceto por isso, voltam rapidamente a seu nível habitual de funcionamento. Embora descrições de alguns ataques de nervos se ajustem mais apropriadamente à descrição de Ataques de Pânico do DSM-IV, a associação da maior parte dos ataques com um acontecimento precipitador e a ausência freqüente de sintomas marcantes de medo agudo ou apreensão os diferenciam do Transtorno de Pânico. Os ataques abrangem uma faixa que vai desde expressões normais de sofrimento não associadas ao fato de ter um transtorno mental, até apresentações sintomáticas associadas com diagnósticos de Transtornos de Ansiedade, do Humor, Dissociativos ou Somatoformes.

APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**bilis ou cólera** (também chamada de **muina**). A causa subjacente dessas síndromes supostamente é a experiência de um intenso sentimento de raiva. A raiva é vista entre muitos grupos latinos como uma emoção particularmente poderosa, que pode ter efeitos diretos sobre o corpo e exacerbar sintomas existentes. O principal efeito da raiva é uma perturbação no equilíbrio corporal básico (que pode ser compreendido como um equilíbrio entre valências para calor e frio no organismo e entre os aspectos material e espiritual do corpo). Os sintomas podem incluir tensão nervosa aguda, dor de cabeça, tremores, gritos, perturbações estomacais e, em casos mais severos, perda da consciência. Uma fadiga crônica pode resultar do episódio agudo.

APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**boufée delirante.** Uma síndrome observada na África Ocidental e no Haiti. Este termo francês refere-se a um súbito surto de comportamento agressivo e agitado, confusão acentuada e excitação psicomotora. Ele pode ser acompanhado, às

vezes, de alucinações visuais e auditivas ou ideação paranóide. Esses episódios podem lembrar um episódio de Transtorno Psicótico Breve.

**APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura**

**esgotamento mental.** Um termo inicialmente usado na África Ocidental para referir-se a uma condição vivenciada por estudantes do segundo grau e universitários em resposta aos desafios da escolarização. Os sintomas incluem dificuldades na concentração, recordação e pensamento. Os estudantes freqüentemente afirmam que seus cérebros estão "fatigados". Sintomas somáticos adicionais geralmente se centralizam na cabeça e pescoço e incluem dor, pressão, visão turva, calor ou ardência. "Cansaço mental" ou fadiga por "pensar demais" é um modo de expressão do sofrimento em muitas culturas, e as síndromes resultantes podem assemelhar-se a certos Transtornos de Ansiedade, Depressivos e Somatoformes.

**APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura**

**dhat.** Um termo diagnóstico folclórico usado na Índia para referir-se a uma ansiedade severa e preocupações hipocondríacas associadas com a descarga do sêmen, descoloração esbranquiçada da urina e sensações de fraqueza e exaustão. Similar a **jiryān** (Índia), **sukra prameha** (Sri Lanka) e **shen-k'uei** (China).

**APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura**

**"escurecimento" ou "apagamento".** Esses episódios ocorrem primariamente no sul dos Estados Unidos e grupos do Caribe e são caracterizados por um súbito colapso, que às vezes ocorre sem aviso mas, ocasionalmente, é precedido por sensações de tontura. Os olhos do indivíduo em geral estão abertos, mas a pessoa afirma uma incapacidade para ver. A pessoa habitualmente ouve e entende o que está ocorrendo à sua volta, mas é incapaz de se mover. Isto pode corresponder a um diagnóstico de Transtorno Conversivo ou Transtorno Dissociativo.

**APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura**

**doença do fantasma.** Uma preocupação com morte e com os mortos (ocasionalmente associada com feitiçaria), observada entre membros de muitas tribos de índios norte-americanos. Vários sintomas podem ser atribuídos à condição, incluindo pesadelos, fraqueza, sensações de perigo, perda do apetite, desmaios, tontura, medo, ansiedade, alucinações, perda da consciência, confusão, sensações de futilidade e uma sensação de sufocamento.

APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**hwa-byung** (também conhecida como **wool-hwa-byung**). Uma síndrome popular na Coreia, traduzida literalmente como "síndrome da raiva" e atribuída à supressão desta emoção. Os sintomas incluem insônia, fadiga, pânico, medo de morte iminente, afeto disfórico, indigestão, anorexia, dispnéia, palpitações, dores generalizadas e uma sensação de volume no epigástrico.

APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**koro**. Um termo, provavelmente original da Malásia, que se refere a um episódio de ansiedade súbita e intensa de que o pênis (ou, em mulheres, a vulva e mamilos) irá retrair-se e penetrar no corpo, talvez causando a morte. A síndrome é relatada no sul e leste da Ásia, onde é conhecida por uma variedade de termos locais, como **shuk yang**, **shook yong** e **suo yang** (China); **jinjinia bema** (Assam) ou **rok-joo** (Tailândia). Ocasionalmente, o koro ocorre no ocidente. Em certas áreas da Ásia Oriental, o koro ocorre, ocasionalmente, de uma forma epidêmica localizada. Este diagnóstico é incluído na **Classificação Chinesa de Transtornos Mentais, Segunda Edição (CCMD-2)**.

APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**latah**. Hipersensibilidade ao susto súbito, muitas vezes com ecopraxia, ecolalia, obediência automática e comportamento dissociativo ou tipo transe. O termo **latah** tem origem na Malásia ou Indonésia, mas a síndrome tem sido descoberta em muitas partes do mundo. Outros termos para esta condição incluem **amurakh**, **irkunii**, **ikota**, **olan**, **myriachit** e **menkeiti** (grupos da Sibéria); **bah tschi**, **bah-tsi**, **baah-ji** (Tailândia); **imu** (Ainu, Sakhalin, Japão); **mali-mali** e **silok** (Filipinas). Na Malásia, ela é mais freqüente em mulheres de meia-idade.

APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**locura**. Um termo usado por latinos nos Estados Unidos e na América Latina, para referir-se a uma forma de psicose severa. A condição é atribuída a uma vulnerabilidade herdada, ao efeito de múltiplas dificuldades da vida ou a uma combinação desses fatores. Os sintomas apresentados por pessoas com "locura" incluem incoerência, agitação, alucinações auditivas e visuais, incapacidade para obedecer a regras de interação social, imprevisibilidade e possível violência.

APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**mau olhado**. Um conceito amplamente encontrado em culturas do Mediterrâneo e

em outros locais do mundo inteiro. As crianças estão em risco especial. Os sintomas incluem sono interrompido, choro sem causa aparente, diarreia, vômitos e febre em um bebê ou criança pequena. Ocasionalmente, adultos (em especial mulheres) apresentam a condição.

#### APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**nervos.** Um termo comum para a expressão de sofrimento entre os latinos nos Estados Unidos e na América Latina. Outros grupos étnicos têm idéias relacionadas, embora freqüentemente um pouco diferentes, de "nervos" (tais como **nevra** entre os gregos da América do Norte). O termo **nervos** refere-se tanto a um estado de vulnerabilidade geral a experiências estressantes da vida quanto a uma síndrome causada por circunstâncias difíceis da vida. O termo **nervos** inclui uma ampla faixa de sintomas de sofrimento emocional, perturbação somática e incapacidade para funcionar. Sintomas comuns incluem cefaléias e "dor no cérebro", irritabilidade, perturbações estomacais, dificuldades com o sono, inquietação, choro fácil, incapacidade para concentrar-se, tremores, sensações de formigamento no corpo e tontura, com ocasionais exacerbações tipo vertigem. "Nervos" tende a ser um problema contínuo, embora variável no grau de incapacitação manifestada. Esta é uma síndrome bastante ampla, que vai desde casos com ausência de um transtorno mental até apresentações semelhantes ao Transtorno de Ajustamento, a Transtornos de Ansiedade e aos Transtornos da Personalidade Depressiva ou Dissociativa, Transtornos Somatoformes ou Psicóticos. O diagnóstico diferencial dependerá da constelação de sintomas experimentados, tipo de acontecimentos sociais associados com o início e evolução do "nervos" e nível de incapacitação experimentada.

#### APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**pibloktoq.** Um episódio dissociativo abrupto acompanhado de extrema excitação por até 30 minutos e freqüentemente seguido de crises convulsivas e coma durando até 12 horas. A síndrome é observada primariamente em comunidades esquimós árticas e sub-árticas, embora existam variações regionais em seu nome. O indivíduo pode mostrar-se retraído ou levemente irritável por algumas horas ou dias antes do ataque e, tipicamente, relata completa amnésia para ele. Durante o ataque, o indivíduo pode rasgar e tirar as próprias roupas, quebrar móveis, gritar obscenidades, comer fezes, fugir de locais onde estaria protegido ou executar outros atos irracionais ou perigosos.

#### APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**reação psicótica de qi-gong.** Um termo que descreve um episódio agudo e de duração limitada, caracterizado por sintomas dissociativos, paranóides ou outros, psicóticos ou não-psicóticos, que podem ocorrer após a participação em práticas



chinesas populares de qi-gong ("exercício da energia vital"), para melhoria da saúde. Os indivíduos que se envolvem demasiadamente na prática são especialmente vulneráveis. Este diagnóstico é incluído na **Classificação Chinesa de Transtornos Mentais**, Segunda Edição (CCMD-2).

APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**"trabalho"**. Um conjunto de interpretações culturais que atribui a doença a bruxarias, feitiço, magia ou influência malévola de outra pessoa. Os sintomas podem incluir ansiedade generalizada e queixas gastrintestinais (por ex., náusea, vômitos, diarreia), fraqueza, tonturas, medo de ser envenenado e, ocasionalmente, medo de ser assassinado ("morte por vodu"). "Trabalhos", "feitiços" ou "encantamentos" podem ser "preparados" ou colocados em outras pessoas, causando uma variedade de problemas emocionais e psicológicos. A pessoa sob influência de um "trabalho" pode até mesmo temer a morte, até que este "trabalho" seja "desfeito" (eliminado), geralmente através de um curandeiro, que também pode ser solicitado a fazer "trabalhos" contra um inimigo. Este conceito é encontrado no sul dos Estados Unidos ("rootwork"), entre populações tanto afro-americanas quanto euro-americanas e nas sociedades do Caribe. Também é conhecido como **mal puesto** ou **brujeria**, nas sociedades latinas.

APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**sangue dormido**. Esta síndrome é encontrada na população da ilha de Cabo Verde, em Portugal (e em imigrantes portugueses nos Estados Unidos) e inclui dor, torpor, tremor, paralisia, convulsões, acidente cérebro-vascular, cegueira, ataque de pânico, infecção e aborto espontâneo.

APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**shenjing shuairuo** ("neurastenia"). Na China, uma condição caracterizada por fadiga física e mental, tontura, cefaléias, outras dores, dificuldades de concentração, perturbação do sono e perda de memória. Outros sintomas incluem problemas gastrintestinais, disfunção sexual, irritabilidade, excitabilidade e vários sinais sugerindo perturbação do sistema nervoso autônomo. Em muitos casos, os sintomas satisfariam os critérios para um Transtorno de Ansiedade ou do Humor do DSM-IV. Este diagnóstico é incluído na **Classificação Chinesa de Transtornos Mentais**, Segunda Edição (CCMD-2).

APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura

**shen-k'uei** (Taiwan); **shenkui** (China). Uma designação chinesa descrevendo acentuada ansiedade ou sintomas de pânico com queixas somáticas

concomitantes, para os quais nenhuma causa física pode ser demonstrada. Os sintomas incluem tontura, dor lombar, cansaço, fraqueza geral, insônia, sonhos freqüentes e queixas de disfunção sexual (tais como ejaculação precoce e impotência). Os sintomas são atribuídos à perda excessiva de sêmen por intercurso freqüente, masturbação, polução noturna ou micção de "urina turva esbranquiçada", que supostamente contém sêmen. A perda excessiva de sêmen é temida em razão da crença de que isto representa a perda da própria essência vital e pode, portanto, apresentar risco de vida.

**APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura**

**shin-byung.** Um rótulo tradicional coreano para uma síndrome cujas fases iniciais são caracterizadas por ansiedade e queixas somáticas (fraqueza geral, tontura, medo, anorexia, insônia, problemas gastrintestinais), com dissociação subsequente e possessão por espíritos ancestrais.

**APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura**

**transe.** Um estado no qual os indivíduos "comunicam-se" com parentes falecidos ou com espíritos. Às vezes, este estado está associado com breves períodos de alteração da personalidade. Esta síndrome específica da cultura é vista entre afro-americanos e euro-americanos do Sul dos Estados Unidos. Os transe não são considerados como eventos clínicos na tradição cultural, **mas podem ser concebidos erroneamente como episódios psicóticos em contextos clínicos.**

**APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura**

**susto.** Uma doença ligada à cultura prevalente entre alguns latinos nos Estados Unidos e entre mexicanos, centro-americanos e sul-americanos. O susto também é chamado de **espanto, pasmo, tripa ida, perdida del alma** ou **chibih**. O susto é uma doença atribuída a um acontecimento assustador, que faz com que a alma abandone o corpo, provocando infelicidade e melancolia. Os indivíduos com susto também experimentam tensão significativa em papéis sociais importantes. Os sintomas podem aparecer a qualquer momento, de dias a anos após a vivência do acontecimento atemorizante. Em casos extremos, o susto pode, presumivelmente, resultar em morte. Sintomas típicos incluem perturbações do apetite, sono excessivo ou inadequado, sonhos ou sono perturbado, sentimentos de tristeza, falta de motivação para fazer qualquer coisa e sensações de indignidade ou sujeira. Os sintomas somáticos que acompanham o susto incluem dores musculares, cefaléia, dor abdominal e diarreia. Curas rituais focalizam-se em chamar a alma de volta ao corpo e em "limpar" a pessoa, para restaurar o equilíbrio corporal e espiritual. Diferentes experiências de susto podem estar relacionadas a Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtornos Somatoformes. Crenças etiológicas e configurações sintomáticas

similares são encontradas em muitas partes do mundo.

**APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura**

**taijin kyofusho.** Uma fobia culturalmente singular do Japão, assemelhando-se, em alguns aspectos, à Fobia Social no DSM-IV. Esta síndrome refere-se ao intenso medo de um indivíduo de que seu corpo, partes ou funções dele, desagradem, embaracem ou ofendam outras pessoas, devido à sua aparência, odor, expressões faciais ou movimentos. Esta síndrome é incluída no sistema diagnóstico oficial do Japão para transtornos mentais.

**APÊNDICES \ Apêndice I Plano para Formulação Cultural e Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura \ Glossário para Síndromes Ligadas à Cultura**

**zar** Um termo geral aplicado na Etiópia, Somália, Egito, Sudão, Irã e outras sociedades da África do Norte e do Oriente Médio para a experiência de possessão de um indivíduo por espíritos. As pessoas possuídas por um espírito podem vivenciar episódios dissociativos que incluem gritar, dar risadas, bater com a cabeça contra uma parede, cantar ou chorar. Os indivíduos podem demonstrar apatia e retraimento, recusando-se a comer ou executar atividades diárias, ou desenvolver um relacionamento a longo prazo com o espírito que os possui. Este comportamento não é considerado patológico na cultura local.

**APÊNDICES**

## Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV**

**APÊNDICE D(236)**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV**

Uma vez que o DSM-IV se propõe a ser usado por um grupo diversificado de profissionais da saúde mental em uma variedade de contextos, o Grupo de Trabalho para o DSM-IV e os Grupos de Trabalho específicos solicitaram e encorajaram a participação de uma vasta gama de profissionais, que serviram de consultores para o Grupo de Trabalho e os Grupos de Trabalho específicos. Os consultores incluíram membros de outras associações de saúde, clínicos da prática privada, pesquisadores, especialistas forenses, especialistas em questões relativas a gênero, idade e cultura e em questões internacionais. Os grupos de consultoria identificaram questões pertinentes relativas a cada diagnóstico,

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



desenvolveram e criticaram revisões da literatura, textos e critérios e participaram de projetos de estudos de campo e reanálise de dados. O Grupo de Trabalho para o DSM-IV e os membros dos Grupos de Trabalho específicos estendem seu apreço e profunda gratidão aos indivíduos e organizações que contribuíram tão generosamente com seu tempo e conhecimentos.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV**

**Consultores para os Grupos de Trabalhos**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos**

**Consultores para os Transtornos de Ansiedade**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para os Transtornos de Ansiedade**

W. Stewart Agras, M.D.  
Hagop Akiskal, M.D.  
Lauren Bersh Alloy, M.D.  
James Barbie, M.D.  
Aaron T. Beck, M.D.  
Jean Beckham, Ph.D.  
Deborah C. Beidel, Ph.D.  
Istvan Bitter, M.D.  
Arthur S. Blank, Jr., M.D.  
Thomas D. Borkovec, Ph.D.  
Loretta E. Braxton, Ph.D.  
Naomi Breslau, Ph.D.  
Elizabeth Brett, Ph.D.  
Evelyn Bromet, Ph.D.  
Timothy A. Brown, Psy.D.  
Allan Burstein, M.D.  
David M. Clark, Ph.D.  
Lee Anna Clark, Ph.D.  
Deborah S. Cowley, M.D.  
Michelle G. Craske, Ph.D.  
Raymond R. Crowe, M.D.  
George C. Curtis, M.D.  
Yael Danieli, Ph.D.  
Joseph A. Deltito, M.D.

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Peter A. DiNardo, Ph.D.  
Keith Stephen Dobson, Ph.D.  
Spencer Eth, M.D.  
John Fairbank, Ph.D.  
Brian Fallon, M.D.  
Charles Figley, Ph.D.  
Stephen M. Ford, M.D.  
Ellen Frank, Ph.D.  
Mathew Friedman, M.D.  
Kishore Gadde, M.D.  
Ronald Ganellen, Ph.D.  
Michael Gelder, M.D.  
Earl Giller, M.D.  
Wayne Goodman, M.D.  
Tana Grady, M.D.  
Bonnie Green, Ph.D.  
Peter J. Guarnaccia, Ph.D.  
Richard Heimberg, Ph.D.  
John E. Helzer, M.D.  
Judith Herman, M.D.  
Rudolf Hoehn-Saric, M.D.  
Steve Ken Hoge, M.D.  
Eric Hollander, M.D.  
Mardi Horowitz, M.D.  
Tom Insel, M.D.  
Michael Jenike, M.D.  
Wayne Katon, M.D.  
Heinz Katschnig, M.D.  
Terrance Keane, Ph.D.  
Dean Kilpatrick, Ph.D.  
Laurence Kirmayer,  
Donald F. Klein, M.D.  
Stuart Kleinman, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para os Transtornos de Ansiedade**

Gerald L. Klerman, M.D. (falecido)  
Lawrence Kolb, M.D.  
Michael J. Kozak, Ph.D.  
Cynthia Last, Ph.D.  
Bernard Lerer, M.D.  
Andrew Levin, M.D.  
R. Bruce Lydiard, M.D., Ph.D.  
Salvatore Mannuzza, Ph.D.  
John S. March, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

## **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

**Andrew Mathews, Ph.D.**  
**Matig Mavissakalian, M.D.**  
**Alexander McFarlane, M.B., B.S. (Hons.), M.D.**  
**Richard McNally, M.D.**  
**Charles A. Meyer, Jr., M.D.**  
**Karla Moras, Ph.D.**  
**Dennis Munjack, M.D.**  
**Lars Goran Öst, Ph.D.**  
**Howard Parad, D.S.W.**  
**Kok Lee Peng, M.D.**  
**Roger Pitman, M.D.**  
**Robert Pynoos, M.D.**  
**Ronald M. Rapee, Ph.D.**  
**Beverley Raphael, M.D.**  
**Steven Rasmussen, M.D.**  
**James Reich, M.D., M.P.H.**  
**Patricia Resnick, Ph.D.**  
**Jeffrey C. Richards, Ph.D.**  
**Karl Rickels, M.D.**  
**John H. Riskind, Ph.D.**  
**Sir Martin Roth, M.D.**  
**Barbara Rothbaum, Ph.D.**  
**Peter Roy-Byrne, M.D.**  
**Philip Saigh, Ph.D.**  
**Paul Salkovskis, Ph.D.**  
**William C. Sanderson, Ph.D.**  
**Franklin Schneier, Ph.D.**  
**Javaid Sheikh, M.D.**  
**Zahava Soloman, M.D.**  
**Susan Solomon, Ph.D.**  
**Larry H. Strasburger, M.D., Ph.D.**  
**Suzanne Sutherland, M.D.**  
**Richard Swinson, M.D.**  
**Lenore Terr, M.D.**  
**Peter Trower, Ph.D.**  
**Samuel M. Turner, Ph.D.**  
**Thomas Uhde, M.D.**  
**David Watson, Ph.D.**  
**Hans Ulrich Wittchen, Ph.D.**  
**Patti Zetlin, M.S.W.**  
**Richard Zinbarg, Ph.D.**  
**Joseph Zohar, M.D.**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos**

**© Editora Artes Médicas Sul Ltda**



**ARTES  
MÉDICAS**

---

**Consultores para Delirium, Demência,  
Transtornos Amnésicos e Outros  
Transtornos Cognitivos**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos**

Frank Benson, M.D.  
John Breitner, M.D.  
Steve Buckingham, D.S.W.  
Nelson Butters, Ph.D.  
Steven Cohen-Cole, M.D.  
Jeffrey Lee Cummings, M.D.  
Horacio Fabrega, Jr., M.D.  
Barry Fogel, M.D.  
Robert P. Granacher, M.D., Ph.D.  
Robert C. Green, M.D.  
Robert Heaton, M.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
K. Ranga Rama Krishnan, M.D.  
Keh-Ming Lin, M.D.  
Zbigniew Lipowski, M.D.  
Alwyn Lishman, M.D.  
Richard Mayeux, M.D.  
Marsel Mesulam, M.D.  
Vernon Nepe, M.D.  
Barry Reisberg, M.D.  
Sir Martin Roth, M.D.  
David Rubinow, M.D.  
Randy Schiffer, M.D.  
Michael Taylor, M.D.  
Linda Teri, Ph.D.  
Allan Yozawitz, M.D.  
Stuart C. Yudofsky, M.D.  
Michael Zaudig, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos**

**Consultores para Transtornos Geralmente  
Diagnosticados pela Primeira Vez na**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Infância ou Adolescência**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**

Marc Amaya, M.D.  
Lisa Amaya-Jackson, M.D.  
Adrian Angold, M.B., B.S., M.R.C. Psych.  
William Arroyo, M.D.  
Robert F. Asarnow, Ph.D.  
George Bailey, M.D.  
Joseph Biederman, M.D.  
Ray Blanchard, Ph.D.  
Lewis M. Bloomingdale, M.D.  
John Bradford, M.D.  
Joel Bregman, M.D.  
Glorissa Canino, Ph.D.  
Ian Alberto Canino, M.D.  
Iris Chagwedera, Ph.D.  
Dante Cicchetti, Ph.D.  
Susan Coates, Ph.D.  
Patricia Cohen, Ph.D.  
C. Keith Conners, Ph.D.  
Jane Costello, M.D.  
Charles Davenport, M.D.  
Robert Delong, M.D.  
Martha Denckla, M.D.  
Park Elliott Dietz, M.D., Ph.D.  
Craig Donnelly, M.D.  
Felton Earls, M.D.  
L. Erlenmeyer-Kimling, Ph.D.  
Jack Fletcher, Ph.D.  
Steven Forness, Ed.D.  
Richard Green, M.D., J.D.  
Laurence Greenhill, M.D.  
Stanley Greenspan, M.D.  
Richard L. Gross, M.D.  
Robert Harmon, M.D.  
Lily Hechtman, M.D.  
Margaret Hertzog, M.D.  
James J. Hudziak, M.D.  
Peter Jensen, M.D.  
Gloria Johnson-Powell, M.D.  
Robert King, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Mindy Krotick, M.A.  
Cynthia Last, Ph.D.  
James Leckman, M.D.  
James Lee, M.D.  
Stephen Levine, M.D.  
John Lochman, M.D.  
Catherine Lord, Ph.D.  
John S. March, M.D.  
James McKinney, Ph.D.  
Jon Meyer, M.D.  
Heino F. L. Meyer-Bahlburg, Dr. rer. nat.  
Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**

Klaus Minde, M.D.  
David Mrazek, M.D.  
Joy Osofsky, Ph.D.  
Ira Pauly, M.D.  
Gary Peterson, M.D.  
Sally Provence, M.D.  
Joaquim Puig-Antich, M.D. (falecido)  
Kathleen May Quinn, M.D.  
Steven Rasmussen, M.D.  
Robert J. Reichler, M.D.  
Mark A. Riddle, M.D.  
Edward Ritvo, M.D.  
Richard Rosner, M.D.  
Byron Rourke, Ph.D.  
Diane H. Schetky, M.D.  
Eric Schopler, Ph.D.  
Rourke Schopler, Ph.D.  
Arthur Shapiro, M.D.  
Theodore Shapiro, M.D.  
Bennet Shaywitz, M.D.  
Larry Silver, M.D.  
Robert Stoller, M.D. (falecido)  
Alan Stone, M.D.  
Peter Szatmari, M.D.  
Ludwig Szymanski, M.D.  
Paula Tallal, Ph.D.  
Kenneth Towbin, M.D.  
Luke Tsai, M.D.  
Kenneth Jay Weiss, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Myrna M. Weissman, Ph.D.  
Elizabeth Weller, M.D.  
Karen Wells, Ph.D.  
Agnes Whittaker, M.D.  
Janet B. W. Williams, D.S.W.  
Ronald Winchel, M.D.  
Allan Yozawitz, M.D.  
Kenneth J. Zucker, Ph.D.  
Barry Zuckerman, M.D.  
Bernard Zuger, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos**

**Consultores para Transtornos Alimentares**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Transtornos Alimentares**

W. Stewart Agras, M.D.  
Arnold Anderson, M.D.  
William Berman, Ph.D.  
Peter Beumont, M.D.  
Barton J. Blinder, M.D.  
Susan Jane Blumenthal, M.D.  
LCDR James M. Blunt  
Harry A. Brandt, M.D.  
Timothy D. Brewerton, M.D.  
Kelly Brownell, Ph.D.  
Gabrielle A. Carlson, M.D.  
Eva Carr, M.A.  
Regina Casper, M.D.  
Leslie Citrome, M.D.  
Peter J. Cooper, M.D.  
Arthur H. Crisp, M.D.  
Maria DaCosta, M.D.  
Bonnie Dansky, Ph.D.  
Michael Devlin, M.D.  
Adam Drewnowski, Ph.D.  
Elke Eckert, M.D.  
Robert Edelman, M.D.  
Christopher Fairburn, M.D.  
Madeline Fernstrom, Ph.D.  
Manfred Fichter, M.D.  
Martine Flament, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

## **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Henri Flikier, A.C.S.W.  
Victor Fornari, M.D.  
Chris Freeman, M.D.  
David M. Garner, Ph.D.  
Philip W. Gold, M.D.  
Harry E. Gwirtsman, M.D.  
Deborah Hasin, Ph.D.  
C. Peter Herman, Ph.D.  
David Herzog, M.D.  
Jules Hirsch, M.D.  
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
L.K. George Hsu, M.D.  
James I. Hudson, M.D.  
Laurie Humphries, M.D.  
Philippe Jeammet, M.D.  
David C. Jimerson, M.D.  
Craig Johnson, Ph.D.  
Ross S. Kalucy, M.D.  
Jack L. Katz, M.D.  
Walter Kaye, M.D.  
Justin Kenardy, Ph.D.  
Kenneth S. Kendler, M.D.  
Sid Kennedy, M.D.  
Dean Kilpatrick, Ph.D.  
Dean D. Krahn, M.D.  
Sing Lee, M.R.C.Psych.  
Pierre Leichner, M.D.  
Harold Leitenberg, Ph.D.  
Jill Leolbonne, M.D.  
Gloria Leon, Ph.D.  
Katharine Loeb, B.A.  
Alexander R. Lucas, M.D.  
Marsha Marcus, Ph.D.  
Valerie Rae McClain, B.A.  
Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.  
Julian Morrow, Ph.D.  
Claes Norring, Dr.Med.Sc.  
Patrick O'Conner, Ph.D.  
Marion P. Olmstead, Ph.D.  
Carol B. Peterson, Ph.D.  
Karl Pirke, M.D.  
Janet Polivy, Ph.D.  
Harrison Pope, M.D.  
Charles Portney, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

**Albert M. Powell, M.D.**  
**Raymond Prince, M.D.**  
**Richard Pyle, M.D.**  
**Ellen Raynes, Psy.D.**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Transtornos Alimentares**

**Rory Richardson, M.A.**  
**Cheryl Ritenbaugh, Ph.D., M.P.H.**  
**Paul Robinson, M.D.**  
**Judith Rodin, Ph.D.**  
**Barbara J. Rolls, Ph.D.**  
**James Rosen, Ph.D.**  
**Gerald Russell, M.D.**  
**Ronna Saunders, L.C.S.W.**  
**Joseph Silverman, M.D.**  
**Michael Strober, Ph.D.**  
**Albert J. Stunkard, M.D.**  
**Allan Sugarman, M.D.**  
**George Szukler, M.D.**  
**Sten Theander, M.D.**  
**Suellen Thomsen, B.A.**  
**David Tobin, Ph.D.**  
**Walter Vandereycken, M.D.**  
**David Veale, M.R.C.Psych.**  
**Kelly Bemis Vitousek, Ph.D.**  
**Thomas Wadden, Ph.D.**  
**David Waller, M.D.**  
**Winnie Weeda-Mannak, Ph.D.**  
**Herbert Weiner, M.D.**  
**Mitchel Weiss, M.D., Ph.D.**  
**David Wheadon, M.D.**  
**Rena Wing, M.D.**  
**Steve Wonderlich, Ph.D.**  
**Susan Wooley, Ph.D.**  
**Wayne Wooley, Ph.D.**  
**Judith Wurtman, Ph.D.**  
**Joel Yager, M.D.**  
**Susan Yanovski, M.D.**  
**Preston Zucker, M.D.**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos**

**© Editora Artes Médicas Sul Ltda**



**ARTES  
MÉDICAS**

---

**Consultores para Transtornos do Humor**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Transtornos do Humor**

Hagop Akiskal, M.D.  
Jay Amsterdam, M.D.  
Jules Angst, M.D.  
Paul S. Appelbaum, M.D.  
Marie Asberg, M.D.  
David Avery, M.D.  
Aaron T. Beck, M.D.  
James C. Beck, M.D.  
Dan Blazer, M.D.  
Charles Bowden, M.D.  
Ian Brockington, M.D.  
Susan B. Campbell, Ph.D.  
Dennis P. Cantwell, M.D.  
Bernard J. Carroll, M.D. Ph.D.  
Giovanni Cassano, M.D.  
Paul Chodoff, M.D.  
William Coryell, M.D.  
John L. Cox, D.M.  
Jonathan Davidson, M.D.  
John Davis, M.D.  
Christine Dean, M.D.  
Robert Delong, M.D.  
J. Raymond DePaulo, M.D.  
Jean Endicott, Ph.D.  
Cecile Ernst, M.D.  
Max Fink, M.D.  
Leslie M. Forman, M.D.  
Linda George, Ph.D.  
Robert Gerner, M.D.  
Elliot Gershon, M.D.  
William Goldstein, M.D.  
Byron Good, Ph.D.  
Frederick K. Goodwin, M.D.  
Thomas Gordon Gutheil, M.D.  
Wilma M. Harrison, M.D.  
Jonathon M. Himmelhoch, M.D.  
Robert M. A. Hirschfeld, M.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
Charles Holzer III, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Robert Howland, M.D.**

**Emily Hoyer, B.A.**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Transtornos do Humor**

**James Jefferson, M.D.**

**Ira Katz, M.D.**

**Gabor Keitner, M.D.**

**Robert Kendell, M.D.**

**Kenneth S. Kendler, M.D.**

**Daniel Klein, Ph.D.**

**Gerald L. Klerman, M.D. (falecido)**

**James Kocsis, M.D.**

**Harold Koenig, M.D.**

**Ernest Kovacs, M.D.**

**Helena Kraemer, Ph.D.**

**K. Ranga Rama Krishnan, M.D.**

**Andrew Krystal, M.D.**

**David J. Kupfer, M.D.**

**Jacqueline LaLive, M.D.**

**Peter Lewinshon, Ph.D.**

**Wolfgang Maier, M.D.**

**John Mann, M.D.**

**Spero Manson, Ph.D.**

**James P. McCullough, Ph.D.**

**Patrick McGrath, M.D.**

**Julien Mendelewicz, M.D.**

**Kathleen Merikangas, Ph.D.**

**Robert Michels, M.D.**

**Ivan Miller, Ph.D.**

**Phyllis Nash, D.S.W.**

**Michael O'Hara, Ph.D.**

**David Osser, M.D.**

**Gordon Parker, M.D.**

**Barbara Parry, M.D.**

**Eugene Paykel, M.D.**

**Kok Lee Peng, M.D.**

**Fredrick Petty, M.D., Ph.D.**

**Robert M. Post, M.D.**

**Daniel Purdy, A.B.**

**Frederic Quitkin, M.D.**

**Judith G. Rabkin, Ph.D.**

**Ted Reich, M.D.**

**Richard Ries, M.D.**

**Donald Robinson, M.D.**

**© Editora Artes Médicas Sul Ltda**



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Holly Rogers, M.D.  
Jerrold F. Rosenbaum, M.D.  
Norman Rosenthal, M.D.  
Anthony Rothschild, M.D.  
Alec Roy, M.D.  
Cordelia Russell, B.A.  
Alan Schatzberg, M.D.  
Jan Scott, Ph.D.  
Tracie Shea, Ph.D.  
Anne Simmons, Ph.D.  
Stuart Sotsky, M.D.  
David Steffens, M.D.  
Jonathan Stewart, M.D.  
Larry H. Strasburger, M.D., Ph.D.  
Trisha Suppes, M.D., Ph.D.  
Michael Thase, M.D.  
Richard Weiner, M.D.  
Jan Weissenburger, M.A.  
Myrna M. Weissman, Ph.D.  
Kenneth Wells, M.D.  
Peter C. Whybrow, M.D.  
George Winokur, M.D.  
Anna Wirz-Justice, Ph.D.  
Hans Ulrich Wittchen, Ph.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos**

**Consultores para Questões Multi-Axiais**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Questões Multi-Axiais**

Jonathan F. Borus, M.D.  
Kathleen Buckwalter, Ph.D.  
Fredrich Busch, M.D.  
Eric Douglas Caine, M.D.  
Thomas Carli, M.D.  
Arnold Cooper, M.D.  
Paul Crits-Christoph, M.D.  
Susan Fine, M.A.  
Paul J. Fink, M.D.  
Jack Froom, M.D.  
Akira Fujinawa, M.D.  
Daniel W. Gillette, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

## **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

**Robert Glick, M.D.**  
**Byron Good, Ph.D.**  
**Richard E. Gordon, M.D., Ph.D.**  
**Barry Gurland, M.D.**  
**Herta A. Guttman, M.D.**  
**Richard Hall, M.D.**  
**Mardi Horowitz,, M.D.**  
**Charles Hughes, Ph.D.**  
**T. Byram Karasu, M.D.**  
**James Karls, D.S.W.**  
**Florence Kaslow, Ph.D.**  
**Otto Kernberg, M.D.**  
**Gerald L. Klerman, M.D. (falecido)**  
**Thomas Kuhlman, Ph.D.**  
**Powell Lawton, Ph.D.**  
**Joshua D. Lipsitz, Ph.D.**  
**Christine Lloyd, M.D.**  
**Lester Luborsky, M.D.**  
**Roger Mackinnon, M.D.**  
**Carolyn Mazure, Ph.D.**  
**Theodore Millon, Ph.D.**  
**Glen Pearson, M.D.**  
**J. Christopher Perry, M.D.**  
**George H. Pollock, M.D.**  
**Joseph M. Rey, Ph.D.**  
**Lawrence Rockland, M.D.**  
**Geoffrey Shrader, M.D.**  
**Ronald C. Simons, M.D., M.A.**  
**Alan Stoudemire, M.D.**  
**James J. Strain, M.D.**  
**John S. Strauss, M.D.**  
**Christopher Tennant, M.D.**  
**Mary Durand Thomas, R.N., Ph.D.**  
**Virginia Tilden, R.N., D.N.Sc.**  
**George Vaillant, M.D.**  
**Holly Skodol Wilson, R.N. Ph.D.**  
**Ronald M. Wintrob, M.D.**  
**Lyman C. Wynne, M.D., Ph.D.**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos**

### **Consultores para Transtornos da Personalidade**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS



**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Transtornos da Personalidade**

Gerald Adler, M.D.  
Salman Akhtar, M.D.  
Hagop Akiskal, M.D.  
Norimassa Akuta, M.D.  
Renato Daniel Alarcon, M.D., M.P.H.  
Arthur Alterman, Ph.D.  
Antonio Andreoli, M.D.  
Paul S. Appelbaum, M.D.  
Beng-Ake Armelius, Ph.D.  
Lorna Smith Benjamin, Ph.D.  
Mark Berelowitz, M.D.  
Jack Brandes, M.D.  
Remi Cadoret, M.D.  
Paul Chodoff, M.D.  
Lee Anna Clark, Ph.D.  
John Clarkin, Ph.D.  
C. Robert Cloninger, M.D.  
Jerome Cohen, D.S.W.  
Karyl Cole, M.D.  
Arnold Cooper, M.D.  
Paul Costa, Ph.D.  
Alv A. Dahl, M.D.  
Carl Eisdorfer, M.D., Ph.D., M.S.W.  
Edward F. Foulks, M.D. Ph.D.  
John Frosch, M.D.  
William Golstein, M.D.  
Seymour L. Halleck, M.D.  
Robert Hare, Ph.D.  
Judith Herman, M.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
Mardi Horowitz, M.D.  
Stephen W. Hurt, Ph.D.  
Steven Hyler, M.D.  
Karen John, M.D.  
Patricia Judd, M.S.W.  
Charles Kaelber, M.D.  
Oren Kalus, M.D.  
Kenneth S. Kendler, M.D.  
Otto Kernberg, M.D.  
Donald Kiesler, Ph.D.  
Daniel Klein, Ph.D.  
Donald F. Klein, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Arthur Kleinman, M.D., Ph.D.  
Harold Koenigsberg, M.D.  
Jerome Kroll, M.D.  
Marsha Linehan, Ph.D.  
Paul Links, M.D.  
John Lion, M.D.  
W. John Livesley, M.D.  
Armand Loranger, Ph.D.  
Spencer Lyerly, Ph.D.  
Michael Lyons, Ph.D.  
K. Roy MacKenzie, M.D.  
Roger Mackinnon, M.D.  
Nikolas Manos, M.D.  
James Masterson, M.D.  
Robert McCrae, Ph.D.  
Thomas McGlashan, M.D.  
Robert David Miller, M.D., Ph.D.  
Leslie Morey, Ph.D.  
Ole Mors, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Transtornos da Personalidade**

Kazuhisa Nakao, M.D.  
H. George Nurnberg, M.D.  
John Oldham, M.D.  
Yutaka Ono, M.D.  
Stephen L. Oxley, Ph.D.  
Joel Paris, M.D.  
Gordon Parker, M.D.  
Glen Pearson, M.D.  
Kok Lee Peng, M.D.  
J. Christopher Perry, M.D.  
Ethel Person, M.D.  
Katharine Anne Phillips, M.D.  
Paul Pilkonis, Ph.D.  
Harrison Pope, M.D.  
Charles Pull, M.D.  
James Reich, M.D., M.P.H.  
William H. Reid, M.D.  
Lee Robins, Ph.D.  
Elsa Ronningstam, Ph.D.  
Loren Henry Roth, M.D.  
Robert Ruegg, M.D.  
Pedro Ruiz, M.D.  
A. John Rush, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

---

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Mavin Schwartz, M.D.  
Richard Selman, M.D.  
Kenneth Silk, M.D.  
Bennett Simon, M.D.  
Richard C. Simons, M.D.  
Erik Simonsen, M.D.  
Andrew Edward Skodol II, M.D.  
Paul Harris Soloff, M.D.  
Stephen Sternbach, M.D.  
Alan Stone, M.D.  
Michael Stone, M.D.  
Lawrence Tancredi, M.D.  
Alex Tarnopolsky, M.D.  
Auke Tellegen, Ph.D.  
Pekka Tienari, M.D.  
Svenn Torgensen, M.D.  
Joseph Triebwasser, M.D.  
Robert Tringone, Ph.D.  
Timothy Trull, Ph.D.  
Peter Tyrer, M.D.  
Lindsey Tweed, M.D.  
T. Bedirhan Ustun, M.D.  
Per Vaglum, M.D.  
Sonya Vaglum, M.D.  
George Vaillant, M.D.  
Lenore B. Walker, Ed.D.  
Dermot Walsh, M.B.  
Jack Wiggins, Ph.D.  
Jerry Wiggins, Ph.D.  
Mary C. Zanarini, Ed.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos**

**Consultores para Transtorno Disfórico  
Pré-Menstrual**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Transtorno Disfórico Pré-Menstrual**

Elissa P. Benedek, M.D.  
Sarah Berga, M.D.  
Susan Jane Blumenthal, M.D.  
Leah Joan Dickstein, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Ellen W. Freeman, Ph.D.  
Sheryl Gallant, Ph.D.  
Leslie Gise, M.D.  
Uriel Halbreich, M.D.  
Jean Hamilton, M.D.  
Michelle Harrison, M.D.  
Roger F. Haskett, M.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
Stephen W. Hurt, Ph.D.  
Renee Johns, B.A.  
W. Keye, Jr., M.D.  
Martha Kirkpatrick, M.D.  
Martha McClintock, Ph.D.  
Margaret L. Moline, Ph.D.  
Carol C. Nadelson, M.D.  
Howard Osofsky, M.D.  
Mary Brown Parlee, Ph.D.  
Jeff Rausch, M.D.  
Robert Reid, M.D.  
R. Rhodes, M.D.  
Ana Rivera-Tovar, Ph.D.  
Gail Robinson, M.D.  
Miriam Rosenthal, M.D.  
Peter Roy-Byrne, M.D.  
David Rubinow, M.D.  
Paula Schnurr, Ph.D.  
John Steege, M.D.  
Meir Steiner, M.D., Ph.D.  
Donna Stewart, M.D.  
Anna Stout, M.D.  
Lenore B. Walker, Ed.D.  
David Youngs, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos**

**Consultores para Transtornos Psiquiátricos dos  
Sistemas de Interface  
( Transtornos de Ajustamento, Dissociativo, Factício,  
de Controle dos Impulsos e Somatoforme e Fatores  
Psicológicos que Afetam a Condição Médica )**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

---

**de Trabalhos \ Consultores para Transtornos Psiquiátricos dos Sistemas de Interface ( Transtornos de Ajustamento, Dissociativo, Factício, de Controle dos Impulsos e Somatoforme e Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica )**

**Paul S. Appelbaum, M.D.**  
**Allyson Ashley, D.S.W.**  
**Arthur J. Barsky, M.D.**  
**David H. Barlow, Ph.D.**  
**Johnathon O. Beahrs, M.D.**  
**David Bear, M.D.**  
**Gale Beardsley, M.D.**  
**Sidney Benjamin, M.D., M.Phil.**  
**Kenneth Bowers, Ph.D.**  
**John Bradford, M.D.**  
**Bennett Braun, M.D.**  
**Etzel Cardena, Ph.D.**  
**James Chu, M.D.**  
**Catherine Classen, Ph.D.**  
**Philip Coons, M.D.**  
**Douglas Detrick, Ph.D.**  
**Robert H. Dworkin, Ph.D.**  
**David Folks, M.D.**  
**Fred Frankel, M.D.**  
**Edward Frischholz, Ph.D.**  
**George Fulup, M.D.**  
**Rollin Gallagher, M.D.**  
**Jeffrey Geller, M.D.**  
**Daniel W. Gillette, M.D.**  
**Michael G. Goldstein, M.D.**  
**Veerainder Goli, M.B.**  
**Carlos A. Gonzalez, M.D.**  
**Junius Gonzales, M.D.**  
**Michael I. Good, M.D.**  
**Ezra E. H. Griffith, M.D.**  
**Samuel B. Guze, M.D.**  
**Seymour L. Halleck, M.D.**  
**Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.**  
**Nelson Hendler, M.S., M.D.**  
**Ernest Hilgard, Ph.D.**  
**Steven Ken Hoge, M.D.**  
**Jimmie C. Holland, M.D.**  
**Eric Hollander, M.D.**  
**James J. Hudziak, M.D.**  
**Janis H. Jenkins, Ph.D.**  
**Roger Kathol, M.D.**  
**J. David Kinzie, M.D.**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Laurence Kirmayer, M.D.**  
**Arthur Kleinman, M.D., Ph.D.**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Transtornos Psiquiátricos dos Sistemas de Interface ( Transtornos de Ajustamento, Dissociativo, Factício, de Controle dos Impulsos e Somatoforme e Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica )**

**Richard Kluff, M.D.**  
**Cheryl Koopman, Ph.D.**  
**Donald S. Kornfeld, M.D.**  
**K. Ranga Rama Krishnan, M.D.**  
**John Kurtz, M.D.**  
**Henry R. Lesieur, Ph.D.**  
**James Levenson, M.D.**  
**Roberto Lewis-Fernandez, M.D.**  
**John Lion, M.D.**  
**Zbigniew J. Lipowski, M.D.**  
**Don R. Lipsitt, M.D.**  
**Richard Loewenstein, M.D.**  
**Jeffrey Mattes, M.D.**  
**M. Eileen McNamara, M.D.**  
**Harold Merskey, D.M.**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Transtornos Psiquiátricos dos Sistemas de Interface ( Transtornos de Ajustamento, Dissociativo, Factício, de Controle dos Impulsos e Somatoforme e Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica )**

**Michael Moran, M.D.**  
**George B. Murray, M.D.**  
**John Nemiah, M.D.**  
**Jeffrey Newcorn, M.D.**  
**Raymond Niaura, Ph.D.**  
**Perry M. Nicassio, Ph.D.**  
**Martin Orne, M.D., Ph.D.**  
**Kalpana Pakianathan, M.D.**  
**Robert O. Pasnau, M.D.**  
**Kok Lee Peng, M.D.**  
**Samuel W. Perry, III, M.D.**  
**Gary Peterson, M.D.**  
**John Plewes, M.D.**  
**Stanley L. Portnow, M.D., Ph.D.**  
**Frank Putnam, M.D.**  
**Phillip Jacob Resnick, M.D.**  
**Richard J. Rosenthal, M.D.**

**© Editora Artes Médicas Sul Ltda**



**ARTES  
MÉDICAS**

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Colin A. Ross, M.D.  
John Z. Sadler, M.D.  
Shirley Sanders, Ph.D.  
Stephen M. Saravay, M.D.  
Jonathon F. Silver, M.D.  
Herbert Spiegel, M.D.  
Marlene Steinberg, M.D.  
Robert Stewart, D.S.W.  
Marvin Swartz, M.D.  
Troy L. Thompson II, M.D.  
Moshe Torem, M.D.  
Eldon Tunks, M.D.  
William L. Webb, Jr., M.D. (falecido)  
Kenneth Jay Weiss, M.D.  
Mitchel Weiss, M.D., Ph.D.  
Lewis Jolly West, M.D.  
Ronald Winchel, M.D.  
Thomas Nathan Wise, M.D.  
Dennis Wolf, M.D.  
Derson Young, M.D.  
Stuart C. Yudofsky, M.D.  
Sean Yutzy, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos**

**Consultores para Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

Xavier Amador, Ph.D.  
Stephan Arndt, Ph.D.  
Peter Berner, M.D.  
Istvan Bitter, M.D.  
Donald W. Black, M.D.  
Randy Borum, M.D.  
Malcolm B. Bowers, Jr., M.D.  
H. Stefan Bracha, M.D.  
Ian Brockington, M.D.  
William Carpenter, M.D.  
Richard J. Castillo, Ph.D.  
David Copolov, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Lawrence A. Dunn, M.D.  
William Edell, Ph.D.  
Akira Fujinawa, M.D.  
Carlos A. Gonzalez, M.D.  
Jack Gorman, M.D.  
Igor Grant, M.D.  
Ezra E. H. Griffith, M.D.  
Gretchen Haas, Ph.D.  
Martin Harrow, Ph.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
Janis H. Jenkins, Ph.D.  
Dilip V. Jeste, M.D.  
Marvin Karno, M.D.  
Robert Kendell, M.D.  
Anthony F. Lehman, M.D., M.S.P.H.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

Roberto Lewis-Fernandez, M.D.  
Robert Liberman, M.D.  
Jeffrey Lieberman, M.D.  
Mario Maj, M.D.  
Joseph P. McEvoy, M.D.  
Max McGee, M.D.  
Patrick McGorry, M.B.B.S.  
Herbert Meltzer, M.D.  
Alan Metz, M.D.  
Jeffrey L. Metzger, M.D.  
Mark Richard Munetz, M.D.  
Alistair Munroe, M.D.  
Keith Neuchterlein, Ph.D.  
Yuji Okasaki, M.D.  
Alfonso Ontiveros, M.D., M.Sc.  
Stein Opjordsmoen, Ph.D.  
Ananda K. Pandurangi, M.D.  
Godfrey Pearlson, M.D.  
Delbert Robinson, M.D.  
Nina Schooler, Ph.D.  
Larry Siever, M.D.  
Samuel Siris, M.D.  
John Sweeney, Ph.D.  
Sally Szymanski, D.O.  
Mauricio Tohen, M.D.  
Ming Tso Tsuang, M.D., Ph.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS



**Michael Zaudig, M.D.**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos**

**Consultores para Transtornos Sexuais**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Transtornos Sexuais**

**John Bradford, M.D.**  
**Robert P. Cabaj, M.D.**  
**Dona L. Davis, Ph.D.**  
**Park Elliot Dietz, M.D., Ph.D.**  
**Leslie Gise, M.D.**  
**Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.**  
**Gilbert Herdt, Ph.D.**  
**Steven Ken Hoge, M.D.**  
**Helen Kaplan, M.D.**  
**Kok Lee Peng, M.D.**  
**Anna Stoutt, M.D.**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos**

**Consultores para Transtornos do Sono**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Transtornos do Sono**

**Edward Bixler, M.D.**  
**Jack Edinger, M.D.**  
**Charles W. Erwin, M.D.**  
**Eugene C. Fletcher, M.D.**  
**Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.**  
**Peter Hauri, Ph.D.**  
**Anthony Kales, M.D.**  
**Milton Kramer, M.D.**  
**Rocco Manfredi, M.D.**  
**Gail Marsh, M.D.**  
**Jeffrey L. Metzner, M.D.**  
**Harvey Moldofsky, M.D.**  
**Timothy H. Monk, Ph.D.**  
**Ralph Pascualy, M.D., R.N.**

**© Editora Artes Médicas Sul Ltda**



**ARTES  
MÉDICAS**

Howard Roffwarg, M.D.  
Thomas Roth, Ph.D.  
A. John Rush, M.D.  
Constantin R. Soldatos, M.D.  
Edward Stepanski, Ph.D.  
Michael Thorpy, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos**

**Consultores para Transtornos  
Relacionados a Substâncias**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Transtornos Relacionados a Substâncias**

Henry Abraham, M.D.  
Christer Allgulander, M.D.  
Arthur Alterman, Ph.D.  
Roland Atkinson, M.D.  
Tom Babor, Ph.D.  
George Bailey, M.D.  
James Barbie, M.D.  
Jeffrey Bedrick, M.D.  
Fred K. Berger, M.D.  
Jack D. Blaine, M.D.  
Sheila Blume, M.D.  
Richard Bonnie, J.D.  
Kathleen Bucholz, Ph.D.  
John Cacciola, Ph.D.  
Glorissa Canino, Ph.D.  
William D. Clark, M.D.  
Stephen Dinwiddie, M.D.  
Griffith Edwards, M.D.  
Marian Fischman, Ph.D.  
Richard Frances, M.D.  
William Frosch, M.D.  
Marc Galanter, M.D.  
Frank Gawin, M.D.  
Edith S. Linansky Gomberg, Ph.D.  
Enoch Gordis, M.D.  
David Gorelick, M.D.  
Bridget Grant, Ph.D.  
Marcus Grant, Ph.D.

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Lester Grinspoon, M.D.  
Alfred Harkley, M.D.  
James Hartford, M.D.  
Deborah Hasin, Ph.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
Arthur M. Horton, M.D.  
John R. Hughes, M.D.  
Michael Irwin, M.D.  
Jerome Jaffe, M.D.  
Denise Kandel, Ph.D.  
Edward Kaufman, M.D.  
Herbert Kleber, M.D.  
Thomas Kosten, M.D.  
Mary Jeanne Kreek, M.D.  
James Langenbucher, Ph.D.  
Edward D. Levin, Ph.D.  
Benjamin Liptzin, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores para os Grupos de Trabalhos \ Consultores para Transtornos Relacionados a Substâncias**

James Maddox, M.D.  
Enrique Madrigal, M.D.  
Peter Martin, M.D.  
Roy Mathew, M.D.  
Wayne McFadden, M.D.  
Thomas McLellan, Ph.D.  
Jack H. Mendelsohn, M.D.  
Roger Meyer, M.D.  
Norman Miller, M.D.  
Robert Millman, M.D.  
Maristela Monteiro, M.D.  
Robert M. Morse, M.D.  
David F. Naftolowitz, M.D.  
Paul Nagy  
Charles O'Brien, M.D.  
Glen Pearson, M.D.  
Stanton Peele, Ph.D.  
Helen Pettinatti, Ph.D.  
Roy Pickens, Ph.D.  
Andrzej Piotrowski, M.D.  
Rumim Price, Ph.D.  
Anthony Radcliffe, M.D.  
Charles Riodan, M.D.  
Jed Rose, Ph.D.  
Bruce Rounsaville, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

John Saunders, M.D.  
Sidney H. Schnoll, M.D.  
Charles R. Schuster, Ph.D.  
Boris Segal, M.D.  
Roy Stein, M.D.  
Lee L. Towle, Ph.D.  
John Tsuang, M.D.  
Harold Urschell, III, M.D.  
Dermot Walsh, M.B.  
Robert Weinrieb, M.D.  
Joseph Westermeyer, M.D., Ph.D., M.P.H.  
Kenneth Winters, Ph.D.  
Sheldon Zimberg, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV**

**Consultores do Grupo de Trabalho**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores do Grupo de Trabalho**

**Consultores para Questões Relativas à Codificação**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores do Grupo de Trabalho \ Consultores para Questões Relativas à Codificação**

Andrea Albaum-Feinstein  
Margaret Amatayakul, M.B.A., R.R.A.  
Amy Blum, M.P.H., R.R.A.  
Delray Green, R.R.A.  
Deborah K. Hansen, A.R.T., C.C.S.  
Robert A. Israel, M.P.H.  
L. Ann Kirner, C.C.S.  
Perrienne Lurie, M.D., M.P.H.  
Sue Meads, R.R.A.  
James W. Thompson, M.D., M.P.H.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores do Grupo de Trabalho**

**Consultores para Questões Transculturais**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores do Grupo de Trabalho \ Consultores para Questões Transculturais**

Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.  
Arthur Kleinman, M.D., Ph.D.  
Horacio Fabrega, Jr., M.D.  
Delores Parron, Ph.D.  
Byron Good, Ph.D.  
Keh-Ming Lin, M.D.  
Spero Manson, Ph.D.  
Gloria Johnson-Powell, M.D.  
Victor R. Adebimpe, M.D.  
Renato Daniel Alarcon, M.D., M.P.H.  
William Arroyo, M.D.  
Morton Beiser, M.D.  
James Boster, Ph.D.  
Glorissa Canino, Ph.D.  
Ian Alberto Canino, M.D.  
Richard J. Castillo, Ph.D.  
Freda Cheung, Ph.D.  
Ellen Corin, Ph.D.  
Dona L. Davis, Ph.D.  
Armando Favazza, M.D.  
Candace Fleming, Ph.D.  
Edward F. Foulks, M.D., Ph.D.  
Atwood Gaines, Ph.D.  
Albert Gaw, M.D.  
James Gibbs, Ph.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores do Grupo de Trabalho \ Consultores para Questões Transculturais**

Carlos A. Gonzalez, M.D.  
Ezra E. H. Griffith, M.D.  
Peter J. Guarnaccia, Ph.D.  
Gilbert Herdt, Ph.D.  
Kim Hopper, Ph.D.  
David Hufford, Ph.D.  
Charles Hughes, Ph.D.  
Janis H. Jenkins, Ph.D.  
Marvin Karno, M.D.  
Marianne Kastrup, M.D., Ph.D.  
J. David Kinzie, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Laurence Kirmayer, M.D.  
Paul Koegel, Ph.D.  
Robert F. Kraus, M.D.  
Tina K. Leonard-Green, M.S., R.D.  
Roberto Lewis-Fernandez, M.D.  
T-Y Lin, M.D.  
Roland Littlewood, M.B., D.Phil.  
Francis Lu, M.D.  
Enrique Madrigal, M.D.  
Theresa O'Neill, Ph.D.  
Raymond Prince, M.D.  
Juan Ramos, Ph.D.  
Cheryl Ritenbaugh, Ph.D., M.P.H  
Lloyd Rogler, Ph.D.  
William H. Sack, M.D.  
Ihsan Salloum, M.D., M.P.H.  
Norman Sartorius, M.D., Ph.D.  
Catherine L. Shisslak, Ph.D.  
Ronald C. Simons, M.D., M.A.  
Jeanne M. Spurlock, M.D.  
Nicolette Teufel, Ph.D.  
James W. Thompson, M.D., M.P.H.  
Wen-Shing Tseng, M.D.  
Mitchel Weiss, M.D., Ph.D.  
Joseph Westermeyer, M.D., Ph.D., M.P.H.  
Charles Wilkinson, M.D.  
Ronald M. Wintrob, M.D.  
Joseph Yamamoto, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores do Grupo de Trabalho**

**Consultores para Questões Relativas à  
Família / Relacionamentos**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores do Grupo de Trabalho \ Consultores para Questões Relativas à Família / Relacionamentos**

James Alexander, Ph.D.  
Arthur M. Bodin, Ph.D.  
Robert Butler, M.D.  
Patricia Chamberlain, Ph.D.  
Dante Cichetti, Ph.D.  
John Clarkin, Ph.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Daniel Corwin, M.D.  
Mark R. Ginsberg, Ph.D.  
Michael J. Goldstein, Ph.D.  
Herta A. Guttman, M.D.  
Michael D. Kahn, Ph.D.  
Sandra Kaplan, M.D.  
Florence Kaslow, Ph.D.  
John F. Knutson, Ph.D.  
Judy Magil, M.S.W.  
David Milkowitz, Ph.D.  
K. Daniel O'Leary, Ph.D.  
David Olson, Ph.D.  
David Pelcovitz, Ph.D.  
Angus M. Strachan, Ph.D.  
Terry S. Trepper, Ph.D.  
Lyman C. Wynne, M.D., Ph.D.  
Ramsy Yassa, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores do Grupo de Trabalho**

**Consultores para Questões Forenses**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores do Grupo de Trabalho \ Consultores para Questões Forenses**

Paul S. Appelbaum, M.D.  
James C. Beck, M.D.  
Lewis M. Bloomingdale, M.D.  
Richard Bonnie, J.D.  
Jeffrey Lee Cummings, M.D.  
Jeffrey Geller, M.D.  
Robert P. Granacher, M.D., Ph.D.  
Thomas Gordon Gutheil, M.D.  
Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
Stuart Kleinman, M.D.  
Jeffrey L. Metzner, M.D.  
Charles A. Meyer, Jr, M.D.  
Robert David Miller, M.D., Ph.D.  
Mark Richard Munetz, M.D.  
Stanley L. Portnow, M.D., Ph.D.  
Phillip Jacob Resnick, M.D.  
Richard Rosner, M.D.  
Daniel W. Shuman

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Larry H. Strasburger, M.D., Ph.D.  
Kenneth Jay Weiss, M.D.  
Howard Zonana, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores do Grupo de Trabalho**

**Consultores para Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores do Grupo de Trabalho \ Consultores para Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos**

Gerard Addonizio, M.D.  
Lenard Adler, M.D.  
Burt Angrist, M.D.  
Ross J. Baldessarini, M.D.  
Stanley N. Caroff, M.D.  
Daniel Casey, M.D.  
Jeffrey Lee Cummings, M.D.  
George Gardos, M.D.  
Allen Gelenberg, M.D.  
James Jefferson, M.D.  
Dilip V. Jeste, M.D.  
John M. Kane, M.D.  
Paul E. Keck, M.D.  
James Levenson, M.D.  
Stephan C. Mann, M.D.  
Ananda K. Pandurangi, M.D.  
Patricia Rosebush, M.D.  
Virginia Susman, M.D.  
Peter Weiden, M.D.  
Ramsy Yassa, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores do Grupo de Trabalho**

**Consultores para o Grupo de Trabalho do DSM-IV**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores do Grupo de Trabalho \ Consultores para o Grupo de Trabalho do DSM-IV**

Boris M. Astrachan, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Robert Avant, M.D.  
Jeanette Bair, B.S., M.B.A.  
W. Robert Beavers, M.D.  
Jeffrey Bedrick, M.D.  
Carl Bell, M.D.  
Ellen Berman, M.D.  
Eugene Broadhead, M.D., Ph.D.  
Laura Brown, Ph.D.  
Robert P. Cabaj, M.D.  
Robert Cahan, M.D.  
Robert Chiarello, M.D.  
William D. Clark, M.D.  
Steven Cohen-Cole, M.D.  
Lee Combrinck-Graham, M.D.  
Vicky Conn, R.N.  
Harris Cooper, Ph.D.  
Michael Crouch, M.D.  
Alan Daniels  
Frank deGruy, M.D.  
Susan Dime-Meenan  
Stacy Donovan, B.A.  
Richard Dudley, M.D.  
Suzanne Dworak-Peck  
Bruce Emery A.C.S.W.  
Spencer Falcon, M.D.  
Louis Fine, M.D.  
Susan Fine, M.A.  
Rita Finnegan, R.R.A.  
Gerald H. Flamm, M.D.  
Laurie Flynn, B.A.  
Raymond D. Fowler, Ph.D.  
Richard Frances, M.D.  
Jack Froom, M.D.  
Robert W. Gibson, M.D.  
Junius Gonzales, M.D.  
Raphael S. Good, M.D.  
Robert C. Green, M.D.  
Larry P. Griffin, M.D.  
Claire Griffin-Francell, R.N.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores do Grupo de Trabalho \ Consultores para o Grupo de Trabalho do DSM-IV**

Alfred Harkley, M.D.  
Norman B. Hartstein, M.D.  
Ann Hohmann, Ph.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

---

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Theodore Hutchison, M.D.  
Dale Johnson, Ph.D.  
John E. Joyner, M.D.  
Harold Kaminetzky, M.D.  
Ira Katz, M.D.  
Jerald Kay, M.D.  
Kelly Kelleher, M.D.  
Helena Kraemer, Ph.D.  
John J. LaFerla, M.D.  
Marion Langer, Ph.D.  
Martha Lasseter, R.R.A.  
Philip Lavori, Ph.D.  
Lawrence N. Lazarus, M.D.  
Harriet Lefley, Ph.D.  
James Levenson, M.D.  
Frank Ling, M.D.  
Mack Lipkin, M.D.  
Don-David Lusteran, Ph.D.  
Richard M. Magraw, M.D.  
Kathryn Magruder, Ph.D., M.P.H.  
Dale Matthews, M.D.  
Chuck Miles, M.D.  
Sheldon I. Miller, M.D.  
Paul D. Mozley, M.D.  
Kathi Pajer, M.D.  
Joseph Palombi, M.D.  
Robert C. Park, M.D.  
Elaine Purpel, M.S.W.  
Peter Rabins, M.D.  
Anthony Radcliffe, M.D.  
Richard Rahe, M.D.  
Peter Rappo, M.D.  
Marilyn Rosenson, M.S.W.  
Marshall Rosman, Ph.D.  
Donald J. Scherl, M.D.  
Sidney H. Schnoll, M.D.  
Diana Seebold, R.R.A.  
Charles A. Shamoian, M.D., Ph.D.  
Steven Sharfstein, M.D.  
J. Gregory Shea  
Alfred Skinner, M.D.  
William W. Snavely  
Janet T. Spence  
Leon Speroff, M.D.  
Emanuel Steindler

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

---

Melvin Stern, M.D.  
James E. Strain, M.D.  
Rev. Paul C. Tomlinson  
Michael B. Unhjem  
Jerome Vaccaro, M.D.  
Jeanne Van Riper, A.R.T.  
Alan J. Wabrek, M.D.  
Lenore B. Walker, Ed.D.  
Steven Wartman, M.D.  
Robert Weinrieb, M.D.  
Robert Weinstock, Ph.D.  
Bryant Welch, Ph.D.  
Eleanor White, Ph.D.  
Robert L. Williams, M.D.  
Mark Wolraich, M.D.  
David Youngs, M.D.

## **APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV**

### **Consultores Internacionais**

#### **APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores Internacionais**

O Grupo de Trabalho para o DSM-IV recorreu aos conhecimentos de uma ampla gama de peritos internacionais. As contribuições desses especialistas internacionais ajudaram a garantir uma sensibilidade cultural, aplicabilidade para profissionais internacionais da saúde mental e maior compatibilidade com a CID-10. Os especialistas internacionais serviram de consultores tanto para o Grupo de Trabalho para o DSM-IV quanto para os Grupos de Trabalho específicos.

Christer Allgulander, M.D. (Suécia)  
Paulo Alterwain, M.D. (Uruguai)  
Antonio Andreoli, M.D. (Suíça)  
Jules Angst, M.D. (Suíça)  
Beng-Ake Armelius, Ph.D. (Suíça)  
Marie Asberg, M.D. (Suécia)  
Tolani Asuni, M.D. (Nigéria)  
Sidney Benjamin, M.D., M.Phil. (Inglaterra)  
Mark Berelowitz, M.D. (Inglaterra)  
Peter Berner, M.D. (Áustria)  
Aksel Bertelsen, M.D. (Dinamarca)  
Peter Beumont, M.D. (Austrália)  
Istvan Bitter, M.D. (Hungria)  
Ray Blanchard, Ph.D. (Canadá)  
Daniel Bobon (Bélgica)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Jacek Bomba, M.D. (Polônia)  
Kenneth Bowers, Ph.D. (Canadá)  
John Bradford, M.D. (Canadá)  
Susan Bradley, M.D. (Canadá)  
Jack Brandes, M.D. (Canadá)  
Ian Brockington, M.D. (Inglaterra)  
Graham Burrows, M.D. (Austrália)  
Patricia Casey, M.D. (Irlanda)  
Giovanni Cassano, M.D. (Itália)  
Doo Young Cho, M.D. (Coréia)  
David M. Clark, Ph.D. (Inglaterra)  
John E. Cooper, M.D. (Inglaterra)  
Peter J. Cooper, M.D. (Inglaterra)  
David Copolov, M.D. (Austrália)  
Jorge Costa e Silva, M.D. (Brasil)  
Arthur H. Crisp, M.D. (Inglaterra)  
Stanislaw Dabrowski, M.D. (Polônia)  
Adrian Dafunchio, M.D. (Argentina)  
Alv A. Dahl, M.D. (Noruega)  
Christine Dean, M.D. (Inglaterra)  
Horst Dilling, M.D. (Alemanha)  
Keith Stephen Dobson, Ph.D. (Canadá)  
Griffith Edwards, M.D. (Inglaterra)  
Christopher Fairburn, M.D. (Inglaterra)  
François Ferrero, M.D. (Suíça)  
Manfred Fichter, M.D. (Alemanha)  
Martine Flament, M.D. (França)  
Chris Freeman, M.D. (Escócia)  
Harold Freyberger, M.D. (Alemanha)  
Akira Fujinawa, M.D. (Japão)  
Paul Garfinkel, M.D. (Canadá)  
Michael Gelder, M.D. (Inglaterra)  
Semyon Gluzman, M.D. (ex-URSS)  
Judith H. Gold, M.D. (Canadá)  
Marcus Grant, Ph.D. (Suíça)  
Herta A. Guttman, M.D. (Canadá)  
Heinz Hafner, M.D. (Alemanha)  
Robert Hare, Ph.D. (Canadá)  
Lily Hechtman, M.D. (Canadá)  
Michiel W. Hengeveld, M.D. Ph.D. (Holanda)  
C. Peter Herman, Ph.D. (Canadá)  
Hans Hippus, M.D. (Alemanha)  
Willem M. Hirs, M.D. (Holanda)  
Teo Seng Hock, M.D. (Singapura)  
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D. (Holanda)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Yoshiko Ikeda, M.D. (Japão)  
Assen Jablensky (Bulgária)  
Aleksander Janca, M.D. (Suíça)  
Philippe Jeammet, M.D. (França)  
Karen John, M.D. (Inglaterra)  
Miguel Jorge, M.D., Ph.D. (Brasil)  
Ross S. Kalucy, M.D. (Austrália)  
Marianne Kastrup, M.D., Ph.D. (Dinamarca)  
Heinz Katschnig, M.D. (Áustria)  
Justin Kenardy, Ph.D. (Austrália)  
Robert Kendell, M.D. (Escócia)

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores Internacionais**

Sid Kennedy, M.D. (Canadá)  
Renard Knabbe, M.D. (Suíça)  
Vladimir Kovalev, M.D. (ex-URSS)  
Evsey Krasik, M.D. (ex-URSS)  
Yves LeCrubier, M.D. (França)  
Pierre Leichner, M.D. (Canadá)  
Jill Leolbonne, M.D. (Inglaterra)  
Bernard Lerer, M.D. (Israel)  
Aubrey Levin, M.D. (África do Sul)  
Paul Links, M.D. (Canadá)  
Zbigniew Lipowski, M.D. (Canadá)  
Alwyn Lishman, M.D. (Inglaterra)  
W. John Livesley, M.D. (Canadá)  
J. López-Ibor, Jr., M.D. (Espanha)  
Mario Maj, M.D. (Itália)  
Felice Lieh Mak (China)  
Nikolas Manos, M.D. (Grécia)  
Isaac Marks, M.D. (Inglaterra)  
Alexander C. McFarlane, M.B.B.S. (Hons), M.D. (Austrália)  
Patrick McGorry, M.B.B.S. (Austrália)  
Julien Mendelewicz, M.D. (Bélgica)  
Klaus Minde, M.D. (Canadá)  
Harvey Moldofsky, M.D. (Canadá)  
Maristela Monteiro, M.D. (Brasil)  
Stuart Montgomery, M.D. (Inglaterra)  
Ole Mors, M.D. (Dinamarca)  
Alistair Munroe, M.D. (Canadá)  
Gulam Mustafa, M.D. (Quênia)  
Yoshibumi Nakane, M.D. (Japão)  
W.A. Nolen (Holanda)  
Claes Norring, Dr. Med.Sc. (Suécia)  
Yuri Nuller (ex-URSS)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™

Ahmed Okasha, M.D. (Egito)  
Yuji Okazaki, M.D. (Japão)  
Yutaka Ono, M.D. (Japão)  
Alfonso Ontiveros, M.D., M.Sc. (México)  
Stein Opjordsmoen, Ph.D. (Noruega)  
John Orley, M.D. (Suíça)  
Lars Goran Öst, Ph.D. (Suécia)  
Stefano Pallanti, M.D. (Itália)  
Joel Paris, M.D. (Canadá)  
Gordon Parker, M.D. (Austrália)  
Eugene Paykel, M.D. (Inglaterra)  
Kok Lee Peng, M.D. (Singapura)  
Uwe Henrick Peters, M.D. (Alemanha)  
Carlo Perris, M.D. (Suécia)  
Pierre Pichot, M.D. (França)  
Andrzej Piotrowski, M.D. (Polônia)  
Karl Pirke, M.D. (Alemanha)  
Janet Polivy, Ph.D. (Canadá)  
Charles Pull, M.D. (Luxemburgo)  
Kari Pylkkanen, M.D. (Finlândia)  
Juan Ramon de la Fuente, M.D. (México)  
Beverley Raphael, M.D. (Austrália)  
Robert Reid, M.D. (Canadá)  
Helmut Remschmidt (Alemanha)  
Nils Rettersol, M.D. (Noruega)  
Joseph M. Rey, Ph.D. (Austrália)  
Jeffrey C. Richards, Ph.D. (Austrália)  
Antonio A. Rizzoli, M.D. (Itália)  
Paul Robinson, M.D. (Inglaterra)  
Sir Martin Roth, M.D. (Inglaterra)  
Byron Rourke, Ph.D. (Canadá)  
Gerald-Russell, M.D. (Inglaterra)  
Sir Michael Rutter, M.D. (Inglaterra)  
Javier Saavedra, M.D. (Peru)  
Paul Salkovskis, Ph.D. (Inglaterra)  
Norman Sartorius, M.D., Ph.D. (Suíça)  
John Saunders, M.D. (Austrália)  
Aart H. Schene, M.D. (Holanda)  
Marcus Fini Schulsinger, M.D. (Dinamarca)  
Jan Scott, Ph.D. (Inglaterra)  
Ruben Hernandez Serrano, M.D. (Venezuela)  
Michael Shephard, M.D. (Inglaterra)  
Erik Simonsen, M.D. (Dinamarca)  
Cees J. Slooff, M.D. (Holanda)  
Constantin R. Soldatos, M.D. (Grécia)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

---

## **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Zahava Soloman, M.D. (Israel)  
Marin Stancu, M.D. (Romênia)  
Meir Steiner, M.D., Ph.D. (Canadá)  
Donna Stewart, M.D. (Canadá)  
Eric Stromgren, M.D. (Dinamarca)  
Peter Szatmari, M.D. (Canadá)  
George Szmukler, M.D. (Inglaterra)  
Alex Tarnopolsky, M.D. (Canadá)  
Christopher Tennant, M.D. (Austrália)  
Sten Theander, M.D. (Suécia)  
Pekka Tienari, M.D. (Finlândia)  
Svenn Torgensen, M.D. (Noruega)  
Peter Trower, Ph.D. (Inglaterra)  
Eldon Tunks, M.D. (Canadá)  
Peter Tyrer, M.D. (Inglaterra)  
T. Bedirhan Ustun, M.D. (Suíça)

### **APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Consultores Internacionais**

Per Vaglum, M.D. (Noruega)  
Walter Vandereycken, M.D. (Bélgica)  
Jenny Van Drimmelen-Krabbe, M.D. (Suíça)  
J. T. van Mens, M.D. (Holanda)  
David Veale, M.R.C.Psych. (Inglaterra)  
F. C. Verhulst (Holanda)  
Marcio Versiani, M.D. (Brasil)  
Marten W. de Vries, M.D. (Holanda)  
Dermot Walsh, M.B. (Irlanda)  
Winny Weeda-Mannak, Ph.D. (Holanda)  
John S. Werry, M.D. (Nova Zelândia)  
Hans Ulrich Wittchen, Ph.D. (Alemanha)  
Ramsy Yassa, M.D. (Canadá)  
Derson Young, M.D. (China)  
Michael Zaudig, M.D. (Alemanha)  
Joseph Zohar, M.D. (Israel)  
Kenneth J. Zucker, Ph.D. (Canadá)  
Roberto Llanos Zuloaga, M.D. (Peru)

### **APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV**

**Projetos de Testagem de Campo Focalizados para o DSM-IV**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projetos de Testagem de Campo Focalizados para o DSM-IV**

Os projetos de testagem de campo patrocinados pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH), em colaboração com o Instituto Nacional para Abuso de Drogas (NIDA) e Instituto Nacional para Abuso de Álcool e Alcoolismo (NIAAA), foram uma inestimável fonte de dados e contribuíram imensamente para a qualidade do DSM-IV. Agradecemos a Darrel Regier, M.D., M.P.H., Diretor da Divisão de Pesquisas de Epidemiologia e Serviços, e a Charles Kaelber, M.D., Administrador do Projeto, por seu apoio e erudição. Nossos agradecimentos, também, aos seguintes participantes da testagem de campo:

**Diretor de Investigações**

Allen Frances, M.D.

**Co-Diretor de Investigações**

Harold Alan Pincus, M.D.

**Coordenador da Testagem de Campo**

Myriam Kline, M.S.

**Consultor de Estatística**

Helena Kraemer, Ph.D.

**Testagem de Campo para Transtorno da Personalidade Anti-Social**

**Diretor do Projeto**  
Thomas A. Widiger, Ph.D.

**Coordenadores Locais**  
Arthur Alterman, Ph.D.  
Remi J. Cadoret, M.D.  
Robert Hare, Ph.D.  
Lee Robins, Ph.D.  
George E. Woody, M.D.  
Mary C. Zanarini, Ed.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projetos de Testagem de**



## Campo Focalizados para o DSM-IV

### Testagem de Campo para Autismo e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento

#### Diretor do Projeto

Fred Volkmar, M.D. (também Coordenador Local)

#### Coordenadores Locais

Magda Campbell, M.D.

B. J. Freeman, Ph.D.

Ami Klin, Ph.D.

Catherine Lord, Ph.D.

E. Ritvo, M.D.

Sir Michael Rutter, M.D.

Eric Schopler, Ph.D.

#### Coordenadores Locais,

#### Locais Voluntários

Joel Bregman, M.D.

Jan Buitelaar, M.D.

Soo Churl Cho, M.D.

Eric Fombonne, M.D.

Joaquin Fuentes, M.D.

Yossie Hattab, M.D.

Yoshihiko Hoshino, M.D.

J. Kerbeshian, M.D.

William Kline, Ph.D.

Katherine Loveland, Ph.D.

Bryna Siegel, Ph.D.

Wendy Stone, M.D.

Peter Szatmari, M.D.

Ludwig Szimanski, M.D.

Kenneth Towbin, M.D.

John S. Werry, M.D.

## APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projetos de Testagem de Campo Focalizados para o DSM-IV

### Testagem de Campo para Comportamento Disruptivo

#### Diretor do Projeto

Benjamin Lahey, Ph.D. (também Coordenador Local)

#### Coordenadores Locais

Russell Barkley, Ph.D.

Joseph Biederman, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Barry Garfinkel, M.D.  
Laurence Greenhill, M.D.  
George Hynd, Ed.D.  
Keith McBurnett, Ph.D.  
Jeffrey Newcorn, M.D.  
Thomas Ollendick, Ph.D.

**Coordenadores Locais,  
Locais Voluntários**

Paul Frick, Ph.D.  
Peter Jensen, M.D.  
Lynn Kerdyk, Ph.D.  
John Richters, Ph.D.

**Coordenador de Dados**  
Dorcas Perez. B.A.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projetos de Testagem de Campo Focalizados para o DSM-IV**

**Testagem de Campo para Depressão Maior, Distímia e Transtorno Depressivo Menor**

**Diretor do Projeto**

Martin B. Keller, M.D. (também Coordenador Local)

**Co-Diretores de Projeto**

Michael B. First, M.D.  
James Kocsis, M.D. (também Coordenador Local)

**Coordenadores Locais**

Robert M. A. Hirschfeld, M.D.  
Charles Holzer, Ph.D.  
Gabor Keitner, M.D.  
Daniel Klein, Ph.D.  
Deborah Marin, M.D.  
James P. McCullough, Ph.D.  
Ivan Miller, Ph.D.  
Tracie Shea, Ph.D.

**Coordenadores de Dados**

Diane Hanks, M.A.  
Cordelia Russell, B.A.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projetos de Testagem de Campo Focalizados para o DSM-IV**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Testagem de Campo para Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão**

**Diretores do Projeto**

David H. Barlow, Ph.D. (também Coordenador Local)

Michael R. Liebowitz, M.D. (também Coordenador Local)

Richard Zinbarg, Ph.D. (também Coordenador Local)

**Coordenadores Locais**

Phil Brantley, Ph.D.

Eugene Broadhead, M.D., Ph.D.

Wayne Katon, M.D.

Jean-Pierre Lepine, M.D.

Jeffrey C. Richards, Ph.D.

Peter Roy-Byrne, M.D.

Linda Street, Ph.D.

Mardjan Teherani, Ph.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projetos de Testagem de Campo Focalizados para o DSM-IV**

**Testagem de Campo para Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

**Diretor do Projeto**

Edna Foa, Ph.D. (também Coordenadora Local)

**Coordenadores Locais**

Jane Eisen, M.D.

Wayne Goodman, M.D.

Hella Hiss, Ph.D.

Eric Hollander, M.D.

Michael Jenike, M.D.

Michael J. Kozak, Ph.D.

Steven Rasmussen, M.D.

Joseph Ricciardi, Ph.D.

Peggy Richter, M.D.

Barbara Rothbaum, Ph.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projetos de Testagem de Campo Focalizados para o DSM-IV**

**Testagem de Campo para Transtorno de Pânico**

**Diretor do Projeto**

Abby Fyer, M.D. (também Coordenador Local)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

### **Co-Diretor do Projeto**

**James C. Ballenger, M.D. (também Coordenador Local)**

### **Coordenadores Locais**

**David H. Barlow, Ph.D.**

**Michael Hollifield, M.D.**

**Wayne Katon, M.D.**

**Richard Swinson, M.D.**

### **Analistas de Dados**

**Tim Chapman, M.Phil.**

**Salvatore Mannuzza, Ph.D.**

### **Coordenador de Dados**

**Hilary Rassnick, M.A.**

## **APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projetos de Testagem de Campo Focalizados para o DSM-IV**

### **Testagem de Campo para Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

#### **Diretor do Projeto**

**Dean Kilpatrick, Ph.D. (também Coordenador Local)**

**Bessel van der Kolk, M.D. (também Coordenador Local)**

#### **Coordenadores Locais**

**John Freedy, Ph.D.**

**Sandra Kaplan, M.D.**

**David Pelcovitz, Ph.D.**

**Patty Resick, Ph.D.**

**Heidi Resnick, Ph.D.**

**Susan Roth, Ph.D.**

### **Testagem de Campo para Esquizofrenia e Transtornos Psicóticos Relacionados**

#### **Diretores do Projeto**

**Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D. (também Coordenadora Local)**

**Michael A. Flaum, M.D. (também Coordenador Local)**

#### **Coordenadores Locais**

**Xavier Amador, Ph.D.**

**H. Stefan Bracha, M.D.**

**William Edell, Ph.D.**

**Jack Gorman, M.D.**

**Kenneth S. Kendler, M.D.**

**Jeffrey Lieberman, M.D.**

**Thomas McGlashan, M.D.**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

**Ananda K. Pandurangi, M.D.**

**Delbert Robinson, M.D.**

**Coordenadores Locais,**

**Locais Voluntários**

**Patrick McGorry, M.B.B.S.**

**Alfonso Ontiveros, M.D., M.Sc.**

**Mauricio Tohen, M.D.**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projetos de Testagem de Campo Focalizados para o DSM-IV**

**Testagem de Campo para Transtornos do Sono**

**Diretores do Projeto**

**Daniel Buysse, M.D. (também Coordenador Local)**

**David J. Kupfer, M.D.**

**Charles F. Reynolds III, M.D.**

**Coordenadores Locais**

**Edward Bixler, M.D.**

**Peter Hauri, Ph.D.**

**Anthony Kales, M.D.**

**Rocco Manfredi, M.D.**

**Thomas Roth, Ph.D.**

**Edward Stepanski, Ph.D.**

**Michael Thorpy, M.D.**

**Coordenadora de Dados**

**Debbie Mesiano, B.S.**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projetos de Testagem de Campo Focalizados para o DSM-IV**

**Testagem de Campo para Transtorno de Somatização**

**Diretor do Projeto**

**C. Robert Cloninger, M.D.**

**Coordenadores Locais**

**Samuel B. Guze, M.D.**

**Roger Kathol, M.D.**

**Ronald L. Martin, M.D.**

**Richard Smith, M.D.**

**James J. Strain, M.D.**

**© Editora Artes Médicas Sul Ltda**



## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™

Sean Yutz, M.D.  
Testagem de Campo para Uso de Substâncias

### Diretores do Projeto

Linda Cottler, Ph.D. (também Coordenadora Local)  
John E. Helzer, M.D.  
Marc Alan Schuckit, M.D. (também Coordenador Local)

### Coordenadores Locais

Thomas Crowley, M.D.  
John R. Hughes, M.D.  
George E. Woody, M.D.

### Coordenadores Locais, Locais Voluntários

Jean-Pierre Lepine, M.D.

## APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV

### Projeto MacArthur de Reanálise de Dados

## APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projeto MacArthur de Reanálise de Dados

Os projetos de reanálise de dados, generosamente patrocinados pela **John D. and Catherine T. MacArthur Foundation**, proporcionaram uma extensa base de dados para pesquisas. Somos muito gratos a Dennis Prager, da Fundação, por seu imenso apoio. Nossos sinceros agradecimentos aos seguintes indivíduos que conduziram os projetos de reanálise de dados:

### Diretor de Investigações

Allen Frances M.D.

### Co-Diretores de Investigações

Harold Alan Pincus, M.D.  
Thomas A. Widiger, Ph.D.

### Transtornos de Ansiedade

David H. Barlow, Ph.D.  
Deborah C. Beidel, Ph.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Thomas Burton, B.A.  
Michelle G. Craske, Ph.D.  
George C. Curtis, M.D.  
Peter A. DiNardo, Ph.D.  
Abby Fyer, M.D.  
Robin Garfinkel, Ph.D.  
Richard Heimberg, Ph.D.  
Elizabeth M. Hill, Ph.D.  
Christopher D. Hornig, B.A.  
Ewald Horwath, M.D., M.Sc.  
James Johnson, Ph.D. (falecido)  
Harlan Juster, Ph.D.  
Wayne Katon, M.D.  
Gerald L. Klerman, M.D. (falecido)  
Karen Law, B.A.  
Andrew Leon, Ph.D.  
Michael R. Liebowitz, M.D.  
Salvatore Mannuzza, Ph.D.  
Jill Mattia, M.A.  
Eryn Oberlander, M.D.  
Susan Orsillo, M.A.  
Peter Roy-Byrne, M.D.  
Paul Salkovskis, Ph.D.  
Franklin Schneier, M.D.  
Samuel M. Turner, Ph.D.  
Myrna M. Weissman, Ph.D.  
Susan I. Wolk, M.D.  
Roberto Zarate, M.A.

### **APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projeto MacArthur de Reanálise de Dados**

#### **Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos**

Michael O. Colvin, M.D.  
Marshall Folstein, M.D.  
Gary Lloyd Gottlieb, M.D.  
Dilip V. Jeste, M.D.  
Sue Levkoff, D.Sc.  
Benjamin Liptzin, M.D.  
George W. Rebok, Ph.D.  
David Salmon, Ph.D.  
Leon Thal, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projeto MacArthur de Reanálise de Dados

**Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência**

Brooks Applegate, Ph.D.  
Gerald August, Ph.D.  
Susan J. Bradley, M.D.  
Joel Bregman, M.D.  
Patricia Cohen, Ph.D.  
Michael Flory, Ph.D.  
Susan Folstein, M.D.  
Eric Frombonne, M.D.  
Barry Garfinkel, M.D.  
Richard Green, M.D., J.D.  
Stephanie M. Green, M.S.  
Jane E. Hood, M.A.  
Kate Keenan, M.S.  
Benjamin Lahey, Ph.D.  
Marion Leboyer, M.D.  
Rolf Loeber, Ph.D.  
Catherine Lord, Ph.D.  
John McLennan, M.D.  
Nancy Minshew, M.D.  
Rhea Paul, Ph.D.  
Andrew Pickles, Ph.D.  
Howard M. Rebach, Ph.D.  
Mary F. Russo, Ph.D.  
Sir Michael Rutter, M.D.  
Eric Schopler, Ph.D.  
Christopher Thomas, M.D.  
Fred Volkmar, M.D.  
Katherine Williams, Ph.D.  
Kenneth J. Zucker, Ph.D.

APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projeto MacArthur de Reanálise de Dados

**Transtornos Alimentares**

Arnold Anderson, M.D.  
Christopher Fairburn, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

**Martine Flament, M.D.**  
**Paul Garfinkel, M.D.**  
**Dean Kilpatrick, Ph.D.**  
**James Mitchell, M.D.**  
**G. Terence Wilson, Ph.D.**  
**Steven Wonderlich, M.D.**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projeto MacArthur de Reanálise de Dados**

**Transtornos do Humor**

**Gregory Asnis, M.D.**  
**Mark S. Bauer, M.D.**  
**Diane Bynum**  
**Joseph Calabrese, M.D.**  
**William Coryell, M.D.**  
**David Bunner, M.D.**  
**Ellen Frank, Ph.D.**  
**Laszlo Gyulai, M.D.**  
**Martin B. Keller, M.D.**  
**James Kocsis, M.D.**  
**Philip Lavori, Ph.D.**  
**Yves LeCrubier, M.D.**  
**Robert M. Post, M.D.**  
**Samuel J. Simmens, Ph.D.**  
**Stuart Sotsky, M.D.**  
**Dan L. Tweed, Ph.D.**  
**Lindsey Tweed, M.D.**  
**Peter C. Whybrow, M.D.**  
**Sharon Younkin**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projeto MacArthur de Reanálise de Dados**

**Transtornos da Personalidade**

**Emil F. Coccaro, M.D.**  
**Mark Davies, M.D.**  
**Michael B. First, M.D.**  
**Robert Hare, Ph.D.**  
**Theodore Millon, Ph.D.**  
**Vivian Mitropoulou, M.A.**  
**Leslie Morey, Ph.D.**

**© Editora Artes Médicas Sul Ltda**



**ARTES  
MÉDICAS**

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Bruce Pfohl, M.D.  
Lee Robins, Ph.D.  
Larry J. Siever, M.D.  
Jeremy M. Silverman, Ph.D.  
Andrew Edward Skodol II, M.D.  
Timothy Trull, Ph.D.  
Thomas A. Widiger, Ph.D.  
Mary C. Zanarini, Ed.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projeto MacArthur de Reanálise de Dados**

**Transtorno Disfórico Pré-Menstrual**

Ellen Frank, Ph.D.  
Ellen W. Freeman, Ph.D.  
Leslie Gise, M.D.  
Judith H. Gold, M.D.  
Barbara Parry, M.D.  
Paula Schnurr, Ph.D.  
Sally Severino, M.D.  
John Steege, M.D.  
Meir Steiner, M.D., Ph.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projeto MacArthur de Reanálise de Dados**

**Transtornos Psiquiátricos dos Sistemas de Interface (Transtornos de Ajustamento, Dissociativo, Factício, de Controle dos Impulsos, Somatoforme e Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica)**

Henry R. Lesieur, M.D.  
Juan Henrique Mezzich, M.D., Ph.D.  
Jeffrey Newcorn, M.D.  
David A. Spiegel, M.D.  
James J. Strain, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projeto MacArthur de Reanálise de Dados**

**Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos**

Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Gretchen Haas, Ph.D.  
Jeffrey Lieberman, M.D.  
Patrick McGorry, M.B.B.S.  
Keith Neuchterlein, Ph.D.  
Mauricio Tohen, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projeto MacArthur de Reanálise de Dados**

**Transtornos do Sono**

Daniel Buysse, M.D.  
Charles F. Reynolds III, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Projeto MacArthur de Reanálise de Dados**

**Transtornos Relacionados a Substâncias**

John Cacciola, Ph.D.  
Linda B. Cottler, Ph.D.  
John E. Helzer, M.D.  
Rumi Price, Ph.D.  
Lee Robins, Ph.D.  
Marc Alan Schuckit, M.D.  
George E. Woody, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV**

**Testagem de Campo MacArthur de Confiabilidade Geral**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Testagem de Campo MacArthur de Confiabilidade Geral**

Enquanto o DSM-IV está sendo publicado, um projeto adicional, patrocinado pela **John D. and Catherine T. MacArthur Foundation**, oferecerá informações adicionais relativamente à validade dos critérios do DSM-IV. A previsão do término do projeto de testagem de campo gravado em vídeo, em andamento, é para 1995. Nossos agradecimentos aos seguintes indivíduos que participaram do projeto:

**Diretor de Investigações**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

## **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

**Allen Frances, M.D.**  
**James W. Thompson, M.D., M.P.H.**

### **Co-Diretores de Investigações**

**Harold Alan Pincus, M.D.**  
**Michael B. First, M.D.**  
**Michael A. Flaum, M.D.**  
**Anthony F. Lehman, M.D., M.S.P.H.**

### **Participantes do Projeto Piloto**

**Xavier Amador, Ph.D.**  
**Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D.**  
**F. M. Baker, M.D.**  
**Donald W. Black, M.D.**  
**Carlos S. Castillo, M.D.**  
**Scott C. Clark, M.D.**  
**William Coryell, M.D.**  
**Lisa B. Dixon, M.D.**  
**Jack E. Downhill, Jr., M.D.**  
**Katherine P. Duffy, M.D.**  
**Jean Endicott, Ph.D.**  
**Michael A. Fauman, M.D., Ph.D.**  
**Miriam Gibbon, M.S.W.**  
**Jack Gorman, M.D.**  
**Paul E. Hogsten, M.D.**  
**Michael L. Jeffries, M.D.**  
**Douglas Langbehn M.D.**  
**Joseph Liberto, M.D.**  
**David B. Mallot, M.D.**  
**Del D. Miller, Pharm. D., M.D.**  
**Lewis A. Opler, M.D., Ph.D.**  
**Jill A. RachBeisel, M.D.**  
**Robert P. Schwartz, M.D.**  
**Andrew Edward Skodol, II, M.D.**  
**David H. Strauss, M.D.**  
**Scott Stuart, M.D.**  
**Janet B. W. Williams, D.S.W.**  
**Catherine Woodman, M.D.**

### **Coordenador do Projeto**

**© Editora Artes Médicas Sul Ltda**



**Jennifer Norbeck, M.S.W.**

**Consultor de Vídeo**

**Vincent Clayton, M.A.**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Testagem de Campo  
MacArthur de Confiabilidade Geral**

**Participantes da Fase Técnica**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Testagem de Campo  
MacArthur de Confiabilidade Geral \ Participantes da Fase Técnica**

A relação a seguir apresenta os participantes do projeto à época da impressão do DSM-IV. Prevê-se que outros locais e indivíduos somem-se ao projeto.

**Jonathan Alpert, M.D.**

**Katherine Attala, M.D.**

**David Avery, M.D.**

**Monica Ramirez Basco, Ph.D.**

**Mark S.Bauer, M.D. (também Coordenador Local)**

**Thomas F. Betzler, M.D.**

**Melanie M. Biggs, Ph.D. (também Coordenadora Local)**

**Robert J. Bishop, M.D.**

**Danielle Bordeau, M.D.**

**Malcolm B. Bowers, Jr., M.D.**

**Gary Bruss, Ph.D.**

**Peter Buckley, M.D.**

**Deborah S. Cowley, M.D.**

**Brian Cox, Ph.D.**

**James David, M.D.**

**Colette De Marneffe, Ph.D.**

**Judith Dogin, M.D.**

**Seda Ebrahimi, Ph.D.**

**Jane Eisen, M.D.**

**Maurizio Fava, M.D.**

**Paul Federoff, M.D.**

**Mark K. Fulton, M.D.**

**Diego Garcia-Borreguero, M.D.**

**Roya Ghadimi, M.D.**

**David S. Goldbloom, M.D.**

**Reed D. Goldstein, Ph.D. (também Coordenador Local)**

**Micael Golinkoff, Ph.D.**

**Peter Goyer, M.D.**

**© Editora Artes Médicas Sul Ltda**



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Alan M. Gruenberg, M.D.  
Michael E. Henry, M.D.  
Selby C. Jacobs, M.D.  
J. Joel Jeffries, M.B. (também Coordenador Local)  
Sheri Johnson, Ph.D.  
Katleen Kim, M.D., M.P.H.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Testagem de Campo  
MacArthur de Confiabilidade Geral \ Participantes da Fase Técnica**

Carolyn M. Mazure, Ph.D. (também Coordenadora Local)  
Joseph P. McEvoy, M.D.  
Arnold Merrimam, M.D.  
Timothy I. Mueller, M.D.  
Andrew Nierenberg, M.D.  
Michael Otto, Ph.D.  
Michelle Pato, M.D.  
Joel Pava, Ph.D.  
Katharine Anne Phillips, M.D. (também Coordenadora Local)  
Mark Pollack, M.D.  
Horatio Preval, M.D.  
David W. Preven, M.D. (também Coordenador Local)  
Richard Ries, M.D.  
Robert C. Risinger, M.D.  
Robert Ronis, M.D.  
Jerrold F. Rosenbaum, M.D. (também Coordenador Local)  
Peter Roy-Byrne, M.D. (também Coordenador Local)  
Mark Schmidt, M.D. (também Coordenador Local)  
S. Charles Schulz, M.D.  
Bruce Schwartz, M.D.  
Michael Schwartz, M.D. (também Coordenador Local)  
Michael J. Sernyak, M.D.  
Richard Swinson, M.D.  
Madhukar H. Trivedi, M.D.  
Andrea Weiss, M.D.  
Kerrin White, M.D.  
Lawrence Wilson, M.D.  
John Worthington, M.D.  
Joan Youchah, M.D.

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV**

**Outras Organizações de Saúde**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



ARTES  
MÉDICAS

## APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Outras Organizações de Saúde

No início deste projeto, o Grupo de Trabalho para o DSM-IV convidou mais de 60 associações de saúde para um trabalho em conjunto, a fim de garantir o caráter aberto do processo de revisão e a representação de uma variedade de opiniões. As associações listadas a seguir designaram representantes que receberam comunicações regulares dos Grupos de Trabalho específicos e do Grupo de Trabalho para o DSM-IV.

**American Academy of Child and Adolescent Psychiatry** (Academia Americana de Psiquiatria Infantil e do Adolescente)

**American Academy of Family Physicians** (Academia Americana de Médicos de Família)

**American Academy of Pediatrics** (Academia Americana de Pediatria)

**American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions** (Academia Americana de Psiquiatras para Alcoolismo e Adicções)

**American Academy of Psychiatry and the Law** (Academia Americana de Psiquiatria e Direito)

**American Association for Geriatric Psychiatry** (Associação Americana de Psiquiatria Geriátrica)

**American Association for Marriage and Family Therapy** (Associação Americana de Terapia Familiar e de Casal)

**American Association of Chairmen of Departments of Psychiatry** (Associação Americana de Diretores de Departamentos de Psiquiatria)

**American Association of Directors of Psychiatric Residency Training** (Associação Americana de Diretores de Residências em Psiquiatria)

**American Association of Psychiatric Administrators** (Associação Americana de Administradores Psiquiátricos)

**American Board of Family Practice** (Conselho Americano de Medicina de Família)

**American College of Obstetricians and Gynecologists** (Associação Americana de Obstetrícia e Ginecologia)

**American College of Physicians** (Associação Médica Americana)

**American Group Psychotherapy Association** (Associação Americana de Psicoterapia de Grupo)

## APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Outras Organizações de Saúde

**American Health Information Management Association** (Associação Americana do Gerenciamento de Informações em Saúde)

**American Medical Society on Alcohol and Other Drug Dependencies** (Associação Médica Americana para Dependência de Alcool e Outras Drogas)

**American Nurses' Association** (Associação Americana de Enfermagem)

**American Occupational Therapy Association** (Associação Americana de Terapia Ocupacional)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

**American Psychoanalytic Association** (Associação Psicanalítica Americana)  
**American Psychological Association** (Associação Americana de Psicologia)  
**American Psychological Society** (Sociedade Americana de Psicologia)  
**American Psychosomatic Society, Inc.** (Sociedade Psicossomática Americana, S.A.)  
**American Society for Adolescent Psychiatry** (Sociedade Americana de Psiquiatria do Adolescente)  
**Association of Departments of Family Medicine** (Associação de Departamentos de Medicina de Família)  
**Association of Gay and Lesbian Psychiatrists** (Associação de Psiquiatras Gays e Lésbicas)  
**Association of Mental Health Clergy Coalition for the Family** (Associação de Coalizão Clerical de Saúde Mental para a Família)  
**Group for the Advancement of Psychiatry** (Grupo para o Avanço da Psiquiatria)  
**National Alliance for the Mentally Ill** (Aliança Nacional para os Doentes Mentais)  
**National Association of Social Workers** (Associação Nacional de Assistentes Sociais)  
**National Association of Veterans Affairs Chiefs of Psychiatry** (Associação Nacional de chefes de Psiquiatria em Assuntos Relacionados a Veteranos de Guerra)  
**National Center for Health Statistics** (Centro Nacional de Estatísticas em Saúde)  
**National Council of Community Mental Health Centers** (Conselho Nacional de Centros de Saúde Mental Comunitária)  
**National Depressive and Manic Depressive Association** (Associação Nacional de Depressivos e Maníaco-Depressivos)  
**National Medical Association** (Associação Médica Nacional)  
**National Mental Health Association** (Associação Nacional de Saúde Mental)  
**Society of General Internal Medicine** (Sociedade de Medicina Geral Interna)  
**Society of Teachers of Family Medicine** (Sociedade dos Professores de Medicina de Família)  
**Organização Mundial de Saúde**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Outras Organizações de Saúde**

**811d DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. trad. Dayse Batista; - 4. ed. - Porto Alegre : Artes Médicas, 1995**

**1. Psiquiatria - Manual. I. Título.**

**CDU 616.89(038)**

**Catálogo na publicação: Mônica Ballejo Canto - CRB 10/1023**  
**Supervisão Editorial: Letícia Bispo de Lima**

**APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Outras Organizações de**

**© Editora Artes Médicas Sul Ltda**





Saúde

Reservados todos os direitos de publicação em língua portuguesa à

**EDITORA ARTES MÉDICAS SUL LTDA.**



**Av. Jerônimo de Ornelas, 670**  
**Fones: (051) 330-3444 e 330-2183**  
**Fax: (051) 330-2378 - CEP 90040-340**  
**Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil**

APÊNDICES \ Apêndice J Colaboradores para o DSM-IV \ Outras Organizações de Saúde

**Adaptação ao Ambiente Folio VIEWS 3.1:**

**LOGGOS Treinamento e Informática**

**fone/fax: 051-342-0759**

**Av. Pernambuco, 1328 /207**

**- Porto Alegre - Rio Grande do Sul - BRASIL**

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Endnotes

### 1 (Note)

**EDITORA ARTES MÉDICAS SUL LTDA.**



**Av. Jerônimo de Ornelas, 670  
Fones: (051) 330-3444 e 330-2183  
Fax: (051) 330-2378 - CEP 90040-340  
Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil**

**Suporte Técnico (Folio Publisher):  
LOGGOS Treinamento e Informática  
av. Pernambuco, 1328 / conj. 207  
Fone/fax: (051) 342-0759  
Porto Alegre - RS - Brasil**

**Pressione a Tecla Esc para Retornar ...**

### 2 (Popup)

**Grupo de Trabalho para o DSM-IV**

**Allen Frances, M.D.  
Chairperson  
Harold Alan Pincus, M.D.  
Vice-Chairperson  
Michael B. First, M.D.  
Editor, Texto e Critérios Diagnósticos**

**Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D.    A. John Rush, M.D.  
David H. Barlow, Ph.D.                    Chester W. Schmidt, M.D.**

**© Editora Artes Médicas Sul Ltda**



## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™

Madga Campbell, M.D.  
Dennis P. Cantwell, M.D.  
Ellen Frank, Ph.D.

Judith H. Gold, M.D.  
John Gunderson, M.D.  
Robert E. Hales, M.D.  
Kenneth S. Kendler, M.D.  
David J. Kupfer, M.D.  
Michael R. Liebowitz, M.D.  
Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.

Peter E. Nathan, Ph.D.  
Roger Peele, M.D.  
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.

Marc Alan Schuckit, M.D.  
David Shaffer, M.D.  
Robert L. Spitzer, M.D.,  
Consultor Especial

Gary J. Tucker, M.D.  
B. Timothy Walsh, M.D.  
Thomas A. Widiger, Ph.D.,  
Coordenador de Pesquisas

Janet B.W. Williams, D.S.W.  
John C. Urbaitis, M.D.  
James J. Hudziak, M.D.  
Assembly Liaison  
Resident Fellow (1990-1993)  
Junius Gonzales, M.D.  
Resident Fellow (1988-1990)

Ruth Ross, M.A.,  
Nancy E. Vettorelo, M.U.P.,  
Wendy Wakefield Davis, Ed.M.,  
Cindy D. Jones,  
Nancy Sydnor-Greenberg, M.A.,  
Myriam Kline, M.S.,  
  
James W. Thompson, M.D., M.P.H.,

Editora Científica  
Coordenadora Administrativa  
Coordenadora Editorial  
Assistente Administrativa  
Consultora Administrativa  
Coordenadora de Testes de  
Campo Especificos  
Coordenador dos Testes de  
Campo com Fitas  
de Vídeo ou Videoteipe

Pressione Esc para Retornar ...

### 3 (Popup)

Consultores para o Grupo de Trabalho do DSM-IV

Boris M. Astrachan, M.D.  
Robert Avant, M.D.  
Jeanette Bair, B.S., M.B.A.  
W. Robert Beavers, M.D.  
Jeffrey Bedrick, M.D.  
Carl Bell, M.D.  
Ellen Berman, M.D.  
Eugene Broadhead, M.D., Ph.D.  
Laura Brown, Ph.D.  
Robert P. Cabaj, M.D.  
Robert Cahan, M.D.  
Robert Chiarello, M.D.  
William D. Clark, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Steven Cohen-Cole, M.D.  
Lee Combrinck-Graham, M.D.  
Vicky Conn, R.N.  
Harris Cooper, Ph.D.  
Michael Crouch, M.D.  
Alan Daniels Frank deGruy, M.D.  
Susan Dime-Meenan  
Stacy Donovan, B.A.  
Richard Dudley, M.D.  
Suzanne Dworak-Peck  
Bruce Emery A.C.S.W.  
Spencer Falcon, M.D.  
Louis Fine, M.D.  
Susan Fine, M.A.  
Rita Finnegan, R.R.A.  
Gerald H. Flamm, M.D.  
Laurie Flynn, B.A.  
Raymond D. Fowler, Ph.D.  
Richard Frances, M.D.  
Jack Froom, M.D.  
Robert W. Gibson, M.D.  
Junius Gonzales, M.D.  
Raphael S. Good, M.D.  
Robert C. Green, M.D.  
Larry P. Griffin, M.D.  
Claire Griffin-Francell, R.N.  
Alfred Harkley, M.D.  
Norman B. Hartstein, M.D.  
Ann Hohmann, Ph.D.  
Theodore Hutchison, M.D.  
Dale Johnson, Ph.D.  
John E. Joyner, M.D.  
Harold Kaminetzky, M.D.  
Ira Katz, M.D.  
Jerald Kay, M.D.  
Kelly Kelleher, M.D.  
Helena Kraemer, Ph.D.  
John J. LaFerla, M.D.  
Marion Langer, Ph.D.  
Martha Lasseter, R.R.A.  
Philip Lavori, Ph.D.  
Lawrence N. Lazarus, M.D.  
Harriet Lefley, Ph.D.  
James Levenson, M.D.  
Frank Ling, M.D.  
Mack Lipkin, M.D.  
Don-David Lusteran, Ph.D.  
Richard M. Magraw, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™

Kathryn Magruder, Ph.D., M.P.H.  
Dale Matthews, M.D.  
Chuck Miles, M.D.  
Sheldon I. Miller, M.D.  
Paul D. Mozley, M.D.  
Kathi Pajer, M.D.  
Joseph Palombi, M.D.  
Robert C. Park, M.D.  
Elaine Purpel, M.S.W.  
Peter Rabins, M.D.  
Anthony Radcliffe, M.D.  
Richard Rahe, M.D.  
Peter Rappo, M.D.  
Marilyn Rosenson, M.S.W.  
Marshall Rosman, Ph.D.  
Donald J. Scherl, M.D.  
Sidney H. Schnoll, M.D.  
Diana Seebold, R.R.A.  
Charles A. Shamoian, M.D., Ph.D.  
Steven Sharfstein, M.D.  
J. Gregory Shea  
Alfred Skinner, M.D.  
William W. Snavely  
Janet T. Spence  
Leon Speroff, M.D.  
Emanuel Steindler  
Melvin Stern, M.D.  
James E. Strain, M.D.  
Rev. Paul C. Tomlinson  
Michael B. Unhjem  
Jerome Vaccaro, M.D.  
Jeanne Van Riper, A.R.T.  
Alan J. Wabrek, M.D.  
Lenore B. Walker, Ed.D.  
Steven Wartman, M.D.  
Robert Weinrieb, M.D.  
Robert Weinstock, Ph.D.  
Bryant Welch, Ph.D.  
Eleanor White, Ph.D.  
Robert L. Williams, M.D.  
Mark Wolraich, M.D.  
David Youngs, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

4 (Popup)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Grupo de Trabalho Especifico para Transtornos de Ansiedade**

Michael R. Liebowitz, M.D., Chairperson  
Jonathan Davidson, M.D.  
David H. Barlow, Ph.D., Vice-Chairperson  
Edna Foa, Ph.D.  
James C. Ballenger, M.D.  
Abby Fyer, M.D.

**Pressione Esc para Retornar ...**

**5 (Popup)**

**Consultores para os Transtornos de Ansiedade**

W. Stewart Agras, M.D.  
Hagop Akiskal, M.D.  
Lauren Bersh Alloy, M.D.  
James Barbie, M.D.  
Aaron T. Beck, M.D.  
Jean Beckham, Ph.D.  
Deborah C. Beidel, Ph.D.  
Istvan Bitter, M.D.  
Arthur S. Blank, Jr., M.D.  
Thomas D. Borkovec, Ph.D.  
Loretta E. Braxton, Ph.D.  
Naomi Breslau, Ph.D.  
Elizabeth Brett, Ph.D.  
Evelyn Bromet, Ph.D.  
Timothy A. Brown, Psy.D.  
Allan Burstein, M.D.  
David M. Clark, Ph.D.  
Lee Anna Clark, Ph.D.  
Deborah S. Cowley, M.D.  
Michelle G. Craske, Ph.D.  
Raymond R. Crowe, M.D.  
George C. Curtis, M.D.  
Yael Danieli, Ph.D.  
Joseph A. Deltito, M.D.  
Peter A. DiNardo, Ph.D.  
Keith Stephen Dobson, Ph.D.  
Spencer Eth, M.D.  
John Fairbank, Ph.D.  
Brian Fallon, M.D.  
Charles Figley, Ph.D.  
Stephen M. Ford, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Ellen Frank, Ph.D.  
Mathew Friedman, M.D.  
Kishore Gadde, M.D.  
Ronald Ganellen, Ph.D.  
Michael Gelder, M.D.  
Earl Giller, M.D.  
Wayne Goodman, M.D.  
Tana Grady, M.D.  
Bonnie Green, Ph.D.  
Peter J. Guarnaccia, Ph.D.  
Richard Heimberg, Ph.D.  
John E. Helzer, M.D.  
Judith Herman, M.D.  
Rudolf Hoehn-Saric, M.D.  
Steve Ken Hoge, M.D.  
Eric Hollander, M.D.  
Mardi Horowitz, M.D.  
Tom Insel, M.D.  
Michael Jenike, M.D.  
Wayne Katon, M.D.  
Heinz Katschnig, M.D.  
Terrance Keane, Ph.D.  
Dean Kilpatrick, Ph.D.  
Laurence Kirmayer, M.D.  
Donald F. Klein, M.D.  
Stuart Kleinman, M.D.  
Gerald L. Klerman, M.D. (falecido)  
Lawrence Kolb, M.D.  
Michael J. Kozak, Ph.D.  
Cynthia Last, Ph.D.  
Bernard Lerer, M.D.  
Andrew Levin, M.D.  
R. Bruce Lydiard, M.D., Ph.D.  
Salvatore Mannuzza, Ph.D.  
John S. March, M.D.  
Andrew Mathews, Ph.D.  
Matig Mavissakalian, M.D.  
Alexander McFarlane, M.B., B.S. (Hons.), M.D.  
Richard McNally, M.D.  
Charles A. Meyer, Jr., M.D.  
Karla Moras, Ph.D.  
Dennis Munjack, M.D.  
Lars Goran Öst, Ph.D.  
Howard Parad, D.S.W.  
Kok Lee Peng, M.D.  
Roger Pitman, M.D.  
Robert Pynoos, M.D.  
Ronald M. Rapee, Ph.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™

Beverley Raphael, M.D.  
Steven Rasmussen, M.D.  
James Reich, M.D., M.P.H.  
Patricia Resnick, Ph.D.  
Jeffrey C. Richards, Ph.D.  
Karl Rickels, M.D.  
John H. Riskind, Ph.D.  
Sir Martin Roth, M.D.  
Barbara Rothbaum, Ph.D.  
Peter Roy-Byrne, M.D.  
Philip Saigh, Ph.D.  
Paul Salkovskis, Ph.D.  
William C. Sanderson, Ph.D.  
Franklin Schneier, Ph.D.  
Javaid Sheikh, M.D.  
Zahava Soloman, M.D.  
Susan Solomon, Ph.D.  
Larry H. Strasburger, M.D., Ph.D.  
Suzanne Sutherland, M.D.  
Richard Swinson, M.D.  
Lenore Terr, M.D.  
Peter Trower, Ph.D.  
Samuel M. Turner, Ph.D.  
Thomas Uhde, M.D.  
David Watson, Ph.D.  
Hans Ulrich Wittchen, Ph.D.  
Patti Zetlin, M.S.W.  
Richard Zinbarg, Ph.D.  
Joseph Zohar, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

### 6 (Popup)

Grupo de Trabalho Específico para Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos

Gary J. Tucker, Chairperson	Gary Lloyd Gottlieb, M.D.
Michael Popkin, M.D., Vice-Chairperson	Igor Grant, M.D.
Eric Douglas Caine, M.D.	Benjamin Liptzin, M.D.
Marshall Folstein, M.D.	

Pressione Esc para Retornar ...

### 7 (Popup)

Consultores para Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





Cognitivos Frank Benson, M.D.

John Breitner, M.D.  
Steve Buckingham, D.S.W.  
Nelson Butters, Ph.D.  
Steven Cohen-Cole, M.D.  
Jeffrey Lee Cummings, M.D.  
Horacio Fabrega, Jr., M.D.  
Barry Fogel, M.D.  
Robert P. Granacher, M.D., Ph.D.  
Robert C. Green, M.D.  
Robert Heaton, M.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
K. Ranga Rama Krishnan, M.D.  
Keh-Ming Lin, M.D.  
Zbigniew Lipowski, M.D.  
Alwyn Lishman, M.D.  
Richard Mayeux, M.D.  
Marsel Mesulam, M.D.  
Vernon Neppe, M.D.  
Barry Reisberg, M.D.  
Sir Martin Roth, M.D.  
David Rubinow, M.D.  
Randy Schiffer, M.D.  
Michael Taylor, M.D.  
Linda Teri, Ph.D.  
Allan Yozawitz, M.D.  
Stuart C. Yudofsky, M.D.  
Michael Zaudig, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

## 8 (Popup)

Grupo de Trabalho Específico para Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

David Shaffer, M.D., Co-Chairperson	Benjamin Lahey, Ph.D.
Magda Campbell, M.D., Co-Chairperson	Rolf Loeber, Ph.D.
Susan J. Bradley, M.D.	Jeffrey Newcorn, M.D.
Dennis P. Cantwell, M.D.	Rhea Paul, Ph.D.
Gabrielle A. Carlson, M.D.	Judith H. L. Rapoport, M.D.
Donald Jay Cohen, M.D.	Sir Michael Rutter, M.D.
Barry Garfinkel, M.D.	Fred Volkmar, M.D.
Rachel Klein, Ph.D.	John S. Werry, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

## 9 (Popup)

Consultores para Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência Marc Amaya, M.D.

Lisa Amaya-Jackson, M.D.  
Adrian Angold, M.B., B.S., M.R.C. Psych.  
William Arroyo, M.D.  
Robert F. Asarnow, Ph.D.  
George Bailey, M.D.  
Joseph Biederman, M.D.  
Ray Blanchard, Ph.D.  
Lewis M. Bloomingdale, M.D.  
John Bradford, M.D.  
Joel Bregman, M.D.  
Glorissa Canino, Ph.D.  
Ian Alberto Canino, M.D.  
Iris Chagwedera, Ph.D.  
Dante Cicchetti, Ph.D.  
Susan Coates, Ph.D.  
Patricia Cohen, Ph.D.  
C. Keith Conners, Ph.D.  
Jane Costello, M.D.  
Charles Davenport, M.D.  
Robert DeLong, M.D.  
Martha Denckla, M.D.  
Park Elliott Dietz, M.D., Ph.D.  
Craig Donnelly, M.D.  
Felton Earls, M.D.  
L. Erlenmeyer-Kimling, Ph.D.  
Jack Fletcher, Ph.D.  
Steven Forness, Ed.D.  
Richard Green, M.D., J.D.  
Laurence Greenhill, M.D.  
Stanley Greenspan, M.D.  
Richard L. Gross, M.D.  
Robert Harmon, M.D.  
Lily Hechtman, M.D.  
Margaret Hertzog, M.D.  
James J. Hudziak, M.D.  
Peter Jensen, M.D.  
Gloria Johnson-Powell, M.D.  
Robert King, M.D.  
Mindy Krotick, M.A.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Cynthia Last, Ph.D.  
James Leckman, M.D.  
James Lee, M.D.  
Stephen Levine, M.D.  
John Lochman, M.D.  
Catherine Lord, Ph.D.  
John S. March, M.D.  
James McKinney, Ph.D.  
Jon Meyer, M.D.  
Heino F. L. Meyer-Bahlburg, Dr. rer. nat.  
Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.  
Klaus Minde, M.D.  
David Mrazek, M.D.  
Joy Osofsky, Ph.D.  
Ira Pauly, M.D.  
Gary Peterson, M.D.  
Sally Provence, M.D.  
Joaquim Puig-Antich, M.D. (falecido)  
Kathleen May Quinn, M.D.  
Steven Rasmussen, M.D.  
Robert J. Reichler, M.D.  
Mark A. Riddle, M.D.  
Edward Ritvo, M.D.  
Richard Rosner, M.D.  
Byron Rourke, Ph.D.  
Diane H. Schetky, M.D.  
Eric Schopler, Ph.D.  
Rourke Schopler, Ph.D.  
Arthur Shapiro, M.D.  
Theodore Shapiro, M.D.  
Bennet Shaywitz, M.D.  
Larry Silver, M.D.  
Robert Stoller, M.D. (falecido)  
Alan Stone, M.D.  
Peter Szatmari, M.D.  
Ludwig Szymanski, M.D.  
Paula Tallal, Ph.D.  
Kenneth Towbin, M.D.  
Luke Tsai, M.D.  
Kenneth Jay Weiss, M.D.  
Myrna M. Weissman, Ph.D.  
Elizabeth Weller, M.D.  
Karen Wells, Ph.D.  
Agnes Whittaker, M.D.  
Janet B. W. Williams, D.S.W.  
Ronald Winchel, M.D.  
Allan Yozawitz, M.D.  
Kenneth J. Zucker, Ph.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Barry Zuckerman, M.D.  
Bernard Zuger, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

## 10 (Popup)

Grupo de Trabalho Específico para Transtornos Alimentares

B. Timothy Walsh, M.D., Chairperson      James Mitchell, M.D.  
Paul Garfinkel, M.D.                              G. Terence Wilson, Ph.D.  
Katherine A. Halmi, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

## 11 (Popup)

Consultores para Transtornos Alimentares

W. Stewart Agras, M.D.  
Arnold Anderson, M.D.  
William Berman, Ph.D.  
Peter Beumont, M.D.  
Barton J. Blinder, M.D.  
Susan Jane Blumenthal, M.D.  
LCDR James M. Blunt  
Harry A. Brandt, M.D.  
Timothy D. Brewerton, M.D.  
Kelly Brownell, Ph.D.  
Gabrielle A. Carlson, M.D.  
Eva Carr, M.A.  
Regina Casper, M.D.  
Leslie Citrome, M.D.  
Peter J. Cooper, M.D.  
Arthur H. Crisp, M.D.  
Maria DaCosta, M.D.  
Bonnie Dansky, Ph.D.  
Michael Devlin, M.D.  
Adam Drewnowski, Ph.D.  
Elke Eckert, M.D.  
Robert Edelman, M.D.  
Christopher Fairburn, M.D.  
Madeline Fernstrom, Ph.D.  
Manfred Fichter, M.D.  
Martine Flament, M.D.  
Henri Flikier, A.C.S.W.

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Victor Fornari, M.D.  
Chris Freeman, M.D.  
David M. Garner, Ph.D.  
Philip W. Gold, M.D.  
Harry E. Gwirtsman, M.D.  
Deborah Hasin, Ph.D.  
C. Peter Herman, Ph.D.  
David Herzog, M.D.  
Jules Hirsch, M.D.  
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
L.K. George Hsu, M.D.  
James I. Hudson, M.D.  
Laurie Humphries, M.D.  
Philippe Jeammet, M.D.  
David C. Jimerson, M.D.  
Craig Johnson, Ph.D.  
Ross S. Kalucy, M.D.  
Jack L. Katz, M.D.  
Walter Kaye, M.D.  
Justin Kenardy, Ph.D.  
Kenneth S. Kendler, M.D.  
Sid Kennedy, M.D.  
Dean Kilpatrick, Ph.D.  
Dean D. Krahn, M.D.  
Sing Lee, M.R.C.Psych.  
Pierre Leichner, M.D.  
Harold Leitenberg, Ph.D.  
Jill Leolbonne, M.D.  
Gloria Leon, Ph.D.  
Katharine Loeb, B.A.  
Alexander R. Lucas, M.D.  
Marsha Marcus, Ph.D.  
Valerie Rae McClain, B.A.  
Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.  
Julian Morrow, Ph.D.  
Claes Norring, Dr.Med.Sc.  
Patrick O'Conner, Ph.D.  
Marion P. Olmstead, Ph.D.  
Carol B. Peterson, Ph.D.  
Karl Pirke, M.D.  
Janet Polivy, Ph.D.  
Harrison Pope, M.D.  
Charles Portney, M.D.  
Albert M. Powell, M.D.  
Raymond Prince, M.D.  
Richard Pyle, M.D.  
Ellen Raynes, Psy.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Rory Richardson, M.A.  
Cheryl Ritenbaugh, Ph.D., M.P.H.  
Paul Robinson, M.D.  
Judith Rodin, Ph.D.  
Barbara J. Rollis, Ph.D.  
James Rosen, Ph.D.  
Gerald Russell, M.D.  
Ronna Saunders, L.C.S.W.  
Joseph Silverman, M.D.  
Michael Strober, Ph.D.  
Albert J. Stunkard, M.D.  
Allan Sugarman, M.D.  
George Szmukler, M.D.  
Sten Theander, M.D.  
Suellen Thomsen, B.A.  
David Tobin, Ph.D.  
Walter Vandereycken, M.D.  
David Veale, M.R.C.Psych.  
Kelly Bemis Vitousek, Ph.D.  
Thomas Wadden, Ph.D.  
David Waller, M.D.  
Winnie Weeda-Mannak, Ph.D.  
Herbert Weiner, M.D.  
Mitchel Weiss, M.D., Ph.D.  
David Wheadon, M.D.  
Rena Wing, M.D.  
Steve Wonderlich, Ph.D.  
Susan Wooley, Ph.D.  
Wayne Wooley, Ph.D.  
Judith Wurtman, Ph.D.  
Joel Yager, M.D.  
Susan Yanovski, M.D.  
Preston Zucker, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

## 12 (Popup)

Grupo de Trabalho Específico para Transtornos do Humor

A. John Rush, M.D., Chairperson	David Dunner, M.D.
Martin B. Keller, M.D., Vice-Chairperson	Ellen Frank, Ph.D.
Mark S. Bauer, M.D.	Donald F. Klein, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

## 13 (Popup)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Consultores para Transtornos do Humor

Hagop Akiskal, M.D.  
Jay Amsterdam, M.D.  
Jules Angst, M.D.  
Paul S. Appelbaum, M.D.  
Marie Asberg, M.D.  
David Avery, M.D.  
Aaron T. Beck, M.D.  
James C. Beck, M.D.  
Dan Blazer, M.D.  
Charles Bowden, M.D.  
Ian Brockington, M.D.  
Susan B. Campbell, Ph.D.  
Dennis P. Cantwell, M.D.  
Bernard J. Carroll, M.D. Ph.D.  
Giovanni Cassano, M.D.  
Paul Chodoff, M.D.  
William Coryell, M.D.  
John L. Cox, D.M.  
Jonathan Davidson, M.D.  
John Davis, M.D.  
Christine Dean, M.D.  
Robert Delong, M.D.  
J. Raymond DePaulo, M.D.  
Jean Endicott, Ph.D.  
Cecile Ernst, M.D.  
Max Fink, M.D.  
Leslie M. Forman, M.D.  
Linda George, Ph.D.  
Robert Gerner, M.D.  
Elliot Gershon, M.D.  
William Goldstein, M.D.  
Byron Good, Ph.D.  
Frederick K. Goodwin, M.D.  
Thomas Gordon Gutheil, M.D.  
Wilma M. Harrison, M.D.  
Jonathon M. Himmelhoch, M.D.  
Robert M. A. Hirschfeld, M.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
Charles Holzer III, M.D.  
Robert Howland, M.D.  
Emily Hoyer, B.A.  
James Jefferson, M.D.  
Ira Katz, M.D.  
Gabor Keitner, M.D.

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Robert Kendell, M.D.  
Kenneth S. Kendler, M.D.  
Daniel Klein, Ph.D.  
Gerald L. Klerman, M.D. (falecido)  
James Kocsis, M.D.  
Harold Koenig, M.D.  
Ernest Kovacs, M.D.  
Helena Kraemer, Ph.D.  
K. Ranga Rama Krishnan, M.D.  
Andrew Krystal, M.D.  
David J. Kupfer, M.D.  
Jacqueline LaLive, M.D.  
Peter Lewinshon, Ph.D.  
Wolfgang Maier, M.D.  
John Mann, M.D.  
Spero Manson, Ph.D.  
James P. McCullough, Ph.D.  
Patrick McGrath, M.D.  
Julien Mendelewicz, M.D.  
Kathleen Merikangas, Ph.D.  
Robert Michels, M.D.  
Ivan Miller, Ph.D.  
Phyllis Nash, D.S.W.  
Michael O'Hara, Ph.D.  
David Osser, M.D.  
Gordon Parker, M.D.  
Barbara Parry, M.D.  
Eugene Paykel, M.D.  
Kok Lee Peng, M.D.  
Fredrick Petty, M.D., Ph.D.  
Robert M. Post, M.D.  
Daniel Purdy, A.B.  
Frederic Quitkin, M.D.  
Judith G. Rabkin, Ph.D.  
Ted Reich, M.D.  
Richard Ries, M.D.  
Donald Robinson, M.D.  
Holly Rogers, M.D.  
Jerrold F. Rosenbaum, M.D.  
Norman Rosenthal, M.D.  
Anthony Rothschild, M.D.  
Alec Roy, M.D.  
Cordelia Russell, B.A.  
Alan Schatzberg, M.D.  
Jan Scott, Ph.D.  
Tracie Shea, Ph.D.  
Anne Simmons, Ph.D.  
Stuart Sotsky, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





David Steffens, M.D.  
Jonathan Stewart, M.D.  
Larry H. Strasburger, M.D., Ph.D.  
Trisha Suppes, M.D., Ph.D.  
Michael Thase, M.D.  
Richard Weiner, M.D.  
Jan Weissenburger, M.A.  
Myrna M. Weissman, Ph.D.  
Kenneth Wells, M.D.  
Peter C. Whybrow, M.D.  
George Winokur, M.D.  
Anna Wirz-Justice, Ph.D.  
Hans Ulrich Wittchen, Ph.D.

Pressione Esc para Retornar ...

## 14 (Popup)

### Grupo de Trabalho Específico para Aspectos Multiaxiais

Janet B. W. Williams, D.S.W. Chairperson	Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D. Roger Peele, M.D.
Howard H. Goldman, M.D., Ph.D., Vice-Chairperson	Stephen Setterberg, M.D.
Alan M. Gruenberg, M.D.	Andrew Edward Skodol II, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

## 15 (Popup)

### Consultores para Questões Multi-Axiais

Jonathan F. Borus, M.D.  
Kathleen Buckwalter, Ph.D.  
Fredrich Busch, M.D.  
Eric Douglas Caine, M.D.  
Thomas Carli, M.D.  
Arnold Cooper, M.D.  
Paul Crits-Christoph, M.D.  
Susan Fine, M.A.  
Paul J. Fink, M.D.  
Jack Froom, M.D.  
Akira Fujinawa, M.D.  
Daniel W. Gillette, M.D.  
Robert Glick, M.D.  
Byron Good, Ph.D.

Richard E. Gordon, M.D., Ph.D.  
Barry Gurland, M.D.  
Herta A. Guttman, M.D.  
Richard Hall, M.D.  
Mardi Horowitz, M.D.  
Charles Hughes, Ph.D.  
T. Byram Karasu, M.D.  
James Karls, D.S.W.  
Florence Kaslow, Ph.D.  
Otto Kernberg, M.D.  
Gerald L. Klerman, M.D. (falecido)  
Thomas Kuhlman, Ph.D.  
Powell Lawton, Ph.D.  
Joshua D. Lipsitz, Ph.D.  
Christine Lloyd, M.D.  
Lester Luborsky, M.D.  
Roger Mackinnon, M.D.  
Carolyn Mazure, Ph.D.  
Theodore Millon, Ph.D.  
Glen Pearson, M.D.  
J. Christopher Perry, M.D.  
George H. Pollock, M.D.  
Joseph M. Rey, Ph.D.  
Lawrence Rockland, M.D.  
Geoffrey Shrader, M.D.  
Ronald C. Simons, M.D., M.A.  
Alan Stoudemire, M.D.  
James J. Strain, M.D.  
John S. Strauss, M.D.  
Christopher Tennant, M.D.  
Mary Durand Thomas, R.N., Ph.D.  
Virginia Tilden, R.N., D.N.Sc.  
George Vaillant, M.D.  
Holly Skodol Wilson, R.N. Ph.D.  
Ronald M. Wintrob, M.D.  
Lyman C. Wynne, M.D., Ph.D.

Pressione Esc para Retornar ...

## 16 (Popup)

Grupo de Trabalho Especifico para Transtornos da Personalidade

John Gunderson, M.D., Chairperson  
Robert M. A. Hirschfeld, M.D.,  
Vice-Chairperson

Theodore Millon, Ph.D.  
Bruce Pfohl, M.D.  
Tracie Shea, Ph.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Roger Blashfield, Ph.D.  
Susan Jean Fiester, M.D.

Larry Siever, M.D..  
Thomas A. Widiger, Ph.D

Pressione Esc para Retornar ...

## 17 (Popup)

### Consultores para Transtornos da Personalidade

Gerald Adler, M.D.  
Salman Akhtar, M.D.  
Hagop Akiskal, M.D.  
Norimassa Akuta, M.D.  
Renato Daniel Alarcon, M.D., M.P.H.  
Arthur Alterman, Ph.D.  
Antonio Andreoli, M.D.  
Paul S. Appelbaum, M.D.  
Beng-Ake Armelius, Ph.D.  
Lorna Smith Benjamin, Ph.D.  
Mark Berelowitz, M.D.  
Jack Brandes, M.D.  
Remi Cadoret, M.D.  
Paul Chodoff, M.D.  
Lee Anna Clark, Ph.D.  
John Clarkin, Ph.D.  
C. Robert Cloninger, M.D.  
Jerome Cohen, D.S.W.  
Karyl Cole, M.D.  
Arnold Cooper, M.D.  
Paul Costa, Ph.D.  
Alv A. Dahl, M.D.  
Carl Eisdorfer, M.D., Ph.D., M.S.W.  
Edward F. Foulks, M.D. Ph.D.  
John Frosch, M.D.  
William Golstein, M.D.  
Seymour L. Halleck, M.D.  
Robert Hare, Ph.D.  
Judith Herman, M.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
Mardi Horowitz, M.D.  
Stephen W. Hurt, Ph.D.  
Steven Hyler, M.D.  
Karen John, M.D.  
Patricia Judd, M.S.W.  
Charles Kaelber, M.D.  
Oren Kalus, M.D.  
Kenneth S. Kendler, M.D.

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Otto Kernberg, M.D.  
Donald Kiesler, Ph.D.  
Daniel Klein, Ph.D.  
Donald F. Klein, M.D.  
Arthur Kleinman, M.D., Ph.D.  
Harold Koenigsberg, M.D.  
Jerome Kroll, M.D.  
Marsha Linehan, Ph.D.  
Paul Links, M.D.  
John Lion, M.D.  
W. John Livesley, M.D.  
Armand Loranger, Ph.D.  
Spencer Lyerly, Ph.D.  
Michael Lyons, Ph.D.  
K. Roy MacKenzie, M.D.  
Roger Mackinnon, M.D.  
Nikolas Manos, M.D.  
James Masterson, M.D.  
Robert McCrae, Ph.D.  
Thomas McGlashan, M.D.  
Robert David Miller, M.D., Ph.D.  
Leslie Morey, Ph.D.  
Ole Mors, M.D.  
Kazuhisa Nakao, M.D.  
H. George Nurnberg, M.D.  
John Oldham, M.D.  
Yutaka Ono, M.D.  
Stephen L. Oxley, Ph.D.  
Joel Paris, M.D.  
Gordon Parker, M.D.  
Glen Pearson, M.D.  
Kok Lee Peng, M.D.  
J. Christopher Perry, M.D.  
Ethel Person, M.D.  
Katharine Anne Phillips, M.D.  
Paul Pilkonis, Ph.D.  
Harrison Pope, M.D.  
Charles Pull, M.D.  
James Reich, M.D., M.P.H.  
William H. Reid, M.D.  
Lee Robins, Ph.D.  
Elsa Ronningstam, Ph.D.  
Loren Henry Roth, M.D.  
Robert Ruegg, M.D.  
Pedro Ruiz, M.D.  
A. John Rush, M.D.  
Mavin Schwartz, M.D.  
Richard Selman, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Kenneth Silk, M.D.**  
**Bennett Simon, M.D.**  
**Richard C. Simons, M.D.**  
**Erik Simonsen, M.D.**  
**Andrew Edward Skodol II, M.D.**  
**Paul Harris Soloff, M.D.**  
**Stephen Sternbach, M.D.**  
**Alan Stone, M.D.**  
**Michael Stone, M.D.**  
**Lawrence Tancredi, M.D.**  
**Alex Tarnopolsky, M.D.**  
**Auke Tellegen, Ph.D.**  
**Pekka Tienari, M.D.**  
**Svenn Torgensen, M.D.**  
**Joseph Triebwasser, M.D.**  
**Robert Tringone, Ph.D.**  
**Timothy Trull, Ph.D.**  
**Peter Tyrer, M.D.**  
**Lindsey Tweed, M.D.**  
**T. Bedirhan Ustun, M.D.**  
**Per Vaglum, M.D.**  
**Sonya Vaglum, M.D.**  
**George Vaillant, M.D.**  
**Lenore B. Walker, Ed.D.**  
**Dermot Walsh, M.B.**  
**Jack Wiggins, Ph.D.**  
**Jerry Wiggins, Ph.D.**  
**Mary C. Zanarini, Ed.D.**

**Pressione Esc para Retornar ...**

## **18 (Popup)**

**Grupo de Trabalho Especifico para Transtorno Disfórico Pré-Menstrual**

**Judith H. Gold, M.D., Chairperson**  
**Jean Endicott, Ph.D.**  
**Barbara Parry, M.D.**

**Sally Severino, M.D.**  
**Nada Logan Stotland, M.D.**  
**Ellen Frank, Ph.D., Consultora**

**Pressione Esc para Retornar ....**

## **19 (Popup)**

**Consultores para Transtorno Disfórico Pré-Menstrual**

**Elissa P. Benedek, M.D.**

Sarah Berga, M.D.  
Susan Jane Blumenthal, M.D.  
Leah Joan Dickstein, M.D.  
Ellen W. Freeman, Ph.D.  
Sheryl Gallant, Ph.D.  
Leslie Gise, M.D.  
Uriel Halbreich, M.D.  
Jean Hamilton, M.D.  
Michelle Harrison, M.D.  
Roger F. Haskett, M.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
Stephen W. Hurt, Ph.D.  
Renee Johns, B.A.  
W. Keye, Jr., M.D.  
Martha Kirkpatrick, M.D.  
Martha McClintock, Ph.D.  
Margaret L. Moline, Ph.D.  
Carol C. Nadelson, M.D.  
Howard Osofsky, M.D.  
Mary Brown Parlee, Ph.D.  
Jeff Rausch, M.D.  
Robert Reid, M.D.  
R. Rhodes, M.D.  
Ana Rivera-Tovar, Ph.D.  
Gail Robinson, M.D.  
Miriam Rosenthal, M.D.  
Peter Roy-Byrne, M.D.  
David Rubinow, M.D.  
Paula Schnurr, Ph.D.  
John Steege, M.D.  
Meir Steiner, M.D., Ph.D.  
Donna Stewart, M.D.  
Anna Stout, M.D.  
Lenore B. Walker, Ed.D.  
David Youngs, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

## 20 (Popup)

**Grupo de Trabalho Específico para Transtornos de Interface com o Sistema Psiquiátrico (Transtornos de Ajustamento, Dissociativo, Factício, do Controle dos Impulsos e Somatoformes e Fatores Psicológicos que Afetam as Condições Médicas)**

Robert E. Hales, M.D., Chairperson  
C. Robert Cloninger, M.D.,

Ronald L. Martin, M.D.  
Katharine Anne Phillips, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™

Vice-Chairperson	David A. Spiegel, M.D.
Jonathan F. Borus, M.D.	Alan Stoudemire, M.D.
Jack Denning Burke, Jr., M.D., M.P.H.	James J. Strain, M.D.
Joe P. Fagan, M.D.	Michael G. Wise, M.D.
Steven A. King, M.D.	

Pressione Esc para Retornar ...

### 21 (Popup)

Consultores para Transtornos Psiquiátricos dos Sistemas de Interface (Transtornos de Ajustamento, Dissociativo, Factício, de Controle dos Impulsos e Somatoforme e Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica)

Paul S. Appelbaum, M.D.  
Allyson Ashley, D.S.W.  
Arthur J. Barsky, M.D.  
David H. Barlow, Ph.D.  
Johnathon O. Beahrs, M.D.  
David Bear, M.D.  
Gale Beardsley, M.D.  
Sidney Benjamin, M.D., M.Phil.  
Kenneth Bowers, Ph.D.  
John Bradford, M.D.  
Bennett Braun, M.D.  
Etsel Cardena, Ph.D.  
James Chu, M.D.  
Catherine Classen, Ph.D.  
Philip Coons, M.D.  
Douglas Detrick, Ph.D.  
Robert H. Dworkin, Ph.D.  
David Folks, M.D.  
Fred Frankel, M.D.  
Edward Frischholz, Ph.D.  
George Fulup, M.D.  
Rollin Gallagher, M.D.  
Jeffrey Geller, M.D.  
Daniel W. Gillette, M.D.  
Michael G. Goldstein, M.D.  
Veerainder Goli, M.B.  
Carlos A. Gonzalez, M.D.  
Junius Gonzales, M.D.  
Michael I. Good, M.D.  
Ezra E. H. Griffith, M.D.  
Samuel B. Guze, M.D.  
Seymour L. Halleck, M.D.  
Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Nelson Hendler, M.S., M.D.  
Ernest Hilgard, Ph.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
Jimmie C. Holland, M.D.  
Eric Hollander, M.D.  
James J. Hudziak, M.D.  
Janis H. Jenkins, Ph.D.  
Roger Kathol, M.D.  
J. David Kinzie, M.D.  
Laurence Kirmayer, M.D.  
Arthur Kleinman, M.D., Ph.D.  
Richard Kluff, M.D.  
Cheryl Koopman, Ph.D.  
Donald S. Kornfeld, M.D.  
K. Ranga Rama Krishnan, M.D.  
John Kurtz, M.D.  
Henry R. Lesieur, Ph.D.  
James Levenson, M.D.  
Roberto Lewis-Fernandez, M.D.  
John Lion, M.D.  
Zbigniew J. Lipowski, M.D.  
Don R. Lipsitt, M.D.  
Richard Loewenstein, M.D.  
Jeffrey Mattes, M.D.  
M. Eileen McNamara, M.D.  
Harold Merskey, D.M.  
Michael Moran, M.D.  
George B. Murray, M.D.  
John Nemiah, M.D.  
Jeffrey Newcorn, M.D.  
Raymond Niaura, Ph.D.  
Perry M. Nicassio, Ph.D.  
Martin Orne, M.D., Ph.D.  
Kalpana Pakianathan, M.D.  
Robert O. Pasnau, M.D.  
Kok Lee Peng, M.D.  
Samuel W. Perry, III, M.D.  
Gary Peterson, M.D.  
John Plewes, M.D.  
Stanley L. Portnow, M.D., Ph.D.  
Frank Putnam, M.D.  
Phillip Jacob Resnick, M.D.  
Richard J. Rosenthal, M.D.  
Colin A. Ross, M.D.  
John Z. Sadler, M.D.  
Shirley Sanders, Ph.D.  
Stephen M. Saravay, M.D.  
Jonathon F. Silver, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda





## Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™

Herbert Spiegel, M.D.  
Marlene Steinberg, M.D.  
Robert Stewart, D.S.W.  
Marvin Swartz, M.D.  
Troy L. Thompson II, M.D.  
Moshe Torem, M.D.  
Eldon Tunks, M.D.  
William L. Webb, Jr., M.D. (falecido)  
Kenneth Jay Weiss, M.D.  
Mitchel Weiss, M.D., Ph.D.  
Lewis Jolly West, M.D.  
Ronald Winchel, M.D.  
Thomas Nathan Wise, M.D.  
Dennis Wolf, M.D.  
Derson Young, M.D.  
Stuart C. Yudofsky, M.D.  
Sean Yutzy, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

### 22 (Popup)

Grupo de Trabalho Específico para Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D.,    Samuel Keith, M.D.  
Chairperson                                    Kenneth S. Kendler, M.D.  
John M. Kane, M.D., Vice-Chairperson    Thomas McGlashan, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

### 23 (Popup)

Consultores para Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

Xavier Amador, Ph.D.  
Stephan Arndt, Ph.D.  
Peter Berner, M.D.  
Istvan Bitter, M.D.  
Donald W. Black, M.D.  
Randy Borum, M.D.  
Malcolm B. Bowers, Jr., M.D.  
H. Stefan Bracha, M.D.  
Ian Brockington, M.D.  
William Carpenter, M.D.  
Richard J. Castillo, Ph.D.  
David Copolov, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Lawrence A. Dunn, M.D.  
William Edell, Ph.D.  
Akira Fujinawa, M.D.  
Carlos A. Gonzalez, M.D.  
Jack Gorman, M.D.  
Igor Grant, M.D.  
Ezra E. H. Griffith, M.D.  
Gretchen Haas, Ph.D.  
Martin Harrow, Ph.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
Janis H. Jenkins, Ph.D.  
Dilip V. Jeste, M.D.  
Marvin Karno, M.D.  
Robert Kendell, M.D.  
Anthony F. Lehman, M.D., M.S.P.H.  
Roberto Lewis-Fernandez, M.D.  
Robert Liberman, M.D.  
Jeffrey Lieberman, M.D.  
Mario Maj, M.D.  
Joseph P. McEvoy, M.D.  
Max McGee, M.D.  
Patrick McGorry, M.B.B.S.  
Herbert Meltzer, M.D.  
Alan Metz, M.D.  
Jeffrey L. Metzger, M.D.  
Mark Richard Munetz, M.D.  
Alistair Munroe, M.D.  
Keith Neuchterlein, Ph.D.  
Yuji Okasaki, M.D.  
Alfonso Ontiveros, M.D., M.Sc.  
Stein Opjordsmoen, Ph.D.  
Ananda K. Pandurangi, M.D.  
Godfrey Pearlson, M.D.  
Delbert Robinson, M.D.  
Nina Schooler, Ph.D.  
Larry Siever, M.D.  
Samuel Siris, M.D.  
John Sweeney, Ph.D.  
Sally Szymanski, D.O.  
Mauricio Tohen, M.D.  
Ming Tso Tsuang, M.D., Ph.D.  
Michael Zaudig, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

24 (Popup)

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



**Grupo de Trabalho Especifico para Transtornos Sexuais**

Chester W. Schmidt, M.D., Chairperson Taylor Seagraves, M.D.  
Raul Schiavi, M.D. Thomas Nathan Wise, M.D.  
Leslie Schover, Ph.D.

Pressione Esc para Retornar ...

**25 (Popup)**

**Consultores para Transtornos Sexuais**

John Bradford, M.D.  
Robert P. Cabaj, M.D.  
Dona L. Davis, Ph.D.  
Park Elliot Dietz, M.D., Ph.D.  
Leslie Gise, M.D.  
Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.  
Gilbert Herdt, Ph.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
Helen Kaplan, M.D.  
Kok Lee Peng, M.D.  
Anna Stoutt, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

**26 (Popup)**

**Grupo de Trabalho Especifico para Transtornos do Sono**

David J. Kupfer, M.D., Chairperson Roger Peele, M.D.  
Charles F. Reynolds III, M.D. Quentin Regestein, M.D.  
Vice-Chairperson Michael Sateia, M.D.  
Daniel Buysse, M.D. Michael Thorpy, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

**27 (Popup)**

**Consultores para Transtornos do Sono**

Edward Bixler, M.D.  
Jack Edinger, M.D.  
Charles W. Erwin, M.D.  
Eugene C. Fletcher, M.D.

Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.  
Peter Hauri, Ph.D.  
Anthony Kales, M.D.  
Milton Kramer, M.D.  
Rocco Manfredi, M.D.  
Gail Marsh, M.D.  
Jeffrey L. Metzner, M.D.  
Harvey Moldofsky, M.D.  
Timothy H. Monk, Ph.D.  
Ralph Pascualy, M.D., R.N.  
Howard Roffwarg, M.D.  
Thomas Roth, Ph.D.  
A. John Rush, M.D.  
Constantin R. Soldatos, M.D.  
Edward Stepanski, Ph.D.  
Michael Thorpy, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

## 28 (Popup)

Grupo de Trabalho Específico para Transtornos Substâncias	Relacionados a
--	----------------

Marc Alan Schuckit, M.D., Chairperson	Thomas Crowley, M.D.
John E. Helzer, M.D., Vice-Chairperson	Peter E. Nathan, Ph.D.
Linda B. Cottler, Ph.D.	George E. Woody, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

## 29 (Popup)

Consultores para Transtornos Relacionados a Substâncias
---

Henry Abraham, M.D.  
Christer Allgulander, M.D.  
Arthur Alterman, Ph.D.  
Roland Atkinson, M.D.  
Tom Babor, Ph.D.  
George Bailey, M.D.  
James Barbie, M.D.  
Jeffrey Bedrick, M.D.  
Fred K. Berger, M.D.  
Jack D. Blaine, M.D.  
Sheila Blume, M.D.  
Richard Bonnie, J.D.

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV™**

Kathleen Bucholz, Ph.D.  
John Cacciola, Ph.D.  
Glorissa Canino, Ph.D.  
William D. Clark, M.D.  
Stephen Dinwiddie, M.D.  
Griffith Edwards, M.D.  
Marian Fischman, Ph.D.  
Richard Frances, M.D.  
William Frosch, M.D.  
Marc Galanter, M.D.  
Frank Gawin, M.D.  
Edith S. Linansky Gomberg, Ph.D.  
Enoch Gordis, M.D.  
David Gorelick, M.D.  
Bridget Grant, Ph.D.  
Marcus Grant, Ph.D.  
Lester Grinspoon, M.D.  
Alfred Harkley, M.D.  
James Hartford, M.D.  
Deborah Hasin, Ph.D.  
Steven Ken Hoge, M.D.  
Arthur M. Horton, M.D.  
John R. Hughes, M.D.  
Michael Irwin, M.D.  
Jerome Jaffe, M.D.  
Denise Kandel, Ph.D.  
Edward Kaufman, M.D.  
Herbert Kleber, M.D.  
Thomas Kosten, M.D.  
Mary Jeanne Kreek, M.D.  
James Langenbucher, Ph.D.  
Edward D. Levin, Ph.D.  
Benjamin Liptzin, M.D.  
James Maddox, M.D.  
Enrique Madrigal, M.D.  
Peter Martin, M.D.  
Roy Mathew, M.D.  
Wayne McFadden, M.D.  
Thomas McLellan, Ph.D.  
Jack H. Mendelsohn, M.D.  
Roger Meyer, M.D.  
Norman Miller, M.D.  
Robert Millman, M.D.  
Maristela Monteiro, M.D.  
Robert M. Morse, M.D.  
David F. Naftolowitz, M.D.  
Paul Nagy Charles O'Brien, M.D.  
Glen Pearson, M.D.

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Stanton Peele, Ph.D.  
Helen Pettinatti, Ph.D.  
Roy Pickens, Ph.D.  
Andrzej Piotrowski, M.D.  
Rumim Price, Ph.D.  
Anthony Radcliffe, M.D.  
Charles Riodan, M.D.  
Jed Rose, Ph.D.  
Bruce Rounsaville, M.D.  
John Saunders, M.D.  
Sidney H. Schnoll, M.D.  
Charles R. Schuster, Ph.D.  
Boris Segal, M.D.  
Roy Stein, M.D.  
Lee L. Towle, Ph.D.  
John Tsuang, M.D.  
Harold Urschell, III, M.D.  
Dermot Walsh, M.B.  
Robert Weinrieb, M.D.  
Joseph Westermeyer, M.D., Ph.D., M.P.H.  
Kenneth Winters, Ph.D.  
Sheldon Zimberg, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

### 30 (Popup)

#### Comitê para Diagnóstico e Avaliação Psiquiátrica

Layton McCurdy, M.D., Chairperson (1987-1994)	Daniel J. Luchins, M.D., Consultor (1987-1991)
Kenneth Z. Altshuler, M.D. (1987-1992)	Katharine Anne Phillips, M.D., Consultora (1992-1994)
Thomas F. Anders, M.D. (1988-1994)	Cynthia Pearl Rose, M.D., Consultora (1990-1994)
Susan Jane Blumenthal, M.D. (1990-1993)	Louis Alan Moench, M.D., Assembly Liaison (1991-1994)
Leah Joan Dickstein, M.D. (1988-1991)	Steven K. Dobscha, M.D., Resident Fellow (1988-1991) (1990-1992)
Lewis J. Judd, M.D. (1988-1994)	Mark Zimmerman, M.D., Resident Fellow (1992-1994)
Gerald L. Klerman, M.D. (falecido)	
Stuart C. Yudofsky, M.D. (1992-1994)	
Jack D. Blaine, M.D., Consultor (1987-1992)	
Jerry M. Lewis, M.D., Consultor (1988-1994)	

Pressione Esc para Retornar ...

### 31 (Popup)

Comitê Conjunto do Conselho de Administradores e Junta de Filiais Distritais sobre Temas Relacionados ao DSM-IV

Ronald A. Shellow, M.D., Chairperson     Arthur John Farley, M.D.  
Harvey Bluestone, M.D.                     Carol Ann Bernstein, M.D.  
Leah Joan Dickstein, M.D.

Pressione Esc para Retornar ...

### 32 (Popup)

Uma Palavra de Cautela

Os critérios diagnósticos específicos para cada transtorno mental são oferecidos como diretrizes para a confecção de diagnósticos, uma vez que comprovadamente o uso desses melhora o consenso entre clínicos e investigadores. O uso apropriado de tais critérios requer o treinamento clínico especializado, que ofereça tanto uma bagagem de conhecimentos quanto habilidades clínicas.

Esses critérios diagnósticos e a classificação de transtornos mentais do DSM-IV refletem um consenso das formulações atuais de conhecimentos adquiridos em nosso campo. Eles não abrangem, entretanto, todas as condições para as quais as pessoas são passíveis de tratamento ou que podem ser tópicos apropriados para esforços de pesquisas.

A finalidade do DSM-IV é oferecer descrições claras de categorias diagnósticas, a fim de permitir que clínicos e investigadores diagnostiquem, comuniquem, estudem e tratem pessoas com vários transtornos mentais. Entenda-se que a inclusão aqui, para finalidades clínicas e investigatórias, de uma categoria diagnóstica tal como Jogo Patológico ou Pedofilia não implica que a condição reúne critérios legais ou outros critérios não-médicos para o que constitui a doença mental, transtorno mental ou deficiência mental. As considerações clínicas e científicas envolvidas na categorização dessas condições como transtornos mentais podem não ser completamente relevantes aos julgamentos legais que levam em consideração, por exemplo, questões tais como responsabilidade individual, determinação de interdição e competência.

Pressione Esc para Retornar ...

### 33 (Popup)

Transtornos Clínicos Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica

Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência (excluindo Retardo Mental, que é diagnosticado no Eixo II)  
Delirium, Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos  
Transtornos Mentais Devido a Uma Condição Médica Geral  
Transtornos Relacionados a Substâncias

Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos  
Transtornos do Humor  
Transtornos de Ansiedade  
Transtornos Somatoformes  
Transtornos Factícios  
Transtornos Dissociativos  
Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero  
Transtornos Alimentares  
Transtornos do Sono  
Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local  
Transtornos de Ajustamento  
Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica

Pressione Esc para Retornar ...

### 34 (Popup)

Transtornos da Personalidade Retardo  
Mental

Transtorno da Personalidade Paranóide    Transtorno da Personalidade Dependente  
Transtorno da Personalidade Esquizóide    Transtorno da Personalidade Obsessivo-  
Transtorno da Personalidade Esquizotípica Compulsiva  
Transtorno da Personalidade Anti-Social    Transtorno da Personalidade Sem Outra  
Transtorno da Personalidade Borderline    Especificação  
Transtorno da Personalidade Histriônica    Transtorno da Personalidade Esquiva  
Transtorno da Personalidade Narcisista    Retardo Mental

Pressione Esc para Retornar ...

### 35 (Popup)

Condições Médicas Gerais (com códigos da CID-9-MC)

Doenças Infecciosas e Parasitárias (001-139)  
Neoplasias (140-239)  
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas e Transtornos da Imunidade (240-279)  
Doenças do Sangue e Órgãos Hematopoiéticos (280-289)  
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos Sensoriais (320-389)  
Doenças do Sistema Circulatório (390-459)  
Doenças do Sistema Respiratório (460-519)  
Doenças do Sistema Digestivo (520-579)  
Doenças do Sistema Genitourinário (580-629)  
Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério (630-676)  
Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo (680-709)



Doenças do Sistema Músculo-Esquelético e Tecido Conjuntivo (710-739)  
Anomalias Congênitas (740-759)  
Certas Condições Originadas no Período Perinatal (760-779)  
Sintomas, Sinais e Condições Mal Definidas (780-799)  
Ferimentos e Envenenamento (800-999)

Pressione Esc para Retornar ...

### 36 (Popup)

Problemas Psicossociais e Ambientais

Problemas com o grupo de apoio primário  
Problemas relacionados ao ambiente social  
Problemas educacionais  
Problemas ocupacionais  
Problemas de moradia  
Problemas econômicos  
Problemas com o acesso aos serviços de cuidados à saúde  
Problemas relacionados à interação com o sistema legal/criminal  
Outros problemas psicossociais e ambientais

Pressione Esc para Retornar ...

### 37 (Popup)

Nota:

A pontuação do funcionamento psicológico global em uma escala de 0-100 foi operacionalizada por Luborsky na Escala de Pontuação de Saúde-Doença (Luborsky L: "'Clinicians' Judgements of Mental Health", Archives of General Psychiatry 7: 407-417, 1962). Spitzer e cols. desenvolveram uma revisão da Escala de Pontuação de Saúde-Doença, chamada Escala de Avaliação Global (Global Assessment Scale [GAS]) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: "The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance". Archives of General Psychiatry 33:766-771, 1976). Uma versão modificada da GAS foi incluída no DSM-III-R como a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF).

Pressione Esc para Retornar ...

### 38 (Popup)

Retardo Mental.

Os critérios foram modificados, a fim de serem mais compatíveis com a definição da Associação Americana de Retardo Mental.

Pressione Esc para Retornar ...

### 39 (Popup)

Transtornos da Aprendizagem.

O nome foi mudado, de Transtornos das Habilidades Acadêmicas do DSM-III-R, para refletir o uso clínico comum. O critério de exclusão (Critério C) foi modificado para permitir um diagnóstico de transtorno da Aprendizagem na presença de um déficit sensorial, desde que as dificuldades de aprendizagem excedam aquelas habitualmente associadas com o déficit sensorial. Além disso, o critério de exclusão do DSM-III-R foi modificado para permitir um diagnóstico de Transtorno da Aprendizagem na presença de uma condição médica geral (neurológica). Em contraste com o DSM-III-R, os transtornos da Aprendizagem são codificados no Eixo I no DSM-IV.

Pressione Esc para Retornar ...

### 40 (Popup)

Transtornos da Comunicação.

Esta seção reúne sob um só título todos os transtornos da fala e da linguagem que no DSM-III-R estavam relacionados em duas seções distintas — Transtornos Específicos do Desenvolvimento e Transtornos da Fala Não Classificados em Outro Local.

Pressione Esc para Retornar ...

### 41 (Popup)

Transtorno da Linguagem Expressiva

Este diagnóstico não mais é excluído na presença de um déficit motor da fala, um déficit sensorial ou privação ambiental, desde que as dificuldades de linguagem excedam aquelas habitualmente associadas com esses problemas. Em contraste com o DSM-III-R, o Transtorno da Linguagem Expressiva é codificado no Eixo I no DSM-IV.

Pressione Esc para Retornar ...

### 42 (Popup)

Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva.

Este diagnóstico substitui o de transtorno do Desenvolvimento da Linguagem Receptiva no DSM-III-R, em reconhecimento ao fato de que os problemas da linguagem receptiva não ocorrem isoladamente, sem problemas concomitantes na linguagem expressiva. Este diagnóstico não mais é excluído na presença de um déficit motor da fala, déficit sensorial ou privação ambiental, desde que as dificuldades de linguagem excedam aquelas habitualmente associadas com esses problemas. Em contraste com o DSM-III-R, o Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva é codificado no Eixo I no DSM-IV.

Pressione Esc para Retornar ...

#### 43 (Popup)

Transtorno Fonológico.

O nome foi alterado de Transtorno do Desenvolvimento da Articulação no DSM-III-R para conformar-se à terminologia atual. Este diagnóstico não mais é excluído na presença de um déficit motor da fala, déficit sensorial ou privação ambiental, desde que as dificuldades de linguagem excedam aquelas habitualmente associadas com esses problemas. Em contraste com o DSM-III-R, o Transtorno Fonológico é codificado no Eixo I no DSM-IV.

Pressione Esc para Retornar ...

#### 44 (Popup)

Tartamudez.

Os critérios do DSM-III-R consistiam de uma definição em apenas uma frase. Um conjunto de critérios expandido e mais específico foi acrescentado.

Pressione Esc para Retornar ...

#### 45 (Popup)

Transtornos Invasivos do Desenvolvimento.

Em contraste com o DSM-III-R, os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento são codificados no Eixo I no DSM-IV.

Pressione Esc para Retornar ...

#### 46 (Popup)

Transtorno Autista

As características definitórias do DSM-III-R (prejuízo da interação social e da comunicação e

padrões estereotipados de comportamento) são retidos no DSM-IV, mas os itens individuais e o algoritmo diagnóstico geral foram modificados para:

- 1) incrementar a utilidade clínica, pela redução do número de itens de 16 para 12 e pelo aumento na clareza dos itens individuais;
- 2) aumentar a compatibilidade com os Critérios para Pesquisas Diagnósticas da CID-10; e
- 3) estreitar a definição dos casos, de modo a que esta se conforme mais estreitamente ao julgamento clínico, ao DSM-III e à CID-10. Além disso, uma exigência de "idade de início" (antes dos 3 anos no DSM-IV), que fora excluída no DSM-III-R, reaparece para conformar-se ao uso clínico e para aumentar a homogeneidade desta categoria.

Pressione Esc para Retornar ...

#### 47 (Popup)

Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtorno de Asperger.

Esses três transtornos foram incluídos para melhorar o diagnóstico diferencial e oferecer maior especificidade na descrição daqueles indivíduos que teriam sido diagnosticados com Transtorno Autista ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação no DSM-III-R.

Pressione Esc para Retornar ...

#### 48 (Popup)

Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtorno de Asperger.

Esses três transtornos foram incluídos para melhorar o diagnóstico diferencial e oferecer maior especificidade na descrição daqueles indivíduos que teriam sido diagnosticados com Transtorno Autista ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação no DSM-III-R.

Pressione Esc para Retornar ...

#### 49 (Popup)

Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtorno de Asperger.

Esses três transtornos foram incluídos para melhorar o diagnóstico diferencial e oferecer maior especificidade na descrição daqueles indivíduos que teriam sido diagnosticados com Transtorno Autista ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação no DSM-III-R.

Pressione Esc para Retornar ...

#### 50 (Popup)

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Este integra em uma categoria extremamente abrangente o que eram duas categorias no DSM-III-R: Transtorno de Déficit de Atenção por Hiperatividade e Transtorno de Déficit de Atenção Indiferenciado (sem hiperatividade). Revisões da literatura, reanálise dos dados e resultados de testes de campo sugerem que este transtorno é melhor visto como um transtorno unitário, com diferentes padrões sintomáticos predominantes. O DSM-IV oferece um conjunto de critérios com três subtipos (Tipo Combinado, Tipo Predominantemente Desatento, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo) que permite ao clínico anotar o predomínio de sintomas de déficit de atenção ou sintomas de hiperatividade-impulsividade. O Critério A organiza os itens em três agrupamentos: desatenção, hiperatividade e impulsividade. O Critério C, que exige a presença de sintomas em duas ou mais situações (por ex., escola, trabalho e em casa), foi acrescentado para reduzir diagnósticos falso-positivos.

Pressione Esc para Retornar ...

51 (Popup)

Transtorno da Conduta.

A lista de itens do DSM-III-R foi modificada e expandida (pelo acréscimo de dois itens: "permanecer fora de casa à noite" e "intimidar outros"). Esta modificação fundamenta-se nos resultados do teste de campo e oferece uma definição que inclui comportamentos característicos de mulheres com Transtorno da Conduta. Além disso, os itens são organizados em grupos relacionados por temas (agressão a pessoas e animais, destruição de propriedades, fraude ou furto, séria violação a regras) para facilitar seu uso. Novos subtipos baseados na idade de início foram oferecidos no DSM-IV, para refletirem o fato de que uma idade de início mais precoce tem um pior prognóstico e está mais propensa a uma associação com o comportamento agressivo e com Transtorno da Personalidade Anti-Social do adulto.

Pressione Esc para Retornar ...

52 (Popup)

Transtorno Desafiador Opositivo.

Com base em resultados do teste de campo, um item foi excluído do Critério A ("usa linguagem obscena"). Além disso, um critério relativo a prejuízo foi acrescentado, para ajudar a demarcar os limites com a normalidade.

Pressione Esc para Retornar ...

53 (Popup)

**Transtornos de Alimentação da Primeira Infância.**

O nome desta categoria foi alterada, para refletir a colocação de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa em uma seção separada para Transtornos Alimentares.

Pressione Esc para Retornar ...

**54 (Popup)**

**Pica.**

O critério do DSM-III-R excluindo este transtorno na presença de Esquizofrenia ou de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento foi alterado para permitir o diagnóstico na presença de um outro transtorno mental, se o comportamento for suficientemente severo para indicar uma atenção clínica independente.

Pressione Esc para Retornar ...

**55 (Popup)**

**Transtorno de Ruminação.**

O critério exigindo perda de peso ou fracasso em atingir o peso esperado foi omitido, porque um prejuízo clinicamente significativo pode estar presente na ausência destas características, e para definir os limites com o Transtorno de Alimentação da Primeira Infância.

Pressione Esc para Retornar ...

**56 (Popup)**

**Transtorno de Alimentação na Primeira Infância.**

Esta nova categoria foi acrescentada para oferecer cobertura diagnóstica para bebês e crianças que não comem adequadamente e que têm problemas conseqüentes de ganho e manutenção do peso.

Pressione Esc para Retornar ...

**57 (Popup)**

**Transtornos de Tique.**

O limite superior de idade de início foi reduzido de 21 para 18 anos, buscando compatibilidade com os Critérios para Pesquisas Diagnósticas. Um critério que especifica

que os tiques causam sofrimento clinicamente significativo ou sofrimento também foi acrescentado.

Pressione Esc para Retornar ...

### 58 (Popup)

Encoprese.

A exigência de duração foi reduzida de 6 para 3 meses, para refletir o uso clínico e permitir uma descoberta mais precoce dos casos. O transtorno agora é codificado, especificando a presença, ou não, de incontinência por hiperfluxo.

Pressione Esc para Retornar ...

### 59 (Popup)

Enurese (Não Devido a uma Condição Médica Geral).

O limiar de frequência e duração especificado foi levantado (de duas vezes ao mês para duas vezes por semana por 3 meses consecutivos), visando a reduzir diagnósticos falso-positivos. Com o intuito de evitar diagnósticos falso-negativos, o Critério B também nota que o diagnóstico pode ser feito abaixo desses limiares, se houver prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos.

Pressione Esc para Retornar ...

### 60 (Popup)

Transtorno de Ansiedade de Separação.

Dois itens do DSM-III-R (8 e 9) foram combinados para reduzir a redundância. A exigência de duração foi aumentada para 4 semanas, para compatibilizar com os Critérios para Pesquisas Diagnósticas da CID-10.

Pressione Esc para Retornar ...

### 61 (Popup)

Mutismo Seletivo.

Diversas propostas foram acrescentadas para a redução de identificações falso-positivas: um critério de duração de 1 mês, exclusão de crianças quietas apenas durante o primeiro mês de escola, um critério exigindo sofrimento clinicamente significativo e um critério exigindo uma ausência de fala não melhor explicada por um Transtorno da Comunicação [730] ou pela falta de conhecimento da linguagem oral exigida em uma situação social. Além

disso, o nome foi mudado de Mutismo Eletivo, no DSM-III-R, que era menos descritivo e implicava motivação.

Pressione Esc para Retornar ...

## 62 (Popup)

Transtorno de Apego Reativo na Infância.

Os subtipos que designam Tipo Inibido versus Tipo Desinibido foram acrescentados para permitir a compatibilidade com a CID-10 (que divide esta condição em dois transtornos distintos).

Pressione Esc para Retornar ...

## 63 (Popup)

Transtorno de Movimento Estereotipado.

O nome foi mudado de Transtorno de Estereotipia/Hábito no DSM-III-R, para compatibilizar com a CID-10. À diferença do DSM-III-R, o DSM-IV especifica que os diagnósticos de Retardo Mental e Transtorno do Movimento Estereotipado sejam feitos concomitantemente apenas se o comportamento estereotipado ou autodestrutivo for suficientemente severo para tornar-se um foco de tratamento. Além disso, o especificador Comportamento Autodestrutivo está disponível.

Pressione Esc para Retornar ...

## 64 (Popup)

Delirium, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos

No DSM-III-R, esses transtornos foram incluídos na seção Transtornos Mentais Orgânicos. O termo "transtornos mentais orgânicos" foi eliminado do DSM-IV, por implicar que os outros transtornos no manual não têm um componente "orgânico".

Pressione Esc para Retornar ...

## 65 (Popup)

Delirium.

Para auxiliar no diagnóstico diferencial, esta seção inclui Delirium Devido a uma Condição Médica Geral e Delirium Induzido por Substância, que eram listados separadamente no DSM-III-R, e acrescenta uma nova categoria — Delirium Devido a Múltiplas Etiologias. Diversos critérios do DSM-III-R (nível reduzido de consciência, perturbação do sono,



alterações psicomotoras) foram abandonados, porque muitas vezes têm outras causas ou são difíceis de avaliar, particularmente em uma população com condições médicas ou cirúrgicas. Além disso, o pensamento desorganizado não mais é um critério exigido, porque não pode ser avaliado em indivíduos mudos.

Pressione Esc para Retornar ...

## 66 (Popup)

Demência.

Como no DSM-III-R, esta subseção inclui Demência do Tipo Alzheimer e Demência Vascular (que era chamada de Demência por Multi-Infartos, no DSM-III-R), mas também inclui uma listagem específica de uma variedade de demências devido a condições médicas e neurológicas, Demência Persistente Induzida por Substâncias e Demência Devido a Múltiplas Etiologias. Esta organização é oferecida para auxiliar no diagnóstico diferencial. A definição de demência foi reorganizada e simplificada para esclarecer que a demência se caracteriza por múltiplos déficits cognitivos que devem incluir prejuízo de memória. A alteração da personalidade, que era um aspecto diagnóstico no DSM-III-R, foi transferida para a seção relativa a "Características e Transtornos Associados" do texto do DSM-IV, em vista de sua relativa falta de especificidade.

Pressione Esc para Retornar ...

## 67 (Popup)

Transtornos Amnésicos.

Esta seção abrange o Transtorno Amnésico Devido a uma Condição Médica Geral e o Transtorno Persistente Induzido por Substâncias, que eram listados separadamente no DSM-III-R. Esta organização é oferecida para auxiliar no diagnóstico diferencial. A definição de um transtorno amnésico foi simplificada e a descrição de seu aspecto essencial (desenvolvimento de prejuízo de memória) foi aprimorada.

Pressione Esc para Retornar ...

## 68 (Popup)

Transtorno Catatônico Devido a uma Condição Médica Geral.

Esta categoria é incluída por ser uma explicação freqüente para sintomas catatônicos e por sua importância no diagnóstico diferencial destes.

Pressione Esc para Retornar ...

## 69 (Popup)

Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral.

Para este transtorno, chamado Transtorno da Personalidade Orgânico no DSM-III-R, foram acrescentados subtipos, incluindo Instável, Desinibido, Agressivo, Apático e Paranóide.

Pressione Esc para Retornar ...

## 70 (Popup)

Transtornos Relacionados a Substâncias

No DSM-III-R, esses transtornos estavam localizados em duas diferentes seções: Transtornos por Uso de Substância Psicoativa (isto é, Dependência e Abuso) e Transtornos Mentais Orgânicos Induzidos por Substância. Por conveniência, os Transtornos por Uso de Substâncias e os Transtornos Induzidos por Substâncias agora estão contidos em uma única seção destinada a "Transtornos Relacionados a Substâncias".

Pressione Esc para Retornar ...

## 71 (Popup)

Dependência de Substância.

Os nove itens incluídos no DSM-III-R foram reduzidos a sete; dois itens envolvendo a abstinência no DSM-III-R foram combinados, e o Critério 4 do DSM-III-R (isto é, fracasso em cumprir obrigações importantes do papel) foi transferido para os critérios de abuso, para refinar a distinção entre Dependência e Abuso. Foram oferecidos subtipos para a dependência fisiológica, para permitirem que o clínico anote a presença de tolerância ou abstinência. O critério de duração foi abandonado por duas razões:

- 1) ele é redundante, uma vez que os itens individuais exigem uma duração clinicamente significativa para serem contados como estando presentes;
- 2) um critério de agrupamento foi acrescentado ao DSM-IV, especificando que pelo menos três itens estejam presentes durante o mesmo período de 12 meses. Os especificadores de curso foram expandidos e tornados mais específicos para levarem em consideração as diferenças entre a remissão inicial e mantida, remissão parcial e completa, e se a remissão ocorreu enquanto o indivíduo estava em terapia com agonista ou em um ambiente controlado.

Pressione Esc para Retornar ...

## 72 (Popup)

### Tabela de Transtornos Induzidos por Substâncias.

O DSM-III-R continha uma tabela indicando a associação entre determinadas classes de substâncias e determinadas apresentações de síndromes induzidas por substâncias. Com base em evidências apoiando a existência e relevância clínica de algumas combinações adicionais, esta tabela foi expandida no DSM-IV. As novas categorias incluem:

- 1) para Álcool — Transtornos do Humor, de Ansiedade e do Sono e Disfunção Sexual;
- 2) para Anfetamina — Transtornos do Humor, de Ansiedade e do Sono e Disfunção Sexual;
- 3) para Cafeína — Transtornos de Ansiedade e do Sono;
- 4) para Cannabis — Delirium e Transtorno de Ansiedade;
- 7) para Inalantes — Delirium, Demência Persistente e Transtornos Psicótico, do Humor e de Ansiedade;
- 8) para Opióides — Delirium e Transtornos Psicótico, do Humor e do Sono;
- 9) para Fenciclidina — Transtorno de Ansiedade;
- 10) para Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos — Demência Persistente, Transtorno Psicótico, do Humor, de Ansiedade e do Sono e Disfunção Sexual. Também são oferecidos especificadores para indicar se os sintomas tiveram seu início durante a intoxicação ou a abstinência.

Pressione Esc para Retornar ...

## 73 (Popup)

### Abuso de Substância.

No DSM-III-R, Abuso de Substância era uma categoria residual sem um marco conceitual definido. No DSM-IV, Abuso de Substância é conceitualizado como um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a conseqüências adversas que ocorrem na ausência de Dependência de Substância. A lista de itens foi expandida de dois para quatro, pelo acréscimo de "fracasso em cumprir obrigações importantes do papel" e "problemas gerais recorrentes, relacionados à substância".

Pressione Esc para Retornar ...

## 74 (Popup)

### Intoxicação com Substância.

A definição geral de intoxicação não foi alterada, mas alguns dos conjuntos de critérios específicos para intoxicação com substância foram aprimorados. Os conjuntos de critérios para Intoxicação com Anfetamina e Intoxicação com Cocaína agora são equivalentes.

Pressione Esc para Retornar ...

## 75 (Popup)

Abstinência de Substância.

A definição geral de abstinência não foi alterada, mas alguns dos conjuntos de critérios específicos de substâncias foram aprimorados. Os conjuntos de critérios para Abstinência de Álcool e Abstinência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos agora são equivalentes.

Pressione Esc para Retornar ...

## 76 (Popup)

Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

Esta seção reúne os conteúdos de três seções do DSM-III-R: Esquizofrenia, Transtorno Delirante e Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

Pressione Esc para Retornar ...

## 77 (Popup)

Esquizofrenia.

O DSM-IV aumenta de 1 semana para 1 mês a exigência de duração dos sintomas da fase ativa da Esquizofrenia, com o intuito de reduzir diagnósticos falso-positivos e aumentar a compatibilidade com os Critérios para Pesquisas Diagnósticas da CID-10. A apresentação dos sintomas característicos no Critério A foi simplificada. Sintomas negativos adicionais (alogia e avolição) foram incluídos no Critério A. A definição das fases prodrômica e residual foi simplificada pela eliminação da lista de sintomas específicos. Novos especificadores de curso foram adaptados da CID-10.

Pressione Esc para Retornar ...

## 78 (Popup)

Transtorno Esquizoafetivo

O conjunto de critérios foi mudado para focalizar um episódio ininterrupto da doença, ao invés do padrão sintomático ao longo da vida.

Pressione Esc para Retornar ...

## 79 (Popup)

Transtorno Psicótico Breve.

A conceitualização de Psicose Reativa Breve no DSM-III-R foi ampliada pela eliminação da exigência de um estressor severo (embora este possa ser indicado pelo subtipo Com Estressor Acentuado). A categoria resultante agora inclui todas as perturbações psicóticas com duração inferior a 1 mês, que não são atribuíveis a um transtorno do humor nem se devem aos efeitos fisiológicos diretos do uso de substâncias ou de uma condição médica geral. Além disso, a duração mínima dos sintomas psicóticos foi aumentada de algumas horas para 1 dia..

Pressione Esc para Retornar ...

## 80 (Popup)

Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral.

Os termos Transtorno Delirante Orgânico e Alucinação Orgânica, do DSM-III-R, foram aplicados a condições induzidas por substância e àquelas devido a uma condição médica geral. O DSM-IV cria dois transtornos com base na etiologia (Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno Psicótico Induzido por Substância [ver a seguir]), mas combina transtorno delirante e alucinação em um único Transtorno Psicótico. A distinção entre as apresentações predominantemente delirantes versus aquelas caracterizadas predominantemente por alucinações é preservada nos subtipos. O Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral é incluído na seção "Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos" para facilitar o diagnóstico diferencial.

Pressione Esc para Retornar ...

## 81 (Popup)

Transtorno Psicótico Induzido por Substância.

Os termos Transtorno Delirante Orgânico e Alucinação Orgânica, do DSM-III-R, foram aplicados às condições induzidas por substâncias e àquelas devido a uma condição médica geral. O DSM-IV cria dois transtornos com base na etiologia (Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral [ver acima] e Transtorno Psicótico Induzido por Substância), mas combina o transtorno delirante e as alucinações em um único Transtorno Psicótico. A distinção entre as apresentações predominantemente delirantes versus aquelas

caracterizadas predominantemente por alucinações é preservada nos subtipos. O Transtorno Psicótico Induzido por Substância é incluído na seção "Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos" para facilitar o diagnóstico diferencial.

Pressione Esc para Retornar ...

## 82 (Popup)

Episódio Depressivo Maior.

O DSM-IV acrescenta um Critério C para garantir a importância clínica da apresentação sintomática. Além disso, o DSM-IV inclui um Critério E, que esclarece os limites com o Luto — isto é, um Episódio Depressivo Maior pode ser diagnosticado se os sintomas persistem por mais de 2 meses após a perda de um ente querido

Pressione Esc para Retornar ...

## 83 (Popup)

Episódio Maníaco.

A duração de 1 semana do DSM-III (que foi abandonada no DSM-III-R) foi reinstituída no DSM-IV. Em contraste com o DSM-III-R, os Episódios Maníacos claramente precipitados pelo tratamento com antidepressivos são diagnosticados como Episódios Maníacos Induzidos por Substâncias e não contam para um diagnóstico de Transtorno Bipolar I.

Pressione Esc para Retornar ...

## 84 (Popup)

Episódio Misto.

No DSM-III-R, os Episódios Mistos não possuíam um conjunto separado de critérios, sendo definidos como um dos subtipos do Transtorno Bipolar. No DSM-IV é oferecido um conjunto separado de critérios especificando que os critérios de sintomas tanto para um Episódio Maníaco quanto para um Episódio Depressivo Maior são satisfeitos quase todos os dias, por 1 semana.

Pressione Esc para Retornar ...

## 85 (Popup)

Episódio Hipomaniaco.

No DSM-III-R, os Episódios Hipomaniacos não tinham um conjunto separado de critérios, sendo definidos pelos mesmos critérios (exceto gravidade) que um Episódio Maníaco. No DSM-IV, é oferecido um conjunto separado de critérios, especificando uma duração mínima de 4 dias de alteração no humor (distinto do humor habitual não-deprimido) e uma alteração inequívoca no funcionamento, observável por outros. Em contraste com a mania, a hipomania é definida como não suficientemente severa para causar prejuízo acentuado ou para exigir a hospitalização.

Pressione Esc para Retornar ...

## 86 (Popup)

Transtorno Distímico.

Os subtipos primário versus secundário do DSM-III-R foram abandonados em razão de sua difícil aplicação e da falta de evidências corroboradoras. O DSM-IV acrescenta um critério para garantir a importância clínica da apresentação sintomática.

Pressione Esc para Retornar ...

## 87 (Popup)

Transtornos Bipolares.

A organização e a terminologia dos Transtornos Bipolares foram alteradas no DSM-IV. Os Transtornos Bipolares foram divididos em Transtorno Bipolar I e Transtorno Bipolar II. O Transtorno Bipolar I foi dividido em Episódio Maníaco Único e Episódio Mais Recente Hipomaniaco, Maníaco, Misto, Deprimido e Inespecificado.

Pressione Esc para Retornar ...

## 88 (Popup)

Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco Único.

Este transtorno é novo no DSM-IV e foi acrescentado para aumentar a especificidade e compatibilizar com as exigências de codificação da CID-10. Uma duração de 2 meses sem sintomas maníacos foi estipulada para definir a recorrência.

Pressione Esc para Retornar ...

## 89 (Popup)

**Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaníaco.**

Este transtorno é novo no DSM-IV e foi acrescentado para aumentar a especificidade e cobertura.

Pressione Esc para Retornar ...

**90 (Popup)**

**Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto.**

No DSM-III-R, o tipo misto incluía apresentações de sintomas maníacos e depressivos mesclados ou alternando-se rapidamente a intervalos de alguns dias, com a exigência de que os sintomas depressivos durassem pelo menos 1 dia inteiro. Este transtorno foi modificado no DSM-IV, passando a exigir pelo menos 1 semana de sintomas maníacos e depressivos maiores, ambos ocorrendo quase todos os dias.

Pressione Esc para Retornar ...

**91 (Popup)**

**Transtorno Bipolar I, Episódio Mais Recente Inespecificado.**

Este transtorno é novo no DSM-IV e permite que o clínico anote o início de um novo transtorno do humor antes de serem satisfeitos os plenos critérios de duração.

Pressione Esc para Retornar ...

**92 (Popup)**

**Transtorno Bipolar II.**

Este transtorno foi introduzido como uma categoria distinta no DSM-IV, para cobrir o que no DSM-III-R era apresentado como exemplo de Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação. O Transtorno Bipolar II abrange apresentações nas quais existe pelo menos um Episódio Depressivo Maior e pelo menos um Episódio Hipomaníaco, mas, à diferença do Transtorno Bipolar I, não há história de Episódios Maníacos. O Transtorno Bipolar II foi acrescentado em resposta às evidências da revisão da literatura e da reanálise dos dados que sugeriam sua utilidade e para aumentar a cobertura diagnóstica.

Pressione Esc para Retornar ...

**93 (Popup)**



Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral.

O texto e os critérios para este transtorno, chamado de Transtorno do Humor Orgânico no DSM-III-R, são incluídos na seção "Transtornos do Humor" para facilitar o diagnóstico diferencial.

Pressione Esc para Retornar ...

#### 94 (Popup)

Transtorno do Humor Induzido por Substância.

O texto e os critérios para este transtorno, chamado de Transtorno de Humor Orgânico no DSM-III-R, são incluídos na seção "Transtornos do Humor" para facilitar o diagnóstico diferencial.

Pressione Esc para Retornar ...

#### 95 (Popup)

Com Características Catatônicas.

Este é um novo especificador, introduzido no DSM-IV para refletir evidências de que muitas apresentações catatônicas estão associadas com transtornos do humor.

Pressione Esc para Retornar ...

#### 96 (Popup)

Com Características Melancólicas.

O conjunto de critérios do DSM-IV para este especificador desvia-se daquele do DSM-III-R, no sentido de ser essencialmente o mesmo que no DSM-III, exceto pelo fato de exigir perda do prazer ou falta de reação a estímulos prazerosos (ao invés de ambos). Isto reflete a evidência, a partir da revisão da literatura, de que a definição do DSM-III pode ter sido demasiado estreita, porém era superior, em outros aspectos, à definição do DSM-III-R.

Pressione Esc para Retornar ...

#### 97 (Popup)

Com Características Atípicas.

Trata-se de um novo especificador introduzido no DSM-IV para refletir evidências de que esta apresentação (por ex., reatividade do humor, sintomas vegetativos invertidos, sensibilidade à rejeição) pode ter implicações para a decisão quanto ao tratamento.

Pressione Esc para Retornar ...

## 98 (Popup)

Com Início no Pós-Parto.

Este é um novo especificador introduzido no DSM-IV para refletir evidências de que esta apresentação pode ter implicações para o prognóstico e seleção do tratamento.

Pressione Esc para Retornar ...

## 99 (Popup)

Especificadores de Curso Longitudinal.

Os especificadores de curso descrevendo o padrão ao longo da vida do Transtorno Depressivo Maior e dos Transtornos Bipolar I e II foram introduzidos no DSM-IV para permitirem ao clínico especificar o grau de recuperação entre os episódios. Diagramas também são oferecidos para ilustrar vários padrões de curso.

Pressione Esc para Retornar ...

## 100 (Note)

Transtorno do Humor

## 101 (Popup)

Com Padrão Sazonal.

Diversas alterações foram feitas neste especificador, de modo que os critérios conformam-se mais estreitamente ao uso clínico e na pesquisa. Estas alterações incluem a restrição da aplicação do padrão sazonal apenas a Episódios Depressivos Maiores, eliminação da janela de 60 dias para o aparecimento dos sintomas no Critério A e inclusão de uma exigência mais específica, no que diz respeito ao relacionamento entre os episódios sazonais e não-sazonais.

Pressione Esc para Retornar ...

### 102 (Popup)

Com Ciclagem Rápida.

Este é um novo especificador introduzido no DSM-IV para refletir evidências de que esta apresentação pode ter implicações para o prognóstico e seleção do tratamento.

Pressione Esc para Retornar ...

### 103 (Popup)

Ataque de Pânico.

O conjunto de critérios para Ataque de Pânico foi oferecido separadamente no começo da seção "Transtornos de Ansiedade", para esclarecer que Ataques de Pânico podem ocorrer como parte da apresentação de uma variedade de Transtornos de Ansiedade. Os itens do DSM-III-R e o limiar para um Ataque de Pânico foram apoiados pela reanálise de dados e pelos resultados do estudo de campo e permanecem os mesmos para o DSM-IV, mas a ordem dos itens foi alterada para refletir sua frequência.

Pressione Esc para Retornar ...

### 104 (Popup)

Transtorno de Pânico Sem Agorafobia.

Em resposta à revisão da literatura, reanálises de dados e resultados de testes de campo, o limiar para o Transtorno de Pânico Sem Agorafobia foi reavaliado. A definição do DSM-IV exige Ataques de Pânico recorrentes e inesperados, acompanhados de 1 mês ou mais de preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais ou com as implicações dos ataques, ou uma alteração significativa no comportamento. Isto contrasta com o DSM-III-R, que exigia quatro ataques em 4 semanas ou um ataque seguido de 1 mês de medo persistente de sofrer outro ataque.

Pressione Esc para Retornar ...

### 105 (Popup)

Transtorno de Pânico Com Agorafobia.

O limiar para Ataques de Pânico no Transtorno de Pânico Com Agorafobia foi revisado do mesmo modo que o limiar para Transtorno de Pânico Sem Agorafobia. Além disso, a definição de Agorafobia foi modificada para salientar que os temores agorafóbicos tipicamente envolvem um agrupamento característico de situações. Os critérios específicos para leve, moderado e severo, oferecidos no DSM-III-R, foram excluídos (podem-se usar os especificadores gerais para gravidade oferecidos em "Uso do Manual" [ver p. 2])

Pressione Esc para Retornar ...

### 106 (Popup)

Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico.

O DSM-III-R não oferecia orientações quanto à indicação deste diagnóstico para a esquiva associada a uma condição médica geral. O Critério D do DSM-IV indica que o diagnóstico pode incluir a esquiva associada a uma condição médica geral, se o medo exceder nitidamente aquele habitualmente associado com esta condição.

Pressione Esc para Retornar ...

### 107 (Popup)

Fobia Específica.

Para compatibilizar com a CID-10, o nome desta categoria foi mudado de Fobia Simples para Fobia Específica. O limiar do medo no Critério A foi elevado, exigindo-se que seja acentuadamente excessivo ou irracional (além de persistente). Com base em revisões da literatura e reanálise dos dados, são oferecidos subtipos que descrevem o foco das fobias.

Pressione Esc para Retornar ...

### 108 (Popup)

Fobia Social.

Este transtorno agora engloba o Transtorno de Evitação da Infância do DSM-III-R, e os critérios foram modificados para apresentações da infância.

Pressione Esc para Retornar ...

### 109 (Popup)

**Transtorno Obsessivo-Compulsivo.**

A distinção entre obsessões e compulsões foi aprimorada. As obsessões causam acentuada ansiedade ou sofrimento, enquanto as compulsões (inclusive atos mentais) evitam ou reduzem a ansiedade ou sofrimento. Em reconhecimento de que o insight quanto à irracionalidade das obsessões ou compulsões ocorre em um continuum, é oferecido um especificador que permite ao clínico anotar se a condição é do Tipo Com Insight Pobre.

Pressione Esc para Retornar ...

**110 (Popup)**

**Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

Com base na revisão da literatura, reanálise dos dados e resultados de pesquisas de campo, a expressão que descreve o Critério A no DSM-III-R, "fora da faixa da experiência humana normal", foi retirada, porque era imprecisa e não confiável (a prevalência desses estressores não é baixa em populações gerais). O Critério A2 do DSM-IV exige que a resposta da pessoa ao estressor envolva intenso medo, impotência ou horror. A reatividade fisiológica na exposição a sugestões foi transferida do Critério D (excitabilidade aumentada) para o Critério B (revivência do trauma). Um critério exigindo que os sintomas causem sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos foi incluído. Também são oferecidos os especificadores Agudo e Crônico.

Pressione Esc para Retornar ...

**111 (Popup)**

**Transtorno de Estresse Agudo.**

Esta categoria é nova no DSM-IV e foi acrescentada para descrever reações agudas a um estresse extremo (isto é, ocorrendo dentro de 4 semanas após o estressor e durando de 2 dias a 4 semanas). Ela foi acrescentada para fins de compatibilidade com a CID-10 e para auxiliar na detecção precoce de casos, porque o Transtorno de Estresse Agudo pode predizer o desenvolvimento posterior de Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Pressione Esc para Retornar ...

**112 (Popup)**

**Transtorno de Ansiedade Generalizada.**

Este transtorno agora engloba o Transtorno de Excesso de Ansiedade da Infância, do DSM-III-R. O Critério A exige ansiedade e preocupação excessivas, em contraste com o DSM-III-R, que incluía preocupações irrealistas. Uma exigência de que a pessoa deve considerar difícil controlar a preocupação foi acrescentada. Com base na reanálise dos dados, o Critério C agora tem um conjunto de 6 itens mais simples, mais confiável e coerente do que o conjunto de 18 itens no DSM-III-R.

Pressione Esc para Retornar ...

### 113 (Popup)

Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral.

O texto e os critérios para este transtorno, chamado de Transtorno Orgânico de Ansiedade no DSM-III-R, são incluídos na seção "Transtornos de Ansiedade" para facilitar o diagnóstico diferencial.

Pressione Esc para Retornar ...

### 114 (Popup)

Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância.

O texto e os critérios para este transtorno, chamado de Transtorno Orgânico de Ansiedade no DSM-III-R, são incluídos na seção "Transtornos de Ansiedade" para facilitar o diagnóstico diferencial.

Pressione Esc para Retornar ...

### 115 (Popup)

Transtorno de Somatização.

Com base na revisão da literatura, reanálise dos dados e resultados de testes de campo, a lista de 35 itens do DSM-III-R foi condensada, simplificada e dividida em quatro agrupamentos de sintomas (dolorosos, gastrintestinais, sexuais e pseudoneurológicos).

Pressione Esc para Retornar ...

### 116 (Popup)

Transtorno Conversivo.

À diferença da definição mais ampla apresentada no DSM-III-R, o problema apresentado deve ser um sintoma ou déficit que afeta o funcionamento motor voluntário ou sensorial. Outros problemas que refletem uma alteração no funcionamento (por ex., pseudociese) são listados sob Transtorno de Somatização Sem Outra Especificação. Um esquema de subtipos (Motor, Sensorial, Convulsivo, Misto) foi oferecido para maior especificidade e compatibilidade com a CID-10.

Pressione Esc para Retornar ...

### 117 (Popup)

Transtorno Doloroso.

O nome desta condição no DSM-III-R era Transtorno de Dor Somatoforme. A definição foi ampliada para incluir dois tipos de transtorno doloroso: Transtorno Doloroso Associado com Fatores Psicológicos e Transtorno Doloroso Associado Tanto com Fatores Psicológicos Quanto com uma Condição Médica Geral. Além disso, são oferecidos especificadores para Agudo e Crônico.

Pressione Esc para Retornar ...

### 118 (Popup)

Hipocondria.

Um especificador é oferecido para permitir que o clínico anote se a condição é do Tipo Com Insight Pobre.

Pressione Esc para Retornar ...

### 119 (Popup)

Transtorno Dismórfico Corporal.

O critério de exclusão do DSM-III-R de que a crença não deve ter intensidade delirante foi abandonado, de modo que este diagnóstico agora pode ser feito concomitantemente com um diagnóstico de Transtorno Delirante.

Pressione Esc para Retornar ...

### 120 (Popup)

Transtornos Factícios

O DSM-IV fornece um só conjunto de critérios para Transtorno Factício ao invés dos dois

anteriores, separando tipos com base no predomínio dos sinais e sintomas apresentados (Psicológicos, Físicos, Combinados)

Pressione Esc para Retornar ...

### 121 (Popup)

Amnésia Dissociativa.

O nome de Amnésia Psicogênica no DSM-III-R, foi mudado para ser mais descritivo e para obter maior compatibilidade com a CID-10.

Pressione Esc para Retornar ...

### 122 (Popup)

Fuga Dissociativa.

O nome de Fuga Psicogênica no DSM-III-R, foi mudado para ser mais descritivo e compatível com a CID-10. A exigência de adoção de uma nova identidade foi abandonada, uma vez que a confusão acerca da identidade pessoal é considerada o sintoma predominante..

Pressione Esc para Retornar ...

### 123 (Popup)

Transtorno Dissociativo de Identidade.

O nome de Transtorno de Personalidade Múltipla no DSM-III-R foi mudado para ser mais descritivo. Foi reinstituída a exigência do DSM-III de que haja uma incapacidade de recordar informações pessoais importantes.

Pressione Esc para Retornar ...

### 124 (Popup)

Disfunções Sexuais. .

Todos os transtornos listados nesta seção agora incluem um critério de importância clínica (isto é, de que a disfunção causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal).

Pressione Esc para Retornar ...

### 125 (Popup)



**Transtorno da Excitação Sexual Feminina.**

O DSM-IV retorna à definição do DSM-III, abandonando o item A2 do DSM-III-R, que afirmava que o diagnóstico podia ser dado se existissem queixas subjetivas, sem qualquer dificuldade com a excitação fisiológica.

Pressione Esc para Retornar ...

**126 (Popup)**

**Transtorno Erétil Masculino.**

O DSM-IV retorna à definição do DSM-III, abandonando o item A2 do DSM-III-R, que permitia que o diagnóstico fosse dado mesmo se existissem apenas queixas subjetivas, sem qualquer dificuldade com a excitação fisiológica.

Pressione Esc para Retornar ...

**127 (Popup)**

**Transtorno Orgásmico Feminino.**

O nome de Orgasmo Feminino Inibido no DSM-III-R foi mudado. O Critério A foi simplificado e revisado para harmonizar-se mais com o uso clínico.

Pressione Esc para Retornar ...

**128 (Popup)**

**Transtorno Orgásmico Masculino.**

O nome no DSM-III-R era Orgasmo Masculino Inibido..

Pressione Esc para Retornar ...

**129 (Popup)**

**Disfunção Sexual Devido a uma Condição Médica Geral.**

Este transtorno foi incluído na seção "Sistema Geniturinário" na CID-9-MC, mas não foi incluído na Classificação do DSM-III-R. Ele é incluído no DSM-IV para facilitar o diagnóstico diferencial.

Pressione Esc para Retornar ...

### 130 (Popup)

Disfunção Sexual Induzida por Substância.

Este transtorno não foi incluído no DSM-III-R e é incluído no DSM-IV para aumentar a cobertura e facilitar o diagnóstico diferencial.

Pressione Esc para Retornar ...

### 131 (Popup)

Fetichismo Transvéstico.

Foi acrescentado um especificador para aqueles indivíduos com Fetichismo Transvéstico que também têm desconforto persistente com o papel de gênero, que não satisfazem os critérios para Transtorno da Identidade de Gênero.

Pressione Esc para Retornar ...

### 132 (Popup)

Transtorno da Identidade de Gênero.

Este diagnóstico do DSM-IV engloba três diagnósticos do DSM-III-R: Transtorno da Identidade de Gênero da Infância; Transtorno da Identidade de Gênero da Adolescência ou Idade Adulta, Tipo Não-Transexual, e Transexualismo. Ele é colocado na seção "Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero", ao invés de na seção "Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência", como no DSM-III-R. O conjunto de critérios acomoda ambos os sexos e todas as idades.

Pressione Esc para Retornar ...

### 133 (Popup)

Anorexia Nervosa.

Este transtorno foi movido da seção "Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência" para a seção relativa a "Transtornos Alimentares" da Classificação. No DSM-IV, a apresentação que inclui compulsões periódicas e purgação e ocorre exclusivamente durante a Anorexia Nervosa não mais recebe um diagnóstico separado de Bulimia Nervosa, mas é englobado como um subtipo de Anorexia Nervosa. Os subtipos de Anorexia Nervosa agora indicam a presença de compulsão periódica/purgação versus comportamento de restrição alimentar.

Pressione Esc para Retornar ...

### 134 (Popup)

**Bulimia Nervosa.**

Este transtorno foi movido da seção "Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez Durante a Infância ou Adolescência" para a seção "Transtornos Alimentares" da Classificação. Um critério de exclusão foi acrescentado, de modo que o diagnóstico não é dado se o comportamento ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa. São oferecidos subtipos para a distinção entre tipos purgativo e sem purgação.

Pressione Esc para Retornar ...

### 135 (Popup)

**Transtornos do Sono**

A organização desta seção agora é diferente daquela do DSM-III-R. Os transtornos são agrupados em quatro seções com base na suposta etiologia (primário, relacionado a outro transtorno mental, devido a uma condição médica geral e induzido por substância), ao invés de nos sintomas apresentados. A seção é compatível com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono.

Pressione Esc para Retornar ...

### 136 (Popup)

**Insônia Primária.**

O critério que exige uma frequência de pelo menos três vezes por semana foi abandonado no DSM-IV, embora a duração de 1 mês seja mantida. Um critério para importância clínica foi acrescentado.

Pressione Esc para Retornar ...

### 137 (Popup)

**Hipersonia Primária.**

A hipersonia não mais é diagnosticada se a apresentação é melhor explicada por insônia. O critério de embriaguez de sono do DSM-III-R (isto é, a transição prolongada para o estado de completa vigília) foi excluído como critério suficiente para hipersonia. Um subtipo Recorrente foi acrescentado para anotar a presença da síndrome de Kleine-Levin.

Pressione Esc para Retornar ...

**138 (Popup)**

Narcolepsia.

Este transtorno foi incluído na seção "Sistema Nervoso" da CID-9-MC, mas não foi incluído no DSM-III-R. Ele é incluído na seção "Transtornos do Sono" do DSM-IV, para auxiliar no diagnóstico diferencial.

Pressione Esc para Retornar ...

**139 (Popup)**

Transtorno do Sono Relacionado à Respiração.

Este transtorno foi incluído na CID-9-MC fora do capítulo "Transtornos Mentais", mas não foi incluído no DSM-III-R. Ele é apresentado na seção "Transtornos do Sono" do DSM-IV para auxiliar no diagnóstico diferencial.

Pressione Esc para Retornar ...

**140 (Popup)**

Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono.

O nome foi mudado de Transtorno do Ritmo Sono/Vigília do DSM-III-R. Os subtipos (Fase Atrasada, Mudança de Fuso Horário, Mudanças Freqüentes de Turno de Trabalho) foram revisados para refletirem o uso clínico.

Pressione Esc para Retornar ...

**141 (Popup)**

Transtorno de Pesadelo.

O nome deste no DSM-III-R era Transtorno de Ansiedade no Sonho.

Pressione Esc para Retornar ...

**142 (Popup)**

Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental.

No DSM-IV, este diagnóstico é usado em acréscimo ao diagnóstico relacionado do Eixo I ou Eixo II apenas quando a insônia é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente.

Pressione Esc para Retornar ...

### 143 (Popup)

Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental.

No DSM-IV, este diagnóstico é usado em acréscimo ao diagnóstico relacionado do Eixo I ou Eixo II apenas quando a hipersonia é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente.

Pressione Esc para Retornar ...

### 144 (Popup)

Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral.

Os tópicos do DSM-III-R "Insônia Relacionada a um Fator Orgânico Conhecido" e "Hipersonia Relacionada a um Fator Orgânico Conhecido" aplicavam-se tanto aos Transtornos do Sono Induzidos por Substâncias quanto àqueles devido a uma condição médica geral. Para o DSM-IV foram criados dois transtornos com base na etiologia (Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno do Sono Induzido por Substância), incluindo providências para indicar os tipos com insônia, hipersonia, parassonia ou misto. Em contraste com o DSM-III-R, no DSM-IV este diagnóstico é usado em acréscimo ao diagnóstico de uma condição médica geral apenas quando a perturbação do sono é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente.

Pressione Esc para Retornar ...

### 145 (Popup)

Transtorno do Sono Induzido por Substância.

Os tópicos do DSM-III-R "Insônia Relacionada a um Fator Orgânico Conhecido" e "Hipersonia Relacionada a um Fator Orgânico Conhecido" aplicavam-se tanto aos Transtornos do Sono Induzidos por Substâncias quanto àqueles devido a uma condição médica geral. Dois transtornos foram criados para o DSM-IV com base em sua etiologia (Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno do Sono Induzido por Substância), incluindo providências para indicar os tipos com insônia, hipersonia, parassonia ou misto. Em contraste com o DSM-III-R, no DSM-IV este diagnóstico é usado ao invés de um diagnóstico de uso de substância apenas quando a perturbação do sono é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente.

Pressione Esc para Retornar ...

### 146 (Popup)

Transtorno Explosivo Intermitente.

O critério do DSM-III-R excluindo este diagnóstico na presença de impulsividade ou agressividade generalizada entre os episódios foi retirado.

Pressione Esc para Retornar ...

#### 147 (Popup)

Jogo Patológico.

O conjunto de critérios foi revisado para aumentar sua especificidade.

Pressione Esc para Retornar ...

#### 148 (Popup)

Transtornos de Ajustamento

O DSM-III-R apresentava um limite máximo de 6 meses com sintomas. Este critério foi modificado no DSM-IV, aceitando sintomas com duração máxima de 6 meses adicionais após o término de um estressor crônico (ou suas conseqüências). Especificações de Agudo e Crônico foram oferecidas para indicar apresentações que duram menos de 6 meses e 6 meses ou mais, respectivamente. Além disso, diversos subtipos foram retirados (queixas físicas, retraimento, inibição acadêmica ou ocupacional).

Pressione Esc para Retornar ...

#### 149 (Popup)

Transtornos da Personalidade

Com base na literatura, reanálise dos dados e busca de compatibilidade com os Critérios para Pesquisas Diagnósticas da CID-10, os itens foram modificados para fornecer maior clareza e especificidade e para reduzir possíveis tendências ("bias") relativas ao gênero.

Pressione Esc para Retornar ...

#### 150 (Popup)

Transtorno da Personalidade Anti-Social.

Com base na revisão da literatura, reanálise dos dados e resultados dos testes de campo, o conjunto de critérios foi condensado, simplificado e ligeiramente alterado; dois itens (cuidados parentais irresponsáveis e fracasso em manter um relacionamento monogâmico)

foram retirados; dois itens investigando a irresponsabilidade consistente (fracasso em manter um comportamento ocupacional consistente ou em honrar obrigações financeiras) foram transformados em um só, e o Critério C (especificação do relacionamento com o Transtorno da Conduta) foi simplificado.

Pressione Esc para Retornar ...

### 151 (Popup)

Transtorno da Personalidade Borderline.

Um item adicional para ideação paranóide transitória ou sintomas dissociativos severos relacionados ao estresse foi acrescido no DSM-IV.

Pressione Esc para Retornar ...

### 152 (Popup)

Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica

O nome desta seção foi mudado de Condições Não Atribuíveis a um Transtorno Mental, no DSM-III-R, e diversas condições adicionais foram acrescentadas.

Pressione Esc para Retornar ...

### 153 (Popup)

Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Médica.

Uma vez que esta categoria não constitui um transtorno mental, ela foi movida para a seção relativa a "Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica". O conceito foi ampliado para incluir fatores que interferem no tratamento e fatores que constituem riscos à saúde do indivíduo. São oferecidos subtipos para permitir a especificação do tipo particular de fator psicológico envolvido.

Pressione Esc para Retornar ...

### 154 (Popup)

Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos.

Esses transtornos foram incluídos em razão de sua importância para o tratamento e o diagnóstico diferencial.

Pressione Esc para Retornar ...

### 155 (Popup)

Problemas de Relacionamento.

Esses problemas agora são nomeados e agrupados. Dois novos problemas de relacionamento foram acrescentados: Problema de Relacionamento Relacionado a um Transtorno Mental ou Condição Médica Geral e Problema de Relacionamento com Irmãos.

Pressione Esc para Retornar ...

### 156 (Popup)

Problemas Relacionados ao Abuso ou Negligência.

Esta categoria foi introduzida nesta seção para cobrir o abuso físico e sexual e a negligência de uma criança e o abuso físico e sexual de um adulto. Ela é incluída em razão da sua importância clínica e para a saúde pública.

Pressione Esc para Retornar ...

### 157 (Popup)

Declínio Cognitivo Relacionado à Idade.

Este é um novo problema acrescentado ao DSM-IV para melhorar a cobertura.

Pressione Esc para Retornar ...

### 158 (Popup)

Luto.

No DSM-III-R, esta condição chamava-se Luto Sem Complicação, uma vez que o luto pode causar prejuízo e complicações significativos. Diretrizes relacionadas à duração dos sintomas e tipos particulares de sintomas foram oferecidas, para melhor definir os limites entre o Luto e um Episódio Depressivo Maior.

Pressione Esc para Retornar ...

### 159 (Popup)

Problema de Identidade.

No DSM-IV, é listado na seção "Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica", ao invés de colocado na seção "Transtornos Geralmente Diagnosticados pela



Primeira Vez na Infância ou Adolescência" (como no DSM-III-R).

Pressione Esc para Retornar ...

### 160 (Popup)

Problema Religioso ou Espiritual.

Este é um novo problema acrescentado ao DSM-IV para uma melhoria em sua cobertura.

Pressione Esc para Retornar ...

### 161 (Popup)

Problema de Aculturação.

Este é um novo problema acrescentado ao DSM-IV, para uma melhoria na cobertura.

Pressione Esc para Retornar ...

### 162 (Popup)

Apêndice A — Árvores para Decisão de Diagnósticos Diferenciais.

A árvore de decisão do DSM-III-R para Transtornos Mentais Orgânicos foi substituída por duas árvores de decisão separadas: uma para Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral e uma para Transtornos Induzidos por Substâncias. Cada uma das outras árvores de decisão foi modificada, existindo maior ênfase, em todo o DSM-IV, sobre o diagnóstico diferencial com Transtornos Mentais Devido a uma Condição Médica Geral e Transtornos Induzidos por Substâncias.

Pressione Esc para Retornar ...

### 163 (Popup)

Evidências de que a perturbação apresenta mais de uma etiologia (por ex., substâncias e condições médicas gerais).

[\[Não\]](#) [\[Sim\]](#)

Pressione Esc para Retornar ...

### 164 (Popup)

Pelo menos um déficit cognitivo adicional.

[\[Não\]](#) [\[Sim\]](#)

Pressione Esc para Retornar ...

165 (Popup)

TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL.

Pressione Esc para Retornar ...

166 (Popup)

TRANSTORNO DO HUMOR DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL.

Pressione Esc para Retornar ...

167 (Popup)

TRANSTORNO DE ANSIEDADE DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL.

Pressione Esc para Retornar ...

168 (Popup)

DISFUNÇÃO SEXUAL DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL.

Pressione Esc para Retornar ...

169 (Popup)

TRANSTORNO DO SONO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL.

Pressione Esc para Retornar ...

170 (Popup)

TRANSTORNO CATATÔNICO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL.

Pressione Esc para Retornar ...

171 (Popup)

**ALTERAÇÃO DA PERSONALIDADE DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL.**

Pressione Esc para Retornar ...

172 (Popup)

**TRANSTORNO MENTAL SOE DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL.**

Pressione Esc para Retornar ...

173 (Popup)

**Evidências de que a perturbação tem mais de uma etiologia (por ex., substância e condição médica geral).**

**[Não] [Sim]**

Pressione Esc para Retornar ...

174 (Popup)

**Pelo menos um déficit cognitivo adicional.**

**[Não] [Sim]**

Pressione Esc para Retornar ...

175 (Popup)

**TRANSTORNO PSICÓTICO  
INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA Especificar se início durante intoxicação ou abstinência.**

Pressione Esc para Retornar ...

176 (Popup)

**TRANSTORNO DO HUMOR INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA  
Especificar se início durante intoxicação ou abstinência.**

Pressione Esc para Retornar ...

177 (Popup)

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA Especificar se início durante intoxicação ou abstinência.**

Pressione Esc para Retornar ...

178 (Popup)

DISFUNÇÃO SEXUAL INDUZIDA POR SUBSTÂNCIA.

Pressione Esc para Retornar ...

179 (Popup)

TRANSTORNO DO SONO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA  
Especificar se início durante intoxicação ou abstinência.

Pressione Esc para Retornar ...

180 (Popup)

INTOXICAÇÃO COM SUBSTÂNCIA.

Pressione Esc para Retornar ...

181 (Popup)

ABSTINÊNCIA DE SUBSTÂNCIA.

Pressione Esc para Retornar ...

182 (Popup)

**TRANSTORNO RELACIONADO A SUBSTÂNCIA SOE.**

Pressione Esc para Retornar ...

183 (Popup)

TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL.

Pressione Esc para Retornar ...

184 (Popup)

TRANSTORNO PSICÓTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA.

Pressione Esc para Retornar ...

185 (Popup)

Episódio depressivo maior ou episódio maníaco comcomitante com sintomas da fase ativa.  
[\[Não\]](#) [\[Sim\]](#)

Pressione Esc para Retornar ...

186 (Popup)

Duração total dos episódios de humor é breve, relativamente à duração dos períodos delirantes.  
[\[Não\]](#) [\[Sim\]](#)

Pressione Esc para Retornar ...

187 (Popup)

TRANSTORNO PSICÓTICO SOE.

Pressione Esc para Retornar ...

188 (Popup)

TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE.

Pressione Esc para Retornar ...

189 (Popup)

TRANSTORNO DO HUMOR DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL.

Pressione Esc para Retornar ...

190 (Popup)

TRANSTORNO DO HUMOR INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA.

Pressione Esc para Retornar ...

191 (Popup)

Pressione Esc para Retornar ...

192 (Popup)

EPISÓDIO MANÍACO.

Pressione Esc para Retornar ...

193 (Popup)

EPISÓDIO HIPOMANÍACO.

Pressione Esc para Retornar ...

194 (Popup)

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR.

Pressione Esc para Retornar ...

195 (Popup)

EPISÓDIO MISTO.

Pressione Esc para Retornar ...

196 (Popup)

Sintomas psicóticos ocorrem em momentos outros que não durante episódios maníacos ou mistos.

[Não] [Sim]

Pressione Esc para Retornar ...

197 (Popup)

TRANSTORNO BIPOLAR II

Pressione Esc para Retornar ...

198 (Popup)

TRANSTORNO CICLOTÍMICO.

Pressione Esc para Retornar ...

199 (Popup)

TRANSTORNO BIPOLAR SOE.

Pressione Esc para Retornar ...

200 (Popup)

Sintomas psicóticos ocorrem em momentos outros que não durante episódios depressivos maiores.

[Não] [Sim]

Pressione Esc para Retornar ...

201 (Popup)

TRANSTORNO DISTÍMICO.

Pressione Esc para Retornar ...

202 (Popup)

TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO COM HUMOR DEPRIMIDO.

Pressione Esc para Retornar ...

203 (Popup)

TRANSTORNO DEPRESSIVO SOE.

Pressione Esc para Retornar ...

204 (Popup)

TRANSTORNO DE ANSIEDADE DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL.

Pressione Esc para Retornar ...

205 (Popup)

TRANSTORNO DE ANSIEDADE INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA.

Pressione Esc para Retornar ...

206 (Popup)

Agorafobia, isto é, ansiedade acerca de estar em locais dos quais a fuga poderia ser difícil ou embaraçosa, no caso de ter um ataque de pânico.

[Não] [Sim]

Pressione Esc para Retornar ...

207 (Popup)

AGORAFOBIA SEM HISTÓRIA DE TRANSTORNO DE PÂNICO.

Pressione Esc para Retornar ...

208 (Popup)

TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO.

Pressione Esc para Retornar ...

209 (Popup)

FOBIA SOCIAL (TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL).

Pressione Esc para Retornar ...



210 (Popup)

FOBIA ESPECÍFICA.

Pressione Esc para Retornar ...

211 (Popup)

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO.

Pressione Esc para Retornar ...

212 (Popup)

Ocorre exclusivamente durante um transtorno do humor ou transtorno psicótico.  
[Não] [Sim]

Pressione Esc para Retornar ...

213 (Popup)

Revivência de um evento, aumento da excitação e esquiva de estímulos associados com um evento traumático.  
[Não] [Sim]

Pressione Esc para Retornar ...

214 (Popup)

TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO COM ANSIEDADE.

Pressione Esc para Retornar ...

215 (Popup)

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOE.

Pressione Esc para Retornar ...

216 (Popup)

CONDIÇÃO MÉDICA GERAL específica ( nenhum Transtorno Somatoforme).

[Sim]

Pressione Esc para Retornar ...

217 (Popup)

Incentivos externos estão ausentes.

[Não] [Sim]

Pressione Esc para Retornar ...

218 (Popup)

TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO.

Pressione Esc para Retornar ...

219 (Popup)

TRANSTORNO CONVERSIVO.

Pressione Esc para Retornar ...

220 (Popup)

DISFUNÇÃO SEXUAL.

Pressione Esc para Retornar ...

221 (Popup)

TRANSTORNO DOLOROSO.

Pressione Esc para Retornar ...

222 (Popup)

TRANSTORNO SOMATOFORME INDIFERENCIADO.

Pressione Esc para Retornar ...

223 (Popup)

Crença de intensidade delirante.

[Não] [Sim]

Pressione Esc para Retornar ...

224 (Popup)

TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

(se delirante, ver também árvore para Transtornos Psicóticos).

Pressione Esc para Retornar ...

225 (Popup)

TRANSTORNO SOMATOFORME SOE.

Pressione Esc para Retornar ...

226 (Popup)

Apêndice B — Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais.

Este apêndice foi bastante expandido para incluir algumas novas propostas:

Conjuntos de Critérios e Eixos Oferecidos para Estudos Adicionais

Transtorno pós-concussão

Transtorno neurocognitivo leve

Abstinência de cafeína

Descritores dimensionais alternativos para Esquizofrenia

Transtorno depressivo pós-psicótico da Esquizofrenia

Transtorno disfórico pré-menstrual

Critério B alternativo para Transtorno Distímico

Transtorno depressivo menor

Transtorno depressivo breve recorrente

Transtorno misto de ansiedade-depressão

Transtorno factício por procuração

Transtorno de transe dissociativo

Transtorno de compulsão periódica

Transtorno da personalidade depressiva

Transtorno da personalidade passivo-agressiva (transtorno da personalidade negativista)

Transtornos dos Movimentos Induzidos por Medicamentos

© Editora Artes Médicas Sul Ltda



Parkinsonismo Induzido por Neurolépticos  
Síndrome Neuroléptica Maligna  
Distonia Aguda Induzida por Neurolépticos  
Acatisia Aguda Induzida por Neurolépticos  
Discinesia Tardia Induzida por Neurolépticos  
Tremor Postural Induzido por Medicamentos  
Transtorno dos Movimentos Induzido por Medicamentos Sem Outra Especificação  
Escala do Funcionamento Defensivo  
Escala de Avaliação Global do Funcionamento nas Relações (EAGFR)  
Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (EAFSO)

Pressione Esc para Retornar ...

## 227 (Popup)

A classificação do funcionamento psicológico geral em uma escala de 0-100 foi operacionalizada por Luborsky na Escala de Avaliação de Saúde-Doença (Luborsky L: "Clinician's Judgments of Mental Health", Archives of General Psychiatry 7: 407-417, 1962). Spitzer e colaboradores desenvolveram uma revisão da Escala de Avaliação de Saúde-Doença, denominada Escala de Avaliação Global (EAG) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, et al: "The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance", Archives of General Psychiatry 33: 766-771, 1976). A EAFSO deriva da EAG e sua criação é descrita em Goldman HH, Skodol AE, Lave TR: "Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning", American Journal of Psychiatry 149: 1148-1156, 1992.

Pressione Esc para Retornar ...

## 228 (Popup)

As definições deste glossário foram apresentadas pelas seguintes fontes:

DSM-III;  
DSM-III-R;  
American Psychiatric Glossary, 6ª ed., Penguin Dictionary of Psychology;  
Campbell's Psychiatric Dictionary, 6ª Edição;  
Stedman's Medical Dictionary, 19ª Edição;  
Dorland's Illustrated Medical Dictionary, 25ª ed., e  
Webster's Third New International Dictionary.

Pressione Esc para Retornar ...

## 229 (Popup)

Apêndice C — Glossário de Termos Técnicos.

As definições existentes foram aprimoradas, e diversos novos termos acrescentados.

Pressione Esc para Retornar ...

### 230 (Popup)

Apêndice D — Listagem Comentada de Alterações no DSM-IV.

Este apêndice foi apresentado em um novo formato, para esclarecer de que maneiras o DSM-IV difere do DSM-III-R

Pressione Esc para Retornar ...

### 231 (Popup)

Apêndice E— Listagem Alfabética de Diagnósticos e Códigos do DSM-IV.

Esta listagem de categorias foi revisada para incluir os transtornos e condições do DSM-IV.S

Pressione Esc para Retornar ...

### 232 (Popup)

Apêndice F — Listagem Numérica de Diagnósticos e Códigos do DSM-IV.

Esta listagem de categorias foi revisada para incluir os transtornos e condições do DSM-IV.

Pressione Esc para Retornar ...

### 233 (Popup)

Apêndice G — Códigos da CID-9-MC para Condições Médicas Gerais Seleccionadas e Transtornos Induzidos por Medicamentos.

Este apêndice é inédito no DSM-IV. Ele inclui um índice seletivo das condições classificadas fora do capítulo "Transtornos Mentais" da CID-9-MC mais relevantes para o diagnóstico e tratamento nos contextos de saúde mental. Além disso, o apêndice contém uma lista de códigos da CID-9-MC para medicamentos seleccionados que podem causar Transtornos Induzidos por Substâncias.

Pressione Esc para Retornar ...

### 234 (Popup)

Apêndice H — Classificação do DSM-IV com Códigos da CID-10.

Em algum momento, nos próximos anos, o U. S. Department of Health and Human Services exigirá o uso dos códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde, Décima Revisão (CID-10), para finalidades de relato nos Estados Unidos. Para facilitar esta transição, este apêndice relaciona a Classificação do DSM-IV com códigos do sistema da CID-10

Pressione Esc para Retornar ...

### 235 (Popup)

Apêndice I — Plano para Formulação Cultural e Glossário de Síndromes Ligadas à Cultura.

Este apêndice é oferecido para auxiliar o clínico no uso do DSM-IV em um ambiente multicultural. Ele é dividido em duas seções. A primeira contém um plano para formulação cultural, que visa a auxiliar o clínico a determinar e relatar sistematicamente o impacto do contexto cultural do indivíduo. A segunda seção oferece uma lista de "síndromes ligadas à cultura" que denotam padrões de comportamento e experiência aberrante recorrentes e específicos de determinados locais que podem não estar ligados especificamente a determinada categoria diagnóstica do DSM-IV.

Pressione Esc para Retornar ...

### 236 (Popup)

Apêndice J — Colaboradores para o DSM-IV.

Este apêndice contém uma relação de indivíduos que participaram na preparação do DSM-IV.

Pressione Esc para Retornar ...