

DSM-5-TR EM PORTUGUÊS,
TRADUZIDO COM GOOGLE TRADUTOR.
DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS
FIFTH EDITION
TEXT REVISION
DSM-5-TR™

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION
TEXT REVISION

DSM-5-TR™

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

**DSM-5-TR EM
PORTUGUÊS,
TRADUZIDO COM
GOOGLE TRADUTOR.**

eu

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE

TRANSTORNOS MENTAIS, DESORDEM MENTAL

QUINTA EDIÇÃO

REVISÃO DE TEXTO

DSM-5-TR™

Associação Americana de Psiquiatria

DSM-5-TR

Dirigentes 2021–2022

PRESIDENTE

VIVIAN B. PENDER, MD

PRESIDENTE ELEITO

REBECCA W. BRENDL, MD, JD

TESOUREIRO RICHARD F. SUMMERS, MD

SECRETÁRIA SANDRA DEJONG, MD, M.SC.

Palestrante

de

Montagem MARY JO FITZ -GERALD, MD, MBA

ORADOR ELEITO

ADAM P. NELSON, MD

Conselho de

Curadores ELIE G. AOUN, MD, MRO

JENNY L. BOYER, MD, PH.D., JD

KENNETH CERTA, MD

C. FREEMAN, MD, MBA

MARY HASBAH ROESSEL, MD

GLENN A. MARTIN, MD

ERIC M. PLAKUN, MD

MICHELE REID, MD

FELIX TORRES, MD, MBA

SANYA VIRANI, MD, MPH

CHERYL D. WILLS, MD

MELINDA Young, MD

UROOJ YAZDANI, MD,

MEMBRO RESIDENTE- SÓCIO FIDUCIÁRIO ELEITO

DSM-5

Dirigentes 2012–2013

PRESIDENTE

DILIP V. JESTE, MD

PRESIDENTE

ELEITO JEFFREY A. LIEBERMAN, MD

TESOUREIRO DAVID FASSLER, MD

SECRETÁRIO ROGER PEELE, MD

Conjunto

PALESTRANTE

R. SCOTT BENSON, MD

ORADOR-ELEITO

MELINDA L. YOUNG, MD

Conselho de Curadores

JEFFREY AKAKA, MD

CAROL A. BERNSTEIN, MD

BRIAN CROWLEY, MD

ANITA S. EVERETT, MD

JEFFREY GELLER, MD, MPH

MARC DAVID GRAFF, MD

JAMES A. GREENE, MD

JUDITH F. KASHTAN, MD

MOLLY K. MCVOY, MD

JAMES E. NININGER, MD

JOHN M. OLDHAM, MD

ALAN F. SCHATZBERG, MD

ALIK S. WIDGE, MD, PH.D.

ERIK R. VANDERLIP, MD,

MEMBRO EM TREINAMENTO FIDUCIÁRIO ELEITO

DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO MANUAL DE

TRANSTORNOS MENTAIS, DESORDEM MENTAL

QUINTA EDIÇÃO
REVISÃO DE TEXTO

DSM-5-TR™



Copyright © 2022 Associação Psiquiátrica Americana

DSM, DSM-5 e DSM-5-TR são marcas registradas da American Psychiatric Association. O uso destes termos é proibido sem permissão da American Psychiatric Association.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. A menos que autorizado por escrito pela APA, nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida ou usada de forma inconsistente com os direitos autorais da APA. Esta proibição se aplica a usos não autorizados ou reproduções de qualquer forma, incluindo aplicativos eletrônicos.

A correspondência referente às permissões de direitos autorais deve ser direcionada para DSM Permissions, American Psychiatric Association Publishing, 800 Maine Avenue SW, Suite 900, Washington, DC 20024-2812.

Fabricado nos Estados Unidos da América em papel sem ácido.

ISBN 978-0-89042-575-6 (capa dura) 1^a impressão de fevereiro de 2022

ISBN 978-0-89042-576-3 (Paperback) 1^a impressão de fevereiro de 2022

Associação Psiquiátrica Americana
800 Maine Avenue SW Suite 900
Washington, DC 20024-2812

www.psychiatry.org

A citação correta para este livro é American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, Associação Psiquiátrica Americana, 2022.

Nomes de Dados de Catalogação na Publicação da Biblioteca

do Congresso : Associação Psiquiátrica Americana, órgão emissor.

Título: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR / American Psychiatric Association.

Outros títulos: DSM-5-TR

Descrição: Quinta edição, revisão do texto. | Washington, DC: Publicação da Associação Psiquiátrica Americana, [2022] | Inclui índice.

Identificadores: LCCN 2021051781 (impressão) | LCCN 2021051782 (e-book) | ISBN 9780890425756 (capa dura; papel comum) | ISBN 9780890425763 (brochura; papel comum) | ISBN 9780890425770 (e-book)

Assuntos: MESH: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5^a edição | Transtornos Mentais—classificação | Mental Distúrbios - diagnóstico

Classificação: LCC RC455.2.C4 (impressão) | LCC RC455.2.C4 (e-book) | NLM WM 15 | DDC 616.89/075—dc23/eng/202111209 Registro LC disponível em <https://lccn.loc.gov/2021051781> Registro eletrônico LC disponível em <https://lccn.loc.gov/2021051782>.

Catalogação da British Library em dados de publicação

Um registro CIP está disponível na British Library.

Design de Texto—Tammy J. Cordova

Manufatura—Sheridan Books, Inc.

Conteúdo

[Presidentes e Grupos de Revisão do DSM-5-TR](#)

[Grupos de trabalho e força-tarefa do DSM-5](#)

[Prefácio ao DSM-5-TR](#)

[Prefácio ao DSM-5](#)

[Classificação DSM-5-TR](#)

Seção I

Noções básicas do DSM-5

[Introdução](#)

[Uso do Manual](#)

[Declaração de precaução para uso forense do DSM-5](#)

Seção II

Critérios e Códigos de Diagnóstico

[Distúrbios do neurodesenvolvimento](#)

[Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos](#)

[Transtornos Bipolares e Relacionados](#)

[Transtornos Depressivos](#)

[Transtornos de Ansiedade](#)

[Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados](#)

[Transtornos Relacionados a Traumas e Estressores](#)

[Distúrbios Dissociativos](#)

[Sintoma somático e distúrbios relacionados](#)

[Distúrbios Alimentares e Alimentares](#)

[Distúrbios de Eliminação](#)

Distúrbios do sono-vigília

vi

Disfunções Sexuais

Disforia de gênero

Distúrbios disruptivos, de controle de impulsos e de conduta

Transtornos Relacionados a Substâncias e Dependências

Distúrbios Neurocognitivos

Transtornos de Personalidade

Transtornos parafílicos

Outros Transtornos Mentais e Códigos Adicionais

Distúrbios do Movimento Induzidos por Medicação e Outros Efeitos Adversos de Medicamento

Outras condições que podem ser foco de atenção clínica

Seção III

Medidas e modelos emergentes

Medidas de avaliação

Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico

Modelo DSM-5 Alternativo para Transtornos de Personalidade

Condições para Estudo Adicional

Apêndice

Listagem Alfabética de Diagnósticos DSM-5-TR e Códigos ICD-10-CM

Listagem Numérica de Diagnósticos DSM-5-TR e Códigos ICD-10-CM

Consultores e outros colaboradores do DSM-5

Índice

Cadeiras DSM-5-TR

MICHAEL B. PRIMEIRO, MD

Copresidente do Subcomitê de Revisão e Editor do DSM-5-TR

PHILIP WANG, MD, DR.PH

Copresidente do Subcomitê de Revisão

WILSON M. COMPTON, MD, MPE

Vice-presidente do Subcomitê de Revisão

DANIEL S. PINHO, MD

Vice-presidente do Subcomitê de Revisão

SUSAN K. SCHULTZ, MD

Consultor de Texto

PHILIP R. MUSKIN, MD, MA

Editor de Revisão de Conflitos de Interesse

ANN M. ENG

Editor-gerente do DSM

Divisão da Equipe de Pesquisa da APA no DSM-5-TR

NITIN GOGTAY, MD

Chefe, Divisão de Pesquisa e Diretor Médico Adjunto

PHILIP WANG, MD, DR.PH ex-

vice-diretor médico e diretor de pesquisa

Diana E. Clarke, Ph.D., Diretora Administrativa de Pesquisa e Estatística Sênior de Pesquisa/Epidemiologista

Lamyaa H. Yousif, MD, Ph.D., M.Sc., Gerente Sênior de Operações e Pesquisa da DSM
Associado

Sejal Patel, MPH, Associada de Pesquisa Sênior Laura

Thompson, MS, Associada de Pesquisa e Gerente de Programa Stephanie Smith,
Ph.D., ex-Gerente de Operações Sênior da DSM e Escritora Científica

Escritório do Diretor Médico da APA SAUL

LEVIN, MD, MPA

CEO e Diretor Médico

COLLEEN M. COYLE, JD

Conselho Geral

Comitê Diretivo do DSM

PAUL S. APPELBAUM, MD

Presidente

ELLEN LEIBENLUFT, MD

Vice presidente

KENNETH S. KENDLER, MD

Vice presidente

Membros

Renato D. Alarcón, MD, MPH Pamela

Y. Collins, MD, MPH

Michelle G. Craske, Ph.D.

Michael B. First, MD

Dolores Malaspina, MD, MS, MSPH

Glenn Martin, MD

Susan K. Schultz, MD

Andrew E. Skodol, MD

Kimberly A. Yonkers, MD

viii

Contatos

Wilson M. Compton, MD, MPE, *Instituto Nacional de Abuso de Drogas George*

F. Koob, Ph.D. (2019–2020), *Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo Lorenzo Leggio, MD, Ph.D. (2020–), Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo Sarah Morris, Ph.D., Instituto Nacional de Saúde Mental*

Grupos de Revisão Transversais

Grupo de Revisão de Cultura Transversal

ROBERTO LEWIS-FERNÁNDEZ, MD

Cadeira

Renato D. Alarcón, MD, MPH

Anne E. Becker, MD, Ph.D.

Kamaldeep Bhui, CBE, MD

Guilherme Borges, Ph.D.

Suparna Choudhury, Ph.D.

Jack Drescher, MD

Ana Gómez-Carrillo, MD

Brian J. Hall, Ph.D.

Felicia Heidenreich-Dutray, MD

Eva Heim, Ph.D.
Stefan G. Hofmann, Ph.D.
G. Eric Jarvis, MD
Christian Kieling, MD, Ph.D.
Laurence J. Kirmayer, MD
Brandon Kohrt, MD, Ph.D.
Rishav Koirala, MD, Ph.D. candidato
Andrian Liem, Ph.D.
Francis G. Lu, MD
Kwame McKenzie, MD
Fahimeh Mianji, Ph.D.
Byamah Brian Mutamba, MBCh.B., M.Med. (Psic), MPH, Ph.D.
Claudia Raftul, Ph.D.
Cécile Rousseau, MD
Andrew G. Ryder, Ph.D.
Vedat ýar, MD
Soraya Seedat, MD, Ph.D.
Gwen Yeo, Ph.D.
Ricardo Orozco Zavala, Ph.D.

Grupo de Revisão Forense Transversal

DEBRA A. PINALS, MD

Cadeira

Carl E. Fisher, MD
Steven K. Hoge, MD
Reena Kapoor, MD
Jeffrey L. Metzner, MD
Howard Zonana, MD

Grupo de Revisão Transversal de Sexo e

Gênero KIMBERLY A. YONKERS, MD

Cadeira

Margaret Altemus, MD
Lucy C. Barker, MD
Ariadna Forray, MD
Constance Guille, MD
Susan G. Kornstein, MD
Melissa A. Nishawala, MD
Jennifer L. Payne, MD

Walter A. Rocca MD, MPH
Manpreet K. Singh, MD, MS
Simone Vigod, MD, M.Sc.
Kristine Yaffe, MD
Anahita Bassir Nia, MD, *Consultora*

ix

Grupo de Revisão Transversal do Suicídio

MICHAEL F. GRUNEBAUM, MD
Revisor principal

David A. Brent, MD, *Revisor*
Katalin Szanto, MD, *Revisor*

Grupo de Trabalho de Equidade e Inclusão Etnoracial

ROBERTO LEWIS-FERNÁNDEZ, MD
Copresidente

DANIELLE HAIRSTON, MD
Copresidente

Renato D. Alarcón, MD, MPH
Paul S. Appelbaum, MD, *ex officio* Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Constance E. Dunlap, MD
Nitin Gogtay, MD
Joseph P. Gone, Ph.D.
Jessica E. Isom, MD, MPH
Laurence J. Kirmayer, MD
Francis G. Lu, MD
Dolores Malaspina, MD, MS, MSPH
Altha J. Stewart, MD
Lamyaa H. Yousif, MD, Ph.D., M.Sc.

Grupos de Revisão por Seção II Capítulo

Transtornos do Neurodesenvolvimento GILLIAN BAIRD, MB, B.CHR.
Editor de seção

Michael H. Bloch, MD, MS
Jane E. Clark, Ph.D.
James C. Harris, MD †

Bryan H. King, MD, MBA
James F. Leckman, MD, Ph.D.
Amy E. Margolis, Ph.D.
Diane Paul, Ph.D.
Steven R. Pliszka, MD
Mabel L. Rice, Ph.D.
Amy M. Wetherby, Ph.D.
Julian Woods, Ph.D.

**Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos
Psicóticos** STEPHAN HECKERS, MD
Editor de seção

Somya Abubucker, MD
Oliver Freudenreich, MD
Paolo Fusar-Poli, MD, Ph.D.
Dr. méd. Stefan Gutwinski
Andreas Heinz, MD, Ph.D.
Frank Pillmann, MD, Ph.D.
James B. Potash, MD, MPH
Marc A. Schuckit, MD
Paul Summergrad, MD
Rajiv Tandon, MD
Sebastian Walther, MD

**Transtornos Bipolares e
Relacionados** MICHAEL J. OSTACHER, MD, MPH, MMSC.
Editor de seção

Benjamin I. Goldstein, MD, Ph.D.
Greg Murray, Ph.D.
Martha Sajatovic, MD
Marc A. Schuckit, MD
Paul Summergrad, MD
Trisha Suppes, MD, Ph.D.
Holly A. Swartz, MD
Bryan K. Tolliver, MD, Ph.D.

x

**Transtornos
Depressivos** WILLIAM H. CORYELL, MD

Editor de seção

Scott R. Beach, MD

Ellen Leibenluft, MD

Robert M. McCarron, DO

Marc A. Schuckit, MD

Kimberly A. Yonkers, MD

Sidney Zisook, MD

Transtornos de

Ansiedade MICHELLE G. CRASKE, PH.D.

Editor de seção

Katja Beesdo-Baum, Ph.D.

Susan Bogels, Ph.D.

Lily A. Brown, Ph.D.

Richard LeBeau, Ph.D.

Vijaya Manicavasagar, Ph.D.

Bita Mesri, Ph.D.

Peter Muris, Ph.D.

Thomas H. Ollendick, Ph.D.

Kate Wolitzky-Taylor, Ph.D.

Tomislav D. Zbozinek, Ph.D.

Susan K. Schultz, MD, *Consultora de Texto*

Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados

KATHARINE A. PHILLIPS, MD

Editor de seção

Randy O. Frost, Ph.D.

Jon E. Grant, MD, MPH, JD

Christopher Pittenger, MD, Ph.D.

Helen Blair Simpson, MD, Ph.D.

Dan J. Stein, MD, Ph.D.

Gail Steketee, Ph.D.

Susan K. Schultz, MD, *Consultora de Texto*

Transtornos Relacionados a Traumas e

Estressores MATTHEW J. FRIEDMAN, MD, PH.D.

Editor de seção

David A. Brent, MD
Richard Bryant, Ph.D.
Juliana M. Finelli, MD
Dean G. Kilpatrick, Ph.D.
Roberto Lewis-Fernández, MD
Holly G. Prigerson, Ph.D.
Robert S. Pynoos, MD, MPH
Paula P. Schnurr, Ph.D.
James J. Strain, MD
Robert J. Ursano, MD
Frank W. Weathers, Ph.D.
Charles H. Zeanah Jr., MD

Susan K. Schultz, MD, *Consultora de Texto*

Distúrbios Dissociativos

RICHARD J. LOEWENSTEIN, MD
Editor de seção

Frank W. Putnam Jr., MD

Daphne Simeon, MD

Susan K. Schultz, MD, *Consultora de Texto*

Sintoma somático e distúrbios relacionados

JAMES L. LEVENSON, MD
Editor de seção

Marc D. Feldman, MD

Bernd Löwe, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.

Jill M. Newby, Ph.D.

Jon Stone, MBCh.B., Ph.D.

Gregory Yates, MA

XI

Alimentação e Distúrbios

Alimentares B. TIMOTHY WALSH, MD
Editor de seção

MICHAEL J. DEVLIN, MD
Revisor

Distúrbios de Eliminação

DANIEL S. PINE, MD

Editor de seção

Israel Franco, MD

Patricio C. Gargollo, MD

Peter L. Lu, MD, MS

Stephen A. Zderic, MD

Distúrbios do sono-vigília MICHAEL J. SATEIA, MD
Editor de seção

R. Robert Auger, MD

Jack D. Edinger, Ph.D.

Kiran Maski, MD, MPH

Stuart F. Quan, MD

Thomas E. Scammell, MD

Marc A. Schuckit, MD

Erik K. St. Louis, MD, MS

John W. Winkelman, MD, Ph.D.

Disfunções Sexuais
LORI A. BROTTO, PH.D.
Editor de seção

Stanley E. Althof, Ph.D.

Cynthia A. Graham, Ph.D.

Dennis Kalogeropoulos, Ph.D.

Julie Larouche, M.Ps.

Pedro Nobre, Ph.D.

Michael A. Perelman, Ph.D.

Natalie O. Rosen, Ph.D.

Marc A. Schuckit, MD

Sharon J. Parish, MD, *Revisora Médica*

Susan K. Schultz, MD, *Consultora de Texto*

Disforia de Gênero
JACK DRESCHER, MD
Editor de seção

Stewart L. Adelson, MD

Walter O. Bockting, Ph.D.

William Byne, MD, Ph.D.

Annelou LC de Vries, MD, Ph.D.

Cecilia Dhejne, MD, Ph.D.
Thomas D. Steensma, Ph.D.

Distúrbios disruptivos, de controle de impulsos e de conduta PAUL J. FRICK, PH.D.
Editor de seção

Jeffrey D. Burke, Ph.D.
S. Alexandra Burt, Ph.D.
Emil F. Coccaro, MD
Jon E. Grant, MD, MPH, JD

xii

Transtornos Relacionados a Substâncias e Dependências DEBORAH S. HASIN, PH.D.
Editor de seção

Carlos Blanco, MD, Ph.D.
David Bochner, Ph.D.
Alan J. Budney, Ph.D.
Wilson M. Compton, MD, MPE
John R. Hughes, MD
Laura M. Juliano, Ph.D.
Bradley T. Kerridge, Ph.D.
Marc N. Potenza, MD, Ph.D.
Marc A. Schuckit, MD

Distúrbios Neurocognitivos
SUSAN K. SCHULTZ, MD
Editor de seção

Brian S. Appleby, MD
David B. Arciniegas, MD
Karl Goodkin, MD, Ph.D.
Sharon K. Inouye, MD, MPH
Constantine Lyketsos, MD, MHS
Ian G. McKeith, MD
Bruce L. Miller, MD
David J. Moser, Ph.D.
Peggy C. Nopoulos, MD
Howard J. Rosen, MD
Perminder S. Sachdev, MD, Ph.D.

Marc A. Schuckit, MD

Paul Summergrad, MD

Daniel Weintraub, MD

**Transtornos de
Personalidade** MARK ZIMMERMAN, MD
Editor de seção

Donald W. Black, MD

Robert F. Bornstein, Ph.D.

Erin A. Hazlett, Ph.D.

Lisa Lampe, MB, BS, Ph.D.

Royce Lee, MD

Joshua D. Miller, Ph.D.

António Pinto, Ph.D.

Elsa F. Ronningstam, Ph.D.

Douglas B. Samuel, Ph.D.

Susan K. Schultz, MD

Glen L. Xiong, MD

Mary C. Zanarini, Ed.D.

Transtornos Parafílicos
RICHARD B. KRUEGER, MD
Editor de seção

Peer Briken, MD

Luk Gijs, Ph.D.

Andreas Mokros, Ph.D.

Pekka Santtila, Ph.D.

Michael C. Seto, Ph.D.

Distúrbios do Movimento Induzidos por Medicação e Outros Efeitos Adversos da

Medicação ALAN F. SCHATZBERG, MD
Editor de seção

Jacob S. Ballon, MD, MPH

Kevin J. Black, MD

Peter F. Buckley, MD

Leslie Citrome, MD, MPH

Ira D. Glick, MD

Rona Hu, MD

Paul E. Keck Jr., MD

Stephen R. Marder, MD

Laura Marsh, MD
Richard C. Shelton, MD
Nolan Williams, MD

xiii

Outras condições que podem ser foco de atenção clínica

Michael B. First, MD
Nitin Gogtay, MD
Diana E. Clarke, Ph.D.
Lamyaa H. Yousif, MD, Ph.D., M.Sc.

Revisores de Textos da Seção III

Medidas de avaliação

Nitin Gogtay, MD
Philip Wang, MD, Dr.PH
Diana E. Clarke, Ph.D.
Lamyaa H. Yousif, MD, Ph.D., M.Sc.
Stephanie Smith, Ph.D.

Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico

ROBERTO LEWIS-FERNÁNDEZ, MD
Editor de seção

Neil Krishan Aggarwal, MD, MBA, MA
Ana Gómez-Carrillo, MD
G. Eric Jarvis, MD
Bonnie N. Kaiser, Ph.D., MPH
Laurence J. Kirmayer, MD
Brandon Kohrt, MD, Ph.D.

Condições para Estudo Adicional

Síndrome de Psicose Atenuada
Paolo Fusar-Poli, MD, Ph.D.
Stephan Heckers, MD
Episódios depressivos com hipomania de curta duração
Benjamin I. Goldstein, MD, Ph.D.
Greg Murray, Ph.D.
Michael J. Ostacher, MD, MPH, MMSc.
Transtorno por uso de cafeína

Laura M. Juliano, Ph.D.
Alan J. Budney, Ph.D.
Deborah S. Hasin, Ph.D.
Wilson M. Compton, MD, MPE
Distúrbio de jogos na Internet
Charles O'Brien, MD, Ph.D.
Jon E. Grant, MD, MPH, JD
Wilson M. Compton, MD, MPE
Deborah S. Hasin, Ph.D.
Transtorno neurocomportamental associado à exposição pré-natal ao álcool
Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.
Deborah S. Hasin, Ph.D.
Transtorno de Comportamento Suicida
Michael F. Grunebaum, MD
David A. Brent, MD
Katalin Szanto, MD
Autolesão não suicida E.
David Klonsky, Ph.D.
Jennifer J. Muehlenkamp, Ph.D.
Jason J. Washburn, Ph.D.

Comitês de Revisão do Comitê Diretivo do DSM

Nota: Esses grupos revisaram as propostas formais de mudanças aprovadas pelo Comitê Diretivo do DSM desde a publicação do DSM-5.

Distúrbios do Neurodesenvolvimento

DANIEL S. PINE, MD

Presidente

Catherine E. Lord, Ph.D.
Sally Ozonoff, Ph.D.
Joseph Piven, MD
Moira A. Rynn, MD
Anita Thapar, MD

Transtornos Mentais Graves

CARRIE E. BEARDEN, PH.D.

Presidente

William T. Carpenter, MD

Benoit H. Mulsant, MD, MS
Peter V. Rabins, MD, MPH
Mark Zimmerman, MD

Distúrbios Internalizantes
ROBERTO LEWIS-FERNÁNDEZ, MD
Presidente

William H. Coryell, MD
Constance Hammen, Ph.D.
James L. Levenson, MD
Katharine A. Phillips, MD
Dan J. Stein, MD, Ph.D.

Revisores Adicionais para Transtorno de Luto Prolongado

David A. Brent, MD
Michael B. First, MD
Matthew J. Friedman, MD, Ph.D.
Christopher M. Layne, Ph.D.
Roberto Lewis-Fernández, MD
Paul K. Maciejewski, Ph.D.
Katharine A. Phillips, MD
Holly G. Prigerson, Ph.D.
Robert S. Pynoos, MD
Charles F. Reynolds III, MD
M. Katherine Shear, MD
Thomas A. Widiger, Ph.D.
Kimberly A. Yonkers, MD
Helena Chmura Kraemer, Ph.D., *Consultora*

**Transtornos Externalizantes e Transtornos da
Personalidade** CARLOS BLANCO, MD, PH.D.
Presidente

Lee Anna Clark, Ph.D.
Richard B. Krueger, MD
Christopher J. Patrick, Ph.D.
Marc A. Schuckit, MD

**Distúrbios dos Sistemas
Corporais** PETER DANIOLOS, MD
Presidente

Cynthia A. Graham, Ph.D.
Debra K. Katzman, MD
B. Timothy Walsh, MD
Joel Yager, MD

† Faleceu em 5 de abril de 2021.

Grupos de trabalho e força-tarefa do DSM-5

DAVID J. KUPFER, MD

Presidente da Força-Tarefa

DARREL A. REGIER, MD, MPH

Vice-presidente da Força-Tarefa

William E. Narrow, MD, MPH, *Diretor de Pesquisa Susan*

K. Schultz, MD, *Editor de Texto Emily A. Kuhl, Ph.D.,*

Editor de Texto APA Dan G. Blazer, MD, Ph.D., MPH

Jack D. Burke Jr., MD, MPH

William T. Carpenter Jr., MD

F. Xavier Castellanos, MD

Wilson M. Compton, MD, MPE

Joel E. Dimsdale, MD

Javier I. Escobar, MD, M.Sc.

Jan A. Fawcett, MD

Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D. (2009–)

Steven E. Hyman, MD (2007–2012)

Dilip V. Jeste, MD (2007–2011)

Helena C. Kraemer, Ph.D.

Daniel T. Mamah, MD, MPE

James P. McNulty, AB, Sc.B.

Howard B. Moss, MD (2007–2009)

Charles P. O'Brien, MD, Ph.D.

Roger Peele, MD

Katharine A. Phillips, MD

Daniel S. Pine, MD

Charles F. Reynolds III, MD

Maritza Rubio-Stipe, Sc.D.

David Shaffer, MD

Andrew E. Skodol II, MD

Susan E. Swedo, MD

B. Timothy Walsh, MD

Philip Wang, MD, Dr.PH (2007–2012)

William M. Womack, MD

Kimberly A. Yonkers, MD

Kenneth J. Zucker, Ph.D.

Norman Sartorius, MD, Ph.D., *Consultor*

Divisão de Pessoal de Pesquisa da APA no DSM-5

Darrel A. Regier, MD, MPH, *Diretor, Divisão de Pesquisa* William E.

Narrow, MD, MPH, *Diretor Associado* Emily A. Kuhl, Ph.D., *Escritor*

Científico Sênior; Editora de Texto da Equipe Diana E. Clarke, Ph.D.,
M.Sc., *Estatística de Pesquisa*

Lisa H. Greiner, MSSA, *Gerente de Projetos de Ensaios de Campo*

DSM-5 Eve K. Moscicki, Sc.D., MPH, *Diretora, Rede de Pesquisa Prática* S.

Janet Kuramoto, Ph.D., MHS, *Associada Sênior de Pesquisa Científica, Pesquisa Prática*
Rede

Amy Porfiri, *Diretora de MBA de Finanças e Administração* Jennifer

J. Shupinka, *Diretora Assistente, Operações da DSM* Seung-Hee

Hong, *Associada de Pesquisa Sênior da DSM* Anne R. Hiller,

Associada de Pesquisa da DSM Alison S. Beale, *Associada de*

Pesquisa da DSM Spencer R. Case, *DSM Pesquisador Associado*

Joyce C. West, Ph.D., MPP, *Diretora de Pesquisa de Políticas de Saúde, Rede de Pesquisa Prática*

Farifteh F. Duffy, Ph.D., *Diretora de Pesquisa de Cuidados de Qualidade, Rede de Pesquisa Prática*

Lisa M. Countis, *Gerente de Operações de Campo, Rede de Pesquisa Prática*

Christopher M. Reynolds, *Assistente Executivo*

APA Gabinete do Diretor Médico

JAMES H. SCULLY JR., MD

Diretor Médico e CEO

Consultores editoriais e de codificação

Michael B. First, MD

Maria N. Ward, M.Ed., RHIT, CCS-P

Grupos de Trabalho do DSM-5

**TDAH e transtornos de comportamento
disruptivo DAVID SHAFFER, MD**
Cadeira

F. XAVIER CASTELLANOS, MD

Copresidente

Paul J. Frick, Ph.D., *Coordenadora de
Texto* Glorisa Canino, Ph.D.
Terrie E. Moffitt, Ph.D.
Joel T. Nigg, Ph.D.
Luis Augusto Rohde, MD, Sc.D.
Rosemary Tannock, Ph.D.
Eric A. Taylor, MB
Richard Todd, Ph.D., MD (*m. 2008*)

Ansiedade, Espectro Obsessivo-Compulsivo, Transtornos Pós-traumáticos e Dissociativos

KATHARINE A. PHILLIPS, MD
Cadeira

Michelle G. Craske, Ph.D., *Coordenadora de
Texto* J. Gavin Andrews, MD
Susan M. Bögels, Ph.D.
Matthew J. Friedman, MD, Ph.D.
Eric Hollander, MD (2007-2009)
Roberto Lewis-Fernández, MD, MTS
Robert S. Pynoos, MD, MPH
Scott L. Rauch, MD
H. Blair Simpson, MD, Ph.D.
David Spiegel, MD
Dan J. Stein, MD, Ph.D.
Murray B. Stein, MD
Robert J. Ursano, MD
Hans-Ulrich Wittchen, Ph.D.

Distúrbios da Infância e Adolescência

DANIEL S. PINHO, MD
Cadeira

Ronald E. Dahl, MD
E. Jane Costello, Ph.D. (2007–2009)
Regina Smith James, MD
Rachel G. Klein, Ph.D.

James F. Leckman, MD

Ellen Leibenluft, MD

Judith HL Rapoport, MD

Charles H. Zeanah, MD

Transtornos

Alimentares B. TIMOTHY WALSH, MD

Cadeira

Stephen A. Wonderlich, Ph.D., *Coordenadora de Texto*

Evelyn Attia, MD

Anne E. Becker, MD, Ph.D., Sc.M.

Rachel Bryant-Waugh, MD

Hans W. Hoek, MD, Ph.D.

Richard E. Kreipe, MD

Marsha D. Marcus, Ph.D.

James E. Mitchell, MD

Ruth H. Striegel-Moore, Ph.D.

G. Terence Wilson, Ph.D.

Barbara E. Wolfe, Ph.D., APRN

xvii

Transtornos do

Humor JAN A. FAWCETT, MD

Cadeira

Ellen Frank, Ph.D., *Coordenadora de Texto*

Jules Angst, MD (2007–2008)

William H. Coryell, MD

Lori L. Davis, MD

Raymond J. DePaulo, MD

Sir David Goldberg, MD

James S. Jackson, Ph.D.

Kenneth S. Kendler, MD (2007–2010)

Mario Maj, MD, Ph.D.

Husseini K. Manji, MD (2007–2008)

Michael R. Phillips, MD

Trisha Suppes, MD, Ph.D.

Carlos A. Zarate, MD

Distúrbios Neurocognitivos

DILIP V. JESTE, MD (2007–2011)
Presidente Emérito

DAN G. BLAZER, MD, PH.D., MPH
Cadeira

RONALD C. PETERSEN, MD, PH.D.
Copresidente

Mary Ganguli, MD, MPH, *Coordenadora de Texto* Deborah

Blacker, MD, Sc.D.

Warachal Faison, MD (2007-2008)

Igor Grant, MD

Eric J. Lenze, MD

Jane S. Paulsen, Ph.D.

Perminder S. Sachdev, MD, Ph.D.

Distúrbios do Neurodesenvolvimento

SUSAN E. SWEDO, MD
Cadeira

Gillian Baird, MA, MB, B.Chir., *Coordenador de Texto* Edwin H.

Cook Jr., MD

Francesca G. Happé, Ph.D.

James C. Harris, MD

Walter E. Kaufmann, MD

Bryan H. King, MD

Catherine E. Lord, Ph.D.

Joseph Piven, MD

Sally J. Rogers, Ph.D.

Sarah J. Spence, MD, Ph.D.

Rosemary Tannock, Ph.D.

Fred Volkmar, MD (2007-2009)

Amy M. Wetherby, Ph.D.

Harry H. Wright, MD

Personalidade e Transtornos da Personalidade ¹

ANDREW E. SKODOL, MD
Cadeira

JOHN M. OLDHAM, MD
Copresidente

Robert F. Krueger, Ph.D., *Coordenador de Texto*

Renato D. Alarcón, MD, MPH

Carl C. Bell, MD
Donna S. Bender, Ph.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
W. John Livesley, MD, Ph.D. (2007–2012)
Leslie C. Morey, Ph.D.
Larry J. Siever, MD
Roel Verheul, Ph.D. (2008–2012)

xviii

Transtornos Psicóticos

WILLIAM T. CARPENTER JR., MD
Cadeira

Deanna M. Barch, Ph.D., *Coordenador de Texto*
Juan R. Bustillo, MD
Wolfgang Gaebel, MD
Raquel E. Gur, MD, Ph.D.
Stephan H. Heckers, MD
Dolores Malaspina, MD, MSPH
Michael J. Owen, MD, Ph.D.
Susan K. Schultz, MD
Rajiv Tandon, MD
Ming T. Tsuang, MD, Ph.D.
Jim van Os, MD

**Transtornos Sexuais e de Identidade de
Gênero** KENNETH J. ZUCKER, PH.D.
Cadeira

Lori Brotto, Ph.D., *Coordenadora de Texto*
Irving M. Binik, Ph.D.
Ray M. Blanchard, Ph.D.
Peggy T. Cohen-Kettenis, Ph.D.
Jack Drescher, MD
Cynthia A. Graham, Ph.D.
Martin P. Kafka, MD
Richard B. Krueger, MD
Niklas Långström, MD, Ph.D.
Heino FL Meyer-Bahlburg, Dr. rer. nat.
Friedemann Pfäfflin, MD
Robert Taylor Segraves, MD, Ph.D.

Distúrbios do sono-vigília

CHARLES F. REYNOLDS III, MD

Cadeira

Ruth M. O'Hara, Ph.D., *Coordenadora de Texto*

Charles M. Morin, Ph.D.

Allan I. Pack, Ph.D.

Kathy P. Parker, Ph.D., RN

Susan Redline, MD, MPH

Dieter Riemann, Ph.D.

Distúrbios de Sintomas Somáticos

JOEL E. DIMSDALE, MD

Cadeira

James L. Levenson, MD, *Coordenador de Texto*

Arthur J. Barsky III, MD

Francis Creed, MD

Nancy Frasure-Smith, Ph.D. (2007–2011)

Michael R. Irwin, MD

Francis J. Keefe, Ph.D. (2007–2011)

Sing Lee, MD

Michael Sharpe, MD

Lawson R. Wulsin, MD

Transtornos Relacionados a

Substâncias CHARLES P. O'BRIEN, MD, PH.D.

Cadeira

THOMAS J. CROWLEY, MD

Copresidente

Wilson M. Compton, MD, MPE, *Coordenador de Texto*

Marc Auriacombe, MD

Guilherme LG Borges, MD, Dr.Sc.

Kathleen K. Bucholz, Ph.D.

Alan J. Budney, Ph.D.

Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.

Deborah S. Hasin, Ph.D.

Thomas R. Kosten, MD (2007–2008)

Walter Ling, MD

Spero M. Manson, Ph.D. (2007–2008)

A. Thomas McLellan, Ph.D. (2007–2008)

Nancy M. Petry, Ph.D.

Marc A. Schuckit, MD

Wim van den Brink, MD, Ph.D. (2007–2008)

Grupos de Estudo DSM-5

Espectro de Diagnóstico e Harmonização DSM/ICD STEVEN

E. HYMAN, MD

Presidente (2007–2012)

William T. Carpenter Jr., MD

Wilson M. Compton, MD, MPE

Jan A. Fawcett, MD

Helena C. Kraemer, Ph.D.

David J. Kupfer, MD

William E. Narrow, MD, MPH

Charles P. O'Brien, MD, Ph.D.

John M. Oldham, MD

Katharine A. Phillips, MD

Darrel A. Regier, MD, MPH

Abordagens de desenvolvimento ao longo

da vida ERIC J. LENZE, MD

Cadeira

SUSAN K. SCHULTZ, MD

Presidente Emérito

DANIEL S. PINHO, MD

Presidente Emérito

Dan G. Blazer, MD, Ph.D., MPH

F. Xavier Castellanos, MD

Wilson M. Compton, MD, MPE

Daniel T. Mamah, MD, MPE

Andrew E. Skodol II, MD

Susan E. Swedo, MD

Questões de gênero e interculturais

KIMBERLY A. YONKERS, MD

Cadeira

ROBERTO LEWIS-FERNÁNDEZ, MD, MTS
Co-presidente, Questões Interculturais

Renato D. Alarcón, MD, MPH
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Javier I. Escobar, MD, M.Sc.
Ellen Frank, Ph.D.
James S. Jackson, Ph.D.
Spero M. Manson, Ph.D. (2007–2008)
James P. McNulty, AB, Sc.B.
Leslie C. Morey, Ph.D.
William E. Narrow, MD, MPH
Roger Peele, MD
Philip Wang, MD, Dr.PH (2007–2012)
William M. Womack, MD
Kenneth J. Zucker, Ph.D.

Interface Psiquiátrica/Médica Geral LAWSON

R. WULSIN, MD
Cadeira

Ronald E. Dahl, MD
Joel E. Dimsdale, MD
Javier I. Escobar, MD, M.Sc.
Dilip V. Jeste, MD (2007–2011)
Walter E. Kaufmann, MD
Richard E. Kreipe, MD
Ronald C. Petersen, MD, Ph.D.
Charles F. Reynolds III, MD
Robert Taylor Segraves, MD, Ph.D.
B. Timothy Walsh, MD

xx

Deficiência e Incapacidade
JANE S. PAULSEN, PH.D.
Cadeira

J. Gavin Andrews, MD
Glorisa Canino, Ph.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.

Michelle G. Craske, Ph.D.
Hans W. Hoek, MD, Ph.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
William E. Narrow, MD, MPH
David Shaffer, MD

**Instrumentos de avaliação
diagnóstica** JACK D. BURKE JR., MD, MPH
Cadeira

Lee Anna Clark, Ph.D.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
William E. Narrow, MD, MPH
David Shaffer, MD

Grupo de Pesquisa DSM-5

WILLIAM E. NARROW, MD, MPH
Cadeira

Jack D. Burke Jr., MD, MPH
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
David J. Kupfer, MD
Darrel A. Regier, MD, MPH
David Shaffer, MD

Especificadores e Glossário do Curso

WOLFGANG GAEBEL, MD
Cadeira

Ellen Frank, Ph.D.
Charles P. O'Brien, MD, Ph.D.
Norman Sartorius, MD, Ph.D., *Consultor*
Susan K. Schultz, MD
Dan J. Stein, MD, Ph.D.
Eric A. Taylor, MB
David J. Kupfer, MD
Darrel A. Regier, MD, MPH

1Os membros do Grupo de Trabalho de Personalidade e Transtornos da Personalidade são responsáveis pelo modelo alternativo do DSM-5 para transtornos de personalidade que está incluído na Seção III. Os critérios e o texto dos transtornos de personalidade da Seção II (com atualização do texto) são retidos do DSM-IV-TR.

Prefácio ao DSM-5-TR

O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana*, Quinta Edição, Revisão de Texto (DSM-5-TR), é a primeira revisão publicada do DSM-5. Este manual revisado integra os critérios diagnósticos originais do DSM-5 publicados com modificações (principalmente para maior clareza) para mais de 70 transtornos, texto descritivo atualizado de forma abrangente que acompanha cada um dos transtornos do DSM com base em revisões da literatura desde a publicação do DSM-5 e o adição de um novo diagnóstico, transtorno de luto prolongado e códigos de sintomas para relatar comportamento autolesivo suicida e não suicida. Essas alterações diferem do escopo da revisão anterior do texto, DSM-IV-TR, em que as atualizações se restringiram quase que exclusivamente ao texto, deixando os critérios diagnósticos praticamente inalterados. Esta edição também integra todas as atualizações online anteriores feitas no DSM-5 após sua publicação em 2013, em resposta ao uso, avanços científicos específicos e ajustes de codificação ICD-10-CM por meio de um processo de revisão iterativo. Consequentemente, o DSM-5-TR é o produto de três processos de revisão separados, cada um supervisionado por grupos separados (mas sobrepostos) de especialistas: o desenvolvimento dos critérios de diagnóstico originais do DSM-5 e o texto da Força-Tarefa DSM-5, publicado em 2013; atualizações dos critérios de diagnóstico e texto do DSM-5 pelo Comitê Diretivo do DSM, que supervisionou o processo de revisão iterativa; e texto totalmente atualizado supervisionado pelo Subcomitê de Revisão.

A compreensão clínica e de pesquisa dos transtornos mentais continua avançando. Como resultado, a maioria dos textos de transtorno do DSM-5-TR teve pelo menos alguma revisão desde os 9 anos da publicação original no DSM-5, com a esmagadora maioria tendo revisões significativas. As seções do texto que foram mais amplamente atualizadas foram Prevalência, Fatores de Risco e Prognósticos, Problemas de Diagnóstico Relacionados à Cultura, Problemas de Diagnóstico Relacionados a Sexo e Gênero, Associação com Pensamentos ou Comportamentos Suicidas e Comorbidade. Além disso, pela primeira vez, todo o texto do DSM foi revisado e revisado por um Grupo de Trabalho sobre Eqüidade e Inclusão Etnoracial para garantir a devida atenção aos fatores de risco, como a experiência de racismo e discriminação, bem como o uso de - linguagem estigmatizante. Para futura codificação periódica do DSM-5-TR e outras atualizações, consulte www.dsm5.org.

Para fins de referência neste manual, "DSM" refere-se geralmente ao DSM como uma entidade, não especificando uma edição específica (por exemplo, "Treinamento clínico e experiência são necessários para usar o DSM para determinar um diagnóstico clínico."). "DSM-5" refere-se a todo o conjunto de conjuntos de critérios atualmente aprovados, distúrbios, outras condições e conteúdo publicado oficialmente em maio de 2013. "DSM-5-TR" refere-se ao texto aprovado neste volume atual. Embora o escopo da revisão do texto não tenha incluído mudanças conceituais nos conjuntos de critérios ou em outros construtos do DSM-5, a necessidade de fazer alterações em certos conjuntos de critérios diagnósticos para fins de esclarecimento tornou-se aparente em conjunto com as atualizações de texto feitas em todo o livro. Como a construção conceitual dos critérios permanece inalterada, os conjuntos de critérios no DSM-5-TR que tiveram suas origens no DSM-5 ainda são chamados de "critérios do DSM-5". A nova entidade diagnóstica transtorno do luto prolongado é

como um distúrbio do DSM-5-TR, devido à sua adição neste volume.

O desenvolvimento do DSM-5-TR foi um tremendo esforço de equipe. Somos especialmente gratos aos esforços incansáveis de Wilson M. Compton, MD, MPE, e Daniel S. Pine, MD, como vice-presidentes do Subcomitê de Revisão de Texto do DSM-5, bem como aos mais de 200 especialistas de toda a nossa área que fizeram a maior parte do trabalho na preparação da revisão do texto. Gostaríamos também de agradecer a Paul Appelbaum, MD, Presidente do DSM Steering

xxii

Comitê, juntamente com todo o Comitê Diretivo do DSM, por sua cuidadosa revisão do texto e esclarecimentos de critérios, e por fazer outras sugestões úteis. Agradecimentos especiais vão para Ann M. Eng, Editora-Gerente da DSM, por seu acompanhamento oportuno do processo de desenvolvimento do DSM-5-TR desde o planejamento até a conclusão e por sua atenção meticolosa aos detalhes, todos críticos para o sucesso desta revisão. Somos gratos pelas valiosas contribuições e ajuda de Nitin Gogtay, MD, Chefe da Divisão de Pesquisa da Associação Psiquiátrica Americana e Diretor Médico Adjunto; Diana E. Clarke, Ph.D., Diretora Administrativa de Pesquisa e Estatística Sênior de Pesquisa/Epidemiologista; e Lamya H. Yousif, MD, Ph.D., M.Sc., Gerente Sênior de Operações da DSM e Associado de Pesquisa. Somos gratos pela liderança de John McDuffie, editor da American Psychiatric Association Publishing, e pelo trabalho da seguinte equipe editorial e de produção da American Psychiatric Association Publishing na concretização deste importante trabalho: Greg Kuny, editor-chefe, Livros; Tammy Cordova, Gerente de Design Gráfico; Andrew Wilson, Diretor de Produção; Judy Castagna, Diretora Adjunta de Serviços de Produção; Erika Parker, editora de aquisições; Alisa Riccardi, Editora Sênior de Livros; e Carrie Y. Farnham, editora sênior de livros. Finalmente, também reconhecemos com gratidão Saul Levin, MD, MPA, CEO e Diretor Médico da American Psychiatric Association, por sua defesa e apoio a esta revisão abrangente do texto.

Michael B. First, MD

Copresidente do Subcomitê de Revisão e Editor do DSM-5-TR *Philip*

Wang, MD, Dr.PH

Copresidente do Subcomitê de Revisão

5 de novembro de 2021

Prefácio ao DSM-5

O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana é uma classificação de transtornos mentais com critérios associados projetados para facilitar diagnósticos mais confiáveis desses transtornos. Com sucessivas edições ao longo dos últimos 60 anos, tornou-se uma referência padrão para a prática clínica no campo da saúde mental. Uma vez que uma descrição completa dos processos patológicos subjacentes não é possível para a maioria dos transtornos mentais, é importante enfatizar que os critérios diagnósticos atuais são a melhor descrição disponível de como os transtornos mentais são expressos e podem ser reconhecidos por médicos treinados.

O DSM destina-se a servir como um guia prático, funcional e flexível para organizar informações que podem auxiliar no diagnóstico e tratamento precisos de transtornos mentais. É uma ferramenta para clínicos, um recurso educacional essencial para estudantes e profissionais e uma referência para pesquisadores da área.

Embora esta edição do DSM tenha sido projetada principalmente para ser um guia útil para a prática clínica, como nomenclatura oficial, deve ser aplicável em uma ampla diversidade de contextos. O DSM tem sido utilizado por clínicos e pesquisadores de diferentes orientações (biológica, psicodinâmica, cognitiva, comportamental, interpessoal, familiar/sistêmica), que buscam uma linguagem comum para comunicar as características essenciais dos transtornos mentais apresentados por seus pacientes. As informações são valiosas para todos os profissionais associados a vários aspectos dos cuidados de saúde mental, incluindo psiquiatras, outros médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, conselheiros, especialistas forenses e jurídicos, terapeutas ocupacionais e de reabilitação e outros profissionais de saúde. Os critérios são concisos e explícitos e destinam-se a facilitar uma avaliação objetiva das apresentações de sintomas em uma variedade de ambientes clínicos - internamento, ambulatório, hospital parcial, consulta de ligação, clínica, clínica privada e cuidados primários - bem como em estudos epidemiológicos gerais da comunidade de transtornos mentais. O DSM-5 também é uma ferramenta para coletar e comunicar estatísticas precisas de saúde pública sobre taxas de morbidade e mortalidade por transtornos mentais. Por fim, os critérios e o texto correspondente servem como um livro-texto para estudantes em início de carreira que precisam de uma maneira estruturada para entender e diagnosticar transtornos mentais, bem como para profissionais experientes que encontram transtornos raros pela primeira vez. Felizmente, todos esses usos são mutuamente compatíveis.

Essas diversas necessidades e interesses foram levados em consideração no planejamento do DSM-5. A classificação dos distúrbios é harmonizada com a *Classificação Internacional de Doenças* (CID) da Organização Mundial da Saúde, o sistema de codificação oficial usado nos Estados Unidos, de modo que os critérios do DSM definem os distúrbios identificados por nomes diagnósticos e números de código da CID. No DSM-5, os códigos CID-9-CM e CID-10-CM (este último programado para adoção em outubro de 2015) são anexados aos transtornos relevantes na classificação.

Embora o DSM-5 continue sendo uma classificação categórica de transtornos separados, reconhecemos que os transtornos mentais nem sempre se encaixam completamente dentro dos limites de um único transtorno. Alguns domínios de sintomas, como depressão e ansiedade, envolvem múltiplas categorias diagnósticas e

podem refletir vulnerabilidades subjacentes comuns para um grupo maior de transtornos. Em reconhecimento a essa realidade, os transtornos incluídos no DSM-5 foram reordenados em uma estrutura organizacional revisada para estimular novas perspectivas clínicas. Essa nova estrutura corresponde ao arranjo organizacional dos transtornos planejados para a CID-11 com lançamento previsto para 2015. Outras melhorias foram introduzidas para facilitar o uso em todos os ambientes:

-

xxiv

Representação de questões de desenvolvimento relacionadas ao diagnóstico. A mudança na organização dos capítulos reflete melhor uma abordagem de expectativa de vida, com transtornos mais frequentemente diagnosticados na infância (por exemplo, transtornos do neurodesenvolvimento) no início do manual e transtornos mais aplicáveis à idade adulta (por exemplo, transtornos neurocognitivos) no final do manual. Além disso, dentro do texto, subtítulos sobre desenvolvimento e curso fornecem descrições de como as apresentações do transtorno podem mudar ao longo da vida. Fatores relacionados à idade específicos ao diagnóstico (por exemplo, apresentação de sintomas e diferenças de prevalência em certas faixas etárias) também estão incluídos no texto. Para maior ênfase, esses fatores relacionados à idade foram adicionados aos próprios critérios quando aplicável (por exemplo, nos conjuntos de critérios para transtorno de insônia e transtorno de estresse pós-traumático, critérios específicos descrevem como os sintomas podem ser expressos em crianças). Da mesma forma, questões de gênero e culturais foram integradas aos transtornos, quando aplicável.

- **Integração de descobertas científicas das mais recentes pesquisas em genética e neuroimagem.** A estrutura revisada do capítulo foi informada por pesquisas recentes em neurociência e por ligações genéticas emergentes entre grupos de diagnóstico. Fatores de risco genéticos e fisiológicos, indicadores prognósticos e alguns marcadores diagnósticos putativos são destacados no texto. Essa nova estrutura deve melhorar a capacidade dos médicos de identificar diagnósticos em um espectro de distúrbios com base em neurocircuitos comuns, vulnerabilidade genética e exposições ambientais.
 - **Consolidação do transtorno autista, transtorno de Asperger e transtorno global do desenvolvimento no transtorno do espectro autista.** Os sintomas desses distúrbios representam um único continuum de deficiências leves a graves nos dois domínios da comunicação social e comportamentos/interesses repetitivos restritivos, em vez de serem distúrbios distintos. Essa mudança foi projetada para melhorar a sensibilidade e a especificidade dos critérios para o diagnóstico do transtorno do espectro do autismo e para identificar alvos de tratamento mais focados para as deficiências específicas identificadas.
 - **Classificação simplificada de transtornos bipolares e depressivos.** Os transtornos bipolares e depressivos são as condições mais comumente diagnosticadas em psiquiatria. Portanto, era importante simplificar a apresentação desses distúrbios para melhorar o uso clínico e educacional. Em vez de separar a definição de episódios maníacos, hipomaníacos e depressivos maiores da definição de transtorno bipolar I, transtorno bipolar II e transtorno depressivo maior, como na edição anterior, incluímos todos os critérios componentes dentro dos respectivos critérios para cada transtorno. Essa abordagem facilitará o diagnóstico à beira do leito e o tratamento desses importantes distúrbios. Da mesma forma, as notas explicativas para diferenciar luto e transtorno depressivo maior fornecerão uma orientação clínica muito maior do que a fornecida anteriormente no critério de exclusão de luto simples. Os novos especificadores de angústia ansiosa e características mistas estão agora totalmente descritos na narrativa sobre as variações de especificadores que acompanham os critérios para esses transtornos.
 - **Reestruturação de transtornos por uso de substâncias para consistência e clareza.** As categorias de abuso de substâncias e dependência de substâncias foram eliminadas e substituídas por uma nova categoria abrangente de transtornos por uso de substâncias – com a substância específica usada definindo os transtornos específicos. A “dependência” tem sido facilmente confundida com o termo “vício” quando, na verdade, a tolerância e a abstinência que a dependência previamente definida são na verdade respostas muito normais a medicamentos prescritos que afetam o sistema nervoso central e não indicam necessariamente a presença de um vínculo.
- Ao revisar e esclarecer esses critérios no DSM-5, esperamos aliviar alguns dos mal-entendidos generalizados sobre estas questões.

- **Especificidade aprimorada para transtornos neurocognitivos maiores e leves.** Dada a explosão da neurociência, neuropsicologia e imagem cerebral nos últimos 20 anos, era fundamental transmitir o estado da arte atual no diagnóstico de tipos específicos de distúrbios que anteriormente eram chamados de “demências” ou doenças orgânicas do cérebro.
Marcadores biológicos identificados por imagem para distúrbios cerebrais vasculares e traumáticos e

XXV

achados genéticos moleculares específicos para variantes raras da doença de Alzheimer e doença de Huntington têm diagnósticos clínicos muito avançados, e esses distúrbios e outros foram agora separados em subtipos específicos.

- **Transição na conceituação de transtornos de personalidade.** Embora os benefícios de uma abordagem mais dimensional dos transtornos de personalidade tenham sido identificados em edições anteriores, a transição de um sistema diagnóstico categórico de transtornos individuais para um baseado na distribuição relativa dos traços de personalidade não foi amplamente aceito. No DSM-5, os transtornos de personalidade categóricos são praticamente inalterados em relação à edição anterior. No entanto, um modelo “híbrido” alternativo foi proposto na Seção III para orientar pesquisas futuras que separam avaliações de funcionamento interpessoal e a expressão de traços patológicos de personalidade para seis transtornos específicos. Um perfil mais dimensional da expressão do traço de personalidade também é proposto para uma abordagem específica do traço.
- **Seção III: novos transtornos e características.** Uma nova seção (Seção III) foi adicionada para destacar os transtornos que requerem mais estudos, mas não estão suficientemente bem estabelecidos para fazer parte da classificação oficial de transtornos mentais para uso clínico de rotina. Medidas dimensionais da gravidade dos sintomas em 13 domínios de sintomas também foram incorporadas para permitir a medição dos níveis de sintomas de gravidade variável em todos os grupos de diagnóstico. Da mesma forma, o Cronograma de Avaliação de Incapacidade da OMS (WHODAS), um método padrão para avaliar os níveis globais de incapacidade para transtornos mentais que é baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e é aplicável em toda a medicina, foi fornecido para substituir a escala mais limitada de Avaliação Global de Funcionamento. Esperamos que, à medida que essas medidas sejam implementadas ao longo do tempo, elas forneçam maior precisão e flexibilidade na descrição clínica das apresentações sintomáticas individuais e incapacidade associada durante as avaliações diagnósticas.
- **Aprimoramentos on-line.** O DSM-5 apresenta informações suplementares online. Gravidade diagnóstica e transversal adicional medidas estão disponíveis online (www.psychiatry.org/dsm5), vinculadas aos transtornos relevantes. Além disso, a Entrevista de Formulação Cultural, Entrevista de Formulação Cultural—Versão do Informante e módulos suplementares ao núcleo Entrevista de Formulação Cultural também estão incluídos on-line em www.psychiatry.org/dsm5.

Essas inovações foram projetadas pelas principais autoridades em transtornos mentais no mundo e foram implementadas com base em sua revisão de especialistas, comentários públicos e revisão por pares independentes. Os 13 grupos de trabalho, sob a direção do DSM-5 Task Force, em conjunto com outros órgãos de revisão e, eventualmente, o Conselho de Curadores da APA, representam coletivamente a expertise global da especialidade. Este esforço foi apoiado por uma extensa base de assessores e pela equipe profissional da Divisão de Pesquisa da APA; os nomes de todos os envolvidos são numerosos demais para serem mencionados aqui, mas estão listados no Apêndice. Devemos um enorme agradecimento àqueles que dedicaram incontáveis horas e inestimáveis conhecimentos a este esforço para melhorar o diagnóstico de transtornos mentais.

Gostaríamos de agradecer especialmente aos presidentes, coordenadores de texto e membros dos 13 grupos de trabalho, listados no início do manual, que gastaram muitas horas neste esforço voluntário para melhorar a base científica da prática clínica ao longo de 6 anos período. Susan K. Schultz, MD, que atuou como editor de texto, trabalhou incansavelmente com Emily A. Kuhl, Ph.D., escritora científica sênior e editora de texto da equipe do DSM-5, para coordenar os esforços dos grupos de trabalho em um

todo coeso. William E. Narrow, MD, MPH, liderou o grupo de pesquisa que desenvolveu a estratégia geral de pesquisa para o DSM-5, incluindo os ensaios de campo, que aumentaram muito a base de evidências para esta revisão. Além disso, somos gratos àqueles que contribuíram com tanto tempo para a revisão independente das propostas de revisão, incluindo Kenneth S. Kendler, MD, e Robert Freedman, MD, co-presidentes do Comitê de Revisão Científica; John S. McIntyre, MD, e Joel Yager, MD, co-presidentes do Comitê de Saúde Pública e Clínica; e Glenn Martin, MD, presidente da Assembleia da APA

xxvi

processo de revisão. Agradecimentos especiais vão para Helena C. Kraemer, Ph.D., por sua consultoria estatística especializada; Michael B. First, MD, por sua valiosa contribuição na codificação e revisão dos critérios; e Paul S. Appelbaum, MD, pelo feedback sobre questões forenses. Maria N. Ward, M.Ed., RHIT, CCS-P, também ajudou na verificação de toda a codificação do CID. O Grupo de Cúpulas, que incluiu esses consultores, os presidentes de todos os grupos de revisão, os presidentes da força-tarefa e os executivos da APA, presidido por Dilip V. Jeste, MD, forneceu liderança e visão para ajudar a alcançar compromissos e consenso. Esse nível de comprometimento contribuiu para o equilíbrio e a objetividade que consideramos características do DSM-5.

Gostaríamos especialmente de reconhecer a excelente equipe da Divisão de Pesquisa da APA - identificada na lista de Força-Tarefa e Grupo de Trabalho no início deste manual - que trabalhou incansavelmente para interagir com a força-tarefa, grupos de trabalho, consultores e revisores para resolver problemas, servir como elo entre os grupos, dirigir e gerenciar os ensaios de campo acadêmicos e de rotina da prática clínica, e registrar as decisões neste importante processo. Em particular, agradecemos o apoio e orientação fornecidos por James H. Scully Jr., MD, Diretor Médico e CEO da APA, ao longo dos anos e dificuldades do processo de desenvolvimento. Finalmente, agradecemos à equipe editorial e de produção da American Psychiatric Publishing—especificamente, Rebecca Rinehart, Publisher; John McDuffie, Diretor Editorial; Ann Eng, Editora Sênior; Greg Kuny, editor-chefe; e Tammy Cordova, Gerente de Design Gráfico — por sua orientação em reunir tudo isso e criar o produto final. É o culminar dos esforços de muitos indivíduos talentosos que dedicaram seu tempo, experiência e paixão que tornaram o DSM-5 possível.

*David J. Kupfer, MD
DSM-5 Task Force Chair*

*Darrel A. Regier, MD, MPH
Vice-presidente da Força-Tarefa DSM-5*

19 de dezembro de 2012

Classificação DSM-5-TR

Antes de cada nome de distúrbio, são fornecidos os códigos CID-10-CM. As linhas em branco indicam que o código CID 10-CM depende do subtipo, especificador ou classe de substância aplicável. Para periódicos Codificação DSM-5-TR e outras atualizações, consulte www.dsm5.org.

Após títulos de capítulos e nomes de distúrbios, números de página para o texto correspondente ou os critérios estão incluídos entre parênteses.

Nota para todos os transtornos mentais devidos a outra condição médica: Insira o nome da condição médica etiológica dentro do nome do transtorno mental devido a [o médico doença]. O código e o nome da condição médica etiológica devem ser listados primeiro imediatamente antes do transtorno mental devido à condição médica.

Distúrbios do Neurodesenvolvimento (35)

Transtornos do Desenvolvimento Intelectual (37)

— Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (Deficiência Intelectual) (37)

Especifique a gravidade atual:

F70 Suave

F71 Moderado

F72 Forte

F73 Profundo

F88 Atraso no Desenvolvimento Global (46)

F79 Transtorno do Desenvolvimento Intelectual Não Especificado (Deficiência Intelectual) (46)

Distúrbios da Comunicação (46)

F80.2 Distúrbio de Linguagem (47)

F80.0 Distúrbio do Som da Fala (50)

F80.81 Transtorno da fluência com início na infância (gagueira) (51)

Nota: Os casos de início tardio são diagnosticados como transtorno de fluência de início adulto F98.5.

F80.82 Transtorno da Comunicação Social (Pragmática) (54)

F80.9 Transtorno de Comunicação Não Especificado (56)

Transtorno do Espectro Autista (56)

F84.0

Transtorno do Espectro Autista (56)

Especifique a gravidade atual: Exigindo suporte muito substancial, Requerendo suporte substancial, Requerendo Apoio, suporte

Especifique se: Com ou sem deficiência intelectual acompanhante, Com ou sem acompanhante deficiência de linguagem

Especifique se: Associado a uma condição genética conhecida ou outra condição médica ou fator ambiental

(Nota de codificação: Use código adicional para identificar a condição genética ou outra condição médica associada);

Associado a um problema de neurodesenvolvimento, mental ou comportamental

Especifique se: Com catatonia (use o código adicional F06.1)

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (68)

—
Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (68)

Especifique se: Em remissão parcial

Especifique a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

Especifique se:

F90.2

Apresentação combinada

F90.0

Apresentação predominantemente desatenta

F90.1

Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva

F90.8

Outro Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Especificado (76)

F90.9

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Não Especificado (76)

Transtorno Específico de Aprendizagem (76)

—
Transtorno Específico de Aprendizagem (76)

Especifique a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

Especifique se:

F81.0

Com deficiência na leitura (especifique se com precisão na leitura de palavras, velocidade de leitura ou fluência, compreensão de leitura)

F81.81

Com deficiência na expressão escrita (especifique se com precisão ortográfica, gramática e precisão de pontuação, clareza ou organização de escrita expressão)

F81.2

Com deficiência em matemática (especifique se com sentido numérico, memorização de fatos aritméticos, cálculo preciso ou fluente, raciocínio matemático preciso)

Distúrbios Motores (85)

F82

Transtorno de Coordenação do Desenvolvimento (85)

F98.4

Transtorno de Movimento Estereotípico (89)

Especifique se: Com comportamento autolesivo, Sem comportamento autolesivo

Especifique se: Associado a uma condição genética ou outra condição médica conhecida, transtorno do neurodesenvolvimento, ou fator ambiental

Especifique a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

Distúrbios de tiques

F95.2

Transtorno de Tourette (93)

F95.1

Transtorno de Tique Motor ou Vocal Persistente (Crônico) (93)

Especifique se: Apenas com tiques motores, Apenas com tiques vocais

F95.0 Transtorno de Tique Provisório (93)

F95.8 Outro Transtorno de Tique Especificado (98)

F95.9 Transtorno de Tique Não Especificado (98)

Outros Transtornos do Neurodesenvolvimento (99)

F88 Outro Transtorno do Neurodesenvolvimento Especificado (99)

F89 Transtorno do Neurodesenvolvimento Não Especificado (99)

Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos (101)

Os especificadores a seguir se aplicam ao Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos onde indicado: *a*Especifique se: Os seguintes especificadores de curso devem ser usados apenas após 1 ano de duração do transtorno: Primeiro episódio, atualmente em episódio agudo; Primeiro episódio, atualmente em remissão parcial; Primeiro episódio, atualmente em remissão total; Episódios múltiplos, atualmente em episódio agudo; Vários episódios, atualmente em remissão parcial; Vários episódios, atualmente em remissão total; Contínuo; Não especificado *b*Especifique se: Com catatonia (use código adicional F06.1) *c*Especifique a gravidade atual de delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento psicomotor anormal, sintomas negativos,

cognição prejudicada, depressão e sintomas de mania

F21 Transtorno Esquizotípico (Personalidade) (104)

F22 Transtorno Delirante a,c (104)

Especifique se: Tipo erotomaníaco, tipo grandioso, tipo ciumento, tipo persecutório, tipo somático, Tipo misto, tipo não especificado

Especifique se: Com conteúdo bizarro

F23 Transtorno Psicótico Breve b,c (108)

Especifique se: Com estressor(es) marcado(s), Sem estressor(es) marcado(s), Com início no periparto

F20.81 Transtorno Esquizofreniforme b,c (111)

Especifique se: Com recursos de bom prognóstico, Sem recursos de bom prognóstico

F20.9 Esquizofrenia abc (113)

Transtorno Esquizoafetivo a,b,c (121)

Especifique se:

F25.0 Tipo bipolar

F25.1 Tipo depressivo

Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamentos c (126)

Observação: Para códigos CID-10-CM aplicáveis, consulte as classes de substâncias em Transtornos Relacionados a Substâncias e Aditivos para o transtorno psicótico induzido por substância/medicamento específico. Consulte também o conjunto de critérios e os procedimentos de registro correspondentes no manual para obter mais informações.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende da existência ou não de uso de substância comórbida transtorno presente para a mesma classe de substância. Em qualquer caso, um diagnóstico separado adicional de um transtorno por uso de substância não é fornecido.

Especifique se: Com início durante intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após medicação usar

	Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica	^c (131)
<i>Especifique se:</i>		
F06.2	Com delírios	
F06.0	Com alucinações	
F06.1	Catatonia Associada a Outro Transtorno Mental (Especificador de Catatonia) (135)	
F06.1	Desordem Catatônica Devido a Outra Condição Médica (136)	
F06.1	Catatonia não especificada (137)	
	Nota: Codifique primeiro R29.818 outros sintomas envolvendo os sistemas nervoso e musculoesquelético.	
F28	Outro Espectro de Esquizofrenia Especificado e Outros Transtornos Psicóticos (138)	
F29	Espectro de Esquizofrenia Não Especificado e Outros Transtornos Psicóticos (138)	

Transtornos Bipolares e Relacionados (139)

Os especificadores a seguir se aplicam a Transtornos Bipolares e Relacionados, quando indicado:

aEspecifique: Com angústia ansiosa (especifique a gravidade atual: leve, moderada, moderada-grave, grave); Com recursos mistos; Com ciclismo rápido; Com traços melancólicos; Com características atípicas; Com características psicóticas congruentes com o humor; Com características psicóticas incongruentes de humor; Com catatonia (use código adicional F06.1); Com início periparto; Com padrão sazonal

bEspecifique: Com angústia ansiosa (especifique a gravidade atual: leve, moderada, moderada-grave, grave); Com recursos mistos; Com ciclismo rápido; Com inicio periparto; Com padrão sazonal

	Transtorno Bipolar I (139)
	Maníaco do episódio atual ou mais recente
F31.11	Suave
F31.12	Moderado
F31.13	Forte
F31.2	Com características psicóticas
F31.73	Em remissão parcial
F31.74	Em plena remissão
F31.9	Não especificado
F31.0	Episódio hipomaníaco atual ou mais recente
F31.71	Em remissão parcial
F31.72	Em plena remissão
F31.9	Não especificado
	Episódio atual ou mais recente deprimido
F31.31	Suave
F31.32	Moderado
F31.4	Forte

F31.5	Com características psicóticas
F31.75	Em remissão parcial
F31.76	Em plena remissão
F31.9	Não especificado
F31.9	Episódio atual ou mais recente não especificado

xxxii

F31.81	Transtorno Bipolar II (150)
	<i>Especifique o episódio atual ou mais recente: Hipomaníaco b, Depressivo -</i>
	<i>Especifique o curso se os critérios completos para um episódio de humor não forem atendidos no momento: Em remissão parcial, Em total remissão</i>
	<i>Especifique a gravidade se todos os critérios para um episódio depressivo maior forem atendidos atualmente: leve, moderado, forte</i>
F34.0	Transtorno Ciclotímico (159)
	<i>Especifique se: Com angústia ansiosa (especifique a gravidade atual: leve, moderada, moderada-grave, grave)</i>
	<i>Transtorno Bipolar e Relacionado Induzido por Substância/Medicamentos (162)</i>
	Nota: Para códigos ICD-10-CM aplicáveis, consulte as classes de substâncias em Substâncias Relacionadas e Transtornos Aditivos para o transtorno bipolar induzido por substância/medicamento específico e transtorno relacionado. Ver também o conjunto de critérios e procedimentos de registro correspondentes no manual para mais informações.
	Nota de codificação: O código CID-10-CM depende da existência ou não de uso de substância comórbida transtorno presente para a mesma classe de substância. Em qualquer caso, um diagnóstico separado adicional de um transtorno por uso de substâncias não é dado.
	<i>Especifique se: Com início durante intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após medicação usar</i>
	<i>Transtorno Bipolar e Relacionado Devido a Outra Condição Médica (166)</i>
	<i>Especifique se:</i>
F06.33	Com características maníacas
F06.33	Com episódio maníaco ou hipomaníaco
F06.34	Com recursos mistos
F31.89	Outros Transtornos Bipolares e Relacionados Especificados (168)
F31.9	Transtorno Bipolar Não Especificado e Relacionado (169)
F39	Transtorno de Humor Não Especificado (169)

Transtornos Depressivos (177)

F34.81	Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (178)
	<i>Transtorno Depressivo Maior (183)</i>
	<i>Especifique: Com angústia ansiosa (especifique a gravidade atual: leve, moderada, moderada-grave, grave); Com recursos mistos; Com traços melancólicos; Com características atípicas; Com humor-congruente características psicóticas; Com características psicóticas incongruentes com o humor; Com catatonia (use código adicional F06.1); Com início periparto; Com padrão sazonal</i>
	<i>Episódio único</i>

F32.0	Suave
F32.1	Moderado
F32.2	Forte
F32.3	Com características psicóticas
F32.4	Em remissão parcial
F32.5	Em plena remissão
F32.9	Não especificado

xxxii

—	Episódio recorrente
F33.0	Suave
F33.1	Moderado
F33.2	Forte
F33.3	Com características psicóticas
F33.41	Em remissão parcial
F33.42	Em plena remissão
F33.9	Não especificado

F34.1 Transtorno Depressivo Persistente (193)

Especifique: Com angústia ansiosa (*especifique* a gravidade atual: leve, moderada, moderada-grave, grave);
Com características atípicas

Especifique se: Em remissão parcial, Em remissão total

Especifique se: Início precoce, Início tardio

Especificar se: Com síndrome distímica pura; Com episódio depressivo maior persistente; Com intermitente episódios depressivos maiores, com episódio atual; Com episódios depressivos maiores intermitentes, sem episódio atual

Especifique a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

F32.81 Transtorno disfórico pré -menstrual (197)

Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicação (201)

Nota: Para códigos ICD-10-CM aplicáveis, consulte as classes de substâncias em Substâncias Relacionadas e Transtornos Aditivos para o transtorno depressivo induzido por substância/medicamento específico. Veja também o conjunto de critérios e procedimentos de registro correspondentes no manual para mais informações.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende da existência ou não de uso de substância comórbida transtorno presente para a mesma classe de substância. Em qualquer caso, um diagnóstico separado adicional de um transtorno por uso de substâncias não é dado.

Especifique se: Com início durante intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após medicação usar

Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica (206)

Especifique se:

F06.31	Com características depressivas
F06.32	Com episódio tipo depressivo maior
F06.34	Com recursos mistos

F32.89

Outro Transtorno Depressivo Especificado (209)

F32.A

Transtorno Depressivo Não Especificado (210)

F39

Transtorno de Humor Não Especificado (210)

Transtornos de Ansiedade (215)

F93.0

Transtorno de Ansiedade de Separação (217)

F94.0

Mutismo Seletivo (222)

—•—

Fobia Específica (224)

Especifique se:

F40.218

Animal

F40.228

Ambiente natural

—•—

Sangue-injeção-lesão

xxxiii

F40.230

medo de sangue

F40.231

Medo de injeções e transfusões

F40.232

Medo de outros cuidados médicos

F40.233

Medo de lesão

F40.248

Situacional

F40.298

Outro

F40.10

Transtorno de Ansiedade Social (229)

Especifique se: Somente desempenho

F41.0

Transtorno de Pânico (235)

—•—

Especificador de Ataque de Pânico (242)

F40,00

Agorafobia (246)

F41.1

Transtorno de Ansiedade Generalizada (250)

—•—

Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamentos (255)

Nota: Para códigos ICD-10-CM aplicáveis, consulte as classes de substâncias em Substâncias Relacionadas e

Transtornos Aditivos para o transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento específico. Veja também o conjunto de critérios e procedimentos de registro correspondentes no manual para mais informações.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende da existência ou não de uso de substância comórbida

transtorno presente para a mesma classe de substância. Em qualquer caso, um diagnóstico separado adicional de um transtorno por uso de substâncias não é dado.

Especifique se: Com início durante intoxicação, Com inicio durante a abstinência, Com início após medicação usar

F06.4

Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica (258)

F41.8

Outro Transtorno de Ansiedade Especificado (261)

F41.9

Transtorno de Ansiedade Não Especificado (261)

Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados (263)

O especificador a seguir se aplica a Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados, quando indicado:

aEspecifique se: Com insight bom ou razoável, Com insight ruim, Com insight ausente/crenças delirantes**F42.2**Transtorno obsessivo-compulsivo ⁻ (265)*Especifique se:* Relacionado a tiques**F45.22**Transtorno Dismórfico Corporal ⁻ (271)*Especificar se:* Com dismorfia muscular**F42.3**Desordem de acumulação ⁻ (277)*Especifique se:* Com aquisição excessiva**F63.3**

Tricotilomania (Transtorno de Puxar o Cabelo) (281)

F42.4

Desordem de Escoriação (Escolha de Pele) (284)

Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Relacionado Induzido por Substância/Medicação (287)**Nota:** Para códigos ICD-10-CM aplicáveis, consulte as classes de substâncias em Substâncias Relacionadas e Transtornos de dependência para a substância específica/medicamento induzido obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado. Consulte também o conjunto de critérios e os procedimentos de registro correspondentes no manual para Mais Informações.**xxxiv**

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende da existência ou não de uso de substância comórbida transtorno presente para a mesma classe de substância. Em qualquer caso, um diagnóstico separado adicional de um transtorno por uso de substâncias não é dado.

Especifique se: Com início durante intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após medicação usar

F06.8

Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Relacionado Devido a Outra Condição Médica (291)

Especifique se: Com sintomas semelhantes ao transtorno obsessivo-compulsivo, Com preocupações com a aparência, Com sintomas de acumulação, Com sintomas de arrancar o cabelo, Com sintomas de escoriação da pele

F42.8

Outros Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados Especificados (293)

F42.9

Transtorno Obsessivo-Compulsivo Não Especificado e Relacionado (294)

Transtornos Relacionados a Traumas e Estressores (295)

F94.1

Transtorno de Apego Reativo (295)

Especifique se: Persistente*Especifique a gravidade atual:* Grave**F94.2**

Transtorno de Envolvimento Social Desinibido (298)

Especifique se: Persistente*Especifique a gravidade atual:* Grave**F43.10**

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (301)

Especificar se: Com sintomas dissociativos*Especifique se:* Com expressão atrasada

—	Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Indivíduos com Mais de 6 Anos (301)
—	Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Crianças de 6 Anos e Menos (303)
F43.0	Transtorno de Estresse Agudo (313)
—	Transtornos de Ajustamento (319)
	<i>Especifique se:</i> Agudo, Persistente (crônico)
	<i>Especifique se:</i>
F43.21	Com humor deprimido
F43.22	Com ansiedade
F43.23	Com ansiedade mista e humor deprimido
F43.24	Com perturbação de conduta
F43.25	Com perturbação mista de emoções e conduta
F43.20	Não especificado
F43.8	Transtorno de Luto Prolongado (322)
F43.8	Outros Transtornos Relacionados a Traumas e Estressores Especificados (327)
F43.9	Transtorno Não Especificado Relacionado a Trauma e Estressor (328)

Transtornos Dissociativos (329)

F44.81	Transtorno Dissociativo de Identidade (330)
F44.0	Amnésia Dissociativa (337)

XXXV

Especifique se:

F44.1	Com fuga dissociativa
F48.1	Transtorno de Despersonalização/Desrealização (343)
F44.89	Outro Transtorno Dissociativo Especificado (347)
F44.9	Transtorno Dissociativo Não Especificado (348)

Sintoma somático e distúrbios relacionados (349)

F45.1	Transtorno de Sintomas Somáticos (351)
	<i>Especifique se:</i> Com dor predominante
	<i>Especifique se:</i> Persistente
	<i>Especifique a gravidade atual:</i> Leve, Moderada, Grave
F45.21	Transtorno de Ansiedade de Doença (357)
	<i>Especifique se:</i> Tipo de procura de cuidados, Tipo de evitação de cuidados

—.—	Transtorno de Sintoma Neurológico Funcional (Transtorno de Conversão) (360)
	<i>Especifique se:</i> Episódio agudo, Persistente
	<i>Especifique se:</i> Com estressor psicológico (especifique o estressor), Sem estressor psicológico
	<i>Especifique o tipo de sintoma:</i>
F44.4	Com fraqueza ou paralisia
F44.4	Com movimento anormal
F44.4	Com sintomas de deglutição
F44.4	Com sintoma de fala
F44.5	Com ataques ou convulsões
F44.6	Com anestesia ou perda sensorial
F44.6	Com sintoma sensorial especial
F44.7	Com sintomas mistos
F54	Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas (364)
	<i>Especifique a gravidade atual:</i> Leve, Moderada, Grave, Extrema
—.—	Transtorno Factício (367)
	<i>Especificar:</i> episódio único, episódios recorrentes
F68.10	Transtorno factício imposto a si mesmo
F68.A	Transtorno factício imposto a outro
F45.8	Outro sintoma somático especificado e transtorno relacionado (370)
F45.9	Sintoma Somático Não Especificado e Transtorno Relacionado (370)

Alimentação e Distúrbios Alimentares (371)

Os especificadores a seguir se aplicam aos Transtornos Alimentares e Alimentares, quando indicado:

*a*Especifique se: Em remissão

*b*Especifique se: Em remissão parcial, Em remissão total

*c*Especifique a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave, Extrema

—.— Pica — (371)

F98.3 Em crianças

F50.89 Em adultos

xxxvi

F98.21 Transtorno de Ruminação— (374)

F50.82 Transtorno Evitativo/Restritivo da Ingestão Alimentar— (376)

—.— Anorexia Nervosa b,c (381)

Especifique se:

F50.01 Tipo de restrição

F50.02	Tipo de compulsão alimentar/purga
F50.2	Bulimia Nervosa b,c (387)
F50.81	Transtorno de Compulsão Alimentar b,c (392)
F50.89	Outros Transtornos Alimentares ou Alimentares Especificados (396)
F50.9	Alimentação não especificada ou transtorno alimentar (397)

Distúrbios de Eliminação (399)

F98.0	Enurese (399)
	<i>Especifique se:</i> Somente noturno, Somente diurno, Noturno e diurno
F98.1	Encoprese (402)
	<i>Especificar se:</i> Com constipação e incontinência por transbordamento, Sem constipação e transbordamento incontinência
—•—	Outro Transtorno de Eliminação Especificado (405)
N39.498	Com sintomas urinários
R15.9	Com sintomas fecais
—•—	Transtorno de Eliminação Não Especificado (405)
R32	Com sintomas urinários
R15.9	Com sintomas fecais

Distúrbios do sono-vigília (407)

Os especificadores a seguir se aplicam aos Distúrbios do Sono-Vigília, quando indicado:

*a*Especifique se: Episódico, Persistente, Recorrente

*b*Especifique se: Agudo, Subagudo, Persistente

*c*Especifique a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

F51.01	Transtorno de Insônia — (409)
	<i>Especifique se:</i> Com transtorno mental, Com condição médica, Com outro distúrbio do sono
F51.11	Transtorno de hipersonolência b,c (417)
	<i>Especifique se:</i> Com transtorno mental, Com condição médica, Com outro distúrbio do sono
—•—	Narcolepsia ^c (422)
	<i>Especifique se:</i>
G47.411	Narcolepsia com cataplexia ou deficiência de hipocretina (tipo 1)
G47.419	Narcolepsia sem cataplexia e sem deficiência de hipocretina ou hipocretina não medida (tipo 2)

doença

- G47.429** Narcolepsia sem cataplexia e sem deficiência de hipocretina por condição médica

Distúrbios do Sono Relacionados à Respiração (429)

- G47.33** Hipopneia Obstrutiva do Sono Hipopneia ^c (429)

— Apneia Central do Sono (435)

Especifique a gravidade atual

Especifique se:

- G47.31** Apneia do sono central idiopática

- R06.3** Respiração de Cheyne-Stokes

- G47.37** Apneia central do sono comórbida com uso de opioides

Nota: Primeiro código de transtorno por uso de opiôides, se presente.

— Hipoventilação Relacionada ao Sono (439)

Especifique a gravidade atual

Especifique se:

- G47.34** Hipoventilação idiopática

- G47.35** Hipoventilação alveolar central congênita

- G47.36** Hipoventilação relacionada ao sono comórbida
-

— Distúrbios do sono-vigília do ritmo circadiano — (443)

Especifique se:

- G47.21** Tipo de fase de sono atrasada (444)

Especifique se: Familiar, Sobreposição com tipo sono-vigília não 24 horas

- G47.22** Tipo de fase de sono avançado (446)

Especifique se: Familiar

- G47.23** Tipo sono-vigília irregular (447)

- G47.24** Tipo sono-vigília não 24 horas (448)

- G47.26** Tipo de trabalho por turno (450)

- G47.20** Tipo não especificado
-

Parassonias (451)

— Distúrbios do despertar do sono com movimentos oculares não rápidos (452)

Especifique se:

- F51.3** Tipo de sonambulismo

Especifique se: Com alimentação relacionada ao sono, Com relação sexual relacionada ao sono comportamento (sexsônia)

- F51.4** Tipo de terror noturno

F51.5	Transtorno de Pesadelo b,c (457)
	<i>Especificar se:</i> Durante o início do sono
	<i>Especifique se:</i> Com transtorno mental, Com condição médica, Com outro distúrbio do sono
<hr/>	
G47.52	Distúrbio Comportamental do Sono com Movimentos Oculares Rápidos (461)
<hr/>	
G25.81	Síndrome das Pernas Inquietas (464)
XXXVIII	
—	Transtorno do Sono Induzido por Substância/Medicamentos (468)
	Nota: Para códigos CID-10-CM aplicáveis, consulte as classes de substâncias em Transtornos Relacionados a Substâncias e de Dependência para o transtorno do sono induzido por substância/medicamento específico. Consulte também o conjunto de critérios e os procedimentos de registro correspondentes no manual para obter mais informações.
	Nota de codificação: O código CID-10-CM depende da existência ou não de uso de substância comórbida transtorno presente para a mesma classe de substância. Em qualquer caso, um diagnóstico separado adicional de um transtorno por uso de substância não é fornecido.
	<i>Especifique se:</i> Tipo de insônia, Tipo de sonolência diurna, Tipo de parassonia, Tipo misto <i>Especifique se:</i> Com início durante intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após medicação usar
G47.09	Outro Transtorno de Insônia Especificado (475)
G47.00	Transtorno de Insônia Não Especificado (475)
G47.19	Outro Transtorno de Hipersonolência Especificado (475)
G47.10	Transtorno de hipersonolência não especificado (476)
G47.8	Outro transtorno específico do sono-vigília (476)
G47.9	Transtorno de sono-vigília não especificado (476)

Disfunções Sexuais (477)

Os especificadores a seguir se aplicam a Disfunções Sexuais onde indicado: *a**Especifique se:*

Ao longo da vida, Adquirido *b**Especifique se:* Generalizado, Situacional *c**Especifique a gravidade*

atual: Leve, Moderado, Grave **F52.32**

	Ejaculação Retardada (478) ^{abc}
F52.21	Distúrbio erétil a,b,c (481)
F52.31	Transtorno Orgâsmico Feminino a,b,c (485)
	<i>Especifique se:</i> Nunca experimentou um orgasmo em nenhuma situação
F52.22	Transtorno de Interesse/Excitação Sexual Feminino a,b,c (489)
F52.6	Dor Genito-Pélvica/Transtorno de Penetração a,c (493)
F52.0	Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo Masculino a,b,c (498)
F52.4	Ejaculação Precoce (Precoce) (501) abc
—	Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicação ^c (504)

Nota: Para códigos ICD-10-CM aplicáveis, consulte as classes de substâncias em Substâncias Relacionadas e Transtornos aditivos para a disfunção sexual induzida por substância/medicamento específica. Veja também o conjunto de critérios e procedimentos de registro correspondentes no manual para mais informações.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende da existência ou não de uso de substância comórbida transtorno presente para a mesma classe de substância. Em qualquer caso, um diagnóstico separado adicional de um transtorno por uso de substâncias não é dado.

Especifique se: Com início durante intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após medicação usar

F52.8

Outra Disfunção Sexual Especificada (509)

F52.9

Disfunção Sexual Não Especificada (509)

xxxix

Disforia de Gênero (511)

O seguinte especificador e nota se aplicam à Disforia de Gênero onde indicado:

*a*Especifique se: Com um distúrbio/diferença de desenvolvimento sexual

bNota: Codifique o transtorno/diferença de desenvolvimento sexual, se presente, além da disforia de gênero.

—•—

Disforia de Gênero (512)

F64.2

Disforia de gênero em crianças a,b

F64.0

Disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos a,b

Especifique se: Pós-transição

F64.8

Outra disforia de gênero especificada (520)

F64.9

Disforia de gênero não especificada (520)

Distúrbios disruptivos, de controle de impulsos e de conduta (521)

F91.3

Transtorno Desafiador Opositivo (522)

Especifique a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

F63.81

Transtorno Explosivo Intermitente (527)

—•—

Transtorno de Conduta (530)

Especifique se: Com emoções pró-sociais limitadas

Especifique a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave

Especifique se:

F91.1

Tipo de início na infância

F91.2

Tipo de início na adolescência

F91.9

Início não especificado

F60.2

Transtorno de Personalidade Antissocial (537)

F63.1

Piromania (537)

F63.2

Cleptomania (539)

F91.8 Outros Transtornos Disruptivos, de Controle de Impulsos e de Conduta Especificados (541)

F91.9 Desordem disruptiva, de controle de impulsos e conduta não especificada (541)

Transtornos Relacionados a Substâncias e Viciantes (543)

Transtornos Relacionados a Substâncias (544)

Transtornos Relacionados ao Álcool (553)

— Transtorno por Uso de Álcool (553)

Especifique se: Em um ambiente controlado

Especifique a gravidade/remissão atual:

F10.10 Suave

F10.11 Em remissão precoce

F10.11 Em remissão sustentada

xl

F10.20 Moderado

F10.21 Em remissão precoce

F10.21 Em remissão sustentada

F10.20 Forte

F10.21 Em remissão precoce

F10.21 Em remissão sustentada

— Intoxicação por Álcool (561)

F10.120 Com transtorno de uso leve

F10.220 Com transtorno de uso moderado ou grave

F10.920 Sem transtorno de uso

— Retirada de Álcool (564)

Sem distúrbios perceptivos

F10.130 Com transtorno de uso leve

F10.230 Com transtorno de uso moderado ou grave

F10.930 Sem transtorno de uso

Com distúrbios perceptivos

F10.132 Com transtorno de uso leve

F10.232 Com transtorno de uso moderado ou grave

F10.932 Sem transtorno de uso

— Transtornos Mentais Induzidos por Álcool (567)

Nota: Os distúrbios estão listados em sua ordem de aparecimento no manual.

*a*Especifique Com início durante a intoxicação, Com início durante a abstinência

*b*Especifique se: Agudo, Persistente

*c*Especifique se: Hiperativo, Hipotíativo, Nível misto de atividade

—	Transtorno Psicótico Induzido por Álcool a	(126)
F10.159	Com transtorno de uso leve	
F10.259	Com transtorno de uso moderado ou grave	
F10.959	Sem transtorno de uso	
—	Transtorno Bipolar Induzido por Álcool e Transtorno Relacionado a	(162)
F10.14	Com transtorno de uso leve	
F10.24	Com transtorno de uso moderado ou grave	
F10.94	Sem transtorno de uso	
—	Transtorno Depressivo Induzido por Álcool a	(201)
F10.14	Com transtorno de uso leve	
F10.24	Com transtorno de uso moderado ou grave	
F10.94	Sem transtorno de uso	
—	Transtorno de Ansiedade Induzido por Álcool a	(255)
F10.180	Com transtorno de uso leve	
F10.280	Com transtorno de uso moderado ou grave	
F10.980	Sem transtorno de uso	
—	Transtorno do Sono Induzido por Álcool a	(468)
	<i>Especifique se o tipo de insônia</i>	
F10.182	Com transtorno de uso leve	

xli

F10.282	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.982	Sem transtorno de uso
—	Disfunção Sexual Induzida por Álcool a
	(504)
	<i>Especifique se: Leve, Moderado, Grave</i>
F10.181	Com transtorno de uso leve
F10.281	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.981	Sem transtorno de uso
—	Delirium por Intoxicação por Álcool, c
	(672)
F10.121	Com transtorno de uso leve
F10.221	Com transtorno de uso moderado ou grave

F10.921	Sem transtorno de uso
—	Delirium por Abstinência de Álcool, c (673)
F10.131	Com transtorno de uso leve
F10.231	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.931	Sem transtorno de uso
—	Transtorno Neurocognitivo Maior Induzido por Álcool (712)
	<i>Especifique se:</i> Persistente
—	Tipo confabulatório amnésico
F10.26	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.96	Sem transtorno de uso
—	Tipo confabulatório não amnésico
F10.27	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.97	Sem transtorno de uso
—	Transtorno Neurocognitivo Leve Induzido por Álcool (712)
	<i>Especifique se:</i> Persistente
F10.188	Com transtorno de uso leve
F10.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.988	Sem transtorno de uso
F10.99	Transtorno Relacionado ao Álcool Não Especificado (568)
	Distúrbios Relacionados à Cafeína (569)
F15.920	Intoxicação por Cafeína (569)
F15.93	Retirada de Cafeína (571)
—	Transtornos Mentais Induzidos por Cafeína (574)
	Nota: Os distúrbios estão listados em sua ordem de aparecimento no manual.
	<i>Especificar</i> Com início durante intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após uso de medicação.
	Nota: Quando tomadas sem receita, as substâncias desta classe também podem induzir o transtorno mental induzido pela substância relevante.
F15.980	Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína (255)
F15.982	Transtorno do Sono Induzido por Cafeína (468)
	<i>Especifique se</i> Tipo de insônia, Tipo de sonolência diurna, Tipo misto
F15.99	Transtorno Não Especificado Relacionado à Cafeína (574)

Distúrbios Relacionados à Cannabis ([575](#))

—	Transtorno por Uso de Cannabis (575)
	<i>Especifique se:</i> Em um ambiente controlado

Especifique a gravidade/remissão atual:

F12.10 Suave

F12.11 Em remissão precoce

F12.11 Em remissão sustentada

F12.20 Moderado

F12.21 Em remissão precoce

F12.21 Em remissão sustentada

F12.20 Forte

F12.21 Em remissão precoce

F12.21 Em remissão sustentada

— Intoxicação por Cannabis (582)

Sem distúrbios perceptivos

F12.120 Com transtorno de uso leve

F12.220 Com transtorno de uso moderado ou grave

F12.920 Sem transtorno de uso

Com distúrbios perceptivos

F12.122 Com transtorno de uso leve

F12.222 Com transtorno de uso moderado ou grave

F12.922 Sem transtorno de uso

— Retirada de Cannabis (584)

F12.13 Com transtorno de uso leve

F12.23 Com transtorno de uso moderado ou grave

F12.93 Sem transtorno de uso

— Transtornos Mentais Induzidos por Cannabis (586)

Nota: Os distúrbios estão listados em sua ordem de aparecimento no manual.

*a*Especifique Com início durante intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após medicação usar. **Nota:** Quando prescritas como medicamento, as substâncias desta classe também podem induzir a transtorno mental induzido por substância.

*b*Especifique se: Agudo, Persistente

*c*Especifique se: Hiperativo, Hipotático, Nível misto de atividade

— Transtorno Psicótico Induzido por Cannabis (126)

F12.159 Com transtorno de uso leve

F12.259 Com transtorno de uso moderado ou grave

F12.959 Sem transtorno de uso

— Transtorno de Ansiedade Induzido por Cannabis a (255)

F12.180 Com transtorno de uso leve

F12.280 Com transtorno de uso moderado ou grave

F12.980 Sem transtorno de uso

— Distúrbio do Sono Induzido por Cannabis a (468)

Especifique se Tipo de insônia, Tipo de sonolência diurna, Tipo misto

F12.188 Com transtorno de uso leve

F12.288 Com transtorno de uso moderado ou grave

xliii

F12.988 Sem transtorno de uso

— Delirium por Intoxicação por Cannabis, c (672)

F12.121 Com transtorno de uso leve

F12.221 Com transtorno de uso moderado ou grave

F12.921 Sem transtorno de uso

F12.921 Deliriumb induzido por agonista do receptor de cannabis farmacêutico, c (674)

Nota: Quando a medicação farmacêutica agonista do receptor de cannabis é tomada como prescrito. A designação “tomado como prescrito” é usada para diferenciar delírio induzido por medicação de intoxicação por substância delírio.

F12.99

Transtorno Não Especificado Relacionado à Cannabis (586)

Transtornos Relacionados a Alucinógenos (587)

— Transtorno do Uso de Fenciclidina (587)

Especifique se: Em um ambiente controlado

Especifique a gravidade/remissão atual:

F16.10 Suave

F16.11 Em remissão precoce

F16.11 Em remissão sustentada

F16.20 Moderado

F16.21 Em remissão precoce

F16.21 Em remissão sustentada

F16.20 Forte

F16.21 Em remissão precoce

F16.21 Em remissão sustentada

— Outros Transtornos por Uso de Alucinógenos (590)

Especifique o alucinógeno específico

Especifique se: Em um ambiente controlado

Especifique a gravidade/remissão atual:

F16.10	Suave
F16.11	Em remissão precoce
F16.11	Em remissão sustentada
F16.20	Moderado
F16.21	Em remissão precoce
F16.21	Em remissão sustentada
F16.20	Forte
F16.21	Em remissão precoce
F16.21	Em remissão sustentada
—	Intoxicação por Fenciclidina (594)
F16.120	Com transtorno de uso leve
F16.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.920	Sem transtorno de uso
—	Outras intoxicações por alucinógenos (596)
F16.120	Com transtorno de uso leve
F16.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.920	Sem transtorno de uso

xliv

F16.983	Transtorno Perceptivo Persistente de Alucinógenos (598)
—	Transtornos Mentais Induzidos por Fenciclidina (600)
F16.159	Nota: Os distúrbios estão listados em sua ordem de aparecimento no manual.
<i>a</i> Especifique Com início durante a intoxicação, Com início após o uso de medicação. Nota: Quando prescrito como medicamentos, substâncias desta classe também podem induzir o transtorno mental induzido por substância relevante.	
—	Transtorno Psicótico Induzido por Fenciclidina a (126)
F16.159	Com transtorno de uso leve
F16.259	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.959	Sem transtorno de uso
—	Transtorno Bipolar e Relacionado Induzido por Fenciclidina a (162)
F16.14	Com transtorno de uso leve
F16.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.94	Sem transtorno de uso
—	Transtorno Depressivo Induzido por Fenciclidina a (201)
F16.14	Com transtorno de uso leve
F16.24	Com transtorno de uso moderado ou grave

F16.94	Sem transtorno de uso
	Transtorno de Ansiedade Induzido por Fenciclidina a (255)
—	
F16.180	Com transtorno de uso leve
F16.280	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.980	Sem transtorno de uso
—	Delírio de Intoxicação por Fenciclidina (672)
	<i>Especifique se:</i> Agudo, Persistente
	<i>Especifique se:</i> Hiperativo, Hipotípico, Nível misto de atividade
F16.121	Com transtorno de uso leve
F16.221	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.921	Sem transtorno de uso
—	Transtornos Mentais Induzidos por Alucinógenos (600)
	Nota: Os distúrbios estão listados em sua ordem de aparecimento no manual.
	<i>a</i> <i>Especifique</i> Com início durante a intoxicação, Com início após o uso de medicação. Nota: Quando prescrito como medicamentos, substâncias desta classe também podem induzir o transtorno mental induzido por substância relevante.
	<i>b</i> <i>Especifique se:</i> Agudo, Persistente
	<i>c</i> <i>Especifique se:</i> Hiperativo, Hipotípico, Nível misto de atividade
—	Outros Transtornos Psicóticos Induzidos por Alucinógenos a (126)
F16.159	Com transtorno de uso leve
F16.259	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.959	Sem transtorno de uso
—	Outros Transtornos Bipolares e Relacionados Induzidos por Alucinógenos a (162)
F16.14	Com transtorno de uso leve
F16.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.94	Sem transtorno de uso
—	Outros Transtornos Depressivos Induzidos por Alucinógenos a (201)
F16.14	Com transtorno de uso leve
F16.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.94	Sem transtorno de uso
—	Outros Transtornos de Ansiedade Induzidos por Alucinógenos a (255)
F16.180	Com transtorno de uso leve
F16.280	Com transtorno de uso moderado ou grave

F16.980	Sem transtorno de uso
—	Delirium por Intoxicação por Outros Alucinógenos, c (672)
F16.121	Com transtorno de uso leve
F16.221	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.921	Sem transtorno de uso
F16.921	Cetamina ou outro delírio induzido por alucinógenos, c (674)
	Nota: Quando a cetamina ou outro medicamento alucinógeno tomado como prescrito. A designação “tomado como prescrito” é usada para diferenciar delírio induzido por medicação de intoxicação por substância delírio.
F16.99	Transtorno Não Especificado Relacionado à Fenciclidina (600)
F16.99	Transtorno Relacionado a Alucinógenos Não Especificado (601)
Distúrbios Relacionados a Inalantes (601)	
—	Transtorno por uso de inhalantes (601)
	<i>Especifique o inhalante específico</i>
	<i>Especifique se: Em um ambiente controlado</i>
	<i>Especifique a gravidade/remissão atual:</i>
F18.10	Suave
F18.11	Em remissão precoce
F18.11	Em remissão sustentada
F18.20	Moderado
F18.21	Em remissão precoce
F18.21	Em remissão sustentada
F18.20	Forte
F18.21	Em remissão precoce
F18.21	Em remissão sustentada
—	Intoxicação Inhalante (605)
F18.120	Com transtorno de uso leve
F18.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.920	Sem transtorno de uso
—	Transtornos Mentais Induzidos por Inhalantes (607)
	Nota: Os distúrbios estão listados em sua ordem de aparecimento no manual.
	<i>aEspecificá-lo Com início durante a intoxicação</i>
—	Transtorno Psicótico Induzido por Inhalantes a (126)
F18.159	Com transtorno de uso leve

F18.259	Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.959	Sem transtorno de uso
—	Transtorno Depressivo Induzido por Inalantes a (201)
F18.14	Com transtorno de uso leve
F18.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.94	Sem transtorno de uso

xlvi

—	Transtorno de Ansiedade Induzido por Inalantes a (255)
F18.180	Com transtorno de uso leve
F18.280	Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.980	Sem transtorno de uso
—	Delírio de Intoxicação Inalante (672)
	<i>Especifique se:</i> Agudo, Persistente
	<i>Especifique se:</i> Hiperativo, Hipotônico, Nível misto de atividade
F18.121	Com transtorno de uso leve
F18.221	Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.921	Sem transtorno de uso
—	Transtorno Neurocognitivo Maior Induzido por Inalação (712)
	<i>Especifique se:</i> Persistente
F18.17	Com transtorno de uso leve
F18.27	Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.97	Sem transtorno de uso
—	Transtorno Neurocognitivo Leve Induzido por Inalantes (712)
	<i>Especifique se:</i> Persistente
F18.188	Com transtorno de uso leve
F18.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.988	Sem transtorno de uso
F18.99	Transtorno Não Especificado Relacionado a Inalantes (608)
	Transtornos Relacionados a Opióides (608)
—	Transtorno por uso de opióides (608)
	<i>Especifique se:</i> Em terapia de manutenção, Em ambiente controlado
	<i>Especifique a gravidade/remissão atual:</i>
F11.10	Suave
F11.11	Em remissão precoce

F11.11	Em remissão sustentada
F11.20	Moderado
F11.21	Em remissão precoce
F11.21	Em remissão sustentada
F11.20	Forte
F11.21	Em remissão precoce
F11.21	Em remissão sustentada
—	Intoxicação por Opióides (615)
	Sem distúrbios perceptivos
F11.120	Com transtorno de uso leve
F11.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.920	Sem transtorno de uso
	Com distúrbios perceptivos
F11.122	Com transtorno de uso leve
F11.222	Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.922	Sem transtorno de uso

xlvii

—	Retirada de opióides (617)
F11.13	Com transtorno de uso leve
F11.23	Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.93	Sem transtorno de uso

— Transtornos Mentais Induzidos por Opióides (619)

Nota: Os distúrbios estão listados em sua ordem de aparecimento no manual.

*a*Especifique Com início durante intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após medicação usar. **Nota:** Quando prescritas como medicamento, as substâncias desta classe também podem induzir a transtorno mental induzido por substância.

*b*Especifique se: Agudo, Persistente

*c*Especifique se: Hiperativo, Hipotônico, Nível misto de atividade

— Transtorno Depressivo Induzido por Opióides a (201)

F11.14	Com transtorno de uso leve
F11.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.94	Sem transtorno de uso

— Transtorno de Ansiedade Induzido por Opióides a (255)

F11.180	Com transtorno de uso leve
F11.280	Com transtorno de uso moderado ou grave

F11.980

Sem transtorno de uso

—

Transtorno do Sono Induzido por Opióides a (468)

Especifique se: Tipo de insônia, Tipo de sonolência diurna, Tipo misto

F11.182

Com transtorno de uso leve

F11.282

Com transtorno de uso moderado ou grave

F11.982

Sem transtorno de uso

—

Disfunção Sexual Induzida por Opióides a (504)

Especifique se: Leve, Moderado, Grave

F11.181

Com transtorno de uso leve

F11.281

Com transtorno de uso moderado ou grave

F11.981

Sem transtorno de uso

—

Delirium por intoxicação por opióides, c (672)

F11.121

Com transtorno de uso leve

F11.221

Com transtorno de uso moderado ou grave

F11.921

Sem transtorno de uso

—

Delirium por abstinência de opióides, c (673)

F11.188

Com transtorno de uso leve

F11.288

Com transtorno de uso moderado ou grave

F11.988

Sem transtorno de uso

—

Deliriumb induzido por opióides, c (674)

Nota: A designação “tomado como prescrito” é usada para diferenciar delirium induzido por medicamentos a partir de delírio de intoxicação por substância e delírio de abstinência de substância.

F11.921

Quando a medicação opióide é tomada conforme prescrito (674)

F11.988

Durante a retirada da medicação opióide tomada conforme prescrito (674)

F11.99

Transtorno Não Especificado Relacionado a Opióides (619)

Transtornos Relacionados a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (620)

—

Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (620)

Especifique se: Em um ambiente controlado

Especifique a gravidade/remissão atual:

F13.10

Suave

F13.11

Em remissão precoce

F13.11	Em remissão sustentada
F13.20	Moderado
F13.21	Em remissão precoce
F13.21	Em remissão sustentada
F13.20	Forte
F13.21	Em remissão precoce
F13.21	Em remissão sustentada
—	Intoxicação Sedativa, Hipnótica ou Ansiolítica (626)
F13.120	Com transtorno de uso leve
F13.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.920	Sem transtorno de uso
—	Retirada Sedativa, Hipnótica ou Ansiolítica (628)
	Sem distúrbios perceptivos
F13.130	Com transtorno de uso leve
F13.230	Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.930	Sem transtorno de uso
	Com distúrbios perceptivos
F13.132	Com transtorno de uso leve
F13.232	Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.932	Sem transtorno de uso
—	Transtornos Mentais Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (631)
	Nota: Os distúrbios estão listados em sua ordem de aparecimento no manual.
	<i>a</i> Especifique Com início durante intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após medicação usar. Nota: Quando prescritas como medicamento, as substâncias desta classe também podem induzir a transtorno mental induzido por substância.
	<i>b</i> Especifique se: Agudo, Persistente
	<i>c</i> Especifique se: Hiperativo, Hipoativo, Nível misto de atividade
—	Transtorno Psicótico Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos a (126)
F13.159	Com transtorno de uso leve
F13.259	Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.959	Sem transtorno de uso
—	Bipolar e Relacionados Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
	Desordem a (162)
F13.14	Com transtorno de uso leve

	Com transtorno de uso moderado ou grave	
F13.94	Sem transtorno de uso	
—	Transtorno Depressivo Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos a (201)	
F13.14	Com transtorno de uso leve	
F13.24	Com transtorno de uso moderado ou grave	
F13.94	Sem transtorno de uso	
—	Transtorno de Ansiedade Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos a (255)	
F13.180	Com transtorno de uso leve	
F13.280	Com transtorno de uso moderado ou grave	
F13.980	Sem transtorno de uso	
—	Transtorno do Sono Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos a (468)	
	<i>Especifique se Tipo de insônia, Tipo de sonolência diurna, Parassônia tipo, tipo misto</i>	
F13.182	Com transtorno de uso leve	
F13.282	Com transtorno de uso moderado ou grave	
F13.982	Sem transtorno de uso	
—	Disfunção Sexual Induzida por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos a (504)	
	<i>Especifique se: Leve, Moderado, Grave</i>	
F13.181	Com transtorno de uso leve	
F13.281	Com transtorno de uso moderado ou grave	
F13.981	Sem transtorno de uso	
—	Intoxicação Sedativa, Hipnótica ou Ansiolítica Deliriumb,c (672)	
F13.121	Com transtorno de uso leve	
F13.221	Com transtorno de uso moderado ou grave	
F13.921	Sem transtorno de uso	
—	Abstinência Sedativa, Hipnótica ou Ansiolítica Deliriumb,c (673)	
F13.131	Com transtorno de uso leve	
F13.231	Com transtorno de uso moderado ou grave	
F13.931	Sem transtorno de uso	
—	Deliriumb induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico, c (674)	
	Nota: A designação “tomado como prescrito” é usada para diferenciar delírium induzido por medicamentos a partir de delírio de intoxicação por substância e delírio de abstinência de substância.	
F13.921	Quando medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos tomados conforme prescrito	

(674)

- F13.931** Durante a retirada de medicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica tomado como prescrito (674)
- Neurocognitivo Maior Induzido por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos Desordem (712)
- Especifique se:* Persistente
- F13.27** Com transtorno de uso moderado ou grave
- F13.97** Sem transtorno de uso
- Neurocognitivo leve induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos Desordem (712)
- Especifique se:* Persistente
- F13.188** Com transtorno de uso leve
- F13.288** Com transtorno de uso moderado ou grave
- F13.988** Sem transtorno de uso
- F13.99** Transtorno Não Especificado Relacionado a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (632)

eu

Distúrbios Relacionados a Estimulantes (632)

- Transtorno por uso de estimulantes (632)
- Especifique se:* Em um ambiente controlado
Especifique a gravidade/remissão atual:
- Suave
- F15.10** Substância do tipo anfetamina
- F14.10** Cocaína
- F15.10** Outro estimulante ou não especificado
- Leve, Em remissão precoce
- F15.11** Substância do tipo anfetamina
- F14.11** Cocaína
- F15.11** Outro estimulante ou não especificado
- Leve, Em remissão sustentada
- F15.11** Substância do tipo anfetamina
- F14.11** Cocaína
- F15.11** Outro estimulante ou não especificado
- Moderado
- F15.20** Substância do tipo anfetamina

F14.20	Cocaína
F15.20	Outro estimulante ou não especificado
—	Moderado, Em remissão precoce
F15.21	Substância do tipo anfetamina
F14.21	Cocaína
F15.21	Outro estimulante ou não especificado
—	Moderado, Em remissão sustentada
F15.21	Substância do tipo anfetamina
F14.21	Cocaína
F15.21	Outro estimulante ou não especificado
—	Forte
F15.20	Substância do tipo anfetamina
F14.20	Cocaína
F15.20	Outro estimulante ou não especificado
—	Grave, Em remissão precoce
F15.21	Substância do tipo anfetamina
F14.21	Cocaína
F15.21	Outro estimulante ou não especificado
—	Grave, Em remissão sustentada
F15.21	Substância do tipo anfetamina
F14.21	Cocaína
F15.21	Outro estimulante ou não especificado
—	Intoxicação Estimulante (640)
	<i>Especifique o intoxicante específico</i>
	Sem distúrbios perceptivos

li

—	Substância do tipo anfetamina ou outra intoxicação estimulante
F15.120	Com transtorno de uso leve
F15.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.920	Sem transtorno de uso
—	Intoxicação por cocaína
F14.120	Com transtorno de uso leve
F14.220	Com transtorno de uso moderado ou grave

F14.920	Sem transtorno de uso
	Com distúrbios perceptivos
—	Substância do tipo anfetamina ou outra intoxicação estimulante
F15.122	Com transtorno de uso leve
F15.222	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.922	Sem transtorno de uso
—	Intoxicação por cocaína
F14.122	Com transtorno de uso leve
F14.222	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.922	Sem transtorno de uso
—	Retirada de Estimulante (643)
	<i>Especifique a substância específica que causa a síndrome de abstinência</i>
—	Substância do tipo anfetamina ou abstinência de outro estimulante
F15.13	Com transtorno de uso leve
F15.23	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.93	Sem transtorno de uso
—	Retirada de cocaína
F14.13	Com transtorno de uso leve
F14.23	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.93	Sem transtorno de uso
—	Transtornos Mentais Induzidos por Estimulantes (644)
	Nota: Os distúrbios estão listados em sua ordem de aparecimento no manual.
	<i>aEspecifique Com início durante intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após medicação usar. Nota: Quando prescritos como medicamentos, substâncias do tipo anfetamina e outros estimulantes podem também induzir o transtorno mental induzido por substância relevante.</i>
	<i>bEspecifique se: Agudo, Persistente</i>
	<i>cEspecifique se: Hiperativo, Hipotático, Nível misto de atividade</i>
—	Psicótico Induzido por Substância do Tipo Anfetamina (ou Outro Estimulante)
	Desordem a (126)
F15.159	Com transtorno de uso leve
F15.259	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.959	Sem transtorno de uso
—	Transtorno Psicótico Induzido por Cocaína a (126)
F14.159	Com transtorno de uso leve
F14.259	Com transtorno de uso moderado ou grave

F14.959 Sem transtorno de uso

lii

— Bipolar Induzida por Substância do Tipo Anfetamina (ou Outro Estimulante) e
Transtorno Relacionado a (162)

F15.14 Com transtorno de uso leve

F15.24 Com transtorno de uso moderado ou grave

F15.94 Sem transtorno de uso

— Transtorno Bipolar Induzido por Cocaína e Transtorno Relacionado a (162)

F14.14 Com transtorno de uso leve

F14.24 Com transtorno de uso moderado ou grave

F14.94 Sem transtorno de uso

— Substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante) induzida por depressão
Desordem a (201)

F15.14 Com transtorno de uso leve

F15.24 Com transtorno de uso moderado ou grave

F15.94 Sem transtorno de uso

— Transtorno Depressivo Induzido por Cocaína a (201)

F14.14 Com transtorno de uso leve

F14.24 Com transtorno de uso moderado ou grave

F14.94 Sem transtorno de uso

— Ansiedade Induzida por Substância do Tipo Anfetamina (ou Outro Estimulante)
Desordem a (255)

F15.180 Com transtorno de uso leve

F15.280 Com transtorno de uso moderado ou grave

F15.980 Sem transtorno de uso

— Transtorno de Ansiedade Induzido por Cocaína a (255)

F14.180 Com transtorno de uso leve

F14.280 Com transtorno de uso moderado ou grave

F14.980 Sem transtorno de uso

— Substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante) – obsessivo induzido
Transtorno Compulsivo e Relacionado a (287)

F15.188 Com transtorno de uso leve

F15.288 Com transtorno de uso moderado ou grave

F15.988	Sem transtorno de uso
—	Transtorno Obsessivo-Compulsivo Induzido por Cocaína e Transtorno Relacionado a (287)
F14.188	Com transtorno de uso leve
F14.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.988	Sem transtorno de uso
—	Sono induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante) Desordem a (468) <i>Especifique se Tipo de insônia, Tipo de sonolência diurna, Tipo misto</i>
F15.182	Com transtorno de uso leve
F15.282	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.982	Sem transtorno de uso
—	Distúrbio do Sono Induzido por Cocaína a (468) <i>Especifique se Tipo de insônia, Tipo de sonolência diurna, Tipo misto</i>
F14.182	Com transtorno de uso leve
F14.282	Com transtorno de uso moderado ou grave
liii	
F14.982	Sem transtorno de uso
—	Sexualidade induzida por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante) Disfunção a (504) <i>Especifique se: Leve, Moderado, Grave</i>
F15.181	Com transtorno de uso leve
F15.281	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.981	Sem transtorno de uso
—	Disfunção Sexual Induzida por Cocaína a (504) <i>Especifique se: Leve, Moderado, Grave</i>
F14.181	Com transtorno de uso leve
F14.281	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.981	Sem transtorno de uso
—	Intoxicação por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante) Deliriumb,c (672)
F15.121	Com transtorno de uso leve
F15.221	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.921	Sem transtorno de uso

—	Delirium por intoxicação por cocaína, c (672)
F14.121	Com transtorno de uso leve
F14.221	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.921	Sem transtorno de uso
F15.921	Induzida por Medicação do Tipo Anfetamina (ou Outro Estimulante) Deliriumb,c (674)
	Nota: Quando o tipo de anfetamina ou outro medicamento estimulante tomado como prescrito. A designação “tomado como prescrito” é usada para diferenciar delírio induzido por medicação de intoxicação por substância delírio.
—	Substância do Tipo Anfetamina (ou Outro Estimulante) Induzida Leve Transtorno Neurocognitivo (712)
	<i>Especifique se:</i> Persistente
F15.188	Com transtorno de uso leve
F15.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.988	Sem transtorno de uso
—	Transtorno Neurocognitivo Leve Induzido por Cocaína (712)
	<i>Especifique se:</i> Persistente
F14.188	Com transtorno de uso leve
F14.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.988	Sem transtorno de uso
—	Transtorno Não Especificado Relacionado a Estimulantes (644)
F15.99	Substância do tipo anfetamina ou outro estimulante
F14.99	Cocaína
	Distúrbios Relacionados ao Tabaco (645)
—	Transtorno por uso de tabaco (645)
	<i>Especifique se:</i> Em terapia de manutenção, Em ambiente controlado
	<i>Especifique a gravidade/remissão atual:</i>
Z72.0	Suave
	viver
F17.200	Moderado
F17.201	Em remissão precoce
F17.201	Em remissão sustentada
F17.200	Forte
	Em remissão precoce

F17.201

F17.201 Em remissão sustentada

F17.203

Retirada do Tabaco (649)

Nota: O código CID-10-CM indica a presença comórbida de uso moderado ou grave de tabaco transtorno, que deve estar presente para a aplicação do código de abstinência do tabaco.

—

Transtornos Mentais Induzidos pelo Tabaco (651)

F17.208

Transtorno do Sono Induzido pelo Tabaco, Com Transtorno por Uso Moderado ou Grave (468)

Especifique se Tipo de insônia, Tipo de sonolência diurna, Tipo misto

Especificar Com início durante a retirada, Com início após o uso de medicação

F17.209

Transtorno Não Especificado Relacionado ao Tabaco (651)

Outros Transtornos Relacionados a Substâncias (ou Desconhecidos) (652)

—

Outro (ou Desconhecido) Transtorno por Uso de Substâncias (652)

Especifique se: Em um ambiente controlado

Especifique a gravidade/remissão atual:

F19.10

Suave

F19.11

Em remissão precoce

F19.11

Em remissão sustentada

F19.20

Moderado

F19.21

Em remissão precoce

F19.21

Em remissão sustentada

F19.20

Forte

F19.21

Em remissão precoce

F19.21

Em remissão sustentada

—

Intoxicação por outra substância (ou desconhecida) (656)

Sem distúrbios perceptivos

F19.120

Com transtorno de uso leve

F19.220

Com transtorno de uso moderado ou grave

F19.920

Sem transtorno de uso

Com distúrbios perceptivos

F19.122

Com transtorno de uso leve

F19.222

Com transtorno de uso moderado ou grave

F19.922

Sem transtorno de uso

—

Retirada de outra substância (ou desconhecida) (658)

Sem distúrbios perceptivos

F19.130	Com transtorno de uso leve
F19.230	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.930	Sem transtorno de uso

lv

F19.132	Com distúrbios perceptivos
F19.232	Com transtorno de uso leve
F19.932	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.932	Sem transtorno de uso

—____ Outros Transtornos Mentais Induzidos por Substâncias (ou Desconhecidos) (660)

Nota: Os distúrbios estão listados em sua ordem de aparecimento no manual.

*a*Especifique Com início durante intoxicação, Com início durante a abstinência, Com início após medicação usar. **Nota:** Quando prescrito como medicamento ou tomado sem receita, as substâncias desta classe podem também induzir o transtorno mental induzido por substância relevante.

*b*Especifique se: Agudo, Persistente

*c*Especifique se: Hiperativo, Hipotático, Nível misto de atividade

—____ Transtorno Psicótico Induzido por Outra Substância (ou Desconhecido) a (126)

F19.159	Com transtorno de uso leve
F19.259	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.959	Sem transtorno de uso

—____ Transtorno Bipolar e Relacionado Induzido por Outra Substância (ou Desconhecido) a (162)

F19.14	Com transtorno de uso leve
F19.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.94	Sem transtorno de uso

—____ Transtorno Depressivo Induzido por Outra Substância (ou Desconhecido) a (201)

F19.14	Com transtorno de uso leve
F19.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.94	Sem transtorno de uso

—____ Transtorno de Ansiedade Induzido por Outra Substância (ou Desconhecido) a (255)

F19.180	Com transtorno de uso leve
F19.280	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.980	Sem transtorno de uso

—____ Obsessivo-Compulsivo Induzido por outra Substância (ou Desconhecida) e
Transtorno Relacionado a (287)

F19.188	Com transtorno de uso leve
----------------	----------------------------

F19.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.988	Sem transtorno de uso
—	Transtorno do Sono Induzido por Outra Substância (ou Desconhecido) a (468) <i>Especifique se Tipo de insônia, Tipo de sonolência diurna, Parassônia tipo, tipo misto</i>
F19.182	Com transtorno de uso leve
F19.282	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.982	Sem transtorno de uso
—	Disfunção sexual induzida por outra substância (ou desconhecida) a (504) <i>Especifique se: Leve, Moderado, Grave</i>
F19.181	Com transtorno de uso leve
F19.281	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.981	Sem transtorno de uso

lvi

—	Delirium por intoxicação por outra substância (ou desconhecida) b,c (672)
F19.121	Com transtorno de uso leve
F19.221	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.921	Sem transtorno de uso
—	Delirium por Abstinência de Substâncias (ou Desconhecidas) b,c (673)
F19.131	Com transtorno de uso leve
F19.231	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.931	Sem transtorno de uso
—	Delirium induzido por outro medicamento (ou desconhecido), c (674) Nota: A designação “tomado como prescrito” é usada para diferenciar delirium induzido por medicamentos a partir de delírio de intoxicação por substância e delírio de abstinência de substância.
F19.921	Quando outro medicamento (ou desconhecido) tomado conforme prescrito (674)
F19.931	Durante a retirada de outro medicamento (ou desconhecido) tomado como prescrito (674)
—	Transtorno Neurocognitivo Maior Induzido por Outra Substância (ou Desconhecido) (712) <i>Especifique se: Persistente</i>
F19.17	Com transtorno de uso leve

F19.27	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.97	Sem transtorno de uso
—	Transtorno Neurocognitivo Leve Induzido por Outra Substância (ou Desconhecido) (712)
	<i>Especifique se:</i> Persistente
F19.188	Com transtorno de uso leve
F19.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.988	Sem transtorno de uso
F19.99	Transtorno Não Especificado Relacionado a Outra Substância (ou Desconhecido) (660)

Transtornos Não Relacionados a Substâncias (661)

F63.0	Distúrbio de jogo (661)
	<i>Especifique se:</i> Episódico, Persistente
	<i>Especificar se:</i> Em remissão precoce, Em remissão sustentada
	<i>Especifique a gravidade atual:</i> Leve, Moderada, Grave

Distúrbios Neurocognitivos (667)

—	Delírio (672)
	<i>Especifique se:</i> Agudo, Persistente
	<i>Especifique se:</i> Hiperativo, Hipotáxico, Nível misto de atividade
	aNota: Para códigos ICD-10-CM aplicáveis, consulte as classes de substâncias em Substâncias Relacionadas e Transtornos aditivos para o delírio induzido por substância/medicamento específico. Veja também o conjunto de critérios e procedimentos de registro correspondentes no manual para obter mais informações.
	<i>Especifique se:</i>
—	Delírio de intoxicação por substância
—	Delirium por abstinência de substância
—	Delirium induzido por medicamentos
F05	Delirium devido a outra condição médica
F05	Delirium devido a múltiplas etiologias
R41,0	Outro Delírio Especificado (678)
R41,0	Delírio Não Especificado (678)

lvii

Transtornos Neurocognitivos Maiores e Leves (679)

Especifique se devido a [qualquer uma das seguintes etiologias médicas]: doença de Alzheimer, degeneração frontotemporal, corpo de Lewy doença, doença vascular, lesão cerebral traumática, uso de substâncias/medicamentos, infecção por HIV, doença priônica, doença de Parkinson doença, doença de Huntington, outra condição médica, múltiplas etiologias, etiologia não especificada

aEspecifique a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave. Este especificador aplica-se apenas a distúrbios neurocognitivos maiores (incluindo provável e possível).

bEspecífico: Sem distúrbio comportamental, Com distúrbio comportamental. Para todos os distúrbios neurocognitivos leves, transtorno neurocognitivo maior induzido por substância/medicamento e transtorno neurocognitivo não especificado, transtorno a perturbação não pode ser codificada, mas ainda deve ser registrada.

Nota: Conforme indicado para cada subtipo, é necessário um código médico adicional para a maioria dos principais distúrbios neurocognitivos, incluindo aqueles devidos a etiologias médicas prováveis e possíveis. A etiologia médica deve ser codificada primeiro, antes do código para a transtorno neurocognitivo maior. Um código médico adicional *não* deve ser usado para qualquer transtorno neurocognitivo leve e não é usado para transtorno neurocognitivo vascular maior ou leve, transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por substância/medicamento, e transtorno neurocognitivo não especificado.

Nota de codificação: Para transtornos neurocognitivos maiores e leves: Use código(s) adicional(is) para indicar sintomas devidos à mesma condição médica que causa a principal DNT (por exemplo, transtorno psicótico F06.2 devido à doença de Alzheimer doença com delírios; F06.32 transtorno depressivo devido à doença de Parkinson, com episódio tipo depressivo maior.) **Nota:** O códigos adicionais para transtornos mentais devido a outra condição médica estão incluídos com transtornos com os quais eles compartilham fenomenologia (por exemplo, para transtornos depressivos devido a outra condição médica, ver "Transtornos Depressivos").

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Alzheimer (690)

— Transtorno Neurocognitivo Maior Devido à Provável Doença de Alzheimer
Nota: Codifique primeiro a doença de Alzheimer **G30.9**.

F02.81 Com distúrbio comportamental

F02.80 Sem distúrbio comportamental

— Transtorno Neurocognitivo Maior Devido a Possível Doença de Alzheimer
Nota: Codifique primeiro a doença de Alzheimer **G30.9**.

F02.81 Com distúrbio comportamental

F02.80 Sem distúrbio comportamental

G31.84 Transtorno Neurocognitivo Leve Devido à Doença de Alzheimer b

Transtorno Neurocognitivo Frontotemporal Maior ou Leve (695)

— Transtorno Neurocognitivo Maior Devido a Provável Degeneração Frontotemporal
Nota: Codifique primeiro **G31.09** degeneração frontotemporal.

F02.81 Com distúrbio comportamental

F02.80 Sem distúrbio comportamental

lviii

— Transtorno Neurocognitivo Maior Devido a Possível Degeneração Frontotemporal
Nota: Codifique primeiro **G31.09** degeneração frontotemporal.

F02.81 Com distúrbio comportamental

F02.80 Sem distúrbio comportamental

G31.84 Transtorno Neurocognitivo Leve Devido à Degeneração Frontotemporal b

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve com Corpos de Lewy (699)

— Transtorno Neurocognitivo Maior Com Prováveis Corpos de Lewy
Nota: Codifique primeiro **G31.83** Doença do corpo de Lewy.

F02.81 Com distúrbio comportamental

F02.80 Sem distúrbio comportamental

— Transtorno Neurocognitivo Maior Com Possíveis Corpos de Lewy
Nota: Codifique primeiro **G31.83** Doença do corpo de Lewy.

F02.81 Com distúrbio comportamental

F02.80 Sem distúrbio comportamental

G31.84 Transtorno neurocognitivo leve com corpos de Lewy b

Transtorno Neurocognitivo Vascular Maior ou Leve (702)

— Transtorno Neurocognitivo Maior Provavelmente Devido a Doença Vascular
Nota: Nenhum código médico adicional para doença vascular.

F01.51 Com distúrbio comportamental

F01.50 Sem distúrbio comportamental

— Transtorno Neurocognitivo Maior Possivelmente Devido a Doença Vascular
Nota: Nenhum código médico adicional para doença vascular.

F01.51 Com distúrbio comportamental

F01.50 Sem distúrbio comportamental

G31.84 Transtorno Neurocognitivo Leve Devido a Doença Vascular b

Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a lesão cerebral traumática (706)

— Transtorno Neurocognitivo Maior Devido a Lesão Encefálica Traumática

Nota: Para CID-10-CM, codifique primeiro **S06.2X9S** lesão cerebral traumática difusa com perda de consciência de duração não especificada, sequela.

F02.81 Com distúrbio comportamental

F02.80 Sem distúrbio comportamental

G31.84 Transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática b

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Induzido por Substâncias/Medicamentos (712)

Nota: Sem código médico adicional. Para códigos ICD-10-CM aplicáveis, consulte as classes de substâncias em Substâncias Relacionadas e Transtornos de dependência para o transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por substância/medicamento específico. Veja também os critérios configuração e procedimentos de gravação correspondentes no manual para obter mais informações.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende da presença ou não de um transtorno por uso de substância comórbido para o mesmo classe de substância. Em qualquer caso, um diagnóstico separado adicional de um transtorno por uso de substância não é fornecido.

lix

Especifique se: Persistente

— Transtorno Neurocognitivo Maior Induzido por Substâncias/Medicamentos a,b

Nota: Se um transtorno por uso de substância estiver presente, registre transtorno por uso de substância leve (código CID-10-CM não disponível se o transtorno leve por uso de substâncias não causar um transtorno neurocognitivo maior) ou moderado ou transtorno grave por uso de substâncias; se nenhum transtorno por uso de substâncias estiver presente, registre apenas [específicos transtorno neurocognitivo maior induzido por substância].

— Transtorno neurocognitivo leve induzido por substância/medicamento b

Nota: Se um transtorno por uso de substância estiver presente, registre transtorno por uso de substância leve ou moderado ou grave transtorno por uso de substâncias; se nenhum transtorno por uso de substância estiver presente, registre apenas [substância específica]-transtorno neurocognitivo leve induzido.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Infecção pelo HIV (717)

— Transtorno Neurocognitivo Maior Devido à Infecção pelo HIV

Nota: Codifique a primeira infecção por HIV **B20**.

F02.81 Com distúrbio comportamental

F02.80 Sem distúrbio comportamental

G31.84 Transtorno Neurocognitivo Leve Devido à Infecção pelo HIV

b

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença Priônica (721)

— Transtorno Neurocognitivo Maior Devido à Doença Priônica —

Nota: Codifique primeiro a doença priônica A81.9.

F02.81 Com distúrbio comportamental

F02.80 Sem distúrbio comportamental

G31.84 Distúrbio Neurocognitivo Leve Devido à Doença Prion

b

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Parkinson (723)

— Transtorno Neurocognitivo Maior Provavelmente Devido à Doença de Parkinson —

Nota: Codifique primeiro G20 doença de Parkinson.

F02.81 Com distúrbio comportamental

F02.80 Sem distúrbio comportamental

— Transtorno Neurocognitivo Maior Possivelmente Devido à Doença de Parkinson —

Nota: Codifique primeiro G20 doença de Parkinson.

F02.81 Com distúrbio comportamental

F02.80 Sem distúrbio comportamental

G31.84 Transtorno Neurocognitivo Leve Devido à Doença de Parkinson

b

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Huntington (726)

— Transtorno Neurocognitivo Maior Devido à Doença de Huntington —

Nota: Codifique primeiro G10 doença de Huntington.

F02.81 Com distúrbio comportamental

F02.80 Sem distúrbio comportamental

G31.84 Transtorno Neurocognitivo Leve Devido à Doença de Huntington

b

lx

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Outra Condição Médica (729)

— Transtorno Neurocognitivo Maior Devido a Outra Condição Médica —

Nota: Codifique primeiro a outra condição médica.

F02.81 Com distúrbio comportamental

F02.80 Sem distúrbio comportamental

G31.84 Transtorno Neurocognitivo Leve Devido a Outra Condição Médica

b

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Múltiplas Etiologias (731)

— Transtorno Neurocognitivo Maior Devido a Múltiplas Etiologias —

Nota: Codifique primeiro todas as condições médicas etiológicas (com exceção da doença vascular, que é não codificada).

F02.81	Com distúrbio comportamental
F02.80	Sem distúrbio comportamental
G31.84	Transtorno Neurocognitivo Leve Devido a Múltiplas Etiologias
	b

Nota: Se a doença vascular estiver entre as múltiplas condições médicas etiológicas, codifique **F01.51** para distúrbio neurocognitivo vascular maior, com distúrbio comportamental, ou **F01.50** para distúrbio vascular maior transtorno neurocognitivo, sem distúrbio comportamental.

Transtornos de Personalidade (733)

Transtornos de Personalidade do Grupo A

F60.0	Transtorno de Personalidade Paranoica (737)
F60.1	Transtorno de Personalidade Esquizóide (741)
F21	Transtorno de Personalidade Esquizotípica (744)

Transtornos de Personalidade do Grupo B

F60.2	Transtorno de Personalidade Antissocial (748)
F60.3	Transtorno de Personalidade Borderline (752)
F60.4	Transtorno de Personalidade Histrionica (757)
F60.81	Transtorno de Personalidade Narcisista (760)

Transtornos de Personalidade do Grupo C

F60.6	Transtorno de Personalidade Esquiva (764)
F60.7	Transtorno de Personalidade Dependente (768)
F60.5	Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsivo (771)

lxi

Outros Transtornos de Personalidade

F07.0	Mudança de personalidade devido a outra condição médica (775)
	<i>Especifique se: Tipo lábil, tipo desinibido, tipo agressivo, tipo apático, tipo paranóico, outro tipo, tipo combinado, tipo não especificado</i>
F60.89	Outro Transtorno de Personalidade Especificado (778)
F60.9	Transtorno de Personalidade Não Especificado (778)

Transtornos Parafílicos (779)

O especificador a seguir se aplica a Transtornos Parafílicos, quando indicado:

aEspecifique se: Em um ambiente controlado, Em remissão total

F65.3	Distúrbio Voyeurístico – (780)
F65.2	Transtorno Exibicionista – (783)
	<i>Especifique se:</i> Excitado sexualmente pela exposição dos genitais a crianças pré-púberes, Excitado sexualmente por expondo genitais a indivíduos fisicamente maduros, sexualmente excitados pela exposição de genitais a crianças pré-púberes e para indivíduos fisicamente maduros
F65.81	Transtorno Frotteurístico – (785)
F65.51	Transtorno de Masoquismo Sexual – (788)
	<i>Especifique se:</i> Com asfixofilia
F65.52	Transtorno de Sadismo Sexual – (790)
F65.4	Transtorno Pedofílico (792)
	<i>Especifique se:</i> Tipo exclusivo, Tipo não exclusivo
	<i>Especifique se:</i> Atração sexual por homens, Atração sexual por mulheres, Atração sexual por ambos
	<i>Especifique se:</i> Limitado a incesto
F65.0	Transtorno Fetichista – (796)
	<i>Especifique:</i> Parte(s) do corpo, Objeto(s) inanimado(s), Outro
F65.1	Desordem Transvestica – (798)
	<i>Especifique se:</i> Com fetichismo, Com autoginefilia
F65.89	Outro Transtorno Parafílico Especificado (801)
F65.9	Transtorno Parafílico Não Especificado (801)

Outros Transtornos Mentais e Códigos Adicionais (803)

F06.8	Outro Transtorno Mental Especificado Devido a Outra Condição Médica (803)
F09	Transtorno Mental Não Especificado Devido a Outra Condição Médica (804)
F99	Outro Transtorno Mental Especificado (804)
F99	Transtorno Mental Não Especificado (805)
Z03.89	Sem Diagnóstico ou Condição (805)

Distúrbios do Movimento Induzidos por Medicação e Outros Efeitos Adversos de Medicação (807)

—	Parkinsonismo Induzido por Medicação (807)
G21.11	Medicação antipsicótica – e outros bloqueios de receptores de dopamina Parkinsonismo Induzido por Agente (807)
G21.19	Parkinsonismo Induzido por Outros Medicamentos (807)

G21.0	Síndrome Neuroléptica Maligna (810)
G24.02	Distonia Aguda Induzida por Medicação (812)
G25.71	Acatisia Aguda Induzida por Medicação (813)
G24.01	Discinesia Tardia (814)
G24.09	Distonia Tardia (816)
G25.71	Acatisia Tardia (816)
G25.1	Tremor Postural Induzido por Medicação (817)
G25.79	Outros Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos (818)
—	Síndrome de descontinuação de antidepressivos (818)
T43.205A	Encontro inicial
T43.205D	Encontro subsequente
T43.205S	Sequelas
—	Outro efeito adverso da medicação (819)
T50.905A	Encontro inicial
T50.905D	Encontro subsequente
T50.905S	Sequelas

Outras condições que podem ser foco de atenção clínica (821)

Comportamento Suicida e Automutilação Não Suicida (822)

Comportamento Suicida (822)	
—	Comportamento Suicida Atual (822)
T14.91A	Encontro inicial
T14.91D	Encontro subsequente
Z91.51	História do Comportamento Suicida (822)
Autolesão não suicida (822)	
R45.88	Atual Autolesão Não Suicida (822)
Z91.52	História de autolesão não suicida (822)

Abuso e Negligência (822)

Problemas de maus-tratos e negligência infantil (823)	
Abuso Físico Infantil (823)	
—	Abuso Físico Infantil, Confirmado (823)

T74.12XA	Encontro inicial
T74.12XD	Encontro subsequente
—	Abuso Físico Infantil, Suspeita (823)
T76.12XA	Encontro inicial
T76.12XD	Encontro subsequente
—	Outras Circunstâncias Relacionadas ao Abuso Físico Infantil (823)
Z69.010	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso físico infantil por pai
Z69.020	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de filho não parental abuso físico
Z62.810	História pessoal (história pregressa) de abuso físico na infância
Z69.011	Encontro de serviços de saúde mental para agressor de filho parental abuso físico
Z69.021	Encontro de serviços de saúde mental para agressor de criança não parental abuso físico
Abuso Sexual Infantil (823)	
—	Abuso sexual infantil, confirmado (824)
T74.22XA	Encontro inicial
T74.22XD	Encontro subsequente
—	Abuso sexual infantil, suspeito (824)
T76.22XA	Encontro inicial
T76.22XD	Encontro subsequente
—	Outras circunstâncias relacionadas ao abuso sexual infantil (824)
Z69.010	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso sexual infantil por pai
Z69.020	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de filho não parental abuso sexual
Z62.810	História pessoal (história pregressa) de abuso sexual na infância
Z69.011	Encontro de serviços de saúde mental para agressor de filho parental abuso sexual
Z69.021	Encontro de serviços de saúde mental para agressor de criança não parental abuso sexual

Negligência Infantil (824)

—	Negligência Infantil, Confirmada (824)
---	--

T74.02XA	Encontro inicial
T74.02XD	Encontro subsequente
—	Negligência Infantil, Suspeita (824)
T76.02XA	Encontro inicial
T76.02XD	Encontro subsequente
—	Outras Circunstâncias Relacionadas à Negligência Infantil (824)
Z69.010	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de negligência infantil pelos pais
Z69.020	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de filho não parental negligência
Z62.812	História pessoal (história passada) de negligência na infância
Z69.011	Encontro de serviços de saúde mental para agressor de filho parental negligência
Z69.021	Encontro de serviços de saúde mental para agressor de criança não parental negligência
Abuso psicológico infantil (825)	
—	Abuso psicológico infantil, confirmado (825)
T74.32XA	Encontro inicial
T74.32XD	Encontro subsequente
—	Abuso psicológico infantil, suspeito (825)
T76.32XA	Encontro inicial
T76.32XD	Encontro subsequente
—	Outras circunstâncias relacionadas ao abuso psicológico infantil (825)
Z69.010	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso psicológico infantil abuso por parte dos pais
Z69.020	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de filho não parental abuso psicológico
Z62.811	História pessoal (história pregressa) de abuso psicológico na infância
Z69.011	Encontro de serviços de saúde mental para agressor de filho parental abuso psicológico
Z69.021	Encontro de serviços de saúde mental para agressor de criança não parental abuso psicológico
Problemas de maus-tratos e negligência em adultos (825)	
Violência física do cônjuge ou parceiro (825)	
—	Violência do cônjuge ou parceiro, física, confirmada (825)
T74.11XA	Encontro inicial

T74.11XD Encontro subsequente

lxv

— Violência por Cônjuge ou Parceiro, Física, Suspeita (826)

T76.11XA Encontro inicial

T76.11XD Encontro subsequente

— Outras Circunstâncias Relacionadas à Violência Física por Cônjuge ou Parceiro (826)

Z69.11 Encontro para serviços de saúde mental para vítima de cônjuge ou companheiro violência, física

Z91.410 História pessoal (história pregressa) de violência conjugal ou conjugal, violência física

Z69.12 Encontro para serviços de saúde mental para agressor de cônjuge ou companheiro violência, física

Violência sexual por cônjuge ou parceiro (826)

— Violência por cônjuge ou parceiro, sexual, confirmada (826)

T74.21XA Encontro inicial

T74.21XD Encontro subsequente

— Violência por Cônjuge ou Parceiro, Sexual, Suspeita (826)

T76.21XA Encontro inicial

T76.21XD Encontro subsequente

— Outras Circunstâncias Relacionadas à Violência Sexual por Cônjuge ou Parceiro (826)

Z69.81 Encontro para serviços de saúde mental para vítima de cônjuge ou companheiro violência, sexo

Z91.410 História pessoal (história passada) de violência conjugal ou sexual,

Z69.12 Encontro para serviços de saúde mental para agressor de cônjuge ou companheiro violência, sexo

Negligência do Cônjuge ou Parceiro (826)

— Negligência do cônjuge ou parceiro, confirmada (826)

T74.01XA Encontro inicial

T74.01XD Encontro subsequente

— Negligência do Cônjuge ou Parceiro, Suspeita (827)

T76.01XA Encontro inicial

T76.01XD Encontro subsequente

— Outras Circunstâncias Relacionadas à Negligência do Cônjuge ou Parceiro (827)

Z69.11 Encontro para serviços de saúde mental para vítima de cônjuge ou companheiro negligência

- Z91.412** História pessoal (história passada) de negligência do cônjuge ou parceiro
Z69.12 Encontro para serviços de saúde mental para agressor de cônjuge ou companheiro
negligência

Abuso de cônjuge ou parceiro, psicológico (827)

- Abuso de cônjuge ou parceiro, psicológico, confirmado (827)
T74.31XA Encontro inicial
T74.31XD Encontro subsequente

lxvi

- Abuso do cônjuge ou parceiro, psicológico, suspeito (827)
T76.31XA Encontro inicial
T76.31XD Encontro subsequente
— Outras Circunstâncias Relacionadas ao Abuso do Cônjuge ou Parceiro, Psicológicas (827)
Z69.11 Encontro para serviços de saúde mental para vítima de cônjuge ou companheiro
abuso psicológico
Z91.411 História pessoal (história passada) de abuso psicológico do cônjuge ou parceiro
Z69.12 Encontro para serviços de saúde mental para agressor de cônjuge ou companheiro
abuso psicológico

Abuso de adulto por não-cônjuge ou não-parceiro (827)

- Abuso Físico Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro, Confirmado (828)
T74.11XA Encontro inicial
T74.11XD Encontro subsequente
— Abuso Físico Adulto por Não Cônjuge ou Não Parceiro, Suspeita (828)
T76.11XA Encontro inicial
T76.11XD Encontro subsequente
— Abuso sexual adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, confirmado (828)
T74.21XA Encontro inicial
T74.21XD Encontro subsequente
— Abuso sexual adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, suspeito (828)
T76.21XA Encontro inicial
T76.21XD Encontro subsequente
— Abuso psicológico adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, confirmado (828)
T74.31XA Encontro inicial
T74.31XD Encontro subsequente

—	Abuso psicológico adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, suspeito (828)
T76.31XA	Encontro inicial
T76.31XD	Encontro subsequente
—	Outras circunstâncias relacionadas ao abuso de adultos por não-cônjuge ou não-parceiro (828)
Z69.81	Encontro por serviços de saúde mental para vítima de não conjugal ou abuso de adulto não parceiro
Z69.82	Encontro para serviços de saúde mental para autor de crime não conjugal ou abuso de adulto não parceiro

Problemas Relacionais (828)

—	Problema Relacional Pai-Filho (829)
Z62.820	Pai-Filho Biológico (829)
Z62.821	Filho Adotado pelos Pais (829)

lxvii

Z62.822	Pais-filhos adotivos (829)
Z62.898	Outro Cuidador-Criança (829)
Z62.891	Problema Relacional de Irmãos (829)
Z63.0	Angústia no Relacionamento com Cônjuge ou Parceiro Íntimo (829)

Problemas Relacionados ao Ambiente Familiar (829)

Z62.29	Educação longe dos pais (829)
Z62.898	Criança Afetada por Angústia no Relacionamento Parental (830)
Z63.5	Ruptura da Família por Separação ou Divórcio (830)
Z63.8	Alto nível de emoção expressa dentro da família (830)

Problemas Educacionais (830)

Z55.0	Analfabetismo e Alfabetização de Baixo Nível (830)
Z55.1	Escolaridade indisponível e inatingível (830)
Z55.2	Exames escolares reprovados (830)
Z55.3	Insucesso na Escola (830)
Z55.4	Desajuste educacional e discórdia com professores e colegas (830)
Z55.8	Problemas Relacionados ao Ensino Inadequado (830)
Z55.9	Outros problemas relacionados à educação e alfabetização (830)

Problemas Ocupacionais (830)

Z56.82	Problema relacionado ao status atual de implantação militar (830)
Z56.0	Desemprego (831)

Z56.1	Mudança de Trabalho (831)
Z56.2	Ameaça de Perda de Emprego (831)
Z56.3	Horário de trabalho estressante (831)
Z56.4	Discórdia com chefe e colegas de trabalho (831)
Z56.5	Ambiente de Trabalho Desagradável (831)
Z56.6	Outras tensões físicas e mentais relacionadas ao trabalho (831)
Z56.81	Assédio Sexual no Trabalho (831)
Z56.9	Outro problema relacionado ao emprego (831)

Problemas de Habitação (831)

Z59.01	Sem- teto Protegido (831)
Z59.02	Desabrigados sem abrigo (831)
Z59.1	Habitação inadequada (831)
Z59.2	Discórdia com vizinho, inquilino ou senhorio (831)
Z59.3	Problema Relacionado a Viver em uma Instituição Residencial (831)
Z59.9	Outro problema de habitação (831)

|xviii

Problemas Econômicos (831)

Z59.41	Insegurança Alimentar (832)
Z58.6	Falta de água potável segura (832)
Z59.5	Pobreza Extrema (832)
Z59.6	Baixa Renda (832)
Z59.7	Seguro Social ou de Saúde ou Apoio Social Insuficiente (832)
Z59.9	Outro problema econômico (832)

Problemas Relacionados ao Ambiente Social (832)

Z60.2	Problema Relacionado a Morar Sozinho (832)
Z60.3	Dificuldade de Aculturação (832)
Z60.4	Exclusão ou Rejeição Social (832)
Z60.5	Alvo de discriminação ou perseguição adversa (percebida) (832)
Z60.9	Outro problema relacionado ao ambiente social (832)

Problemas Relacionados à Interação com o Sistema Jurídico (832)

Z65.0	Condenação em Processo Penal Sem Prisão (833)
Z65.1	Prisão ou outro encarceramento (833)

Problemas Relacionados à Libertação da Prisão (833)

Z65.2

Z65.3

Problemas Relacionados a Outras Circunstâncias Legais (833)

Problemas Relacionados a Outros Problemas Psicossociais, Pessoais e Ambientais Circunstâncias (833)

Z72.9

Problema Relacionado ao Estilo de Vida (833)

Z64.0

Problemas Relacionados à Gravidez Indesejada (833)

Z64.1

Problemas Relacionados à Multiparidade (833)

Z64.4

Discórdia com o provedor de serviços sociais, incluindo oficial de condicional, gerente de caso ou serviços sociais Trabalhador (833)

Z65.4

Vitima de Crime (833)

Z65.4

Vitima de Terrorismo ou Tortura (833)

Z65.5

Exposição a Desastres, Guerras ou Outras Hostilidades (833)

Problemas relacionados ao acesso a cuidados médicos e outros cuidados de saúde (833)

Z75.3

Indisponibilidade ou Inacessibilidade de Instalações de Saúde (833)

Z75.4

Indisponibilidade ou inacessibilidade de outras agências de ajuda (833)

Circunstâncias da História Pessoal (833)

Z91.49

História pessoal de trauma psicológico (833)

Z91.82

História Pessoal de Desdobramento Militar (833)

lxix

Outros Encontros de Serviços de Saúde para Aconselhamento e Aconselhamento Médico (833)

Z31.5

Aconselhamento Genético (833)

Z70.9

Aconselhamento Sexual (834)

Z71.3

Aconselhamento Dietético (834)

Z71.9

Outro aconselhamento ou consulta (834)

Condições ou problemas adicionais que podem ser um foco de atenção clínica (834)

Z91.83

Perambulação Associada a um Transtorno Mental (834)

Z63.4

Luto Descomplicado (834)

Z60.0

Problema da Fase da Vida (834)

Z65.8

Religiosos do Problema Espiritual (834)

Z72.811

Comportamento antissocial adulto (835)

Z72.810

Comportamento Antissocial de Crianças ou Adolescentes (835)

Z91.19

Não adesão ao tratamento médico (835)

Sobrepeso ou Obesidade (835)

E66.9

Z76.5

Simulação ([835](#))

R\$ 41,81

Declínio Cognitivo Relacionado à Idade ([835](#))

R\$ 41,83

Funcionamento intelectual limítrofe ([836](#))

SEÇÃO I

Noções básicas do DSM-5

[Introdução](#)

[Uso do Manual](#)

[Declaração de precaução para uso forense do DSM-5](#)

2

3

Esta seção fornece uma orientação básica para a finalidade, estrutura, conteúdo e uso do DSM-5. A Introdução começa com uma descrição dos processos de revisão do DSM-5 e DSM-5-TR, seguida por uma visão geral da estrutura organizacional do DSM-5 (por exemplo, reagrupamento de transtornos, harmonização com a CID-11) e questões conceituais-chave, como como definição de transtorno mental, abordagens categóricas e dimensionais do diagnóstico, questões estruturais culturais e sociais e diferenças de sexo e gênero. O uso do Manual apresenta informações para facilitar o uso do DSM-5, como uma breve visão geral do processo de diagnóstico, uso de subtipos e especificadores, outras categorias de transtorno mental especificadas e não especificadas, uso de julgamento clínico, procedimentos de codificação e registro, notas sobre terminologia, descrições dos tipos de informações no texto do DSM-5-TR e aprimoramentos online. A seção conclui com uma Declaração de Advertência para Uso Forense do DSM-5.

Introdução

A criação da quinta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5) foi um empreendimento enorme que envolveu centenas de pessoas trabalhando em direção a um objetivo comum durante um período de 12 anos. Muito pensamento e deliberação foram envolvidos na avaliação dos critérios diagnósticos, considerando a organização de todos os aspectos do manual e criando novos recursos que se acredita serem mais úteis para os médicos, como medidas dimensionais que podem ajudar a identificar sintomas emergentes ou determinar e monitorar alterações na gravidade. Todos esses esforços foram direcionados para o objetivo de aumentar a utilidade do DSM-5 como guia clínico no diagnóstico de transtornos mentais, bem como seu valor para a pesquisa.

O DSM-5 se esforça para atender à necessidade de clínicos, pacientes, familiares e pesquisadores de uma descrição clara e concisa de cada transtorno mental, que foi operacionalizada usando critérios diagnósticos que são complementados por medidas dimensionais de gravidade e é acompanhado por um resumo de informações sobre o diagnóstico, incluindo fatores de risco e questões culturais, de sexo e de gênero.

Treinamento clínico e experiência são necessários para usar o DSM para determinar um diagnóstico clínico. Os critérios diagnósticos identificam sintomas e sinais que incluem afetos, comportamentos, funções cognitivas e traços de personalidade, juntamente com sinais físicos, combinações de sintomas (síndromes) e durações que exigem experiência clínica para diferenciar da variação normal e das respostas transitórias ao estresse. O processo de diagnóstico pode ser facilitado por um exame minucioso da gama de sintomas que podem estar presentes, como a realização de uma revisão dos sistemas mentais usando a Medida de Sintomas Transversais de Nível 1 do DSM-5, conforme recomendado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA).) *Diretrizes Práticas para a Avaliação Psiquiátrica de Adultos* (ver “Medidas Transversais de Sintomas”).

O uso dos critérios do DSM tem a clara virtude de criar uma linguagem comum para comunicação entre clínicos sobre o diagnóstico de distúrbios. Os distúrbios oficialmente reconhecidos estão localizados na Seção II do manual. No entanto, deve-se notar que esses critérios diagnósticos e sua colocação na classificação são baseados em pesquisas atuais e podem precisar ser modificados à medida que a pesquisa avança.

Desenvolvimento do DSM-5-TR

Breve História das Edições Anteriores do DSM A primeira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* da Associação Psiquiátrica Americana apareceu em 1952. Este foi o primeiro manual oficial de transtornos mentais a

contêm um glossário de descrições das categorias de diagnóstico. O uso do termo “reação” em toda a classificação refletiu a influência da visão psicobiológica de Adolf Meyer de que os transtornos mentais representavam reações da personalidade a fatores psicológicos, sociais e biológicos. No desenvolvimento da segunda edição (DSM-II), decidiu-se basear a classificação na seção de transtornos mentais do

6

a oitava revisão da *Classificação Internacional de Doenças* (CID-8), para a qual os representantes da APA prestaram consulta. Tanto o DSM-II quanto o ICD-8 entraram em vigor em 1968.

Assim como o DSM-I e o DSM-II, o desenvolvimento do DSM-III foi coordenado com o desenvolvimento da *Classificação Internacional de Doenças*, especificamente a CID-9, publicada em 1975 e implementada em 1978. DSM-III em 1974, com publicação em 1980. O DSM-III, sob a direção de Robert L. Spitzer, MD, introduziu uma série de importantes inovações metodológicas, incluindo critérios diagnósticos explícitos e uma abordagem descritiva que tentou ser neutra em relação a teorias da etiologia dos transtornos mentais. A experiência com o DSM-III revelou uma série de inconsistências no sistema.

Por isso, a APA nomeou um Grupo de Trabalho para Revisão do DSM-III, que desenvolveu as revisões e correções que levaram ao DSM-III-R em 1987.

O DSM-IV foi publicado em 1994. Foi o culminar de um esforço de 6 anos que envolveu mais de 1.000 indivíduos e inúmeras organizações profissionais. Grande parte do esforço envolveu a realização de uma revisão abrangente da literatura para estabelecer uma base empírica sólida para fazer modificações. Os desenvolvedores do DSM-IV e da décima revisão da CID trabalharam de perto para coordenar seus esforços, resultando em maior congruência entre os dois sistemas. A CID-10 foi publicada em 1992.

Um histórico completo de todas as edições do DSM está localizado no site da APA: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>.

Processo de Revisão do DSM-5

Em 1999, a APA lançou uma avaliação dos pontos fortes e fracos do DSM. Esse esforço foi coordenado com a Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Associação Mundial de Psiquiatria e o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) na forma de várias conferências, cujos anais foram publicados na monografia *A* de 2002. *Agenda de Pesquisa para o DSM-V*. A partir daí, de 2003 a 2008, um acordo de cooperação entre a APA e a OMS, apoiado pelo NIMH, o National Institute on Drug Abuse (NIDA) e o National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), levou à convocação de 13 conferências internacionais de planejamento de pesquisa do DSM-5, envolvendo 400 participantes de 39 países, para revisar a literatura mundial em áreas específicas de diagnóstico para preparar as revisões no desenvolvimento do DSM-5 e da *Classificação Internacional de Doenças*, 11ª Revisão (CID 11). Os relatórios dessas conferências formaram a base para futuras revisões da Força-Tarefa do DSM-5 e prepararam o terreno para a nova edição do DSM.

Em 2006, a APA nomeou David J. Kupfer, MD, como Presidente e Darrel A. Regier, MD, MPH, como Vice-Presidente da Força-Tarefa DSM-5. Eles foram acusados de recomendar cadeiras

para os 13 grupos de trabalho de diagnóstico e membros adicionais da força-tarefa com uma gama multidisciplinar de especialização que supervisionaria o desenvolvimento do DSM-5. Um processo de verificação adicional foi iniciado pelo Conselho de Curadores da APA para divulgar fontes de renda e, assim, evitar conflitos de interesse por força-tarefa e membros do grupo de trabalho. A divulgação completa de todas as receitas e bolsas de pesquisa de fontes comerciais, incluindo a indústria farmacêutica, nos 3 anos anteriores, a imposição de um teto de receita de todas as fontes comerciais e a publicação de divulgações em um site estabelecem um novo padrão para o campo. A partir daí, a força-tarefa de 28 membros foi aprovada em 2007, e as nomeações de mais de 130 membros do grupo de trabalho foram aprovadas em 2008. Mais de 400 assessores de grupo de trabalho adicionais sem poder de voto também foram aprovados para participar do processo. Um conceito claro do próximo estágio evolutivo para a classificação dos transtornos mentais foi central para os esforços da força-tarefa e dos grupos de trabalho. Essa visão surgiu quando a força-tarefa e os grupos de trabalho relataram a história da classificação do DSM-IV, seus pontos fortes e limitações atuais e as direções estratégicas para sua revisão.

Um processo intensivo de 6 anos envolveu a realização de revisões de literatura e análises secundárias, publicação de relatórios de pesquisa em revistas científicas, desenvolvimento de rascunhos de critérios de diagnóstico, publicação de rascunhos preliminares no site do DSM-5 para comentários públicos, apresentação de resultados preliminares em reuniões profissionais, realização de ensaios de campo, e revisão de critérios e texto. No geral, muitos profissionais de saúde e grupos educacionais estiveram envolvidos neste desenvolvimento e teste do DSM-5, incluindo médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, conselheiros, epidemiologistas, estatísticos, neurocientistas e neuropsicólogos. Além disso, indivíduos com transtornos mentais e famílias de indivíduos com transtornos mentais, advogados, organizações de consumidores e grupos de defesa participaram da revisão do DSM-5, fornecendo feedback sobre os transtornos mentais descritos neste volume.

Propostas para revisões As

propostas para a revisão dos critérios diagnósticos do DSM-IV foram desenvolvidas pelos membros dos grupos de trabalho com base na lógica, escopo da mudança, impacto esperado na gestão clínica e na saúde pública, força das evidências de pesquisa de apoio, clareza geral, e utilidade clínica. As propostas incluíam mudanças nos critérios diagnósticos; a adição de novos distúrbios, subtipos e especificadores; e a eliminação de distúrbios existentes.

Nas propostas de revisão, foram identificados pontos fortes e fracos nos critérios e nosologia atuais. Novas descobertas científicas nas duas décadas anteriores foram consideradas, levando à criação de um plano de pesquisa para avaliar possíveis mudanças por meio de revisões de literatura e análises de dados secundários. Quatro princípios guiaram as revisões preliminares: 1) O DSM-5 destina-se principalmente a ser um manual para ser usado por médicos, e as revisões devem ser viáveis para a prática clínica de rotina; 2) as recomendações para revisões devem ser guiadas por evidências de pesquisa; 3) sempre que possível, a continuidade deve ser mantida com as edições anteriores do DSM; e 4) nenhuma restrição a priori deve ser colocada no grau de mudança entre o DSM-IV e o DSM-5.

Com base nas revisões iniciais da literatura, os grupos de trabalho identificaram questões-chave em suas áreas de diagnóstico. Os grupos de trabalho também examinaram preocupações metodológicas mais amplas, como a presença de achados contraditórios na literatura; desenvolvimento de uma definição refinada de

distúrbio mental; e uma consideração de questões transversais relevantes para todos os transtornos. A inclusão de uma proposta de revisão na Seção II foi informada pela consideração de suas vantagens e desvantagens para a saúde pública e utilidade clínica, a força da evidência e a magnitude da mudança. Novos diagnósticos e subtipos e especificadores de distúrbios estavam sujeitos a estipulações adicionais, como demonstração de confiabilidade (ou seja, o grau em que dois médicos poderiam chegar independentemente ao mesmo diagnóstico para um determinado paciente). Distúrbios com baixa utilidade clínica e validade fraca foram considerados para deleção. A colocação das condições propostas em "Condições para Estudo Adicional" na Seção III dependia da quantidade de evidências empíricas geradas no diagnóstico proposto, confiabilidade ou validade diagnóstica, presença de necessidade clínica clara e benefício potencial no avanço da pesquisa.

Ensaios de Campo DSM-5

O uso de ensaios de campo para demonstrar empiricamente a confiabilidade foi uma melhoria notável introduzida no DSM-III. A estratégia de design e implementação dos Ensaios de Campo DSM-5 representou várias mudanças em relação às abordagens usadas para DSM-III e DSM-IV, particularmente na obtenção de dados sobre a precisão das estimativas de confiabilidade kappa (uma medida estatística que avalia o nível de concordância entre os avaliadores que corrige para concordância casual devido às taxas de prevalência) no contexto de ambientes clínicos do mundo real com altos níveis de comorbidade diagnóstica. Para o DSM 5, os ensaios de campo foram estendidos usando dois projetos distintos: um em ambientes acadêmicos médicos grandes e diversos e outro em práticas clínicas de rotina. O primeiro capitalizou a necessidade de grandes tamanhos de amostra para testar hipóteses sobre

confiabilidade e utilidade clínica de uma variedade de diagnósticos em uma variedade de populações de pacientes; o último forneceu informações valiosas sobre como as revisões propostas foram realizadas em ambientes clínicos diários entre uma amostra diversificada de usuários do DSM. Prevê-se que futuros estudos de pesquisa clínica e básica se concentrem na validade dos critérios diagnósticos categóricos revisados e nas características dimensionais subjacentes desses distúrbios (incluindo aqueles que estão sendo explorados pela iniciativa NIMH Research Domain Criteria).

Os ensaios de campo médico-acadêmicos foram conduzidos em 11 centros médicos-acadêmicos norte-americanos de dezembro de 2010 a outubro de 2011 e avaliaram a confiabilidade, viabilidade e utilidade clínica de revisões selecionadas, com prioridade para aquelas que representavam o maior grau de mudança do DSM -IV ou aqueles potencialmente com maior impacto na saúde pública. Todas as populações de pacientes clínicos que chegam a cada local foram rastreadas para diagnósticos do DSM-IV ou sintomas de qualificação que provavelmente predizem vários distúrbios específicos do DSM-5 de interesse. Amostras estratificadas de quatro a sete distúrbios específicos, além de um estrato contendo uma amostra representativa de todos os outros diagnósticos, foram identificados para cada local. Os pacientes consentiram com o estudo e foram aleatoriamente designados para uma entrevista clínica por um clínico cego ao diagnóstico clínico, seguido por uma segunda entrevista que ocorreu dentro de 2 semanas com um clínico cego aos diagnósticos feitos pelo primeiro entrevistador. Os pacientes primeiros preencheram um inventário assistido por computador de sintomas transversais em mais de uma dúzia de domínios psicológicos. Esses inventários foram pontuados por um computador e os resultados foram fornecidos aos médicos antes que eles conduzissem uma entrevista clínica típica (sem protocolo estruturado). Os médicos foram obrigados a marcar a presença

critérios de qualificação em uma lista de verificação de diagnóstico DSM-5 assistida por computador, determinar diagnósticos, classificar a gravidade do diagnóstico e carregar os dados em um repositório central. Este desenho de estudo permitiu o cálculo do grau em que dois médicos independentes poderiam concordar em um diagnóstico (usando a estatística kappa intraclasse) e nas classificações administradas pelo médico de gravidade dos sintomas específicos do diagnóstico e transversal (usando coeficientes de correlação intraclasse), bem como como o nível de concordância em medidas de sintomas transversais auto-relatados, traços de personalidade, incapacidade e gravidade diagnóstica administradas ao mesmo paciente em duas ocasiões com até 2 semanas de intervalo (usando coeficientes de correlação intraclasse), juntamente com informações sobre a precisão dessas estimativas de confiabilidade. Também foi possível avaliar as taxas de prevalência das condições do DSM IV e do DSM-5 nas respectivas populações clínicas.

Os ensaios de campo de prática clínica de rotina envolveram o recrutamento de psiquiatras individuais e outros clínicos de saúde mental e foram conduzidos de outubro de 2011 a março de 2012. Uma amostra voluntária foi recrutada que incluiu psiquiatras generalistas e especializados, psicólogos, assistentes sociais clínicos licenciados, conselheiros, casamento e família terapeutas e enfermeiras de saúde mental psiquiátricas de prática avançada. Os ensaios de campo forneceram a exposição dos diagnósticos e medidas dimensionais do DSM-5 propostos a uma ampla gama de médicos para avaliar sua viabilidade e utilidade clínica.

Revisão Pública e Profissional

Em 2010, a APA lançou um site dedicado à revisão do DSM-5 para facilitar a entrada pública e profissional no DSM-5. Todos os critérios de diagnóstico preliminares e mudanças propostas na organização foram postados em www.dsm5.org por um período de comentários de 2 meses. O feedback totalizou mais de 8.000 envios, que foram sistematicamente revisados por cada um dos 13 grupos de trabalho, cujos membros, quando apropriado, integraram perguntas e comentários nas discussões de revisões preliminares e planos para testes de campo. Após revisões dos critérios preliminares iniciais e da organização proposta do capítulo, uma segunda postagem ocorreu em 2011. Os grupos de trabalho consideraram o feedback das postagens na web e os resultados dos Ensaios de Campo do DSM-5 ao redigir os critérios finais propostos, que foram postados no site para pela terceira e última vez em 2012. Essas três iterações de revisão externa produziram mais de 13.000 comentários assinados individualmente no site que foram recebidos e revisados pelo trabalho

grupos, além de milhares de assinantes de petições organizadas a favor e contra algumas revisões propostas, o que permitiu que a força-tarefa abordasse ativamente as preocupações dos usuários do DSM, bem como pacientes e grupos de defesa, e garantir que a utilidade clínica permanecesse uma alta prioridade.

Revisão de especialistas e aprovação final Os membros

dos 13 grupos de trabalho, representando especialistas em suas respectivas áreas, colaboraram com assessores e revisores sob a direção geral da Força-Tarefa DSM-5 para redigir os critérios de diagnóstico e o texto que o acompanha. Esse esforço foi apoiado por uma equipe de funcionários da Divisão de Pesquisa da APA e desenvolvida por meio de uma rede de coordenadores de texto de cada grupo de trabalho. A preparação do texto foi coordenada pelo editor de texto, trabalhando em estreita colaboração

com os grupos de trabalho e sob a direção dos presidentes da força-tarefa. O Comitê de Revisão Científica (SRC) foi estabelecido para fornecer um processo de revisão científica por pares que fosse externo ao dos grupos de trabalho. O presidente do SRC, o vice-presidente e seis membros do comitê foram encarregados de revisar o grau em que as mudanças propostas do DSM-IV poderiam ser apoiadas por evidências científicas. Cada proposta de revisão diagnóstica exigia um memorando de evidência para mudança preparado pelo grupo de trabalho e acompanhado por um resumo de dados de suporte organizados em torno de validadores para os critérios diagnósticos propostos (ou seja, validadores antecedentes, como agregação familiar, validadores simultâneos, como marcadores biológicos, e validadores prospectivos, como resposta ao tratamento ou curso da doença). As submissões foram revisadas pelo SRC e pontuadas de acordo com a força dos dados científicos de apoio. Outras justificativas para a mudança, como aquelas decorrentes da experiência ou necessidade clínica ou de uma ressignificação conceitual das categorias diagnósticas, eram geralmente vistas como fora do alcance do SRC. As pontuações dos revisores, que variaram substancialmente entre as diferentes propostas, e um breve comentário que as acompanhava foram então devolvidos ao Conselho de Curadores da APA e aos grupos de trabalho para consideração e resposta.

O Comitê Clínico e de Saúde Pública (CPHC), composto por um presidente, vice-presidente e seis membros, foi nomeado para considerar questões adicionais de utilidade clínica, saúde pública e esclarecimento lógico para critérios que ainda não haviam acumulado o tipo ou nível de provas consideradas suficientes para a mudança pelo SRC. Esse processo de revisão foi particularmente importante para transtornos do DSM-IV com deficiências conhecidas para os quais os remédios propostos não haviam sido considerados anteriormente no processo de revisão do DSM nem submetidos a estudos de pesquisa replicados. Esses distúrbios selecionados foram avaliados por quatro a cinco revisores externos, e os resultados cegos foram revisados por membros do CPHC, que por sua vez fizeram recomendações ao Conselho de Curadores da APA e aos grupos de trabalho.

Revisões forenses de critérios diagnósticos e texto foram conduzidas pelos membros do Conselho de Psiquiatria e Direito da APA para transtornos que aparecem frequentemente em ambientes forenses e aqueles com alto potencial para influenciar julgamentos civis e criminais em ambientes de tribunal.

Os grupos de trabalho também adicionaram especialistas forenses como consultores em áreas pertinentes para complementar a experiência fornecida pelo Conselho de Psiquiatria e Direito.

Uma recomendação final da força-tarefa foi então fornecida ao Comitê da Assembléia da APA sobre o DSM-5 para considerar algumas das características clínicas de utilidade e viabilidade das revisões propostas. A Assembléia é um órgão deliberativo da APA que representa os ramos distritais e membros mais amplos, composto por psiquiatras de todos os Estados Unidos que fornecem diversidade geográfica, de tamanho de prática e de interesse. O Comitê do DSM-5 era composto por um grupo diversificado de líderes da Assembleia.

Seguindo as etapas de revisão anteriores, foram realizadas sessões executivas do “comitê de cúpula” para consolidar as contribuições da revisão, incluindo presidentes de comitês da Assembleia, presidentes de força-tarefa, um consultor forense e um consultor estatístico, para uma revisão preliminar de cada distúrbio pela Assembleia e APA Comitês executivos do Conselho de Curadores. Isso precedeu uma revisão preliminar por todo o Conselho de Curadores da APA. A Assembleia votou, em novembro de 2012, para recomendar que a Diretoria aprove a publicação do DSM-5, e a Diretoria da APA

consultores que contribuíram para este processo estão listados no Apêndice.

Revisões ao DSM-5

Processo de Revisão Iterativa do DSM-5

Os avanços na publicação digital que permitem a divulgação oportuna das mudanças abriram caminho para que a American Psychiatric Association adote um modelo de aprimoramento iterativo para o DSM, no qual as revisões são atreladas a avanços científicos específicos. O Comitê Diretivo do DSM (análogo ao DSM-5 Task Force) foi nomeado na primavera de 2014, com Paul S. Appelbaum, MD, como presidente e Ellen Leibenluft, MD, e Kenneth Kendler, MD, como vice-presidentes, para supervisionar o processo de revisão iterativa. Juntamente com o estabelecimento de um portal na web (www.dsm5.org) para propostas de campo de forma contínua. As alterações propostas podem incluir a adição de novos distúrbios e a exclusão ou modificação de conjuntos de critérios diagnósticos nas Seções II e III do DSM-5, bem como alterações no texto. Os envios devem ser acompanhados de informações de suporte em um formato estruturado, incluindo os motivos da mudança, a magnitude da mudança, dados que documentam melhorias na validade em uma variedade de validadores, evidências de confiabilidade e utilidade clínica e consideração de consequências deletérias atuais ou potenciais associados à mudança proposta.

As abordagens para validar critérios diagnósticos para transtornos mentais categóricos incluem os seguintes tipos de evidência: validadores antecedentes (marcadores genéticos semelhantes, traços familiares, temperamento e exposição ambiental), validadores simultâneos (substratos neurais semelhantes, biomarcadores, processamento emocional e cognitivo e sintomas similaridade) e validadores preditivos (curso clínico e resposta ao tratamento semelhantes). Novos critérios para transtornos atuais são adotados se produzirem melhora em alguma dessas classes de validadores. Além disso, novos transtornos são adicionados ao DSM se eles se mostrarem válidos por um subconjunto substancial desses validadores, bem como atender aos critérios para um transtorno mental e demonstrar utilidade clínica.

As propostas submetidas ao portal da web do DSM passam por uma revisão inicial pelo Comitê Diretor para determinar se as evidências da proposta, à primeira vista, parecem substancialmente prováveis de atender aos critérios de aprovação. Em caso afirmativo, a proposta é encaminhada a um dos cinco Comitês de Revisão permanentes (funcionalmente análogos aos Grupos de Trabalho do DSM), que abrangem amplos domínios do diagnóstico psiquiátrico. Ao receber uma proposta do Comitê Diretor, o Comitê de Revisão designado considera as evidências em apoio da mudança proposta, solicita informações adicionais, se necessário, e devolve a proposta ao Comitê Diretor com recomendações para disposição e, em alguns casos, modificações sugeridas. Se o Comitê Diretor concordar que parece existir evidência suficiente em apoio à proposta, a revisão proposta é publicada no site do DSM-5 para comentários públicos. A etapa final envolve fazer os ajustes necessários com base nos comentários e, em seguida, encaminhar a versão final para a Assembleia e Conselho de Curadores da APA para sua aprovação. Uma vez aprovado, a versão online do manual (<https://psychiatryonline.org>) é atualizada para refletir as alterações. Todas as alterações aprovadas desde a publicação do DSM-5 em 2013 estão incluídas no DSM-5-TR.

Processo de Revisão de Texto DSM-5

Na primavera de 2019, a APA começou a trabalhar no DSM-5-TR, com Michael B. First, MD, e Philip Wang, MD, Dr.PH, como Copresidentes do Subcomitê de Revisão e Wilson M. Compton, MD e Daniel

S. Pine, MD, como Vice-Presidentes do Subcomitê de Revisão. O esforço de desenvolvimento do DSM-5-TR envolveu mais de 200 especialistas (a maioria dos quais esteve envolvida no desenvolvimento do DSM-5), que receberam a tarefa de realizar revisões de literatura cobrindo os últimos 10 anos e revisar o texto para identificar -material de data. Uma análise de

11

conflictos de interesse para todas as alterações propostas ao texto foi realizada para eliminar qualquer possível comprometimento da objetividade do conteúdo. Espelhando a estrutura do processo do DSM-5, os especialistas foram divididos em 20 grupos de revisão de Distúrbios, cada um liderado por um editor de seção. Quatro grupos de revisão transversais (Cultura, Sexo e Gênero, Suicídio e Forense) revisaram todos os capítulos, concentrando-se no material que envolve seus conhecimentos específicos. O texto também foi revisado por um grupo de trabalho sobre Equidade e Inclusão Etnoracial para garantir a devida atenção a fatores de risco como racismo e discriminação e uso de linguagem não estigmatizante. Embora o escopo da revisão do texto não tenha incluído mudanças conceituais nos conjuntos de critérios, alguns esclarecimentos necessários a determinados critérios diagnósticos tornaram-se evidentes durante a revisão do texto. Propostas para mudanças nos critérios de diagnóstico ou definições de especificadores que foram resultado do processo de revisão do texto foram revisadas e aprovadas pelo Comitê Diretivo do DSM, bem como pela Assembleia e Conselho de Curadores da APA, como parte do processo de revisão iterativa do DSM-5 descrito na seção anterior.

Mudanças na Estrutura Organizacional do DSM-5

O DSM é uma classificação médica de distúrbios e, como tal, serve como um esquema cognitivo historicamente determinado, imposto à informação clínica e científica para aumentar sua comprehensibilidade e utilidade. A classificação dos transtornos (a maneira como os transtornos são agrupados) fornece uma organização de alto nível para o manual.

Reagrupamento de Distúrbios no DSM-5 Membros do grupo de estudo de espectros diagnósticos do DSM-5 examinaram se validadores científicos poderiam informar possíveis novos agrupamentos de distúrbios relacionados dentro da estrutura categórica existente. Onze desses indicadores foram recomendados pelo grupo de estudo para este propósito (ou seja, sua capacidade de separar significativamente grupos de doenças psiquiátricas uns dos outros): substratos neurais, traços familiares, fatores de risco genéticos, fatores de risco ambientais específicos, biomarcadores, antecedentes temperamentais, anormalidades de processamento emocional ou cognitivo, semelhança de sintomas, curso da doença, alta comorbidade e resposta compartilhada ao tratamento. Esses indicadores serviram ao grupo de estudo como diretrizes empíricas para informar a tomada de decisões dos grupos de trabalho e da força-tarefa sobre como agrupar os transtornos para maximizar sua validade e utilidade clínica (ou seja, quanto mais provável que os transtornos compartilhem esses validadores, maior a probabilidade de eles estariam no mesmo grupo diagnóstico).

Uma série de artigos foi desenvolvida e publicada em uma importante revista internacional (*Psychological Medicine*, Vol. 39, 2009) como parte dos processos de desenvolvimento do DSM-5 e da CID-11 para documentar que tais validadores eram mais úteis para sugerir grandes

agrupamentos de transtornos, bem como para “validar” as alterações propostas aos critérios diagnósticos.

À medida que a APA e a OMS começaram a planejar suas respectivas revisões do DSM e da *Classificação Internacional de Doenças* (CID), ambas consideraram a possibilidade de melhorar a utilidade clínica (por exemplo, ajudando a explicar aparente comorbidade) e facilitar a investigação científica repensando as estruturas organizacionais de ambas as publicações. Foi fundamental tanto para a Força-Tarefa do DSM-5 quanto para o Grupo Consultivo Internacional da OMS sobre a revisão da Seção de Transtornos Mentais e Comportamentais da CID-10 que as revisões da organização aumentassem a utilidade clínica e permanecessem dentro dos limites de

12

informação científica. Nesse espírito, a revisão da estrutura organizacional foi abordada como uma reforma diagnóstica conservadora, evolutiva, que seria guiada por evidências científicas emergentes sobre as relações entre grupos de desordem. Ao reordenar e reagrupar os distúrbios existentes, a estrutura revisada pretende estimular novas perspectivas clínicas e encorajar os pesquisadores a identificar os fatores transversais psicológicos e fisiológicos que não estão vinculados a designações categóricas estritas.

No início das revisões, ficou claro que uma estrutura organizacional compartilhada ajudaria a harmonizar as classificações. Para surpresa dos participantes em ambos os processos de revisão, grandes seções do conteúdo se encaixaram com relativa facilidade, refletindo pontos fortes reais em algumas áreas da literatura científica, como epidemiologia, análises de comorbidade, estudos com gêmeos e alguns outros projetos geneticamente informados. Quando as disparidades surgiam, elas quase sempre refletiam a necessidade de fazer um julgamento sobre onde colocar um transtorno diante de dados incompletos – ou, mais frequentemente, conflitantes. Assim, por exemplo, com base em padrões de sintomas, comorbidade e fatores de risco compartilhados, o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) foi colocado no capítulo “Transtornos do neurodesenvolvimento” do DSM-5, embora os mesmos dados também apoiassem fortes argumentos colocar o TDAH no capítulo “Transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta”. Essas questões foram resolvidas com a preponderância de evidências que apoiam a colocação no capítulo “Transtornos do Neurodesenvolvimento” do DSM-5.

A organização dos capítulos do DSM-5 após os transtornos do neurodesenvolvimento é baseada em grupos de transtornos internalizantes (isto é, transtornos com sintomas proeminentes de ansiedade, depressão e somáticos), transtornos externalizantes (isto é, transtornos com conduta impulsiva e disruptiva proeminentes e uso de substâncias), sintomas), distúrbios neurocognitivos e outros distúrbios. Espera-se que esta organização encoraje um estudo mais aprofundado dos processos fisiopatológicos subjacentes que dão origem a comorbidade diagnóstica e heterogeneidade de sintomas. Além disso, ao organizar agrupamentos de transtornos para espelhar a realidade clínica, o DSM-5 deve facilitar a identificação de possíveis diagnósticos por não especialistas em saúde mental, como médicos de atenção primária.

Apesar do problema colocado pelos diagnósticos categóricos, a Força-Tarefa do DSM-5 reconheceu que seria prematuro cientificamente propor definições dimensionais alternativas para a maioria dos transtornos. A estrutura organizacional deve servir como uma ponte para novas abordagens diagnósticas sem interromper a prática clínica ou a pesquisa atual. Prevê-se que a abordagem mais dimensional do DSM-5 e a estrutura organizacional facilitarão a pesquisa nas categorias de diagnóstico atuais, incentivando amplas investigações nos capítulos propostos e nos capítulos adjacentes. Essa pesquisa também deve manter o DSM-5 central para o desenvolvimento de abordagens dimensionais para diagnóstico que provavelmente complementarão ou substituirão as atuais categorias categóricas.

abordagens nos próximos anos.

Combinando Considerações de Desenvolvimento e Tempo de Vida Para melhorar a utilidade clínica, o DSM-5 é organizado ao longo de trajetórias de desenvolvimento e tempo de vida. Começa com diagnósticos pensados para refletir processos de desenvolvimento que se manifestam no início da vida (por exemplo, transtornos do neurodesenvolvimento e do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos), seguidos por diagnósticos que se manifestam mais comumente na adolescência e no início da idade adulta (por exemplo, transtornos bipolares e relacionados, transtornos depressivos , e transtornos de ansiedade) e termina com diagnósticos relevantes para a idade adulta e mais tarde na vida (por exemplo, transtornos neurocognitivos). Uma abordagem semelhante foi adotada, sempre que possível, dentro de cada capítulo. Essa estrutura organizacional facilita o uso abrangente das informações de expectativa de vida como forma de auxiliar na tomada de decisão diag

13

Harmonização com a CID-11

Os grupos encarregados de revisar os sistemas DSM e ICD compartilharam o objetivo geral de harmonizar ao máximo as duas classificações, pelas seguintes razões:

- A existência de duas grandes classificações de transtornos mentais dificulta a coleta e o uso de estatísticas nacionais de saúde, o desenho de ensaios clínicos voltados ao desenvolvimento de novos tratamentos e a consideração da aplicabilidade global dos resultados pelas agências reguladoras internacionais.
- Mais amplamente, a existência de duas classificações complica as tentativas de replicar resultados científicos em todo o país. limites.
- Mesmo quando a intenção era identificar populações de pacientes idênticas, os diagnósticos do DSM-IV e da CID-10 nem sempre concordavam.

Conforme discutido anteriormente nesta introdução, o esforço para harmonizar com a CID-11 limitou-se à harmonização amplamente bem-sucedida da estrutura organizacional. Devido a diferenças de tempo, a harmonização completa dos critérios diagnósticos do DSM-5 com as definições de transtorno da CID-11 não foi possível porque o esforço de desenvolvimento do DSM-5 estava vários anos à frente do processo de revisão da CID-11. Consequentemente, os critérios diagnósticos do DSM-5 foram finalizados no momento em que os grupos de trabalho da CID-11 estavam começando a desenvolver as descrições clínicas e diretrizes diagnósticas da CID-11. Alguma melhora na harmonização no nível da desordem ainda foi alcançada; muitos membros do grupo de trabalho da CID-11 participaram do desenvolvimento dos critérios diagnósticos do DSM-5, e os grupos de trabalho da CID-11 foram instruídos a revisar os conjuntos de critérios do DSM-5 e se esforçar para tornar as diretrizes de diagnóstico da CID-11 semelhantes às DSM-5 quanto possível, a menos que haja uma razão considerada para diferenciá-los. Uma revisão comparando as diferenças do DSM-5/ CID-11 com as diferenças do DSM-IV/ICD-10 descobriu que o CID e o DSM estão agora mais próximos do que em qualquer outro momento desde o DSM-II e o CID-8 e que as diferenças atuais se baseiam amplamente em diferentes prioridades e usos dos dois sistemas de diagnóstico e em diferentes interpretações das evidências.

Embora a CID-11 tenha sido oficialmente endossada para uso pelos países membros da OMS durante a 72^a Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2019 e tenha entrado oficialmente em vigor em 1º de janeiro de 2022, cada país escolhe quando adotar a CID-11. Atualmente, não há cronograma proposto para a implementação da CID-11 nos Estados Unidos. Consequentemente, para o futuro previsível, a

O sistema de codificação oficial nos Estados Unidos continua sendo a *Classificação Internacional de Doenças*, Décima Revisão, Modificação Clínica (CID-10-CM).

Principais Estruturas Conceituais e Abordagens

Definição de Transtorno Mental

Cada transtorno identificado na Seção II do manual (excluindo aqueles nos capítulos “Distúrbios do Movimento Induzidos por Medicinação e Outros Efeitos Adversos da Medicinação” e “Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica”) deve atender à definição de transtorno mental. Embora nenhuma definição possa capturar todos os aspectos da gama de transtornos contidos no DSM-5, os seguintes elementos são necessários:

14

Um *transtorno mental* é uma síndrome caracterizada por distúrbios clinicamente significativos na cognição, regulação emocional ou comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Os transtornos mentais geralmente estão associados a sofrimento significativo ou incapacidade em atividades sociais, ocupacionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou culturalmente aprovada a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não é um transtorno mental. Comportamentos socialmente desviantes (por exemplo, políticos, religiosos ou sexuais) e conflitos que ocorrem principalmente entre o indivíduo e a sociedade não são transtornos mentais, a menos que o desvio ou conflito resulte de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito acima.

O diagnóstico de um transtorno mental deve ter utilidade clínica: deve ajudar os médicos a determinar o prognóstico, os planos de tratamento e os resultados potenciais do tratamento para seus pacientes. No entanto, o diagnóstico de um transtorno mental não equivale a uma necessidade de tratamento. A necessidade de tratamento é uma decisão clínica complexa que leva em consideração a gravidade dos sintomas, a relevância dos sintomas (p. e benefícios dos tratamentos disponíveis e outros fatores (por exemplo, sintomas psiquiátricos que complicam outras doenças). Os médicos podem, assim, encontrar indivíduos cujos sintomas não atendem a todos os critérios para um transtorno mental, mas que demonstram uma clara necessidade de tratamento ou cuidado. O fato de alguns indivíduos não apresentarem todos os sintomas indicativos de um diagnóstico não deve ser usado para justificar a limitação de seu acesso a cuidados adequados.

Deve-se notar que a definição de transtorno mental foi desenvolvida para fins clínicos, de saúde pública e de pesquisa. Informações adicionais são geralmente necessárias além das contidas nos critérios de diagnóstico do DSM-5 para fazer julgamentos legais sobre questões como responsabilidade criminal, elegibilidade para compensação por invalidez e competência (consulte “Declaração de Advertência para Uso Forense do DSM-5” no conclusão da Seção I).

Abordagens categóricas e dimensionais para o diagnóstico Problemas estruturais enraizados no desenho categórico do DSM surgiram tanto na prática clínica quanto na pesquisa. Evidências relevantes de tais problemas incluem altas taxas de comorbidade entre os transtornos, heterogeneidade de sintomas dentro dos transtornos e a necessidade substancial de outros diagnósticos especificados e não especificados para classificar o número substancial de apresentações clínicas que não atendem aos critérios para nenhum dos transtornos específicos do DSM. Estudos de fatores de risco genéticos e ambientais, sejam baseados em projetos de gêmeos, transmissão familiar ou análises moleculares, também levantaram questões sobre se uma abordagem categórica é a maneira ideal de estruturar o sistema DSM.

Há amplo reconhecimento de que um sistema categórico muito rígido não captura a experiência clínica ou observações científicas importantes. Os resultados de numerosos estudos de comorbidade e transmissão de doenças em famílias, incluindo estudos de gêmeos e estudos de genética molecular, apresentam fortes argumentos para o que muitos médicos astutos observaram há muito tempo: os limites entre muitas “categorias” de transtornos são mais fluidos ao longo da vida do que antes. foram reconhecidos, e muitos sintomas que compõem as características essenciais de um distúrbio específico podem ocorrer, em vários níveis de gravidade, em muitos outros distúrbios.

Uma abordagem dimensional classifica as apresentações clínicas com base na quantificação de atributos em vez da atribuição a categorias e funciona melhor na descrição de fenômenos que são distribuídos continuamente e que não possuem limites claros. Embora os sistemas dimensionais aumentem a confiabilidade e comuniquem mais informações clínicas

15

(porque eles relatam atributos clínicos que podem ser subliminares em um sistema categórico), eles também têm sérias limitações e, até agora, têm sido menos úteis do que os sistemas categóricos na prática clínica. As descrições dimensionais numéricas são muito menos familiares e vívidas do que os nomes das categorias de transtornos mentais. Além disso, ainda não há acordo sobre a escolha das dimensões ótimas a serem usadas para fins de classificação. No entanto, com o aumento da pesquisa e familiaridade com os sistemas dimensionais e o estabelecimento de pontos de corte clinicamente significativos para orientar as decisões de tratamento, é provável uma maior aceitação das abordagens dimensionais tanto como método de transmissão de informações clínicas quanto como ferramenta de pesquisa.

Por razões de utilidade clínica e compatibilidade com a classificação categórica da CID necessária para a codificação, o DSM-5 continua sendo uma classificação principalmente categórica com elementos dimensionais que divide os transtornos mentais em tipos com base em conjuntos de critérios com características definidoras. Apesar da estrutura categórica, é importante reconhecer que no DSM-5 não há suposição de que cada categoria de transtorno mental seja uma entidade completamente distinta com limites absolutos dividindo-a de outros transtornos mentais ou de nenhum transtorno mental. Também não há suposição de que todos os indivíduos descritos como tendo o mesmo transtorno mental sejam semelhantes em todos os aspectos importantes. O clínico que usa o DSM-5 deve, portanto, considerar que os indivíduos que compartilham um diagnóstico provavelmente são heterogêneos mesmo em relação às características definidoras do diagnóstico e que os casos-limite serão difíceis de diagnosticar de qualquer forma, exceto de forma probabilística. Essa perspectiva permite maior flexibilidade no uso do sistema, estimula uma atenção mais específica aos casos limítrofes e enfatiza a necessidade de capturar informações clíni-

além do diagnóstico.

Medidas transversais de sintomas Dado que as patologias

psiquiátricas não são confiavelmente discretas com limites nítidos umas das outras, os clínicos precisam mudar sua abordagem de avaliação e olhar além das apresentações prototípicas que coincidem perfeitamente com as categorias do DSM. Para ajudar nessa transição, a Seção III, “Medidas e Modelos Emergentes”, fornece a Medida Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5, desenvolvida para ajudar os médicos a avaliar todas as principais áreas do funcionamento psiquiátrico (por exemplo, humor, psicose, cognição, personalidade , sono) e descobrir mais detalhadamente possíveis distúrbios, apresentações atípicas, condições subsindrônicas e patologias coexistentes. Assim como a revisão de sistemas realizada em medicina geral atua como um inventário destinado a chamar a atenção para sintomas ou sinais que, de outra forma, poderiam ter sido negligenciados, a Medida Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 atua como uma revisão de sistemas mentais, destinada a ajudar os médicos a identificar melhor os distúrbios e sintomas latentes que precisam de uma avaliação mais detalhada (e potencialmente com necessidade de tratamento). A Medida Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 é recomendada como um componente importante da avaliação psiquiátrica de indivíduos que se apresentam para atendimento psiquiátrico, com as *Diretrizes Práticas da Associação Psiquiátrica Americana para a Avaliação Psiquiátrica de Adultos* endossando seu uso como um primeiro passo na identificação e abordando a heterogeneidade dos sintomas em todas as categorias de diagnóstico. Versões auto-classificadas, pais/responsáveis e crianças (11 a 17 anos) da Medida de Sintomas Transversais Nível 1 do DSM-5 estão disponíveis on-line gratuitamente para uso clínico em www.psychiatry.org/dsm5.

Remoção do Sistema Multiaxial DSM-IV O DSM-IV oferecia um sistema multiaxial de registro de diagnósticos que envolvia uma avaliação em vários eixos, cada um referente a um domínio de informação diferente. O DSM-5 mudou para uma documentação não-axial de diagnóstico. Transtornos e condições anteriormente listados no Eixo I (transtornos clínicos), Eixo II (transtornos de personalidade e transtornos do desenvolvimento intelectual) e Eixo III (outras condições médicas) são listados juntos sem diferenciação formal, normalmente em ordem de importância clínica. Psicossocial e

16

os fatores contextuais (anteriormente listados no Eixo IV) são listados junto com os diagnósticos e condições usando códigos Z no capítulo “Outras condições que podem ser um foco de atenção clínica”. O Eixo V do DSM-IV consistia na escala de Avaliação Global de Funcionamento (GAF), representando o julgamento do clínico sobre o nível geral de “funcionamento em um continuum hipotético de saúde mental-doença” do indivíduo. Essa escala foi substituída pelo Cronograma de Avaliação de Incapacidade da OMS (WHODAS), que está incluído na Seção III do DSM-5 (consulte o capítulo “Medidas de Avaliação”). O WHODAS é baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para uso em toda a medicina e cuidados de saúde.

Questões Estruturais Culturais e Sociais

Os transtornos mentais são definidos e reconhecidos por clínicos e outros no contexto de normas e valores socioculturais e comunitários locais. Os contextos culturais moldam a experiência e a expressão dos sintomas, sinais, comportamentos e limiares de gravidade que constituem critérios para o diagnóstico. Os contextos socioculturais também moldam aspectos de identidade (como etnia ou raça) que conferem posições sociais específicas e expõem de forma diferenciada os indivíduos a determinantes sociais da saúde, incluindo a saúde mental. Esses elementos culturais são transmitidos, revisados e recriados dentro das famílias, comunidades e outros sistemas e instituições sociais e mudam ao longo do tempo.

A avaliação diagnóstica deve incluir como as experiências, sintomas e comportamentos de um indivíduo diferem das normas socioculturais relevantes e levam a dificuldades de adaptação em seu contexto de vida atual. Os médicos também devem levar em conta como as apresentações clínicas dos indivíduos são influenciadas por sua posição dentro das estruturas e hierarquias sociais que moldam a exposição à adversidade e o acesso a recursos. Aspectos-chave do contexto sociocultural relevantes para a classificação e avaliação diagnóstica foram cuidadosamente considerados no desenvolvimento do DSM-5-TR.

Impacto das Normas e Práticas Culturais Os limites

entre normalidade e patologia variam entre contextos culturais para tipos específicos de comportamentos. Os limites de tolerância para sintomas ou comportamentos específicos diferem entre contextos culturais, configurações sociais e famílias. Assim, o nível em que uma experiência se torna problemática ou é percebida como patológica será diferente. O julgamento de que um determinado comportamento, experiência ou preocupação requer atenção clínica depende de normas culturais que são internalizadas pelo indivíduo e aplicadas por outras pessoas ao seu redor, incluindo familiares e médicos. Para avaliar com precisão os potenciais sinais e sintomas de psicopatologia, os médicos devem rotineiramente considerar o impacto de significados culturais, identidades e práticas sobre as causas e o curso da doença, por exemplo, por meio de qualquer um dos seguintes fatores: níveis de vulnerabilidade e os mecanismos de desordens (por exemplo, ao amplificar os medos que mantêm o transtorno do pânico ou a ansiedade em relação à saúde); estigma social e apoio gerado pelas respostas da família e da comunidade à doença mental; estratégias de enfrentamento que melhoram a resiliência em resposta à doença ou caminhos de busca de ajuda para acessar vários tipos de cuidados de saúde, incluindo tratamentos alternativos e complementares; e aceitação ou rejeição de um diagnóstico e adesão a tratamentos, afetando o curso da doença e a recuperação. Os contextos culturais também afetam a condução do encontro clínico, incluindo a entrevista diagnóstica. As diferenças culturais entre o clínico/membros da equipe de tratamento e o indivíduo têm implicações para a precisão e aceitação do diagnóstico, bem como para as decisões de tratamento, considerações prognósticas e

Conceitos Culturais de Angústia

Historicamente, o construto da síndrome culturalmente ligada foi um foco de trabalho em fenomenologia descritiva em psiquiatria cultural e psicologia. Desde o DSM-5, esse construto foi substituído por três conceitos que oferecem maior utilidade clínica:

1. *Expressão idiomática cultural de angústia* refere-se a um comportamento ou termo linguístico, frase ou maneira de falar sobre sintomas, problemas ou sofrimento entre indivíduos com origens culturais semelhantes para expressar ou comunicar características essenciais de angústia (por exemplo, afirmar: "Sinto-me tão deprimido" para expressar humor deprimido ou desânimo que não atinge o limiar para depressão maior

transtorno). Um idioma de angústia não precisa estar associado a sintomas específicos, síndromes ou causas percebidas. Pode ser usado para transmitir uma ampla gama de desconforto, incluindo preocupações cotidianas, condições subclínicas ou sofrimento devido a circunstâncias sociais em vez de transtornos mentais. Por exemplo, a maioria dos grupos culturais tem expressões corporais comuns de angústia usadas para expressar uma ampla gama de sofrimento e preocupações.

2. *Explicação cultural ou causa percebida* refere-se a um rótulo, atribuição ou característica de um modelo explicativo que fornece um conceito culturalmente coerente de etiologia ou causa para sintomas, doença ou angústia (por exemplo, a atribuição de psicopatologia a “estresse”, espíritos , ou falha em seguir práticas culturalmente prescritas). Explicações causais podem ser características salientes de classificações locais de doenças usadas por leigos ou curandeiros.

3. A *síndrome cultural* refere-se a um conjunto ou grupo de sintomas distintos e concomitantes encontrados em grupos, comunidades ou contextos culturais específicos (por exemplo, *ataque de nervos*).

A síndrome pode ou não ser reconhecida como uma doença no contexto cultural local (ou seja, pode ser rotulada de maneiras não médicas), mas esses padrões culturais de angústia e características da doença podem, no entanto, ser reconhecíveis por um observador externo.

Esses três conceitos (para os quais a discussão e os exemplos são fornecidos no capítulo da Seção III “Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico”) sugerem formas culturais de compreender e descrever experiências de angústia ou doença que podem ser eliciadas no encontro clínico. Eles influenciam a sintomatologia, a procura de ajuda, as apresentações clínicas, as expectativas de tratamento, a adaptação à doença e a resposta ao tratamento. O mesmo termo cultural geralmente serve a mais de uma dessas funções, e o uso pode mudar ao longo do tempo. Por exemplo, “depressão” nomeia uma síndrome, mas também se tornou uma expressão comum de angústia.

Impacto do racismo e da discriminação no diagnóstico psiquiátrico

O trabalho clínico e a pesquisa em psiquiatria são profundamente afetados por construções sociais e culturais de raça e etnia. A raça é uma construção social, não biológica. É usado para dividir as pessoas em grupos com base em características físicas superficiais, como a cor da pele. Embora não haja base biológica para a construção da raça, as práticas discriminatórias baseadas na raça têm efeitos profundos na saúde física e mental.

O processo social pelo qual categorias específicas de identidade são construídas com base em ideologias e práticas raciais é denominado *racialização*. As identidades racializadas são importantes porque estão fortemente associadas a sistemas de discriminação, marginalização e exclusão social. Outros aspectos da identidade, incluindo etnia, gênero, idioma, religião e orientação sexual, também podem ser foco de preconceitos ou estereótipos que podem afetar o processo de diagnóstico. avaliação.

O racismo existe nos níveis estrutural pessoal, interpessoal, sistêmico/institucional e social.

No nível pessoal, o racismo dá origem a estereótipos internalizados e experiências de ameaça, desvalorização, negligência e injustiça que afetam a saúde e o bem-estar dos indivíduos. No nível interpessoal, o racismo inclui não apenas comportamentos explícitos, mas também *microagressões*, que são desprezos e ofensas cotidianas que comunicam atitudes negativas em relação a grupos estigmatizados específicos, com consequências indutoras de estresse e traumatizantes. O racismo sistêmico/institucional refere-se às formas como a discriminação está inserida nas práticas cotidianas de instituições ou organizações, incluindo cuidados de saúde e psiquiatria. O racismo sistêmico pode não ser expresso em ideologias raciais abertas, mas pode ser mantido por

preconceitos implícitos e não intencionais, hábitos, rotinas e práticas que resultam em desconhecimento e desigualdade. Como resultado, os indivíduos podem participar e contribuir inadvertidamente para o racismo sistêmico sem endossar conscientemente ideias racistas. O conceito de racismo social estrutural enfatiza as formas como o racismo e a discriminação se manifestam na organização e nas normas da sociedade e nas políticas públicas com desigualdades generalizadas em recursos econômicos, poder e privilégios que impactam a exposição ao risco de saúde e o acesso aos cuidados de saúde. A violência estrutural e a opressão do racismo têm consequências físicas, psicológicas e sociais, incluindo efeitos negativos na saúde mental.

O racismo é um importante determinante social da saúde que contribui para uma ampla variedade de resultados adversos à saúde, incluindo hipertensão, comportamento suicida e transtorno de estresse pós-traumático e pode predispor os indivíduos ao uso de substâncias, transtornos de humor e psicose. Os estereótipos e atitudes raciais negativos afetam o desenvolvimento psicológico e o bem-estar dos grupos racializados. Outras consequências adversas da discriminação incluem acesso desigual aos cuidados e viés clínico no diagnóstico e tratamento; por exemplo, diagnóstico errôneo de esquizofrenia entre afro-americanos que apresentam transtornos de humor e outras condições, caminhos mais coercitivos para atendimento, menos tempo em tratamento ambulatorial e uso mais frequente de restrições físicas e tratamentos abaixo do ideal. Os médicos devem fazer esforços ativos para reconhecer e abordar todas as formas de racismo, preconceito e estereótipo na avaliação clínica, diagnóstico e tratamento.

Atenção à cultura, racismo e discriminação no DSM-5-TR

Durante o processo de revisão do DSM-5-TR, foram tomadas medidas para abordar o impacto da cultura, racismo e discriminação no diagnóstico psiquiátrico no texto dos capítulos de transtorno. Um Comitê de Revisão Transversal sobre Questões Culturais, composto por 19 especialistas americanos e internacionais em psiquiatria cultural, psicologia e antropologia, revisou os textos para influências culturais nas características do transtorno, incorporando informações relevantes nas seções sobre questões de diagnóstico relacionadas à cultura. Um Grupo de Trabalho de Eqüidade e Inclusão Etnoracial separado, composto por 10 profissionais de saúde mental de diversas origens étnicas e raciais com experiência em práticas de redução de disparidade, revisou referências a raça, etnia e conceitos relacionados para evitar perpetuar estereótipos ou incluir informações clínicas discriminatórias.

O DSM-5-TR está comprometido com o uso de linguagem que desafia a visão de que as raças são entidades discretas e naturais. O texto usa terminologia como *racializado* em vez de *racial* para destacar a natureza socialmente construída da raça. Quando o termo *etnoracial* é usado no texto, ele denota as categorias do Censo dos EUA, como hispânico, branco ou afro-americano, que combinam identificadores étnicos e raciais. O termo emergente *Latinx* (singular e plural) é usado no lugar de *Latino/a* para promover terminologia inclusiva de gênero. O termo *caucasiano* não é usado porque se baseia em visões obsoletas e errôneas sobre a origem geográfica de uma etnia pan-europeia prototípica. Os termos *minoria* e *não-branco* são evitados porque descrevem grupos sociais em relação a uma “maioria” racializada, prática que tende a perpetuar hierarquias sociais.

Quando necessário para clareza no relato de informações epidemiológicas ou outras com base em estudos específicos, no entanto, o texto usa os rótulos de grupo dos estudos relevantes. O termo *cultura* é usado não para se referir a um grupo social distinto (por exemplo, “a prevalência difere entre as culturas”), mas sim para indicar a heterogeneidade de visões e práticas culturais dentro das sociedades; os termos *contextos culturais* ou *origens culturais* são preferíveis.

As seções sobre prevalência para cada transtorno foram revisadas para garantir que os achados sejam apresentados com referência clara às áreas geográficas ou grupos sociais incluídos na coleta de dados (por exemplo, “na população geral dos EUA”); isso evita generalizar demais as descobertas para comunidades ainda não estudadas. Dados de prevalência em grupos etnoraciais específicos foram incluídos quando pesquisas existentes documentaram estimativas confiáveis com base em dados representativos.

19

amostras. O grupo de trabalho estava preocupado que os dados de amostras não representativas pudessem ser enganosos. Isso explica a inclusão limitada de dados sobre certos grupos étnicos, notadamente os nativos americanos. Há uma necessidade urgente de pesquisas sobre este e outros grupos importantes.

As estimativas de prevalência também dependem da ausência de viés de avaliação; o texto indica quando mais pesquisas são necessárias para garantir a precisão dos dados disponíveis. Os usuários são incentivados a ler as seções sobre questões de diagnóstico relacionadas à cultura para contextualizar as seções sobre prevalência.

Sexo e diferenças de gênero

Diferenças de sexo e gênero no que se refere às causas e expressão de condições médicas são estabelecidas para uma série de doenças, incluindo um número crescente de transtornos mentais. Sexo refere-se a fatores atribuíveis aos órgãos reprodutivos de um indivíduo e ao complemento cromossômico XX ou XY. O gênero é um resultado dos órgãos reprodutivos, bem como da auto-representação de um indivíduo e inclui as consequências psicológicas, comportamentais e sociais do gênero percebido do indivíduo. Muitas das informações sobre a expressão de doenças psiquiátricas em mulheres e homens são baseadas no gênero auto-identificado e, portanto, comumente usamos *diferenças de gênero* ou “mulheres e homens” ou “meninos e meninas” no DSM-5-TR. No entanto, se a informação estiver disponível e pertinente ao “sexo” – por exemplo, diferenças sexuais no metabolismo de substâncias, ou estágios da vida restritos a apenas um sexo, como gravidez ou menopausa – usamos o termo *diferenças sexuais* ou “masculino e feminino”.

Sexo e gênero podem influenciar a doença de várias maneiras. Primeiro, o sexo pode determinar exclusivamente se um indivíduo está em risco de um transtorno (por exemplo, como no transtorno disfórico pré-menstrual). Em segundo lugar, o sexo ou o gênero podem moderar o risco geral de desenvolvimento de um transtorno, conforme demonstrado por diferenças marcantes nas taxas de prevalência e incidência de transtornos mentais selecionados em homens e mulheres. Em terceiro lugar, o sexo ou o gênero podem influenciar a probabilidade de que sintomas específicos de um transtorno sejam experimentados por um indivíduo. Por exemplo, o TDAH pode se manifestar de maneira diferente em meninos e meninas. Sexo ou gênero também podem ter outros efeitos na experiência de um transtorno que são indiretamente relevantes para o diagnóstico psiquiátrico. Por exemplo, certos sintomas podem ser mais prontamente endossados por homens ou mulheres, e esse endosso contribui para diferenças na prestação de serviços (p. do que os homens).

Eventos do ciclo de vida reprodutivo, incluindo variações nos hormônios ovarianos durante o ciclo menstrual, gravidez ou menopausa, podem contribuir para diferenças sexuais no risco e expressão da doença. Assim, o especificador “com início no periparto” que pode ser aplicado a um breve transtorno psicótico ou a um episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior denota um período de tempo em que as mulheres podem estar em risco aumentado para o início de um episódio de doença. No caso do sono e energia, as alterações pós-parto são muitas vezes normativas e, portanto, podem ter menor diagnóstico.

confiabilidade em puérperas.

O manual está configurado para incluir informações sobre sexo e gênero em vários níveis. Se houver sintomas específicos de gênero, eles foram adicionados aos critérios diagnósticos. Um especificador relacionado ao sexo, como “com início periparto” de um episódio de humor, fornece informações adicionais sobre sexo e diagnóstico. As estimativas de prevalência baseadas em sexo e gênero estão incluídas na seção “Prevalência” de cada texto de transtorno. Finalmente, outras questões que são pertinentes ao diagnóstico e influenciadas pelo sexo e/ou considerações de gênero podem ser encontradas na seção “Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero” no texto para transtornos relevantes.

Associação com Pensamentos ou Comportamentos Suicidas O DSM-5-TR

contém uma nova seção de texto para cada diagnóstico, “Associação com Pensamentos ou Comportamentos Suicidas”, quando tal informação estiver disponível na literatura. As informações incluídas são geralmente baseadas em estudos que demonstram associações de pensamentos suicidas

20

ou comportamento com um determinado diagnóstico. Dentro de grupos de indivíduos com o mesmo diagnóstico, uma ampla gama de psicopatologias relevantes pode ter impacto no risco de suicídio, variando de nenhum a grave. Portanto, na avaliação do risco de suicídio de um indivíduo específico, os médicos devem usar o julgamento clínico informado por fatores de risco conhecidos e não confiar apenas na presença de um diagnóstico associado a pensamentos ou comportamentos suicidas. As informações nestas seções devem servir como um alerta aos médicos de que investigações adicionais podem ser indicadas para um indivíduo com um diagnóstico específico. A avaliação de risco clínico requer uma avaliação individualizada que engloba muitos fatores e vai muito além da formulação de um diagnóstico do DSM-5 e do escopo deste manual.

Recursos Adicionais e Orientações Futuras

Condições para Estudo Adicional Descritas

na Seção III, “Condições para Estudo Adicional”, são aquelas condições propostas para as quais ainda não há evidências científicas suficientes para apoiar o uso clínico generalizado. Esses critérios propostos e texto de apoio são incluídos para destacar as condições que podem se beneficiar de pesquisas adicionais.

Ferramentas de avaliação e monitoramento: agora e olhando para o Futuro

Os vários componentes do DSM-5 são fornecidos para facilitar a avaliação clínica e auxiliar no desenvolvimento de uma formulação de caso abrangente (consulte “Uso do Manual”) e na identificação de características que podem influenciar o prognóstico de quaisquer transtornos mentais diagnosticados. Considerando que os critérios diagnósticos na Seção II estão bem estabelecidos e passaram por extensa revisão, o

ferramentas de avaliação, Entrevista de Formulação Cultural e condições para estudos adicionais incluídos na Seção III são aqueles para os quais podem ser necessárias evidências científicas adicionais para apoiar o uso clínico generalizado. Esses auxílios diagnósticos e critérios propostos são incluídos para destacar a evolução e a direção dos avanços científicos nessas áreas e estimular novas pesquisas.

Cada uma das medidas na Seção III, “Medidas de Avaliação”, é fornecida para auxiliar em uma avaliação abrangente de indivíduos que contribuirão para um diagnóstico e plano de tratamento adaptados à apresentação individual e ao contexto clínico. As medidas transversais de gravidade específica de sintomas e diagnósticos fornecem classificações quantitativas de áreas clínicas importantes que são projetadas para serem usadas na avaliação inicial para estabelecer uma linha de base para comparação com classificações em encontros subsequentes para monitorar mudanças e informar o planejamento do tratamento. Onde a dinâmica cultural é particularmente importante para a avaliação diagnóstica, a Entrevista de Formulação Cultural (localizada no capítulo da Seção III “Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico”) deve ser considerada como uma ajuda útil para se comunicar com o indivíduo.

Todas essas medidas estão disponíveis online em: www.psychiatry.org/dsm5.

A estrutura organizacional do DSM-5, seu uso de medidas dimensionais e sua compatibilidade com os códigos da CID permitirão que seja prontamente adaptável a futuras descobertas e refinamentos científicos que aumentam sua utilidade clínica.

Uso do Manual

Este texto foi elaborado para fornecer um guia prático para o uso do DSM-5, particularmente na prática clínica.

Abordagem à Formulação de Casos Clínicos O objetivo principal

do DSM-5 é auxiliar médicos treinados no diagnóstico de transtornos mentais como parte de uma avaliação de formulação de caso que leve a um plano de tratamento informado para cada indivíduo. A formulação do caso para qualquer indivíduo deve envolver uma história clínica cuidadosa e um resumo conciso dos fatores sociais, psicológicos e biológicos que podem ter contribuído para o desenvolvimento de um determinado transtorno mental. Não é suficiente simplesmente marcar os sintomas nos critérios diagnósticos para fazer um diagnóstico de transtorno mental. Uma avaliação completa desses critérios pode garantir uma avaliação mais confiável (que pode ser auxiliada pelo uso de ferramentas de avaliação dimensional da gravidade dos sintomas); a gravidade relativa e a proeminência dos sinais e sintomas de um indivíduo e sua contribuição para um diagnóstico exigirão, em última análise, julgamento clínico. O diagnóstico requer treinamento clínico para reconhecer quando a combinação de fatores predisponentes, precipitantes, perpetuantes e protetores resultou em uma condição psicopatológica na qual os sinais e sintomas excedem os limites normais. O objetivo final de uma formulação de caso clínico é usar as informações contextuais e diagnósticas disponíveis no desenvolvimento de um plano de tratamento abrangente que seja informado pelo contexto cultural e social do indivíduo. No entanto, as recomendações para a seleção e uso das opções de tratamento baseadas em evidências mais apropriadas para cada transtorno estão além do escopo deste manual.

Elementos de um diagnóstico Os critérios

diagnósticos são oferecidos como diretrizes para fazer diagnósticos, e seu uso deve ser informado pelo julgamento clínico. Descrições de texto, incluindo seções introdutórias de cada capítulo de diagnóstico, podem ajudar no diagnóstico (por exemplo, descrevendo os critérios mais detalhadamente em “Recursos de diagnóstico”; fornecendo diagnósticos diferenciais).

Após a avaliação dos critérios diagnósticos, os médicos devem considerar a aplicação de subtipos e/ou especificadores de transtorno conforme apropriado. A maioria dos especificadores são aplicáveis apenas à apresentação atual e podem mudar ao longo do curso do transtorno (por exemplo, com insight bom a razoável; apresentação predominantemente desatenta; em um ambiente controlado) e só podem ser dados se todos os critérios para o transtorno forem atualmente atendidos. Outros especificadores são indicativos do curso da vida (por exemplo, com padrão sazonal, tipo bipolar no transtorno esquizoafetivo) e podem ser atribuídos independentemente do status atual.

Quando a apresentação dos sintomas não satisfaz todos os critérios para qualquer transtorno e os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento, a categoria “outro especificado” ou “não especificado” correspondente aos sintomas predominantes deve ser considerado.

22

Subtipos e especificadores Os

subtipos e especificadores são fornecidos para aumentar a especificidade diagnóstica. Os *subtipos* definem subgrupos fenomenológicos mutuamente exclusivos e exaustivos em conjunto dentro de um diagnóstico e são indicados pela instrução “*Especifique se*” no conjunto de critérios (por exemplo, na anorexia nervosa, *especifique se* tipo restritivo ou tipo de compulsão alimentar/purgação). Em contraste, os *especificadores* não pretendem ser mutuamente exclusivos ou exaustivos em conjunto e, como consequência, mais de um especificador pode ser aplicado a um determinado diagnóstico. Os *especificadores* (em oposição aos *subtipos*) são indicados pela instrução “*Especifique*” ou “*Especifique se*” no conjunto de critérios (por exemplo, no transtorno de ansiedade social, “*Especifique se: somente desempenho*”). Especificadores e subtipos fornecem uma oportunidade para definir um subgrupo mais homogêneo de indivíduos com o transtorno que compartilham certas características (p. especificador “com outra comorbidade médica” em distúrbios do sono-vigília. Embora o quinto caractere dentro de um código CID-10-CM às vezes seja designado para indicar um subtipo ou especificador específico (por exemplo, “0” no quinto caractere no código diagnóstico F02.80 para transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer, para indicar a ausência de um distúrbio comportamental versus um “1” no quinto caractere do código diagnóstico F02.81 para transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer para indicar a presença de um distúrbio comportamental), a maioria dos subtipos e especificadores incluídos no DSM 5 -TR não são refletidos no código CID-10-CM e são indicados pelo registro do subtipo ou especificador após o nome do transtorno (por exemplo, transtorno de ansiedade social, tipo de desempenho).

Uso de outros transtornos mentais especificados e não especificados Embora

décadas de esforço científico tenham sido dedicados ao desenvolvimento dos conjuntos de critérios diagnósticos para os transtornos incluídos na Seção II, é bem reconhecido que esse conjunto de diagnósticos categóricos não descreve completamente a gama completa de transtornos mentais que indivíduos experimentam e apresentam aos médicos diariamente em todo o mundo. Portanto, também é necessário incluir opções de transtornos “outros especificados” ou “não especificados” para apresentações que não se encaixam exatamente nos limites diagnósticos dos transtornos em cada capítulo. Além disso, existem ambientes (por exemplo, pronto-socorro) em que só é possível identificar as expressões de sintomas mais proeminentes associadas a um capítulo específico (por exemplo, delírios, alucinações, mania, depressão, ansiedade, intoxicação por substâncias, sintomas neurocognitivos). Nesses casos, pode ser mais apropriado atribuir o transtorno “não especificado” correspondente como um substituto até que um diagnóstico diferencial mais completo seja possível.

O DSM-5 oferece duas opções de diagnóstico para apresentações que não atendem aos critérios diagnósticos para nenhum dos transtornos específicos do DSM-5: *outro transtorno especificado* e *transtorno não especificado*. A outra categoria especificada é fornecida para permitir que o clínico comunique a

motivo específico de que a apresentação não atende aos critérios para qualquer categoria específica dentro de uma classe diagnóstica. Isso é feito registrando o nome da categoria, seguido do motivo específico. Por exemplo, com um indivíduo com alucinações persistentes ocorrendo na ausência de quaisquer outros sintomas psicóticos (uma apresentação que não atende aos critérios para nenhum dos transtornos específicos no capítulo “Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”), o clínico registraria “outro espectro de esquizofrenia especificado e outro transtorno psicótico, com alucinações auditivas persistentes”. Se o clínico optar por não especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno específico, então será diagnosticado “espectro de esquizofrenia não especificado e outro transtorno psicótico”. Observe que a diferenciação entre outros distúrbios especificados e não especificados é baseada na escolha do clínico em indicar ou não as razões pelas quais a apresentação não atende a todos os critérios, proporcionando máxima flexibilidade para o diagnóstico. Quando o clínico determina que há informações clínicas disponíveis suficientes para especificar a natureza do

23

apresentação, o diagnóstico “outro especificado” pode ser dado. Nos casos em que o clínico não é capaz de especificar melhor a apresentação clínica (por exemplo, em ambientes de emergência), o diagnóstico “não especificado” pode ser dado. Isso é inteiramente uma questão de julgamento clínico.

É uma convenção de longa data do DSM que as condições incluídas no capítulo “Condições para Estudo Adicional” na Seção III sejam listadas como exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação “outras especificadas”. A inclusão dessas condições para estudos adicionais como exemplos não representa o endosso da American Psychiatric Association de que essas são categorias diagnósticas válidas.

Uso do Julgamento Clínico DSM-5 é

uma classificação de transtornos mentais que foi desenvolvida para uso em ambientes clínicos, educacionais e de pesquisa. As categorias diagnósticas, critérios e descrições textuais devem ser empregadas por indivíduos com treinamento clínico apropriado e experiência em diagnóstico. É importante que o DSM-5 não seja aplicado mecanicamente por indivíduos sem treinamento clínico. Os critérios diagnósticos específicos incluídos no DSM-5 destinam-se a servir como diretrizes a serem informadas pelo julgamento clínico e não devem ser usados como um livro de receitas rígido. Por exemplo, o exercício do julgamento clínico pode justificar dar um certo diagnóstico a um indivíduo, mesmo que a apresentação clínica esteja aquém de preencher todos os critérios para o diagnóstico, desde que os sintomas presentes sejam persistentes e graves. Por outro lado, a falta de familiaridade com o DSM-5 ou a aplicação excessivamente flexível e idiossincrática dos critérios do DSM-5 reduz substancialmente sua utilidade como linguagem comum para comunicação.

Critério de significância clínica Na ausência

de marcadores biológicos claros ou medidas clinicamente úteis de gravidade para muitos transtornos mentais, não foi possível separar completamente as expressões de sintomas normais das patológicas contidas nos critérios diagnósticos. Essa lacuna na informação é particularmente problemática em situações clínicas em que a apresentação dos sintomas do indivíduo por si só (particularmente nas formas leves) não é inherentemente patológica e pode ser encontrada naqueles por

para quem um diagnóstico de “transtorno mental” seria inadequado. Portanto, um critério diagnóstico genérico que requer sofrimento ou incapacidade tem sido usado para estabelecer os limiares do transtorno, geralmente denominado “o distúrbio causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento”. Avaliar se esse critério é atendido, especialmente em termos de função de papel, é um julgamento clínico inherentemente difícil. O texto que segue a definição de transtorno mental reconhece que esse critério pode ser especialmente útil para determinar a necessidade de tratamento de um indivíduo. O uso de informações do indivíduo, bem como de membros da família e outros terceiros por meio de entrevistas ou avaliações relatadas pelo próprio ou pelo informante sobre o desempenho do indivíduo é muitas vezes necessário.

Procedimentos de codificação e registro O sistema de

codificação oficial em uso nos Estados Unidos desde 1º de outubro de 2015 é a *Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão, Modificação Clínica (CID-10-CM)*, uma versão da CID-10 da Organização Mundial da Saúde que foi modificada para uso clínico pelo Centro Nacional de Estatísticas de Saúde (NCHS) dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças e fornece os únicos códigos de diagnóstico permitidos para transtornos mentais para uso clínico nos Estados Unidos. A maioria dos transtornos do DSM-5 tem um código alfanumérico CID-10-CM que aparece antes do nome do transtorno (ou subtipo ou especificador codificado) na Classificação DSM-5-TR e nos critérios de acompanhamento definidos para cada transtorno. Para alguns diagnósticos (por exemplo, transtornos neurocognitivos, transtornos induzidos por substâncias/medicamentos), o código apropriado depende de especificações adicionais e está listado dentro dos critérios estabelecidos para o

24

transtorno com uma nota de codificação e, em alguns casos, é melhor esclarecido na seção de texto “Procedimentos de Gravação”. Os nomes de alguns distúrbios são seguidos por termos alternativos entre parênteses.

O uso de códigos diagnósticos é fundamental para a manutenção de prontuários médicos. A codificação de diagnóstico facilita a coleta e recuperação de dados e a compilação de informações estatísticas. Os códigos também são frequentemente necessários para relatar dados de diagnóstico a terceiros interessados, incluindo agências governamentais, seguradoras privadas e a Organização Mundial da Saúde. Por exemplo, nos Estados Unidos, o uso dos códigos CID-10-CM para distúrbios no DSM-5-TR foi obrigatório pela Health Care Financing Administration para fins de reembolso no sistema Medicare.

Diagnóstico principal/motivo da visita A

convenção geral no DSM-5 é permitir que diagnósticos múltiplos sejam atribuídos para as apresentações que atendem aos critérios para mais de um transtorno do DSM-5. Quando mais de um diagnóstico é dado em ambiente de internação, o diagnóstico principal é a condição estabelecida após o estudo como principal responsável por ocasionar a admissão do indivíduo. Quando mais de um diagnóstico é dado para um indivíduo em ambiente ambulatorial, o motivo da consulta é a condição que é a principal responsável pelos serviços médicos ambulatoriais recebidos durante a consulta. Na maioria dos casos, o principal diagnóstico ou o motivo da consulta também é o principal foco de atenção ou tratamento. Muitas vezes é difícil (e um tanto arbitrário) determinar qual diagnóstico é o diagnóstico principal ou o motivo da consulta. Por exemplo, pode não e

deve ser considerado “principal” para um indivíduo hospitalizado com esquizofrenia e transtorno por uso de álcool, porque cada condição pode ter contribuído igualmente para a necessidade de internação e tratamento. O diagnóstico principal é indicado listando-o primeiro, e os demais distúrbios são listados em ordem de foco de atenção e tratamento. Quando o principal diagnóstico ou motivo da visita é um transtorno mental devido a outra condição médica (por exemplo, transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer, transtorno psicótico devido a neoplasia pulmonar maligna), as regras de codificação do CID exigem que a condição médica etiológica seja listada primeiro. Nesse caso, o principal diagnóstico ou motivo da visita seria o transtorno mental devido à condição médica, o segundo diagnóstico listado. Para maior clareza, o transtorno listado como o diagnóstico principal ou o motivo da visita pode ser seguido pela frase de qualificação “(diagnóstico principal)” ou “(motivo da visita)”.

Diagnóstico Provisório

O modificador “provisório” pode ser usado quando atualmente não há informações suficientes para indicar que os critérios diagnósticos foram atendidos, mas há uma forte presunção de que as informações estarão disponíveis para permitir essa determinação. O clínico pode indicar a incerteza diagnóstica registrando “(provisório)” após o diagnóstico. Por exemplo, esse modificador pode ser usado quando um indivíduo que parece ter uma apresentação consistente com um diagnóstico de transtorno depressivo maior atual é incapaz de fornecer uma história adequada, mas espera-se que essa informação fique disponível após entrevistar um informante ou revisar registros médicos. Assim que essa informação estiver disponível e confirmar que os critérios diagnósticos foram atendidos, o modificador “(provisório)” será removido. Outro uso de “provisório” é para aquelas situações em que o diagnóstico diferencial depende exclusivamente de a duração da doença não exceder um limite superior exigido pelos critérios diagnósticos. Por exemplo, um diagnóstico de transtorno esquizofreniforme requer uma duração de pelo menos 1 mês, mas inferior a 6 meses. Se um indivíduo atualmente apresenta sintomas consistentes com um diagnóstico de transtorno esquizofreniforme, exceto que a duração final é desconhecida porque os sintomas ainda estão em andamento, o modificador “(provisório)” seria aplicado e removido se os sintomas regredissem dentro de um período de 6 meses. Se eles não remitem, o diagnóstico seria alterado p

Observações sobre a terminologia

Transtorno Mental Induzido por Substância/Medicação

O termo “transtorno mental induzido por substância/medicamento” refere-se a apresentações sintomáticas decorrentes dos efeitos fisiológicos de uma substância exógena no sistema nervoso central, incluindo sintomas que se desenvolvem durante a abstinência de uma substância exógena capaz de causar dependência fisiológica. Tais substâncias exógenas incluem intoxicantes típicos (por exemplo, álcool, inalantes, alucinógenos, cocaína), medicamentos psicotrópicos (por exemplo, estimulantes; sedativos, hipnóticos, ansiolíticos), outros medicamentos (por exemplo, esteróides) e toxinas ambientais (por exemplo, inseticidas organofosforados). As edições do DSM do DSM-III ao DSM-IV referiam-se a estes como “transtornos mentais induzidos por substâncias”. Para enfatizar que medicamentos e não apenas substâncias de abuso podem causar sintomas psiquiátricos, o termo foi

alterado para “induzido por substância/medicamento” no DSM-5.

Transtornos Mentais Independentes

Historicamente, os transtornos mentais foram divididos entre aqueles denominados “orgânicos” (causados por fatores físicos) versus aqueles que eram “não orgânicos” (puramente da mente; também chamados de “funcionais” ou “psicogênicos”), termos que foram incluídos no DSM até o DSM-IV. Como essas dicotomias implicavam enganosamente que os transtornos não orgânicos não têm base biológica e que os transtornos mentais não têm base física, o DSM-IV atualizou essa terminologia da seguinte forma: 1) os termos “orgânico” e “não orgânico” foram eliminados do DSM-IV; 2) os distúrbios anteriormente denominados “orgânicos” foram divididos em decorrentes dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (induzidos por substância) e decorrentes dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica no sistema nervoso central; e 3) o termo “transtornos mentais não orgânicos” (ou seja, aqueles transtornos que não se devem a substâncias ou condições médicas) foi substituído por “transtorno mental primário”. No DSM-5, essa terminologia foi ainda mais refinada, substituindo “primário” por “independente” (por exemplo, o critério C no transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento começa com “a perturbação não é melhor explicada por um transtorno de ansiedade que não é substância A evidência de um transtorno de ansiedade *independente* pode incluir...” [ítálico adicionado para referência]). Isso foi feito para reduzir o potencial de confusão, uma vez que o termo “primário” originalmente (por exemplo, às vezes é usado para indicar qual transtorno entre vários transtornos comórbidos foi o primeiro a ocorrer). O uso de “transtorno mental independente” não deve ser interpretado como significando que o transtorno é independente de outros fatores causais potenciais, como estressores psicossociais ou ambientais.

Outras condições médicas

Outra dicotomia adotada pelas edições anteriores do DSM que refletiam o dualismo mente-corpo foi a divisão dos transtornos em “distúrbios mentais” e “distúrbios físicos”. Em conjunto com a eliminação da terminologia orgânica/não orgânica, o DSM-IV substituiu a dicotomia “transtorno mental” versus “transtorno físico” por uma dicotomia “transtorno mental” versus “condição médica geral”, com base na localização do capítulo dentro da Classificação Internacional de Doenças (CID).

As condições médicas no CID foram divididas em 17 capítulos com base em uma variedade de fatores, que incluem etiologia (por exemplo, Neoplasias [Capítulo 2]), localização anatômica (por exemplo, Doenças do ouvido e processo mastóide [Capítulo 8]), sistema do corpo (por exemplo, Doenças do sistema circulatório [Capítulo 9]) e contexto (por exemplo, Gravidez, parto e puerpério [Capítulo 15]). Na estrutura da CID, os transtornos mentais são aqueles localizados no Capítulo 5 e as condições médicas gerais são aquelas localizadas nos outros 16 capítulos. Devido a preocupações de que o termo “condição médica geral” possa ser confundido com a prática geral, o DSM-5 usa o termo “outra condição médica” para enfatizar o fato de que os transtornos mentais são condições médicas e que os transtornos mentais podem ser precipitados por outras condições médicas. É importante reconhecer que “a

transtorno” e “outra condição médica” são meramente termos de conveniência e não devem ser considerados como implicando que haja qualquer distinção fundamental entre transtornos mentais e outras condições médicas, que os transtornos mentais não estejam relacionados a fatores físicos ou biológicos ou

processos, ou que outras condições médicas não estão relacionadas a fatores ou processos comportamentais ou psicossociais.

Tipos de informações no texto do DSM-5-TR O texto do DSM-5-TR

fornecer informações contextuais para auxiliar na tomada de decisões de diagnóstico. O texto aparece imediatamente após os critérios diagnósticos para cada transtorno e descreve sistematicamente o transtorno sob os seguintes títulos: Procedimentos de Registro, Subtipos, Especificadores, Características Diagnósticas, Características Associadas, Prevalência, Desenvolvimento e Curso, Fatores de Risco e Prognósticos, Problemas de Diagnóstico Relacionados à Cultura , Problemas diagnósticos relacionados ao sexo e ao gênero, marcadores diagnósticos, associação com pensamentos ou comportamentos suicidas, consequências funcionais, diagnóstico diferencial e comorbidade. Em geral, quando informações limitadas estão disponíveis para uma seção, essa seção não é incluída.

Procedimentos de Registro fornece diretrizes para relatar o nome do distúrbio e para selecionar e registrar o código de diagnóstico CID-10-CM apropriado. Também inclui instruções para aplicar quaisquer subtipos e/ou especificadores apropriados.

Subtipos e/ou especificadores fornecem breves descrições de subtipos e/ou especificadores aplicáveis.

Recursos de diagnóstico fornece texto descritivo que ilustra o uso dos critérios e inclui pontos-chave em sua interpretação. Por exemplo, dentro dos recursos de diagnóstico para esquizofrenia, explica-se que alguns sintomas que podem parecer sintomas negativos podem ser atribuídos a efeitos colaterais de medicamentos.

Características Associadas incluem características clínicas que não são representadas nos critérios, mas ocorrem com uma frequência significativamente maior em indivíduos com o transtorno do que naqueles sem o transtorno. Por exemplo, indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada também podem apresentar sintomas somáticos que não estão contidos nos critérios de transtorno.

A **prevalência** descreve as taxas do transtorno na comunidade, mais frequentemente descritas como prevalência de 12 meses, embora para alguns transtornos seja observada prevalência pontual. As estimativas de prevalência também são fornecidas por faixa etária e por grupo étnico-racial/cultural, quando possível. A razão sexual (prevalência em homens versus mulheres) também é fornecida nesta seção. Quando os dados internacionais estão disponíveis, a variação geográfica nas taxas de prevalência é descrita. Para alguns distúrbios, especialmente aqueles para os quais há dados limitados sobre as taxas na comunidade, observa-se a prevalência em amostras clínicas relevantes.

Desenvolvimento e Curso descreve os padrões típicos de apresentação e evolução do transtorno ao longo da vida. Ele observa a idade típica de início e se a apresentação pode ter características prodromáticas/insidiosas ou pode se manifestar abruptamente. Outras descrições podem incluir um curso episódico versus persistente, bem como um único episódio versus um curso episódico recorrente. Os descriptores nesta seção podem abordar a duração dos sintomas ou episódios, bem como a progressão da gravidade e o impacto funcional associado. A tendência geral do distúrbio ao longo do tempo (por exemplo, estável, piorando, melhorando) é descrita aqui. As variações que podem ser observadas incluem características relacionadas ao estágio de desenvolvimento (por exemplo, infância, infância, adolescência, idade adulta, idade avançada).

Fatores de risco e prognóstico inclui uma discussão de fatores que podem contribuir para o

desenvolvimento de um transtorno. Está dividido em subseções abordando *fatores temperamentais* (por exemplo, características de personalidade); *fatores ambientais* (por exemplo, traumatismo craniano, trauma emocional, exposição a substâncias tóxicas, uso de substâncias); e *fatores genéticos e fisiológicos*

27

(por exemplo, *APOE4* para demência, outros riscos genéticos familiares conhecidos); esta subseção pode abordar padrões familiares (tradicionais), bem como fatores genéticos e epigenéticos. Uma subseção adicional para *modificadores de curso* inclui fatores que podem incorrer em um curso deletério e, inversamente, fatores que podem ter efeitos benéficos ou protetores.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura incluem informações sobre variações na expressão dos sintomas, atribuições para causas ou precipitantes do distúrbio, fatores associados à prevalência diferencial entre grupos demográficos, normas culturais que podem afetar o nível de patologia percebida, risco de diagnóstico incorreto ao avaliar indivíduos de grupos etnoraciais socialmente oprimidos, e outros materiais relevantes para o diagnóstico culturalmente informado. As taxas de prevalência em grupos culturais/étnicos específicos estão localizadas na seção Prevalência.

Questões de diagnóstico relacionadas a sexo e gênero incluem correlações do diagnóstico relacionadas a sexo ou gênero, predominância de sintomas ou diagnóstico por sexo ou gênero e quaisquer outras implicações diagnósticas relacionadas a sexo e gênero do diagnóstico, como diferenças no curso clínico por sexo ou gênero. As taxas de prevalência por sexo estão localizadas na seção Prevalência.

Marcadores de diagnóstico abordam medidas objetivas que estabelecem valor diagnóstico. Estes podem incluir achados do exame físico (p. devido à doença de Alzheimer).

A associação com pensamentos ou comportamentos suicidas fornece informações sobre a prevalência específica do transtorno de pensamentos ou comportamentos suicidas, bem como fatores de risco para suicídio que podem estar associados ao transtorno.

Functional Consequences discute notáveis consequências funcionais associadas a um transtorno que provavelmente terão impacto na vida diária dos indivíduos afetados; essas consequências podem afetar a capacidade de se engajar em tarefas relacionadas à educação, ao trabalho e à manutenção de uma vida independente. Estes podem variar de acordo com a idade e ao longo da vida.

O diagnóstico diferencial discute como diferenciar o transtorno de outros transtornos que apresentam algumas características de apresentação semelhantes.

A comorbidade inclui descrições de transtornos mentais e outras condições médicas (ou seja, condições classificadas fora do capítulo Transtornos Mentais e Comportamentais na CID-10-CM), com probabilidade de ocorrer concomitantemente com o diagnóstico.

Outras Condições e Distúrbios na Seção II

Além de fornecer critérios diagnósticos e texto para transtornos mentais do DSM-5, a Seção II também inclui dois capítulos para outras condições que não são transtornos mentais, mas podem ser encontradas

por clínicos de saúde mental. Essas condições podem ser listadas como motivo para uma consulta clínica além ou no lugar dos transtornos mentais na Seção II. O capítulo “**Distúrbios Induzidos por Medicação e Outros Efeitos Adversos da Medicação**” inclui parkinsonismo induzido por medicação, síndrome neuroléptica maligna, distonia aguda induzida por medicação, acatisia aguda induzida por medicação, discinesia tardia, distonia tardia/acatisia tardia, tremor postural induzido por medicação, antidepressivo síndrome de descontinuação e outros efeitos adversos da medicação. Essas condições estão incluídas na Seção II devido à sua importância frequente em 1) o tratamento medicamentoso de transtornos mentais ou outras condições médicas e 2) o diagnóstico diferencial com transtornos mentais (por exemplo, transtorno de ansiedade versus acatisia aguda induzida por medicação).

O capítulo “**Outras condições que podem ser foco de atenção clínica**” inclui condições e problemas psicosociais ou ambientais que não são considerados transtornos mentais, mas afetam o diagnóstico, curso, prognóstico ou tratamento do transtorno mental de um indivíduo. Essas condições são apresentadas com seus códigos correspondentes da CID-10-CM (geralmente códigos Z). Uma condição ou problema neste capítulo pode ser codificado com ou sem um diagnóstico de transtorno mental acompanhante 1) se for uma razão para a visita atual; 2) se ajuda a explicar a necessidade de um exame, procedimento ou tratamento; 3) se desempenha um papel na iniciação ou exacerbação de um transtorno mental; ou 4) se constituir um problema que deva ser considerado no plano geral de manejo. Estes incluem comportamento suicida e autolesão não suicida; abuso e negligência; problemas relacionais (por exemplo, Angústia no Relacionamento com Cônjugue ou Parceiro Íntimo); problemas educacionais, ocupacionais, habitacionais e econômicos; problemas relacionados ao ambiente social, interação com o sistema legal e outras circunstâncias psicosociais, pessoais e ambientais (por exemplo, problemas relacionados à gravidez indesejada, ser vítima de crime ou terrorismo); problemas relacionados com o acesso a cuidados médicos e outros cuidados de saúde; circunstâncias da história pessoal (por exemplo, História Pessoal de Trauma Psicológico); outros encontros de serviços de saúde para aconselhamento e aconselhamento médico (por exemplo, aconselhamento sexual); e condições ou problemas adicionais que podem ser um foco de atenção clínica (por exemplo, perambulação associada a um transtorno mental, luto não complicado, problema de fase da vida).

Melhorias on-line

O DSM-5-TR está disponível em assinaturas online em [PsychiatryOnline.org](https://www.psychiatryonline.org), bem como um e-book que reflete a edição impressa. A versão online fornece um conjunto completo de citações e referências no texto de suporte não disponíveis em versão impressa ou e-book; ele também é atualizado periodicamente para refletir quaisquer alterações resultantes do processo de revisão iterativa do DSM-5, descrito na Introdução. O DSM-5 será mantido online em um formato arquivado em [PsychiatryOnline.org](https://www.psychiatryonline.org), juntando-se às versões anteriores do DSM.

Escalas de avaliação clínica e medidas na edição impressa e e-book (veja “Medidas de Avaliação” na Seção III) estão incluídas on-line junto com medidas de avaliação adicionais usadas nos ensaios de campo (www.psychiatry.org/dsm5), vinculadas ao distúrbios. Do capítulo da Seção III “Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico”, a Entrevista de Formulação Cultural, Entrevista de Formulação Cultural - Versão Informante (ambos incluídos na versão impressa e e-book), e

módulos suplementares ao núcleo da Entrevista de Formulação Cultural estão todos disponíveis online em www.psychiatry.org/dsm5.

Declaração de precaução para uso forense do DSM-

Embora os critérios de diagnóstico e o texto do DSM-5 sejam projetados principalmente para auxiliar os médicos na condução de avaliações clínicas, formulação de casos e planejamento de tratamento, o DSM-5 também é usado como referência para os tribunais e advogados na avaliação das consequências legais dos transtornos mentais. Como resultado, é importante observar que a definição de transtorno mental incluída no DSM-5 foi desenvolvida para atender às necessidades de médicos, profissionais de saúde pública e pesquisadores de pesquisa, e não às necessidades técnicas dos tribunais e profissionais do direito. Também é importante observar que o DSM-5 não fornece diretrizes de tratamento para nenhum distúrbio específico.

Quando utilizados de forma adequada, diagnósticos e informações diagnósticas podem auxiliar os tomadores de decisões jurídicas em suas determinações. Por exemplo, quando a presença de um transtorno mental é o predicado para uma determinação legal posterior (por exemplo, prisão civil involuntária), o uso de um sistema de diagnóstico estabelecido aumenta o valor e a confiabilidade da determinação. Ao fornecer um compêndio baseado em uma revisão da literatura clínica e de pesquisa pertinente, o DSM-5 pode facilitar a compreensão dos tomadores de decisões legais sobre as características relevantes dos transtornos mentais. A literatura relacionada a diagnósticos também serve para verificar especulações infundadas sobre os transtornos mentais e sobre o funcionamento de um determinado indivíduo. Finalmente, informações diagnósticas sobre o curso longitudinal podem melhorar a tomada de decisão quando a questão legal diz respeito ao funcionamento mental de um indivíduo em um momento passado ou futuro.

No entanto, o uso do DSM-5 em ambientes forenses deve ser informado por uma conscientização dos riscos e limitações de seu uso. Quando as categorias, critérios e descrições textuais do DSM-5 são empregados para fins forenses, existe o risco de que as informações de diagnóstico sejam mal utilizadas ou mal compreendidas. Esses perigos surgem devido ao ajuste imperfeito entre as questões de interesse último da lei e as informações contidas em um diagnóstico clínico. Na maioria das situações, o diagnóstico clínico de um transtorno mental do DSM-5, como transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual), esquizofrenia, transtorno neurocognitivo maior, transtorno do jogo ou transtorno pedofílico, não implica que um indivíduo com tal condição atenda aos critérios legais para a presença de um transtorno mental ou "doença mental" conforme definido em lei, ou um padrão legal especificado (por exemplo, para competência, responsabilidade criminal ou deficiência). Para este último, geralmente são necessárias informações adicionais além daquelas contidas no diagnóstico do DSM-5, que podem incluir informações sobre as deficiências funcionais do indivíduo e como essas deficiências afetam as habilidades específicas em questão. É precisamente porque deficiências, habilidades e deficiências variam amplamente dentro de cada categoria diagnóstica que a atribuição de um diagnóstico específico não implica um nível específico de risco, deficiência ou deficiência.

O uso do DSM-5 para avaliar a presença de um transtorno mental por indivíduos não clínicos, não médicos ou de outra forma insuficientemente treinados não é recomendado. Os tomadores de decisão não clínicos também devem ser advertidos de que um diagnóstico não traz quaisquer implicações necessárias em relação à

etiologia ou causas do transtorno mental do indivíduo ou o grau de controle do indivíduo sobre os comportamentos que podem estar associados ao transtorno. Mesmo quando o controle diminuído sobre o próprio comportamento do indivíduo é uma característica do transtorno, ter o diagnóstico em si não demonstra que um indivíduo em particular é (ou foi) incapaz de controlar seu comportamento em um determinado momento.

SEÇÃO II

Critérios e Códigos de Diagnóstico

Distúrbios do neurodesenvolvimento

Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

Transtornos Bipolares e Relacionados

Transtornos Depressivos

Transtornos de Ansiedade

Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados

Transtornos Relacionados a Traumas e Estressores

Distúrbios Dissociativos

Sintoma somático e distúrbios relacionados

Distúrbios Alimentares e Alimentares

Distúrbios de Eliminação

Distúrbios do sono-vigília

Disfunções Sexuais

Disforia de gênero

Distúrbios disruptivos, de controle de impulsos e de conduta

Transtornos Relacionados a Substâncias e Dependências

Distúrbios Neurocognitivos

Transtornos de Personalidade

Transtornos parafílicos

Outros Transtornos Mentais e Códigos Adicionais

Distúrbios do Movimento Induzidos por Medicação e Outros Efeitos Adversos da Medicação

Outras condições que podem ser foco de atenção clínica

Esta seção contém os critérios de diagnóstico aprovados para uso clínico de rotina juntamente com os códigos de diagnóstico da CID-10-CM. Para cada transtorno mental, os critérios diagnósticos são seguidos por um texto descritivo para auxiliar na tomada de decisão diagnóstica. Quando necessário, também são fornecidas notas para facilitar a seleção do código CID-10-CM apropriado, bem como os procedimentos de registro.

A Seção II também inclui dois capítulos de outras condições que não são transtornos mentais, mas podem ser encontradas por médicos. "Distúrbios do Movimento Induzidos por Medicação e Outros Efeitos Adversos da Medicação" apresenta condições de importância frequente no tratamento por medicação de transtornos mentais ou outras condições médicas e o diagnóstico diferencial com transtornos mentais (por exemplo, um transtorno de ansiedade versus acatisia aguda induzida por medicação). "Outras condições que podem ser foco de atenção clínica" inclui condições e problemas psicossociais ou ambientais que não são considerados transtornos mentais, mas que afetam o diagnóstico, curso, prognóstico ou tratamento do transtorno mental de um indivíduo.

Esses três componentes – os critérios e seu texto descritivo, os distúrbios do movimento induzidos por medicamentos e outros efeitos adversos da medicação e as descrições de outras condições que podem ser foco de atenção clínica – representam os elementos-chave do processo de diagnóstico clínico e, portanto, são apresentados juntos.

Distúrbios do neurodesenvolvimento

Os transtornos do neurodesenvolvimento são um grupo de condições com início no período de desenvolvimento.

Os distúrbios geralmente se manifestam no início do desenvolvimento, muitas vezes antes da criança entrar na escola, e são caracterizados por déficits de desenvolvimento ou diferenças nos processos cerebrais que produzem prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou ocupacional.

A gama de déficits ou diferenças de desenvolvimento varia de limitações muito específicas de aprendizado ou controle de funções executivas a deficiências globais de habilidades sociais ou capacidade intelectual. Uma vez pensado para ser categoricamente definido, as abordagens dimensionais mais recentes para medir os sintomas demonstram uma gama de gravidade, muitas vezes sem um limite muito claro com o desenvolvimento típico. O diagnóstico de um distúrbio, portanto, requer a presença de sintomas e função prejudicada.

Os transtornos do neurodesenvolvimento frequentemente ocorrem concomitantemente; por exemplo, indivíduos com transtorno do espectro autista geralmente têm transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) e muitas crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) também têm um transtorno específico de aprendizagem. Os transtornos do neurodesenvolvimento também ocorrem frequentemente com outros transtornos mentais e comportamentais com início na infância (p. Para alguns transtornos do neurodesenvolvimento, a apresentação clínica inclui comportamentos mais frequentes ou intensos quando comparados aos de crianças normais da mesma idade de desenvolvimento e sexo, bem como déficits e atrasos no alcance dos marcos esperados. Por exemplo, o transtorno do espectro autista é diagnosticado apenas quando os déficits característicos de comunicação social são acompanhados por comportamentos excessivamente repetitivos, interesses restritos e insistência em

mesmice.

O transtorno do desenvolvimento intelectual é caracterizado por déficits nas habilidades mentais gerais, como raciocínio, resolução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, julgamento, aprendizado acadêmico e aprendizado com a experiência. Os déficits resultam em deficiências no funcionamento adaptativo, de tal forma que o indivíduo deixa de cumprir os padrões de independência pessoal e responsabilidade social em um ou mais aspectos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento acadêmico ou ocupacional e independência pessoal em casa ou no trabalho. configurações da comunidade. O atraso global do desenvolvimento, como o próprio nome indica, é diagnosticado quando um indivíduo não consegue atingir os marcos de desenvolvimento esperados em várias áreas do funcionamento intelectual. O diagnóstico é usado para indivíduos menores de 5 anos que não podem se submeter a avaliações sistemáticas do funcionamento intelectual e, portanto, o nível de gravidade clínica não pode ser avaliado com segurança.

O transtorno do desenvolvimento intelectual pode resultar de um insulto adquirido durante o período de desenvolvimento de, por exemplo, um traumatismo craniano grave, caso em que um transtorno neurocognitivo também pode ser diagnosticado.

Os distúrbios de comunicação incluem distúrbio de linguagem, distúrbio de som da fala,

transtorno de comunicação (pragmático) e transtorno de fluência com início na infância (gagueira). Os três primeiros distúrbios são caracterizados por déficits no desenvolvimento e uso da linguagem, fala e comunicação social, respectivamente. O transtorno da comunicação social é caracterizado por déficits nas habilidades de comunicação verbal e não verbal que resultam em

36

comprometimento social e não são mais bem explicados por baixas habilidades em linguagem estrutural, transtorno do desenvolvimento intelectual ou transtorno do espectro autista. O transtorno da fluência com início na infância é caracterizado por distúrbios da fluência normal e da produção motora da fala, incluindo sons ou sílabas repetitivas, prolongamento de sons de consoantes ou vogais, palavras quebradas, bloqueios ou palavras produzidas com excesso de tensão física. Como outros distúrbios do neurodesenvolvimento, os distúrbios da comunicação começam cedo na vida e podem produzir prejuízos funcionais ao longo da vida.

O transtorno do espectro autista é caracterizado por déficits persistentes na comunicação social e interação social em vários contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social e habilidades no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relacionamentos. Além dos déficits de comunicação social, o diagnóstico de transtorno do espectro autista requer a presença de padrões de comportamento, interesses ou atividades restritos e repetitivos. Como os sintomas mudam com o desenvolvimento e podem ser mascarados por mecanismos compensatórios, os critérios diagnósticos podem ser atendidos com base em informações históricas, embora a apresentação atual deva causar prejuízo significativo.

No diagnóstico de transtorno do espectro autista, as características clínicas individuais são observadas através do uso de especificadores (com ou sem deficiência intelectual concomitante; com ou sem deficiência estrutural de linguagem concomitante; associada a uma condição genética ou outra condição médica ou fator ambiental; associada a uma problema de desenvolvimento neurológico, mental ou comportamental), bem como especificadores que descrevem a gravidade dos sintomas autistas. Esses especificadores fornecem aos médicos a oportunidade de individualizar o diagnóstico e comunicar uma descrição clínica mais rica dos indivíduos afetados. Por exemplo, muitos indivíduos previamente diagnosticados com transtorno de Asperger agora receberiam um diagnóstico de transtorno do espectro do autismo sem linguagem ou deficiência intelectual.

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudicados de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização acarretam incapacidade de permanecer na tarefa, parecendo não ouvir, e perda de materiais necessários para as tarefas, em níveis inconsistentes com a idade ou nível de desenvolvimento. A hiperatividade-impulsividade envolve hiperatividade, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão nas atividades de outras pessoas e incapacidade de esperar – sintomas excessivos para a idade ou nível de desenvolvimento. Na infância, o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos que são frequentemente considerados “transtornos externalizantes”, como transtorno desafiador de oposição e transtorno de conduta. O TDAH geralmente persiste na idade adulta, com prejuízos resultantes do funcionamento social, acadêmico e ocupacional.

O transtorno específico de aprendizagem, como o nome indica, é diagnosticado quando há déficits específicos na capacidade de um indivíduo de perceber ou processar informações para aprender habilidades acadêmicas com eficiência e precisão. Esse transtorno do neurodesenvolvimento se manifesta pela primeira vez durante os anos de escolaridade formal e é caracterizado por dificuldades persistentes e prejudiciais no aprendizado de habilidades acadêmicas fundamentais em leitura, escrita e/ou matemática. O desempenho do indivíduo de

as habilidades acadêmicas afetadas estão bem abaixo da média para a idade, ou níveis de desempenho aceitáveis são alcançados apenas com esforço extraordinário. O transtorno específico de aprendizagem pode ocorrer em indivíduos identificados como intelectualmente superdotados e se manifestar apenas quando as demandas de aprendizagem ou procedimentos de avaliação (por exemplo, testes cronometrados) colocam barreiras que não podem ser superadas por sua inteligência inata e estratégias compensatórias. Para todos os indivíduos, o transtorno específico de aprendizagem pode produzir prejuízos ao longo da vida em atividades dependentes das habilidades, incluindo o desempenho ocupacional.

Os transtornos motores do neurodesenvolvimento incluem transtorno de coordenação do desenvolvimento, transtorno de movimento estereotipado e transtornos de tiques. O transtorno do desenvolvimento da coordenação é caracterizado por déficits na aquisição e execução de habilidades motoras coordenadas e se manifesta por falta de jeito e lentidão ou imprecisão no desempenho de

37

habilidades motoras que interferem nas atividades da vida diária. O distúrbio de movimento estereotípico é diagnosticado quando um indivíduo apresenta comportamentos motores repetitivos, aparentemente dirigidos e aparentemente sem propósito, como bater as mãos, balançar o corpo, bater a cabeça, morder a si mesmo ou bater. Os movimentos interferem nas atividades sociais, acadêmicas ou outras. Se os comportamentos causarem autolesão, isso deve ser especificado como parte da descrição do diagnóstico. Os transtornos de tique são caracterizados pela presença de tiques motores ou vocais, que são movimentos motores ou vocalizações súbitas, rápidas, recorrentes, não rítmicas, estereotipadas. A duração, a etiologia presumida e a apresentação clínica definem o transtorno de tique específico que é diagnosticado: transtorno de Tourette, transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico), transtorno de tique provisório, outro transtorno de tique especificado e transtorno de tique não especificado. O transtorno de Tourette é diagnosticado quando o indivíduo apresenta múltiplos tiques motores e vocais que estão presentes há pelo menos 1 ano e que têm um curso de sintomas de declínio crescente.

A utilização de especificadores para o diagnóstico do transtorno do neurodesenvolvimento enriquece a descrição clínica da evolução clínica do indivíduo e da sintomatologia atual. Estes incluem o seguinte: Especificadores de gravidade estão disponíveis para transtorno do desenvolvimento intelectual, transtorno do espectro do autismo, TDAH, transtorno específico de aprendizagem e transtorno de movimento estereotipado.

Especificadores indicativos de sintomatologia atual estão disponíveis para TDAH, transtorno específico de aprendizagem e transtorno de tique motor ou vocal persistente. O transtorno do espectro do autismo e o transtorno do movimento estereotipado também incluem o especificador “associado a uma condição genética ou outra condição médica ou fator ambiental conhecido”. Esse especificador dá aos médicos a oportunidade de documentar fatores que podem ter desempenhado um papel na etiologia do distúrbio, bem como aqueles que podem afetar o curso clínico.

Transtornos do Desenvolvimento Intelectual

Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (Transtorno Intelectual Incapacidade)

Critério de diagnóstico

O transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) é um transtorno com início durante o período de desenvolvimento que inclui déficits de funcionamento intelectual e adaptativo nos domínios conceitual, social e prático. Os três critérios a seguir devem ser atendidos:

- A. Déficits nas funções intelectuais, como raciocínio, resolução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, julgamento, aprendizado acadêmico e aprendizado com a experiência, confirmados por avaliação clínica e testes de inteligência individualizados e padronizados.
- B. Déficits no funcionamento adaptativo que resultam no fracasso em atender aos padrões de desenvolvimento e socioculturais de independência pessoal e responsabilidade social. Sem suporte contínuo, os déficits adaptativos limitam o funcionamento em uma ou mais atividades da vida diária, como comunicação, participação social e vida independente, em vários ambientes, como casa, escola, trabalho e comunidade.
- C. Início de déficits intelectuais e adaptativos durante o período de desenvolvimento.

38

Nota: O termo *transtorno do desenvolvimento intelectual* é usado para esclarecer sua relação com o sistema de classificação da OMS CID-11, que usa o termo *Transtornos do Desenvolvimento Intelectual*. O termo equivalente *deficiência intelectual* é colocado entre parênteses para uso continuado. A literatura médica e de pesquisa usa ambos os termos, enquanto deficiência intelectual é o termo de uso comum por profissionais de educação e outras profissões, grupos de defesa e público leigo. Nos Estados Unidos, a Lei Pública 111-256 (Lei de Rosa) mudou todas as referências a “retardo mental” nas leis federais para “deficiência intelectual”.

Especifique a gravidade atual (consulte a [Tabela](#)

1): **F70 Leve**

F71 Moderado

F72 Grave

F73 Profundo

39

TABELA 1 Níveis de gravidade para transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual)

Gravidade nível	Domínio conceitual	Domínio social	Domínio prático
Suave	Para crianças em idade pré-escolar, pode ser comparado com desenvolvimento típico. O indivíduo pode funcionar de acordo com a idade.		

		<p>sem diferenças conceituais óbvias. Para crianças e adultos em idade escolar, há dificuldades no aprendizado de habilidades acadêmicas envolvendo leitura, escrita, aritmética, tempo ou dinheiro, sendo necessário apoio em uma ou mais áreas para atender às expectativas relacionadas à idade. Em adultos, o pensamento abstrato, função executiva (ou seja, planejamento, estratégia, definição de prioridades e flexibilidade cognitiva) e memória de curto prazo, bem como o uso funcional de habilidades acadêmicas (por exemplo, leitura, gerenciamento de dinheiro), são prejudicados. Há uma abordagem um tanto concreta para problemas e soluções em comparação com colegas de idade.</p>	<p>companheiros de idade, o indivíduo é imaturo nas interações sociais. Por exemplo, pode haver dificuldade em perceber com precisão as pistas sociais dos colegas. A comunicação, a conversação e a linguagem são mais concretas ou imaturas do que o esperado para a idade. Pode haver dificuldades em regular a emoção e o comportamento de maneira apropriada à idade; essas dificuldades são percebidas pelos pares em situações sociais. Há uma compreensão limitada do risco em situações sociais; o julgamento social é imaturo para a idade, e a pessoa corre o risco de ser manipulada por outros (credulidade).</p>	<p>adequadamente nos cuidados pessoais. Os indivíduos precisam de algum apoio com tarefas complexas da vida diária em comparação com os pares. Na idade adulta, os apoios geralmente envolvem compras de supermercado, transporte, organização de cuidados domésticos e infantis, preparação de alimentos nutritivos e gerenciamento de bancos e dinheiro. As habilidades recreativas se assemelham às dos companheiros de idade, embora o julgamento relacionado ao bem-estar e à organização em torno da recreação requeira apoio. Na idade adulta, o emprego competitivo é frequentemente visto em empregos que não enfatizam habilidades conceituais. Os indivíduos geralmente precisam de apoio para tomar decisões de saúde e decisões legais, e para aprender a desempenhar uma vocação qualificada com competência.</p> <p>O apoio é normalmente necessário para criar uma família.</p>
40	Moderado	<p>Durante todo o desenvolvimento, o as habilidades conceituais do indivíduo ficam marcadamente atrás daquelas de seus pares. Para pré-escolares, as habilidades de linguagem e pré-acadêmicas se desenvolvem lentamente. Para crianças em idade escolar, o progresso em leitura, escrita, matemática e compreensão de tempo e dinheiro ocorre lentamente ao longo dos anos escolares e é marcadamente limitado em comparação com os de seus pares. Para adultos, o desenvolvimento de habilidades acadêmicas é tipicamente de nível elementar, e é necessário apoio para todo o uso de habilidades acadêmicas no trabalho e na vida pessoal.</p> <p>A assistência contínua no dia a dia é necessária para completar as tarefas conceituais da vida cotidiana, e outros podem assumir essas responsabilidades totalmente para o indivíduo.</p>	<p>O indivíduo mostra marcado diferenciais dos pares no comportamento social e comunicativo ao longo do desenvolvimento. A linguagem falada é normalmente uma ferramenta primária para a comunicação social, mas é muito menos complexa do que a dos pares. A capacidade de relacionamento é evidente nos laços com a família e amigos, e o indivíduo pode ter amizades bem-sucedidas ao longo da vida e, às vezes, relações românticas na idade adulta. No entanto, os indivíduos podem não perceber ou interpretar as pistas sociais com precisão.</p> <p>As habilidades de julgamento social e tomada de decisão são limitadas, e os cuidadores devem auxiliar a pessoa nas decisões de vida. Amizades com colegas em desenvolvimento típico são frequentemente afetadas por limitações de comunicação ou sociais. É necessário apoio social e comunicativo significativo em ambientes de trabalho para sucesso.</p>	<p>O indivíduo pode cuidar de necessidades pessoais que envolvem alimentação, vestuário, eliminação e higiene quando adulto, embora seja necessário um longo período de ensino e tempo para que o indivíduo se torne independente nessas áreas, e lembretes podem ser necessários</p> <p>Da mesma forma, a participação em todas as tarefas domésticas pode ser alcançada na idade adulta, embora seja necessário um período prolongado de ensino, e suportes contínuos normalmente ocorrerão para o desempenho em nível adulto. O emprego independente em empregos que exigem habilidades conceituais e de comunicação limitadas pode ser alcançado, mas é necessário um apoio considerável de colegas de trabalho, supervisores e outros para gerenciar expectativas sociais, complexidades do trabalho e responsabilidades auxiliares, como agendamento, transporte, benefícios de saúde e gerenciamento de dinheiro .</p> <p>Uma variedade de habilidades recreativas pode ser desenvolvida. Isso normalmente requer suportes adicionais e oportunidades de aprendizado por um longo período de tempo.</p> <p>O comportamento desadaptativo está presente em uma minoria significativa e causa problemas sociais.</p>
41	Forte	<p>A obtenção de habilidades conceituais é limitado. O indivíduo geralmente tem pouca compreensão da linguagem escrita ou de conceitos envolvendo números, quantidade, tempo e</p>	<p>A linguagem falada é bastante limitada em termos de vocabulário e gramática. A fala pode ser composta por palavras ou frases isoladas e pode ser complementada por meios aumentativos.</p>	<p>O indivíduo necessita de apoio para todas as atividades da vida diária, incluindo refeições, vestir-se, banho e eliminação. O indivíduo requer supervisão em todos os momentos.</p>

	<p>dinheiro. Os cuidadores fornecem amplo suporte para a resolução de problemas ao longo da vida.</p>	<p>A fala e a comunicação estão focadas no aqui e agora dentro dos acontecimentos cotidianos. A linguagem é usada mais para comunicação social do que para explicação. Os indivíduos compreendem a fala simples e a comunicação gestual. Relacionamentos com membros da família e outros familiares são uma fonte de prazer e ajuda.</p>	<p>O indivíduo não pode tomar decisões responsáveis em relação ao bem-estar de si mesmo ou dos outros. Na idade adulta, a participação em tarefas domésticas, recreação e trabalho requer apoio e assistência contínuos. A aquisição de habilidades em todos os domínios envolve ensino de longo prazo e suporte contínuo.</p> <p>Comportamentos desadaptativos, incluindo automutilação, estão presentes em uma minoria significativa.</p>
As habilidades conceituais profundas geralmente envolvem o mundo físico em vez de processos simbólicos. O indivíduo pode usar objetos de forma direcionada para o autocuidado, trabalho e recreação. Certas habilidades visuoespaciais, como correspondência e classificação com base em características físicas, podem ser adquiridas.	<p>No entanto, deficiências motoras e sensoriais concomitantes podem impedir o uso funcional de objetos.</p>	<p>O indivíduo tem uma compreensão muito limitada da comunicação simbólica na fala ou gesto. Ele ou ela pode entender algumas instruções ou gestos simples. O indivíduo expressa seus próprios desejos e emoções em grande parte por meio de comunicação não verbal e não simbólica. O indivíduo gosta de relacionamentos com familiares bem conhecidos, cuidadores e outros familiares, e inicia e responde a interações sociais por meio de sinais gestuais e emocionais. A co-ocorrência de deficiências sensoriais e físicas pode impedir muitas atividades sociais.</p>	<p>O indivíduo depende de outros para todos os aspectos de cuidados físicos diárias, saúde e segurança, embora também possa participar de algumas dessas atividades. Indivíduos sem deficiências físicas graves podem ajudar em algumas tarefas diárias de trabalho em casa, como levar pratos à mesa. Ações simples com objetos podem ser a base da participação em algumas atividades vocacionais com altos níveis de apoio contínuo.</p> <p>As atividades recreativas podem envolver, por exemplo, o prazer de ouvir música, assistir filmes, sair para passear ou participar de atividades aquáticas, tudo com o apoio de outras pessoas. As deficiências físicas e sensoriais concomitantes são barreiras frequentes à participação (além de assistir) em atividades domésticas, recreativas e profissionais. O comportamento desadaptativo está presente em uma minoria significativa.</p>

Especificadores

Os vários níveis de gravidade são definidos com base no funcionamento adaptativo, e não nas pontuações de QI, porque é o funcionamento adaptativo que determina o nível de suporte necessário. Além disso, as medidas de QI são menos válidas na extremidade inferior da faixa de QI.

Características diagnósticas

As características essenciais do transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) são déficits nas habilidades mentais gerais (Critério A) e prejuízo no funcionamento adaptativo diário, em comparação com os pares de idade, gênero e socioculturalmente compatíveis (Critério B).

O início é durante o período de desenvolvimento (Critério C). O diagnóstico de transtorno do desenvolvimento intelectual é baseado em avaliação clínica e testes padronizados de funções intelectuais, testes neuropsicológicos padronizados e testes padronizados de funcionamento adaptativo.

O critério A refere-se a funções intelectuais que envolvem raciocínio, resolução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, julgamento, aprendizado por instrução e experiência e compreensão prática. Os componentes críticos incluem compreensão verbal, memória de trabalho,

raciocínio, raciocínio quantitativo, pensamento abstrato e eficácia cognitiva. O funcionamento intelectual é tipicamente medido com testes de inteligência administrados individualmente e psicométricamente válidos, abrangentes e culturalmente apropriados. Indivíduos com transtorno do desenvolvimento intelectual apresentam escores de aproximadamente dois desvios padrão ou mais abaixo da média populacional, incluindo uma margem de erro de medida (geralmente ± 5 pontos). Em testes com desvio padrão de 15 e média de 100, isso envolve uma pontuação de 65–75 (70 ± 5). Treinamento clínico e julgamento são necessários para interpretar os resultados dos testes e avaliar o desempenho intelectual.

Os fatores que podem afetar os resultados dos testes incluem efeitos da prática (ou seja, aprender com testes repetidos) e o “efeito Flynn” (ou seja, pontuações excessivamente altas devido a normas de teste desatualizadas). Escores inválidos podem resultar do uso de testes breves de triagem de inteligência ou testes em grupo; pontuações de subtestes individuais altamente discrepantes podem invalidar uma pontuação geral de QI. Os instrumentos devem ser normatizados para a origem sociocultural e a língua nativa do indivíduo. Distúrbios concomitantes que afetam a comunicação, a linguagem e/ou a função motora ou sensorial podem afetar os resultados dos testes. Perfis cognitivos individuais baseados em testes neuropsicológicos, bem como avaliação intelectual de bateria cruzada (usando múltiplos QI ou outros testes cognitivos para criar um perfil) são mais úteis para entender as habilidades intelectuais do que uma única pontuação de QI.

42

Esses testes podem identificar áreas de pontos fortes e fracos relativos, uma avaliação importante para o planejamento acadêmico e vocacional. As pontuações dos testes de QI são aproximações do funcionamento conceitual, mas podem ser insuficientes para avaliar o raciocínio em situações da vida real e o domínio de tarefas práticas. Por exemplo, uma pessoa com déficits no funcionamento intelectual cuja pontuação de QI está um pouco acima de 65-75 pode, no entanto, ter problemas de comportamento adaptativo tão substanciais no julgamento social ou em outras áreas do funcionamento adaptativo que o funcionamento real da pessoa é clinicamente comparável ao de indivíduos com um pontuação de QI mais baixa. Assim, o julgamento clínico é importante na interpretação dos resultados dos testes de QI, e usá-los como único critério para o diagnóstico de um transtorno do desenvolvimento intelectual é insuficiente.

Déficits no funcionamento adaptativo (Critério B) referem-se a quanto bem uma pessoa atende aos padrões comunitários de independência pessoal e responsabilidade social, em comparação com outras de idade e antecedentes socioculturais semelhantes. O funcionamento adaptativo envolve o raciocínio adaptativo em três domínios: conceitual, social e prático. O *domínio conceitual (acadêmico)* envolve competência em memória, linguagem, leitura, escrita, raciocínio matemático, aquisição de conhecimento prático, resolução de problemas e julgamento em situações novas, entre outros. O *domínio social* envolve a consciência dos pensamentos, sentimentos e experiências dos outros; empatia; habilidades de comunicação interpessoal; habilidades de amizade; e julgamento social, entre outros. O *domínio prático* envolve aprendizagem e autogestão em todos os contextos da vida, incluindo cuidados pessoais, responsabilidades de trabalho, gestão de dinheiro, recreação, autogestão de comportamento e organização de tarefas escolares e de trabalho, entre outros. Capacidade intelectual, educação, motivação, socialização, características de personalidade, oportunidade vocacional, experiência cultural e coexistência de outras condições médicas ou transtornos mentais influenciam o funcionamento adaptativo.

O funcionamento adaptativo é avaliado usando avaliação clínica e medidas individualizadas, culturalmente apropriadas e psicométricamente sólidas. Medidas padronizadas são usadas com informantes experientes (por exemplo, pai ou outro membro da família; professor; conselheiro; provedor de cuidados) e o indivíduo na medida do possível. Fontes adicionais de informação incluem

avaliações educacionais, de desenvolvimento, médicas e de saúde mental. As pontuações de medidas padronizadas e fontes de entrevista devem ser interpretadas usando julgamento clínico. Quando o teste padronizado é difícil ou impossível, devido a uma variedade de fatores (por exemplo, deficiência sensorial, comportamento problemático grave), o indivíduo pode ser diagnosticado com transtorno do desenvolvimento intelectual não especificado. O funcionamento adaptativo pode ser difícil de avaliar em um ambiente controlado (por exemplo, prisões, centros de detenção); se possível, devem ser obtidas informações comprobatórias que refletem o funcionamento fora dessas configurações.

O critério B é atendido quando pelo menos um domínio do funcionamento adaptativo – conceitual, social ou prático – está suficientemente prejudicado para que o apoio contínuo seja necessário para que a pessoa tenha um desempenho adequado em vários ambientes, como casa, escola, trabalho e comunidade. O critério C, início durante o período de desenvolvimento, refere-se ao reconhecimento de que déficits intelectuais e adaptativos estão presentes durante a infância ou adolescência.

Uma avaliação abrangente inclui uma avaliação da capacidade intelectual e do funcionamento adaptativo; identificação de etiologias genéticas e não genéticas; avaliação de condições médicas associadas (por exemplo, paralisia cerebral, distúrbio convulsivo); e avaliação para transtornos mentais, emocionais e comportamentais concomitantes. Os componentes da avaliação podem incluir histórico médico pré e perinatal básico, linhagem familiar de três gerações, exame físico, avaliação genética (p.

Recursos associados

O transtorno do desenvolvimento intelectual é uma condição heterogênea com múltiplas causas. Pode haver dificuldades associadas com o julgamento social; avaliação de risco; autogestão do comportamento, emoções ou relações interpessoais; ou motivação na escola ou

43

ambientes de trabalho. Devido à falta de consciência do risco e do perigo, as taxas de lesões acidentais podem aumentar. A falta de habilidades de comunicação pode predispor a comportamentos disruptivos e agressivos. A credulidade é muitas vezes uma característica, envolvendo ingenuidade em situações sociais e uma tendência a ser facilmente liderado por outros. A credulidade e a falta de consciência do risco podem resultar em exploração por outros e possível vitimização, fraude, envolvimento criminal não intencional, confissões falsas e risco de abuso físico e sexual. Esses recursos associados podem ser importantes em casos criminais, incluindo audiências do tipo Atkins envolvendo a pena de morte.

Além dos déficits no funcionamento adaptativo, os indivíduos também podem ficar angustiados com suas limitações intelectuais. Embora essa angústia nem sempre possa ser vista como tendo impacto no funcionamento, a angústia pode representar uma característica importante do cenário clínico.

Prevalência

O transtorno do desenvolvimento intelectual tem uma prevalência geral na população geral de aproximadamente 10 por 1.000; entretanto, a prevalência global varia de acordo com o país e o nível de desenvolvimento, sendo aproximadamente 16 por 1.000 em países de renda média e 9 por 1.000 em países de alta renda. A prevalência também varia de acordo com a idade, sendo maior em jovens do que em adultos.

Nos Estados Unidos, a prevalência por 1.000 habitantes não varia significativamente por grupos etnoraciais.

Desenvolvimento e Curso O início

do transtorno do desenvolvimento intelectual ocorre no período de desenvolvimento. A idade e as características de início dependem da etiologia e gravidade da disfunção cerebral. Atrasos nos marcos motor, linguístico e social podem ser identificáveis nos primeiros 2 anos de vida entre aqueles com transtorno do desenvolvimento intelectual mais grave, enquanto os níveis leves podem não ser identificáveis até a idade escolar, quando a dificuldade com o aprendizado acadêmico se torna aparente. Todos os critérios (incluindo o Critério C) devem ser atendidos pelo histórico ou apresentação atual. Algumas crianças menores de 5 anos cuja apresentação acabará por preencher os critérios para transtorno do desenvolvimento intelectual apresentam déficits que atendem aos critérios para atraso global do desenvolvimento.

Quando o transtorno do desenvolvimento intelectual está associado a uma síndrome genética, pode haver uma aparência física característica (por exemplo, como na síndrome de Down). Algumas síndromes têm um *fenótipo comportamental*, que se refere a comportamentos específicos que são característicos de um distúrbio genético específico (por exemplo, síndrome de Lesch-Nyhan). Nas formas adquiridas, o início pode ser abrupto após uma doença como meningite ou encefalite ou traumatismo craniano ocorrido durante o período de desenvolvimento. Quando o transtorno do desenvolvimento intelectual resulta de uma perda de habilidades cognitivas previamente adquiridas, como no traumatismo crânioencefálico grave, os diagnósticos de transtorno do desenvolvimento intelectual e de transtorno neurocognitivo podem ser atribuídos.

Embora o transtorno do desenvolvimento intelectual geralmente não seja progressivo, em certos distúrbios genéticos (por exemplo, síndrome de Rett) há períodos de piora, seguidos de estabilização, e em outros (por exemplo, síndrome de Sanfilippo, síndrome de Down) piora progressiva da função intelectual em graus variados. Em alguns casos, a piora progressiva do funcionamento intelectual pode representar a sobreposição de transtorno neurocognitivo que se desenvolve na idade adulta (ou seja, pessoas com síndrome de Down têm alto risco de desenvolver transtorno neurocognitivo devido à doença de Alzheimer na idade adulta). Nesta situação, ambos os diagnósticos, transtorno do desenvolvimento intelectual e transtorno neurocognitivo, são dados.

O distúrbio geralmente dura toda a vida, embora os níveis de gravidade possam mudar ao longo do tempo. O curso pode ser influenciado por condições médicas ou genéticas subjacentes e condições concomitantes (por exemplo, deficiências auditivas ou visuais, epilepsia). Intervenções precoces e contínuas podem melhorar o funcionamento adaptativo durante a infância e a idade adulta. Em alguns casos, isso resulta em melhora significativa do funcionamento intelectual, de tal forma que o

diagnóstico de transtorno do desenvolvimento intelectual não é mais apropriado. Assim, é prática comum ao avaliar bebês e crianças pequenas atrasar o diagnóstico de transtorno do desenvolvimento intelectual até que um curso adequado de intervenção seja fornecido. Para crianças mais velhas e adultos, a extensão do apoio fornecido pode permitir a participação plena em todas as atividades da vida diária e uma melhor função adaptativa. As avaliações diagnósticas devem determinar se as habilidades adaptativas aprimoradas são o resultado de uma aquisição de novas habilidades estáveis e generalizadas (nesse caso, o diagnóstico de transtorno do desenvolvimento intelectual pode não ser mais apropriado) ou se a melhora depende da presença de apoios e intervenções contínuas (3). caso em que o diagnóstico de transtorno do desenvolvimento intelectual ainda pode ser apropriado).

Fatores de risco e prognóstico

Genética e fisiológica. As etiologias pré-natais incluem síndromes genéticas (p. , toxinas, teratógenos). As causas perinatais incluem uma variedade de eventos relacionados ao trabalho de parto e parto que levam à encefalopatia neonatal. As causas pós-natais incluem lesão hipóxico-isquêmica, lesão cerebral traumática, infecções, distúrbios desmielinizantes, distúrbios convulsivos (por exemplo, espasmos infantis), privação social grave e crônica e síndromes metabólicas tóxicas e intoxicações (por exemplo, chumbo, mercúrio).

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura O

transtorno do desenvolvimento intelectual ocorre em todos os grupos etnoraciais. As diferenças de prevalência entre contextos sociais e culturais podem ser devidas à variação nos riscos ambientais (por exemplo, lesão perinatal, privação social crônica) para o transtorno que está associado ao status socioeconômico e ao acesso a cuidados de saúde de qualidade. Por exemplo, na Austrália Ocidental, a prevalência populacional de transtorno do desenvolvimento intelectual entre crianças aborígenes é de 39 por 1.000 pessoas, em oposição a 16 por 1.000 para a população jovem não aborígene mais abastada. A sensibilidade cultural e o conhecimento das condições socioestruturais são necessários durante a avaliação, bem como a origem socioeconômica, étnica, cultural e linguística do indivíduo; experiências disponíveis; e o funcionamento adaptativo dentro de sua comunidade e ambiente cultural deve ser considerado.

As explicações culturais para o transtorno do desenvolvimento intelectual variam e podem incluir crenças culturais sobre influências sobrenaturais e punição por delitos presumidos ou reais da mãe ou dos pais, que podem estar associados à vergonha e subnotificação do transtorno.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero Em geral, os

homens são mais propensos do que as mulheres a serem diagnosticados com formas leves (proporção média homem:mulher 1,6:1) e graves (proporção média homem:mulher 1,2:1) de transtorno do desenvolvimento intelectual. No entanto, as proporções de sexo variam amplamente em estudos relatados. Fatores genéticos ligados ao sexo, diferenças sexuais em outros fatores genéticos, como variantes específicas do número de cópias e vulnerabilidade masculina ao insulto cerebral, podem ser responsáveis por algumas das diferenças sexuais.

Associação com pensamentos ou comportamento suicida Indivíduos com

transtorno do desenvolvimento intelectual podem estar em risco de suicídio associado a transtorno mental comórbido, função intelectual e adaptativa superior e estressores do passado imediato. O transtorno mental comórbido pode se manifestar de forma atípica no transtorno do desenvolvimento intelectual; assim, reconhecer comorbidades e rastrear pensamentos suicidas é importante no processo de avaliação, com atenção especial à mudança de comportamento do indivíduo.

Diagnóstico Diferencial O

diagnóstico de transtorno do desenvolvimento intelectual deve ser feito sempre que os Critérios A, B e C forem atendidos. Um diagnóstico de transtorno do desenvolvimento intelectual não deve ser assumido por causa de uma condição genética ou médica específica. Uma síndrome genética ligada ao transtorno do desenvolvimento intelectual deve ser observada como um diagnóstico concomitante com o transtorno intelectual.

transtorno do desenvolvimento.

Distúrbios neurocognitivos maiores e leves. O transtorno do desenvolvimento intelectual é categorizado como um transtorno do neurodesenvolvimento e é distinto dos transtornos neurocognitivos, que são caracterizados por uma perda do funcionamento cognitivo. O transtorno neurocognitivo maior pode ocorrer concomitantemente com o transtorno do desenvolvimento intelectual (por exemplo, um indivíduo com síndrome de Down que desenvolve a doença de Alzheimer ou um indivíduo com transtorno do desenvolvimento intelectual que perde mais capacidade cognitiva após uma lesão na cabeça). Nesses casos, os diagnósticos de transtorno do desenvolvimento intelectual e transtorno neurocognitivo podem ser fornecidos. Além disso, quando há estabilização do funcionamento cognitivo após lesão cerebral traumática ou não traumática com início no período de desenvolvimento (infância e adolescência), e não há declínio cognitivo contínuo, tanto o diagnóstico de transtorno neurocognitivo quanto de transtorno do desenvolvimento intelectual podem ser usados se os critérios diagnósticos forem encontrado para transtorno do desenvolvimento intelectual.

Distúrbios da comunicação e distúrbio específico de aprendizagem. Esses transtornos do neurodesenvolvimento são específicos dos domínios de comunicação e aprendizagem e não apresentam déficits no comportamento intelectual e adaptativo. Podem ocorrer concomitantemente com transtorno do desenvolvimento intelectual. Ambos os diagnósticos são feitos se todos os critérios forem preenchidos para transtorno do desenvolvimento intelectual e transtorno de comunicação ou transtorno específico de aprendizagem.

Transtorno do espectro do autismo. O transtorno do desenvolvimento intelectual é comum entre indivíduos com transtorno do espectro do autismo. A avaliação da capacidade intelectual pode ser complicada por déficits de comunicação social e comportamento inerentes ao transtorno do espectro autista, que podem interferir na compreensão e no cumprimento dos procedimentos do teste. A avaliação apropriada do funcionamento intelectual no transtorno do espectro autista é essencial, com reavaliação ao longo do período de desenvolvimento, porque os escores de QI no transtorno do espectro autista podem ser instáveis, principalmente na primeira infância.

Comorbidade A

co-ocorrência de neurodesenvolvimento e outras condições mentais e médicas são frequentes no transtorno do desenvolvimento intelectual, com taxas de algumas condições (por exemplo, transtornos mentais, paralisia cerebral e epilepsia) três a quatro vezes maiores do que na população geral. O prognóstico e o resultado de diagnósticos concomitantes podem ser influenciados pela presença de transtorno do desenvolvimento intelectual. Os procedimentos de avaliação podem exigir modificações devido a distúrbios associados, incluindo distúrbios de comunicação, distúrbio do espectro do autismo e distúrbios motores, sensoriais ou outros. Informantes bem informados são essenciais para identificar sintomas como irritabilidade, desregulação do humor, agressividade, problemas alimentares e problemas de sono, e para avaliar o funcionamento adaptativo em vários ambientes comunitários.

Os transtornos mentais e do neurodesenvolvimento concomitantes mais comuns são o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; transtornos depressivos e bipolares; transtornos de ansiedade; transtorno do espectro do autismo; transtorno de movimento estereotipado (com ou sem comportamento autolesivo); distúrbios do controle de impulsos; e transtorno neurocognitivo maior. O transtorno depressivo maior pode ocorrer em toda a faixa de gravidade do transtorno do desenvolvimento intelectual. O comportamento autolesivo requer atenção diagnóstica imediata e pode justificar um diagnóstico separado de transtorno do movimento estereotipado. Indivíduos com transtorno do desenvolvimento intelectual, particularmente aqueles com transtorno do desenvolvimento intelectual mais grave, também podem apresentar comportamentos agressivos e perturbadores, incluindo danos a outros ou destruição de propriedade.

Indivíduos com transtorno do desenvolvimento intelectual têm desproporcionalmente mais problemas de saúde, incluindo obesidade, do que a população em geral. Freqüentemente eles não podem verbalizar os sintomas físicos que estão experimentando. Isso pode levar a problemas de saúde não diagnosticados e não tratados.

Relação com outras classificações

A CID-11 usa o termo *transtornos do desenvolvimento intelectual* para indicar que esses são transtornos que envolvem o funcionamento cerebral prejudicado no início da vida. Esses distúrbios são descritos na CID-11 como uma metassíndrome que ocorre no período de desenvolvimento análogo à demência ou transtorno neurocognitivo maior na vida adulta. Existem quatro subtipos de distúrbios do desenvolvimento intelectual na CID-11: leve, moderado, grave e profundo.

A Associação Americana de Deficiências Intelectuais e de Desenvolvimento (AAIDD) usa o termo *deficiência intelectual*. A classificação da AAIDD é multidimensional e não categórica e baseia-se no construto deficiência. Em vez de listar os especificadores de gravidade como é feito no DSM-5, a AAIDD enfatiza um perfil de suporte com base na gravidade.

Atraso no Desenvolvimento Global

F88

Este diagnóstico é reservado para indivíduos *com* idade inferior a 5 anos, quando o nível de gravidade clínica não pode ser avaliado de forma confiável durante a primeira infância. Essa categoria é diagnosticada quando um indivíduo falha em atingir os marcos de desenvolvimento esperados em várias áreas do funcionamento intelectual e se aplica a indivíduos que não podem se submeter a avaliações sistemáticas do funcionamento intelectual, incluindo crianças muito jovens para participar de testes padronizados. Esta categoria requer reavaliação após um período de tempo.

Transtorno do Desenvolvimento Intelectual Não Especificado (Deficiência Intelectual)

F79

Esta categoria é reservada para indivíduos *com* idade superior a 5 anos quando a avaliação do grau de transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) por meio de procedimentos disponíveis localmente se torna difícil ou impossível devido a deficiências sensoriais ou físicas associadas, como na cegueira ou surdez pré-lingual ; deficiência locomotora; ou presença de comportamentos problemáticos graves ou transtorno mental concomitante.

Esta categoria só deve ser usada em circunstâncias excepcionais e requer reavaliação após um período de tempo.

Distúrbios da Comunicação

Distúrbios da comunicação incluem déficits na linguagem, fala e comunicação. A *fala* é a produção expressiva de sons e inclui a articulação, fluência, voz e qualidade de ressonância de um indivíduo. A *linguagem* inclui a forma, função e uso de um sistema convencional de símbolos (ou seja, palavras faladas, linguagem de sinais, palavras escritas, imagens) em um

47

forma regida por regras para a comunicação. A *comunicação* inclui qualquer comportamento verbal ou não verbal (intencional ou não) que tenha o potencial de influenciar o comportamento, ideias ou atitudes de outro indivíduo. As avaliações das habilidades de fala, linguagem e comunicação devem levar em consideração o contexto cultural e linguístico do indivíduo, particularmente para indivíduos que crescem em ambientes bilíngues. As medidas padronizadas do desenvolvimento da linguagem e da capacidade intelectual não verbal devem ser relevantes para o grupo cultural e linguístico (ou seja, testes desenvolvidos e padronizados para um grupo podem não fornecer normas apropriadas para um grupo diferente). A categoria diagnóstica de distúrbios da comunicação inclui o seguinte: distúrbio da linguagem, distúrbio do som da fala, distúrbio da fluência com início na infância (gagueira), distúrbio da comunicação social (pragmática) e distúrbios da comunicação não especificados. taxas de prevalência de distúrbios da comunicação em meninos em comparação com meninas. Dadas as características associadas dos transtornos da comunicação e a relação da comunicação com outros domínios do desenvolvimento, os transtornos da comunicação têm altas taxas de comorbidade com outros transtornos do neurodesenvolvimento (por exemplo, transtorno do espectro autista, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), transtorno específico de aprendizagem, transtorno intelectual transtorno do desenvolvimento [deficiência intelectual]), transtornos mentais (por exemplo, transtornos de ansiedade) e algumas condições médicas (por exemplo, distúrbios convulsivos, anormalidades cromossômicas específicas).

Distúrbio de linguagem

Critério de diagnóstico

F80.2

- A. Dificuldades persistentes na aquisição e uso da linguagem em todas as modalidades (ou seja, falada, escrita, linguagem de sinais ou outra) devido a déficits de compreensão ou produção que incluem o seguinte:
 - 1. Vocabulário reduzido (conhecimento e uso de palavras).
 - 2. Estrutura de frases limitada (capacidade de juntar palavras e terminações de palavras para formar frases com base nas regras de gramática e morfologia).
 - 3. Prejuízos no discurso (capacidade de usar vocabulário e conectar frases para explicar ou descrever um tópico ou uma série de eventos ou conversar).

- B. As habilidades linguísticas estão substancialmente e quantificáveis abaixo daquelas esperadas para a idade, resultando em limitações funcionais na comunicação efetiva, participação social, desempenho acadêmico ou desempenho ocupacional, individualmente ou em qualquer combinação.
- C. O início dos sintomas ocorre no início do período de desenvolvimento.
- D. As dificuldades não são atribuíveis à audição ou outra deficiência sensorial, disfunção motora ou outra condição médica ou neurológica e não são melhor explicadas por transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) ou atraso global do desenvolvimento.

Características Diagnósticas

As características essenciais do distúrbio de linguagem são dificuldades na aquisição e uso da linguagem devido a déficits na compreensão ou produção de vocabulário, gramática, estrutura de frases e discurso. Os déficits de linguagem são evidentes na comunicação falada, comunicação escrita ou linguagem de sinais. A aprendizagem e o uso da língua dependem das habilidades receptivas e expressivas. A *capacidade expressiva* refere-se à produção de sinais vocais, gestuais ou verbais, enquanto a *capacidade receptiva* refere-se ao processo de receber e compreender mensagens da linguagem.

As habilidades de linguagem precisam ser avaliadas nas modalidades expressiva e receptiva, pois podem diferir em gravidade.

O distúrbio da linguagem geralmente afeta o vocabulário e a gramática, e esses efeitos limitam a capacidade de discurso. As primeiras palavras e frases da criança provavelmente serão atrasadas

48

no início; o tamanho do vocabulário é menor e menos variado do que o esperado; e as frases são mais curtas e menos complexas com erros gramaticais, especialmente no passado. Déficits na compreensão da linguagem são frequentemente subestimados, pois as crianças podem ser boas em usar o contexto para inferir significados. Pode haver problemas para encontrar palavras, definições verbais empobrecidas ou má compreensão de sinônimos, significados múltiplos ou jogos de palavras apropriados para a idade e a cultura.

Problemas para lembrar novas palavras e frases são manifestados por dificuldades em seguir instruções de comprimento crescente, dificuldades em ensaiar sequências de informações verbais (por exemplo, lembrar um número de telefone ou uma lista de compras) e dificuldades em lembrar novas sequências de sons, uma habilidade que pode ser importante para aprendendo novas palavras. As dificuldades com o discurso são mostradas por uma capacidade reduzida de fornecer informações adequadas sobre os principais eventos e narrar uma história coerente.

A dificuldade de linguagem é manifestada por habilidades substancialmente e quantificáveis abaixo do esperado para a idade e interferindo significativamente no desempenho acadêmico, desempenho ocupacional, comunicação efetiva ou socialização (Critério B). Um diagnóstico de distúrbio de linguagem é feito com base na síntese da história do indivíduo, observação clínica direta em diferentes contextos (ou seja, em casa, escola ou trabalho) e pontuações de testes padronizados de habilidade de linguagem que podem ser usados para orientar estimativas de gravidade .

Recursos associados

Indivíduos, mesmo crianças, podem ser hábeis em se acomodar à sua linguagem limitada. Eles podem parecer tímidos ou reticentes para falar. Indivíduos afetados podem preferir se comunicar apenas com membros da família ou outros indivíduos familiares. Embora esses indicadores sociais não sejam diagnósticos de um distúrbio de linguagem, se forem notáveis e persistentes, justificam o encaminhamento para um exame completo de linguagem. avaliação.

Desenvolvimento e Curso A

aquisição da linguagem é marcada por mudanças desde o início na infância até o nível adulto de competência que aparece durante a adolescência. As mudanças aparecem nas dimensões da linguagem (sons, palavras, gramática, narrativas/textos expositivos e habilidades de conversação) em incrementos e sincronias graduadas por idade. O distúrbio de linguagem surge durante o período inicial do desenvolvimento; no entanto, há uma variação considerável na aquisição inicial de vocabulário e nas combinações de palavras iniciais. Diferenças individuais na primeira infância não são, como indicadores isolados, altamente preditivas de desfechos posteriores, embora um início tardio da linguagem aos 24 meses em uma amostra de base populacional tenha sido o melhor preditor de desfechos aos 7 anos. Aos 4 anos de idade, as diferenças individuais na habilidade de linguagem são mais estáveis, com melhor precisão de medição e são altamente preditivas de resultados posteriores. O distúrbio de linguagem diagnosticado em crianças de 4 anos ou mais provavelmente será estável ao longo do tempo e normalmente persiste na idade adulta, embora o perfil particular de pontos fortes e déficits de linguagem provavelmente mu-

Distúrbios de linguagem podem ter consequências sociais ao longo da vida. Crianças com distúrbios de linguagem estão em risco de vitimização por pares. Para mulheres com distúrbios de linguagem na infância, pode haver quase três vezes o risco em comparação com crianças não afetadas de agressão sexual na idade adulta.

Fatores de risco e prognóstico Crianças

com alterações de linguagem receptiva têm pior prognóstico do que aquelas com alterações predominantemente expressivas. As alterações da linguagem receptiva são mais resistentes ao tratamento, e as dificuldades de compreensão da leitura são frequentemente observadas.

Ambiental. O bilinguismo não causa ou piora um distúrbio de linguagem, mas as crianças bilíngues podem apresentar atrasos ou diferenças no desenvolvimento da linguagem. UMA

distúrbio de linguagem em crianças bilíngues afetará ambas as línguas; portanto, é importante considerar a avaliação em ambas as línguas.

Genética e fisiológica. Distúrbios de linguagem são altamente hereditários e os membros da família são mais propensos a ter um histórico de comprometimento da linguagem. Estudos populacionais com gêmeos relatam consistentemente uma hereditariedade substancial para o distúrbio da linguagem, e estudos moleculares sugerem que vários genes interagem em vias causais.

Diagnóstico Diferencial Variações

normais na linguagem. O distúrbio de linguagem precisa ser diferenciado das variações normais do desenvolvimento, e essa distinção pode ser difícil de ser feita antes dos 4 anos de idade.

Variações regionais, sociais ou culturais/étnicas de idioma (por exemplo, dialetos) devem ser consideradas

quando um indivíduo está sendo avaliado por deficiência de linguagem.

Audição ou outra deficiência sensorial. A deficiência auditiva precisa ser excluída como a principal causa de dificuldades de linguagem. Os déficits de linguagem podem estar associados a deficiência auditiva, outro déficit sensorial ou déficit motor-fala. Quando os déficits de linguagem excedem aqueles geralmente associados a esses problemas, o diagnóstico de distúrbio de linguagem pode ser feito.

Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual). O comprometimento da linguagem é frequentemente a característica de apresentação do transtorno do desenvolvimento intelectual. No entanto, o diagnóstico definitivo de transtorno do desenvolvimento intelectual pode não ser feito até que a criança seja capaz de completar as avaliações padronizadas. O distúrbio de linguagem pode ocorrer com vários graus de habilidade intelectual, e uma discrepância entre habilidade verbal e não verbal não é necessária para o diagnóstico de distúrbio de linguagem.

Transtorno do espectro do autismo. O transtorno do espectro do autismo frequentemente se manifesta com atraso no desenvolvimento da linguagem. No entanto, o transtorno do espectro autista é frequentemente acompanhado por comportamentos não presentes no transtorno de linguagem, como falta de interesse social ou interações sociais incomuns (p. brinquedos ao redor, mas nunca brincando com eles), padrões de comunicação incomuns (por exemplo, conhecer o alfabeto, mas não responder ao próprio nome) e aderência rígida a rotinas e comportamentos repetitivos (por exemplo, bater as asas, girar, ecolalia).

Problemas neurológicos. O distúrbio de linguagem pode ser adquirido em associação com distúrbios neurológicos, incluindo epilepsia (por exemplo, afasia adquirida ou síndrome de Landau-Kleffner).

Regressão de linguagem. A perda de fala e linguagem em uma criança em qualquer idade exige uma avaliação completa para determinar se há uma condição neurológica específica, como a síndrome de Landau-Kleffner. A perda de linguagem pode ser um sintoma de convulsões, e uma avaliação diagnóstica é necessária para excluir a presença de epilepsia (por exemplo, eletroencefalograma de rotina e do sono).

Declínios em comportamentos sociais e de comunicação críticos durante os primeiros 2 anos de vida são evidentes na maioria das crianças que apresentam transtorno do espectro autista e devem sinalizar a necessidade de avaliação do transtorno do espectro autista.

Comorbidade O

transtorno de linguagem pode estar associado a outros transtornos do neurodesenvolvimento em termos de transtorno específico de aprendizagem (alfabetização e numeramento), transtorno do desenvolvimento intelectual, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno do espectro autista e transtorno do desenvolvimento da coordenação. Também está associado ao distúrbio de comunicação social (pragmático). Em amostras clínicas, o distúrbio da linguagem pode ocorrer concomitantemente com o distúrbio do som da fala, embora dados de uma grande amostra populacional de crianças de 6 anos nos Estados Unidos sugiram que a comorbidade pode ser rara (1,3%). Uma história familiar positiva de distúrbios de fala ou linguagem está frequentemente presente.

Distúrbio do som da fala

- A. Dificuldade persistente com a produção do som da fala que interfere na inteligibilidade da fala ou impede a comunicação verbal das mensagens.
- B. A perturbação causa limitações na comunicação efetiva que interferem na participação social, no desempenho acadêmico ou no desempenho ocupacional, individualmente ou em qualquer combinação.
- C. O início dos sintomas ocorre no início do período de desenvolvimento.
- D. As dificuldades não são atribuíveis a condições congênitas ou adquiridas, como paralisia cerebral, fenda palatina, surdez ou perda auditiva, traumatismo crânioencefálico ou outras condições médicas ou neurológicas.

Recursos de diagnóstico

A produção do som da fala descreve a articulação clara dos fonemas (ou seja, sons individuais) que, em combinação, formam as palavras faladas. A produção de sons da fala requer tanto o conhecimento fonológico dos sons da fala quanto a capacidade de coordenar os movimentos dos articuladores (ou seja, mandíbula, língua e lábios) com respiração e vocalização para a fala. Crianças com dificuldades na produção da fala podem apresentar dificuldade no conhecimento fonológico dos sons da fala ou na capacidade de coordenar movimentos para a fala em graus variados. Um distúrbio do som da fala é diagnosticado quando a produção do som da fala não é o que seria esperado com base na idade e no estágio de desenvolvimento da criança e quando os déficits não são resultado de uma deficiência física, estrutural, neurológica ou auditiva. Entre as crianças com desenvolvimento típico aos 3 anos, a fala geral deve ser inteligível, enquanto aos 2 anos, apenas 50% podem ser comprehensíveis. Os meninos são mais propensos (intervalo de 1,5-1,8 a 1,0) a ter um distúrbio do som da fala do que as meninas.

Recursos associados

O distúrbio de linguagem pode ocorrer concomitantemente com o distúrbio do som da fala, embora as ocorrências concomitantes sejam raras aos 6 anos de idade. Uma história familiar positiva de distúrbios de fala ou linguagem está frequentemente presente.

Se a capacidade de coordenar rapidamente os articuladores for um aspecto particular da dificuldade, pode haver um histórico de atraso ou incoordenação na aquisição de habilidades que também utilizam os articuladores e a musculatura facial relacionada; entre outras, essas habilidades incluem mastigar, manter o fechamento da boca e assoar o nariz. Outras áreas da coordenação motora podem ser prejudicadas como no transtorno do desenvolvimento da coordenação. Os termos *apraxia de fala infantil* e *dispraxia verbal* são usados para problemas de produção de fala com componentes motores.

Desenvolvimento e Curso Aprender

a produzir sons da fala com clareza e precisão e aprender a produzir fala conectada fluentemente são habilidades de desenvolvimento. A articulação dos sons da fala segue um padrão de desenvolvimento, que se reflete nas normas etárias dos testes padronizados. Não é incomum que crianças com desenvolvimento típico usem processos de desenvolvimento para encurtar palavras e sílabas enquanto estão aprendendo a falar, mas sua progressão no domínio da produção do som da fala deve resultar em fala principalmente inteligível aos 3 anos de idade. Crianças com distúrbio do som da fala continuam a usar

processos de simplificação fonológica imaturos após a idade em que a maioria das crianças pode produzir palavras com clareza.

A maioria dos sons da fala deve ser produzida com clareza e a maioria das palavras deve ser pronunciada com precisão de acordo com a idade e as normas da comunidade aos 5 anos de idade. A maioria

sons frequentemente mal articulados em inglês também tendem a ser aprendidos mais tarde, levando-os a serem chamados de "late Eight" (l, r, s, z, th, ch, dzh e zh). A má articulação de qualquer um desses sons por si só pode ser considerada dentro dos limites normais até a idade de 8 anos; no entanto, quando vários sons estão envolvidos, é importante direcionar alguns desses sons como parte de um plano para melhorar a inteligibilidade, em vez de esperar até a idade em que quase todas as crianças possam produzi-los com precisão. O ceceio (ou seja, sibilantes desarticulados) é particularmente comum e pode envolver padrões frontais ou laterais da direção da corrente de ar. Pode estar associado a um padrão de deglutição com propulsão da língua.

A maioria das crianças com distúrbio dos sons da fala responde bem ao tratamento e as dificuldades de fala melhoram com o tempo e, portanto, o distúrbio pode não durar a vida toda. No entanto, quando um distúrbio de linguagem também está presente, o distúrbio de fala tem pior prognóstico e pode estar associado a um distúrbio específico de aprendizagem.

Diagnóstico Diferencial Variações

normais na fala. Variações regionais, sociais ou culturais/étnicas da fala devem ser consideradas antes de fazer o diagnóstico. Crianças bilíngues podem demonstrar uma classificação geral de inteligibilidade mais baixa, cometer mais erros gerais de consoantes e vogais e produzir padrões de erro mais incomuns do que crianças falantes de inglês monolíngues quando avaliadas apenas em inglês.

Audição ou outra deficiência sensorial. Aqueles que são surdos ou com deficiência auditiva podem ter erros de produção de som da fala. Quando os déficits de fala excedem aqueles geralmente associados a esses problemas, pode ser feito um diagnóstico de distúrbio do som da fala.

Déficits estruturais. O comprometimento da fala pode ser devido a déficits estruturais (por exemplo, fenda palatina).

Disartria. O comprometimento da fala pode ser atribuído a um distúrbio motor, como a paralisia cerebral. Os sinais neurológicos, bem como as características distintivas da voz, diferenciam a disartria do distúrbio do som da fala, embora em crianças pequenas (menores de 3 anos) a diferenciação possa ser difícil, particularmente quando não há ou há envolvimento motor geral mínimo do corpo (como em, por exemplo, Worster síndrome da seca).

Mutismo seletivo. O uso limitado da fala pode ser um sinal de mutismo seletivo, um transtorno de ansiedade caracterizado pela falta de fala em um ou mais contextos ou configurações. O mutismo seletivo pode se desenvolver em crianças com distúrbio de fala devido ao constrangimento com suas deficiências, mas muitas crianças com mutismo seletivo apresentam fala normal em ambientes "seguros", como em casa ou com amigos próximos.

Comorbidade A fala

pode ser diferentemente prejudicada em certas condições genéticas (por exemplo, síndrome de Down, deleção de 22q, mutação do gene FoxP2). Se presentes, estes também devem ser codificados.

Transtorno da fluência com início na infância (gagueira)

Critério de diagnóstico	F80.81
A. Distúrbios na fluência normal e no padrão de tempo da fala que são inadequados para a idade e habilidades linguísticas do indivíduo, persistem ao longo do tempo e são caracterizados por ocorrências frequentes e marcantes de um (ou mais) dos seguintes: 1. Som e sílaba repetições.	
2. Prolongamentos sonoros de consoantes e vogais.	52
3. Palavras quebradas (por exemplo, pausas dentro de uma palavra).	
4. Bloqueio audível ou silencioso (pausas preenchidas ou não preenchidas na fala).	
5. Circunlocuções (substituições de palavras para evitar palavras problemáticas).	
6. Palavras produzidas com excesso de tensão física.	
7. Repetições monossilábicas de palavras inteiras (por exemplo, "III vê-lo").	
B. A perturbação causa ansiedade sobre a fala ou limitações na comunicação efetiva, participação social ou desempenho acadêmico ou ocupacional, individualmente ou em qualquer combinação.	
C. O início dos sintomas ocorre no início do período de desenvolvimento. (Observação: casos de início tardio são diagnosticados como transtorno de fluência de início adulto F98.5.)	
D. A perturbação não é atribuível a um déficit motor ou sensorial da fala, disfluência associada a insulto neurológico (por exemplo, acidente vascular cerebral, tumor, trauma) ou outra condição médica e não é melhor explicada por outro transtorno mental.	

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da fluência com início na infância (gagueira) é um distúrbio na fluência normal e no padrão temporal da fala que é inadequado para a idade do indivíduo. Esse distúrbio é caracterizado por repetições ou prolongamentos frequentes de sons ou sílabas e por outros tipos de disfluências na fala, incluindo palavras quebradas (por exemplo, pausas dentro de uma palavra), bloqueio audível ou silencioso (ou seja, pausas preenchidas ou não preenchidas na fala), circunlóquios (p. isto é, substituições de palavras para evitar palavras problemáticas), palavras produzidas com excesso de tensão física e repetições monossilábicas de palavras inteiras (por exemplo, "III vê-lo"). A perturbação na fluência pode interferir no desempenho acadêmico ou ocupacional e na comunicação social. A extensão da perturbação varia de situação para situação e muitas vezes é mais grave quando há pressão especial para se comunicar (por exemplo, fazer um relatório na escola, etc.). A disfluência geralmente está ausente durante a leitura oral, canto ou conversa com objetos inanimados ou animais de estimação.

Recursos associados

A antecipação temerosa do problema pode se desenvolver. O falante pode tentar evitar disfluências por mecanismos linguísticos (por exemplo, alterando a velocidade da fala, evitando certas palavras ou sons) ou evitando certas situações de fala, como telefonar ou falar em público. Além de serem características da condição, o estresse e a ansiedade demonstraram exacerbar a disfluência.

O transtorno da fluência com início na infância também pode ser acompanhado por movimentos motores (p.

Crianças com transtorno de fluência mostram uma variedade de habilidades de linguagem, e a relação entre transtorno de fluência e habilidades de linguagem não é clara.

Estudos mostraram diferenças neurológicas estruturais e funcionais em crianças que gaguejam. Os homens são mais propensos a gaguejar do que as mulheres, com estimativas variando dependendo da idade e da possível causa da gagueira. As causas da gagueira são multifatoriais, incluindo certos fatores genéticos e neurofisiológicos.

Desenvolvimento e Curso O

transtorno da fluência com início na infância, ou gagueira do desenvolvimento, ocorre aos 6 anos para 80%–90% dos indivíduos afetados, com idade de início variando de 2 a 7 anos. O início pode ser insidioso ou mais súbito. Normalmente, as disfluências começam gradualmente, com repetição de consoantes iniciais, primeiras palavras de uma frase ou palavras longas. A criança pode não estar ciente das disfluências. À medida que o transtorno progride, as disfluências tornam-se mais frequentes e interferentes, ocorrendo nas palavras ou frases mais significativas do enunciado. À medida que a criança toma consciência da dificuldade de fala, ela pode desenvolver mecanismos para evitar a

53

disfluências e respostas emocionais, incluindo evitar falar em público e usar enunciados curtos e simples. Pesquisas longitudinais mostram que 65% a 85% das crianças se recuperam da disfluência, com a gravidade do distúrbio de fluência aos 8 anos de idade prevendo recuperação ou persistência na adolescência e além.

Fatores de Risco e Prognósticos

Genéticos e fisiológicos

O risco de gagueira entre parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com transtorno de fluência com início na infância é mais de três vezes o risco na população geral. Até o momento, foram identificadas mutações de quatro genes subjacentes a alguns casos de gagueira.

Consequências funcionais do transtorno de fluência com início na infância (gagueira)

Além de serem características da condição, o estresse e a ansiedade podem exacerbar a disfluência. O comprometimento do funcionamento social pode resultar dessa ansiedade. Atitudes de comunicação negativas podem ser uma consequência funcional da gagueira que começa nos anos pré-escolares e aumenta com a idade.

Diagnóstico diferencial

Déficits sensoriais. As disfluências da fala podem estar associadas a deficiência auditiva ou outro déficit sensorial ou déficit motor de fala. Quando as disfluências de fala excedem aquelas geralmente associadas a esses problemas, pode-se fazer um diagnóstico de transtorno de fluência com início na infância.

Disfluências normais da fala. O transtorno deve ser diferenciado das disfluências normais que ocorrem com frequência em crianças pequenas, que incluem repetições de palavras ou frases inteiras (por exemplo, "eu quero, quero sorvete"), frases incompletas, interjeições, pausas não preenchidas e observações entre parênteses. Se essas dificuldades aumentarem em frequência ou complexidade à medida que a criança cresce, um diagnóstico de transtorno de fluência com início na infância pode ser apropriado.

Transtorno específico de aprendizagem, com prejuízo na leitura. As crianças que têm disfluências quando lêem em voz alta podem ser diagnosticadas erroneamente como tendo um distúrbio de leitura. A fluência de leitura oral normalmente é medida por avaliações cronometradas. Taxas de leitura mais lentas podem não refletir com precisão a capacidade real de leitura das crianças que gaguejam.

Bilinguismo. É necessário distinguir entre disfluências decorrentes de tentativas de aprender uma nova língua e disfluências que indicam um distúrbio de fluência, que normalmente aparecem em ambas as línguas.

Efeitos colaterais da medicação. A gagueira pode ocorrer como efeito colateral da medicação e pode ser detectada por uma relação temporal com a exposição à medicação.

Disfluências de início adulto. Se o início das disfluências ocorrer durante ou após a adolescência, trata-se de uma "disfluência de início adulto" e não de um transtorno do neurodesenvolvimento. As disfluências de início adulto estão associadas a insultos neurológicos específicos e a uma variedade de condições médicas e transtornos mentais e podem ser especificadas com eles, mas não são um diagnóstico do DSM-5.

Distúrbio de Tourette. Tiques vocais e vocalizações repetitivas do transtorno de Tourette devem ser distinguíveis dos sons repetitivos do transtorno da fluência com início na infância por sua natureza e tempo.

Comorbidade

O transtorno da fluência com início na infância pode ocorrer concomitantemente com outros transtornos, como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno do espectro autista, transtorno do desenvolvimento intelectual

transtorno (deficiência intelectual), transtorno de linguagem ou transtorno específico de aprendizagem, transtornos convulsivos, transtorno de ansiedade social, transtorno do som da fala e outros transtornos do desenvolvimento.

Transtorno da Comunicação Social (Pragmática)

Critério de diagnóstico	F80.82
A. Dificuldades persistentes no uso social da comunicação verbal e não verbal, manifestadas por todos os seguintes:	

1. Déficits no uso da comunicação para fins sociais, como cumprimentar e compartilhar informações, de forma adequada ao contexto social.
 2. Prejuízo da capacidade de mudar a comunicação para corresponder ao contexto ou às necessidades do ouvinte, como falar de maneira diferente em uma sala de aula e em um playground, falar de maneira diferente com uma criança do que com um adulto e evitar o uso de linguagem excessivamente formal.
 3. Dificuldades em seguir regras de conversação e contação de histórias, como revezar na conversa, reformular quando mal compreendido e saber usar sinais verbais e não verbais para regular a interação.
 4. Dificuldades em entender o que não está explicitamente declarado (por exemplo, fazer inferências) e significados não literais ou ambíguos da linguagem (por exemplo, expressões idiomáticas, humor, metáforas, significados múltiplos que dependem do contexto para interpretação).
- B. Os déficits resultam em limitações funcionais na comunicação efetiva, participação social, relacionamentos sociais, desempenho acadêmico ou desempenho ocupacional, individualmente ou em combinação.
- C. O início dos sintomas ocorre no período inicial do desenvolvimento (mas os déficits podem não se manifestar totalmente até que as demandas de comunicação social excedam as capacidades limitadas).
- D. Os sintomas não são atribuíveis a outra condição médica ou neurológica ou a baixas habilidades nos domínios de estrutura de palavras e gramática, e não são mais bem explicados por transtorno do espectro autista, transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual), atraso global do desenvolvimento ou outro distúrbio mental.

Características Diagnósticas

O transtorno da comunicação social (pragmática) é caracterizado por uma dificuldade primária com a *pragmática* (ou seja, o uso social da linguagem e da comunicação), manifestada por déficits na compreensão e no cumprimento das regras sociais da comunicação verbal e não verbal em contextos naturalistas, alterando a linguagem de acordo com as necessidades do ouvinte ou da situação, e seguindo regras para conversas e contação de histórias. Os déficits na comunicação social resultam em limitações funcionais na comunicação efetiva, na participação social, no desenvolvimento das relações sociais, no desempenho acadêmico ou no desempenho ocupacional. Os déficits não são mais bem explicados por baixas habilidades nos domínios da linguagem estrutural ou capacidade cognitiva ou pelo transtorno do espectro autista.

Recursos associados

A característica associada mais comum do transtorno da comunicação social (pragmática) é o comprometimento da linguagem, que é caracterizado por uma história de atraso em atingir os marcos da linguagem e problemas estruturais de linguagem históricos, se não atuais (ver "Transtorno de Linguagem" anteriormente neste capítulo). Indivíduos com déficits de comunicação social podem

evitar interações sociais. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), problemas emocionais e comportamentais e transtornos específicos de aprendizagem também são mais comuns entre os indivíduos afetados.

Desenvolvimento e Curso Como

a comunicação social (pragmática) depende do progresso adequado do desenvolvimento da fala e da linguagem, o diagnóstico de transtorno da comunicação social (pragmática) é raro entre crianças menores de 4 anos. Aos 4 ou 5 anos, a maioria das crianças deve possuir habilidades de fala e linguagem adequadas para permitir a identificação de déficits específicos na comunicação social. Formas mais leves do transtorno podem não se tornar aparentes até o início da adolescência, quando a linguagem e as interações sociais se tornam mais complexas.

O resultado do transtorno de comunicação social (pragmático) é variável, com algumas crianças melhorando substancialmente ao longo do tempo e outras continuando a ter dificuldades persistindo na idade adulta. Mesmo entre aqueles que apresentam melhorias significativas, os déficits precoces na pragmática podem causar prejuízos duradouros nas relações sociais e no comportamento e também baixo desempenho de outras habilidades relacionadas, como expressão escrita, compreensão de leitura e leitura oral.

Fatores de Risco e Prognósticos Genéticos e

fisiológicos.

Uma história familiar de transtorno do espectro autista, transtornos de comunicação ou transtorno específico de aprendizagem parece aumentar o risco de transtorno de comunicação social (pragmático); isso inclui irmãos de crianças com esses transtornos que podem apresentar sintomas precoces de transtorno de comunicação social (pragmático).

Diagnóstico diferencial

Transtorno do espectro do autismo. O transtorno do espectro do autismo é a principal consideração diagnóstica para indivíduos que apresentam déficits de comunicação social. Os dois transtornos podem ser diferenciados pela presença no transtorno do espectro do autismo de padrões restritos/repetitivos de comportamento, interesses ou atividades e sua ausência no transtorno da comunicação social (pragmática).

Indivíduos com transtorno do espectro autista podem apresentar apenas os padrões restritos/repetitivos de comportamento, interesses e atividades durante o período inicial do desenvolvimento, portanto, uma história abrangente deve ser obtida. A ausência atual de sintomas não impediria o diagnóstico de transtorno do espectro autista, se os interesses restritos e os comportamentos repetitivos estivessem presentes no passado. Um diagnóstico de transtorno de comunicação social (pragmático) deve ser considerado apenas se os sintomas atuais ou a história do desenvolvimento não revelarem evidências de sintomas que atendam aos critérios diagnósticos para padrões restritos/repetitivos de comportamento, interesses ou atividades do transtorno do espectro do autismo (ou seja, Critério B) causando prejuízo atual. Os sintomas de comunicação social podem ser mais leves no transtorno da comunicação social (pragmática) do que no transtorno do espectro do autismo, embora qualitativamente semelhantes.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Déficits primários de TDAH podem causar prejuízos na comunicação social e limitações funcionais de comunicação efetiva, participação social ou desempenho acadêmico.

Transtorno de ansiedade social. Os sintomas do transtorno da comunicação social (pragmática) se sobrepõem aos do transtorno de ansiedade social. A característica diferenciadora é o momento do início dos sintomas. No transtorno da comunicação social (pragmática), o indivíduo nunca teve comunicação social efetiva; no transtorno de ansiedade social, as habilidades de comunicação social se desenvolvem adequadamente, mas não são utilizadas devido à ansiedade, medo ou angústia sobre as interações sociais.

56

Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) e atraso global do desenvolvimento. Social as habilidades de comunicação podem ser deficientes entre indivíduos com atraso global do desenvolvimento ou transtorno do desenvolvimento intelectual, mas um diagnóstico separado não é dado, a menos que os déficits de comunicação social sejam claramente superiores às limitações intelectuais.

Distúrbio de comunicação não especificado

F80.9

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de transtorno de comunicação que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para transtorno de comunicação ou para qualquer um dos transtornos do neurodesenvolvimento. classe diagnóstica de transtornos. A categoria de transtorno de comunicação não especificado é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para transtorno de comunicação ou para um transtorno do neurodesenvolvimento específico, e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico .

Transtorno do Espectro Autista

Transtorno do Espectro Autista

Critério de diagnóstico

F84.0

A. Déficits persistentes na comunicação social e interação social em vários contextos, manifestados por todos os seguintes, atualmente ou pela história (os exemplos são ilustrativos, não exaustivos; ver texto): 1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e falha de conversa normal de vai-e-vem; ao compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afetos; à falha em iniciar ou responder a

interações sociais.

2. Déficits em comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal mal integrada; a anormalidades no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso de gestos; a uma total falta de expressões faciais e comunicação não verbal.
 3. Déficits no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldades em ajustar o comportamento para se adequar a diversos contextos sociais; a dificuldades em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos; à falta de interesse pelos pares.
- B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou pela história (os exemplos são ilustrativos, não exaustivos; ver texto): 1. Movimentos motores estereotipados ou repetitivos, uso de objetos ou fala (por exemplo, estereotipias motoras simples, enfileirar brinquedos ou lançar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).

57

2. Insistência na mesmice, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p.).
 3. Interesses altamente restritos e fixos que são anormais em intensidade ou foco (por exemplo, forte apego ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverantes).
 4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum em aspectos sensoriais do ambiente (por exemplo, aparente indiferença à dor/temperatura, resposta adversa a sons ou texturas específicas, cheiro ou toque excessivo de objetos, fascínio visual por luzes ou movimento) .
- C. Os sintomas devem estar presentes no período inicial do desenvolvimento (mas podem não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas, ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas na vida adulta).
- D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento atual.
- E. Esses distúrbios não são bem explicados por transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) ou atraso global do desenvolvimento. O transtorno do desenvolvimento intelectual e o transtorno do espectro autista frequentemente ocorrem concomitantemente; para fazer diagnósticos comórbidos de transtorno do espectro autista e transtorno do desenvolvimento intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral de desenvolvimento.

Nota: Indivíduos com diagnóstico DSM-IV bem estabelecido de transtorno autista, Transtorno de Asperger, ou transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação

deve receber o diagnóstico de transtorno do espectro do autismo. Indivíduos que apresentam déficits acentuados na comunicação social, mas cujos sintomas não atendem aos critérios para transtorno do espectro autista, devem ser avaliados para transtorno de comunicação social (pragmático).

Especifique a gravidade atual com base em deficiências de comunicação social e padrões de comportamento restritos e repetitivos (ver Tabela 2): Requer suporte muito substancial Requer suporte substancial Requer suporte Especifique se: Com ou sem deficiência intelectual concomitante Com ou sem deficiência de linguagem concomitante

Especifique

se: **Associado a uma condição genética conhecida ou outra condição médica ou fator ambiental (Nota de codificação:** Use código adicional para identificar a condição genética ou outra condição médica associada.)

Associado a um problema de neurodesenvolvimento, mental ou comportamental

Especifique

se: **Com catatonia** (consulte os critérios para catatonia associada a outro transtorno mental, p. 135, para definição) (**Nota de codificação:** Use o código adicional F06.1 catatonia associada ao transtorno do espectro do autismo para indicar a presença de catatonia comórbida.)

TABELA 2 Níveis de gravidade para transtorno do espectro do autismo (exemplos de nível de necessidades de suporte)

Nível de severidade	Comunicação social	Comportamentos restritos e repetitivos
Nível 3 "Exigindo suporte muito substancial"	Déficits severos nas relações sociais verbais e não verbais habilidades de comunicação causam graves prejuízos no funcionamento, iniciação muito limitada de interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais de outros. Por exemplo, uma pessoa com poucas palavras de fala inteligível que raramente inicia a interação e, quando o faz, faz abordagens incomuns para atender apenas às necessidades e responde apenas a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem marcadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande aflição/dificuldade em mudar o foco ou a ação.
Nível 2 "Requer suporte substancial"	Déficits acentuados nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; deficiências sociais aparentes mesmo com apoios; iniciação limitada de interações sociais; e respostas reduzidas ou anormais a aberturas sociais de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação é limitada a interesses especiais estreitos e que	Inflexibilidade de comportamento, dificuldade em lidar com mudanças ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios para o observador casual e interferir no funcionamento em uma variedade de contextos. Angústia e/ou dificuldade em mudar o foco ou a ação.

	estranya comunicación não verbal.	
Nível 1 "Requer suporte"	<p>Sem apoios no lugar, déficits em comunicação causam deficiências perceptíveis. Dificuldade em iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou malsucedidas a aberturas sociais de outros. Pode parecer ter diminuído o interesse em interações sociais.</p> <p>Por exemplo, uma pessoa que é capaz de falar frases completas e se engaja na comunicação, mas cuja conversa com os outros falha e cujas tentativas de fazer amigos são estranhas e geralmente malsucedidas.</p>	A inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em alternar entre as atividades. Problemas de organização e planejamento dificultam a independência.

Procedimentos de registro Pode

ser útil observar o nível de suporte necessário para cada um dos dois domínios psicopatológicos centrais na [Tabela 2](#) (por exemplo, "exigir suporte muito substancial para déficits na comunicação social e exigir suporte substancial para comportamentos restritos e repetitivos"). Especificação de "com deficiência intelectual acompanhante" ou "sem acompanhamento

59

"deficiência intelectual" deve ser registrado em seguida. A especificação do comprometimento da linguagem deve ser registrada posteriormente. Se houver alteração de linguagem concomitante, o nível atual de funcionamento verbal deve ser registrado (por exemplo, "com alteração de linguagem associada – sem fala inteligível" ou "com alteração de linguagem associada – fala de frase").

Para transtorno do espectro do autismo para o qual os especificadores "associado a uma condição genética ou outra condição médica ou fator ambiental conhecidos" ou "associado a um problema de desenvolvimento neurológico, mental ou comportamental" são apropriados, registre o transtorno do espectro autista associado a (nome da condição, transtorno , ou fator) (por exemplo, transtorno do espectro do autismo associado ao complexo de esclerose tuberosa). Esses especificadores se aplicam a apresentações em que a condição ou problema listado é potencialmente relevante para o atendimento clínico do indivíduo e não indica necessariamente que a condição ou problema está causalmente relacionado ao transtorno do espectro do autismo. Se o problema de neurodesenvolvimento, mental ou comportamental associado atender aos critérios para um transtorno de neurodesenvolvimento ou outro transtorno mental, tanto o transtorno do espectro autista quanto o outro transtorno devem ser diagnosticados.

Se houver catatonía, registre separadamente "catatonía associada ao transtorno do espectro do autismo". Para obter mais informações, consulte os critérios para catatonía associada a outro transtorno mental no capítulo "Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos".

Especificadores

Os especificadores de gravidade (ver [Tabela 2](#)) podem ser usados para descrever sucintamente a sintomatologia atual (que pode cair abaixo do nível 1), com o reconhecimento de que a gravidade pode variar de acordo com o contexto e flutuar ao longo do tempo. A gravidade das dificuldades de comunicação social e os comportamentos restritos e repetitivos devem ser avaliados separadamente. As categorias descritivas de gravidade não devem ser usadas para determinar a elegibilidade e a prestação de serviços. De fato, indivíduos com habilidades relativamente melhores em geral podem experimentar desafios psicossociais diferentes ou até maiores. Assim, as necessidades de serviço só podem ser desenvolvidas em nível individual e por meio da discussão de prioridades e metas pessoais.

Em relação ao especificador “com ou sem deficiência intelectual concomitante”, é necessário entender o perfil intelectual (muitas vezes desigual) de uma criança ou adulto com transtorno do espectro autista para interpretar as características diagnósticas. São necessárias estimativas separadas de habilidades verbais e não verbais (por exemplo, usando testes não verbais não cronometrados para avaliar forças potenciais em indivíduos com linguagem limitada).

Para usar o especificador “com ou sem comprometimento de linguagem concomitante”, o nível atual de funcionamento verbal deve ser avaliado e descrito. Exemplos de descrições específicas para “com deficiência de linguagem concomitante” podem incluir fala ininteligível (não-verbal), apenas palavras isoladas ou fala em frases. O nível de linguagem em indivíduos “sem comprometimento de linguagem concomitante” pode ser descrito como fala em frases completas ou fala fluente.

Como a linguagem receptiva pode estar atrasada no desenvolvimento da linguagem expressiva no transtorno do espectro do autismo, as habilidades de linguagem receptiva e expressiva devem ser consideradas separadamente.

O especificador “associado a uma condição genética conhecida ou outra condição médica ou fator ambiental” pode ser aplicado quando um indivíduo tem uma condição genética conhecida (por exemplo, síndrome de Rett, síndrome do X frágil, síndrome de Down), uma condição médica conhecida (por exemplo, epilepsia) , ou uma história de exposição ambiental in utero a um teratogênico conhecido ou infecção (por exemplo, síndrome de valproato fetal, síndrome alcoólica fetal, rubéola fetal). Este especificador não deve ser visto como sinônimo de causa do transtorno do espectro do autismo. Uma condição pode ser listada como associada ao transtorno do espectro do autismo quando é considerada clinicamente relevante ou informa o cuidado e não porque o médico está afirmando uma causa. Os exemplos incluem o transtorno do espectro do autismo associado a uma variante única do número de cópias genômicas que pode ser clinicamente relevante, mesmo que a anormalidade específica não tenha causado diretamente nem tenha sido previamente ligada ao transtorno do espectro do autismo ou à doença de Crohn, que pode exacerbar os sintomas comportamentais.

O especificador “associado a um problema de neurodesenvolvimento, mental ou comportamental” pode ser aplicado para indicar problemas (por exemplo, irritabilidade, problemas de sono, comportamento autolesivo ou regressão do desenvolvimento) que contribuem para a formulação funcional ou são o foco do tratamento. Transtornos do neurodesenvolvimento, mentais ou comportamentais adicionais também devem ser anotados como diagnósticos separados (por exemplo, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; transtorno do desenvolvimento da coordenação; transtornos de comportamento disruptivo, controle de impulsos e de conduta; transtornos de ansiedade, depressivos ou bipolares; tiques ou transtorno de Tourette; distúrbios de alimentação, eliminação ou sono).

A catatonia pode ocorrer como uma condição comórbida com o transtorno do espectro do autismo. Além dos sintomas clássicos de postura, negativismo (oposição ou não resposta a instruções ou estímulos externos), mutismo e estupor, um aumento ou piora da estereotipia e do comportamento autolesivo podem fazer parte do complexo de sintomas da catatonia no cenário de transtorno do espectro autista.

Características

diagnósticas As características essenciais do transtorno do espectro do autismo são o comprometimento persistente na comunicação social recíproca e na interação social (Critério A) e padrões de comportamento, interesses ou atividades restritos e repetitivos (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde a primeira infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critérios C e D). O estágio em que o comprometimento funcional se torna óbvio varia de acordo com as características

o ambiente dela. As características principais do diagnóstico são evidentes no período de desenvolvimento, mas a intervenção, a compensação e os suportes atuais podem mascarar dificuldades em pelo menos alguns contextos. As manifestações do transtorno também variam muito dependendo da gravidade da condição autista, nível de desenvolvimento, idade cronológica e possivelmente sexo; daí o termo *espectro*. Indivíduos sem comprometimento cognitivo ou de linguagem podem ter manifestações mais sutis de déficits (por exemplo, Critério A, Critério B) do que indivíduos com comprometimento intelectual ou de linguagem concomitante e podem estar fazendo grandes esforços para mascarar esses déficits.

Os déficits do critério A na comunicação social serão mais sutis se um indivíduo tiver melhores habilidades gerais de comunicação (por exemplo, é verbalmente fluente, não tem deficiências intelectuais).

Da mesma forma, os déficits do Critério B (ou seja, padrões restritos de comportamento e interesses) podem ser menos óbvios se os interesses estiverem mais próximos das normas típicas da idade (por exemplo, Egito Antigo ou trens em comparação com mexer em uma corda). O transtorno do espectro do autismo engloba transtornos anteriormente referidos como autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger.

As deficiências na comunicação social e na interação social especificadas no Critério A são generalizadas e sustentadas. Os diagnósticos são mais válidos e confiáveis quando baseados em múltiplas fontes de informação, incluindo observações do clínico, histórico do cuidador e, quando possível, auto-relato. Déficits verbais e não verbais na comunicação social têm manifestações variadas, dependendo da idade do indivíduo, nível intelectual e habilidade de linguagem, além de outros fatores, como histórico de tratamento e suporte atual. Muitos indivíduos têm déficits de linguagem, que vão desde a completa falta de fala até atrasos na linguagem, má compreensão da fala, fala ecoada ou linguagem empolada e excessivamente literal. Mesmo quando as habilidades de linguagem formal (por exemplo, vocabulário, gramática) estão intactas, o uso da linguagem para comunicação social recíproca é prejudicado no transtorno do espectro autista.

Déficits na reciprocidade socioemocional (ou seja, a capacidade de se envolver com os outros e compartilhar pensamentos e sentimentos) podem ser mostrados, por exemplo, em crianças pequenas com pouca ou nenhuma iniciação de interação social e nenhum compartilhamento de emoções, juntamente com reduzido ou ausente imitação do comportamento dos outros. A linguagem que existe é muitas vezes unilateral, carente de reciprocidade social e usada para solicitar ou rotular em vez de comentar, compartilhar sentimentos ou conversar. Em crianças mais velhas e adultos sem deficiência intelectual ou atrasos de linguagem, déficits na

a reciprocidade socioemocional pode ser mais aparente nas dificuldades de processar e responder a pistas sociais complexas (por exemplo, quando e como participar de uma conversa, o que não dizer). Indivíduos que desenvolveram estratégias de compensação para alguns desafios sociais ainda lutam em situações novas ou sem suporte e sofrem com o esforço e a ansiedade de calcular conscientemente o que é socialmente intuitivo para a maioria dos indivíduos. Esse comportamento pode contribuir para menor apuração do transtorno do espectro autista nesses indivíduos, talvez principalmente em mulheres adultas. Assim, avaliações mais longas, observação em ambientes naturalistas e indagações sobre quaisquer pedágios da interação social podem ser necessárias. Se questionados sobre os custos da interação social, por exemplo, esses indivíduos podem responder que as interações sociais são desgastantes para eles, que são incapazes de se concentrar por causa do esforço mental em monitorar as convenções sociais, que sua autoestima é afetada negativamente por serem incapazes de ser eles mesmos, e assim por diante.

Déficits em comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social são manifestados pelo uso ausente, reduzido ou atípico de contato visual (relativo às normas culturais), gestos, expressões faciais, orientação corporal ou entonação da fala. Uma característica precoce do transtorno do espectro autista é a atenção conjunta prejudicada, manifestada pela falta de apontar, mostrar ou trazer objetos para compartilhar interesse com os outros, ou falha em seguir o apontar ou o olhar de alguém. Os indivíduos podem aprender alguns gestos funcionais, mas seu repertório é menor que o de outros, e muitas vezes não conseguem usar gestos expressivos espontaneamente na comunicação. Entre jovens e adultos com linguagem fluente, a dificuldade em coordenar a comunicação não verbal com a fala pode dar a impressão de “linguagem corporal” estranha, dura ou exagerada durante as interações.

O comprometimento pode ser relativamente sutil dentro dos modos individuais (por exemplo, alguém pode ter um contato visual relativamente bom ao falar), mas perceptível na má integração do contato visual, gesto, postura corporal, prosódia e expressão facial para comunicação social, ou na dificuldade de mantê-los para períodos prolongados ou sob estresse.

Déficits no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relacionamentos devem ser julgados em relação às normas de idade, gênero e cultura. Pode haver interesse social ausente, reduzido ou atípico, manifestado pela rejeição dos outros, passividade ou abordagens inadequadas que parecem agressivas ou perturbadoras. Essas dificuldades são particularmente evidentes em crianças pequenas, nas quais muitas vezes há falta de brincadeiras sociais compartilhadas e imaginação (por exemplo, brincadeiras de faz-de-conta flexíveis apropriadas à idade) e, mais tarde, insistência em brincar com regras muito fixas. Indivíduos mais velhos podem se esforçar para entender qual comportamento é considerado apropriado em uma situação, mas não em outra (por exemplo, comportamento casual durante uma entrevista de emprego), ou as diferentes maneiras que a linguagem pode ser usada para se comunicar (por exemplo, ironia, mentiras inofensivas). Pode haver uma aparente preferência por atividades solitárias ou por interagir com pessoas muito mais jovens ou mais velhas. Frequentemente, há um desejo de estabelecer amizades sem uma ideia completa ou realista do que a amizade implica (por exemplo, amizades unilaterais ou amizades baseadas apenas em interesses especiais compartilhados). Os relacionamentos com irmãos, colegas de trabalho e cuidadores também são importantes a serem considerados (em termos de reciprocidade).

O transtorno do espectro do autismo também é definido por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (conforme especificado no Critério B), que mostram uma variedade de manifestações de acordo com a idade e habilidade, intervenção e suportes atuais. Comportamentos estereotipados ou repetitivos incluem estereotipias motoras simples (p. uso de “você” ao se referir a si mesmo; uso estereotipado de palavras, frases ou padrões prosódicos). A adesão excessiva a rotinas e padrões restritos de comportamento podem se manifestar em resistência à mudança (por exemplo, angústia em mudanças aparentemente pequenas, como seguir uma rota alternativa para a escola ou trabalho; insistência na adesão às regras; rigidez de pensamento) ou padrões ritualizados de comportamento. comportamento verbal ou não-verbal (por exemplo, questionamento repetitivo, andar de um lado para o outro). Interesses altamente restritos e fixos no transtorno do espectro do autismo tendem a ser anormais em intensidade ou foco (por exemplo, uma criança fortemente apegada a uma panela ou pedaço de corda; uma criança preocupada com vácuo

produtos de limpeza; um adulto gastando horas escrevendo horários). Algumas fascinações e rotinas podem estar relacionadas à aparente hiper ou hiporreatividade à entrada sensorial, manifestada por meio de respostas extremas a sons ou texturas específicas, cheiro ou toque excessivo de objetos, fascinação

com luzes ou objetos giratórios e, às vezes, aparente indiferença à dor, ao calor ou ao frio.

Reações extremas ou rituais envolvendo gosto, cheiro, textura ou aparência de alimentos ou restrições alimentares excessivas são comuns e podem ser uma característica de apresentação do transtorno do espectro do autismo.

Muitos indivíduos com transtorno do espectro autista sem deficiência intelectual ou de linguagem aprendem a suprimir o comportamento repetitivo em público. Nesses indivíduos, comportamentos repetitivos, como balançar ou sacudir os dedos, podem ter uma função ansiolítica ou auto-calmante.

Interesses especiais podem ser uma fonte de prazer e motivação e fornecer caminhos para educação e emprego mais tarde na vida. Os critérios diagnósticos podem ser atendidos quando padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades estavam claramente presentes durante a infância ou em algum momento do passado, mesmo que os sintomas não estejam mais presentes.

O Critério D exige que as características causem prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento atual. O critério E especifica que os déficits de comunicação social, embora por vezes acompanhados de transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual), não estão de acordo com o nível de desenvolvimento do indivíduo; deficiências excedem as dificuldades esperadas com base no nível de desenvolvimento.

Instrumentos padronizados de diagnóstico comportamental com boas propriedades psicométricas, incluindo entrevistas com cuidadores, questionários e medidas de observação clínica, estão disponíveis e podem melhorar a confiabilidade do diagnóstico ao longo do tempo e entre os médicos. No entanto, os sintomas do transtorno do espectro do autismo ocorrem como dimensões sem escores de corte universalmente aceitos para o que constituiria um transtorno. Assim, o diagnóstico permanece clínico, levando em consideração todas as informações disponíveis, e não é ditado apenas pela pontuação de um determinado questionário ou medida de observação.

Recursos associados

Muitos indivíduos com transtorno do espectro do autismo também têm deficiência intelectual e/ou de linguagem (por exemplo, fala lenta, compreensão da linguagem por trás da produção). Mesmo aqueles com inteligência média ou alta costumam ter um perfil desigual de habilidades. A lacuna entre as habilidades funcionais intelectuais e adaptativas é muitas vezes grande. É comum que indivíduos com autismo tenham déficits de teoria da mente (ou seja, tenham dificuldade em ver o mundo da perspectiva de outra pessoa), mas estes não estão necessariamente presentes em todos os casos. Os déficits das funções executivas também são comuns, mas não específicos, assim como as dificuldades com a coerência central (ou seja, ser capaz de entender o contexto ou “ver o quadro geral” e, portanto, tende a focar demais nos detalhes).

Os déficits motores estão frequentemente presentes, incluindo marcha estranha, falta de jeito e outros sinais motores anormais (por exemplo, andar na ponta dos pés). Pode ocorrer autolesão (por exemplo, bater a cabeça, morder o pulso) e comportamentos disruptivos/desafiadores são mais comuns em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista do que outros transtornos, incluindo transtorno do desenvolvimento intelectual. Alguns indivíduos desenvolvem um comportamento motor semelhante ao catatônico (desacelerando e “congelando” no meio da ação), mas geralmente não são da magnitude de um episódio catatônico. No entanto, é possível que indivíduos com transtorno do espectro autista experimentem uma deterioração acentuada nos sintomas motores e exibam um episódio catatônico completo com sintomas como mutismo, postura, caretas e flexibilidade cerosa. O período de risco para catatonina comórbida parece ser maior na adolescência.

Prevalência

As frequências para o transtorno do espectro do autismo nos Estados Unidos foram relatadas como sendo

entre 1% e 2% da população, com estimativas semelhantes em crianças e adultos

amostras. No entanto, a prevalência parece ser menor entre as crianças afro-americanas (1,1%) e latino-americanas (0,8%) em comparação com as crianças brancas (1,3%), mesmo depois que o efeito dos recursos socioeconômicos é levado em consideração. A prevalência relatada do transtorno do espectro do autismo pode ser afetada por diagnósticos errados, diagnósticos tardios ou subdiagnósticos de indivíduos de algumas origens etnoraciais. A prevalência em países fora dos EUA aproximou-se de 1% da população (prevalência média global de 0,62%), sem variação substancial com base na região geográfica ou etnia e entre amostras de crianças e adultos. Globalmente, a proporção homem:mulher em amostras epidemiológicas bem determinadas parece ser de 3:1, com preocupações sobre o não reconhecimento do transtorno do espectro autista em mulheres e meninas.

Desenvolvimento e Curso A idade e o

padrão de início também devem ser observados para o transtorno do espectro autista. As características comportamentais do transtorno do espectro autista tornam-se evidentes pela primeira vez na primeira infância, com alguns casos apresentando falta de interesse na interação social no primeiro ano de vida. Os sintomas são tipicamente reconhecidos durante o segundo ano de vida (idade 12-24 meses), mas podem ser vistos antes dos 12 meses se os atrasos no desenvolvimento forem graves, ou observados depois dos 24 meses se os sintomas forem mais sutis. O padrão de descrição do início pode incluir informações sobre atrasos precoces no desenvolvimento ou quaisquer perdas de habilidades sociais ou de linguagem. Nos casos em que as habilidades foram perdidas, os pais ou cuidadores podem apresentar uma história de deterioração gradual ou relativamente rápida nos comportamentos sociais ou nas habilidades de linguagem. Normalmente, isso ocorreria entre as idades de 12 e 24 meses.

Estudos prospectivos demonstram que, na maioria dos casos, o início do transtorno do espectro autista está associado a declínios nos comportamentos sociais e de comunicação críticos nos primeiros 2 anos de vida. Tais declínios no funcionamento são raros em outros transtornos do neurodesenvolvimento e podem ser um indicador especialmente útil da presença de transtorno do espectro do autismo. Em casos raros, há regressão do desenvolvimento ocorrendo após pelo menos 2 anos de desenvolvimento normal (anteriormente descrito como transtorno desintegrativo da infância), o que é muito mais incomum e merece investigação médica mais extensa (ou seja, picos e ondas contínuos durante a síndrome do sono de ondas lentas e síndrome de Landau-Kleffner). Muitas vezes incluídas nessas condições encefalopatias estão as perdas de habilidades além da comunicação social (p.

Os primeiros sintomas do transtorno do espectro do autismo frequentemente envolvem atraso no desenvolvimento da linguagem, muitas vezes acompanhado por falta de interesse social ou interações sociais incomuns (p. nunca brincar com eles) e padrões de comunicação incomuns (por exemplo, conhecer o alfabeto, mas não responder ao próprio nome). Pode-se suspeitar de surdez, mas geralmente é descartada. Durante o segundo ano, comportamentos estranhos e repetitivos e a ausência de brincadeiras típicas tornam-se mais aparentes. Como muitas crianças com desenvolvimento típico têm fortes preferências e gostam de repetição (por exemplo, comer os mesmos alimentos, assistir ao mesmo vídeo várias vezes), distinguir comportamentos restritos e repetitivos que são diagnósticos de transtorno do espectro autista pode ser difícil em pré-escolares. A distinção clínica é baseada no tipo, frequência e intensidade do comportamento (p.

angustiado se algum item for movido).

O transtorno do espectro do autismo não é um transtorno degenerativo, e é típico que o aprendizado e a compensação continuem ao longo da vida. Os sintomas geralmente são mais marcantes na primeira infância e nos primeiros anos escolares, com ganhos de desenvolvimento típicos no final da infância em pelo menos algumas áreas (por exemplo, aumento do interesse na interação social). Uma pequena proporção de indivíduos se deteriora comportamentalmente durante a adolescência, enquanto a maioria dos outros melhora. Embora já tenha ocorrido que apenas uma minoria de indivíduos com transtorno do espectro autista viveu e trabalhou de forma independente na idade adulta, como diagnóstico do espectro autista

64

o transtorno é feito com mais frequência naqueles que têm linguagem e habilidades intelectuais superiores, mas indivíduos são capazes de encontrar um nicho que corresponda aos seus interesses e habilidades especiais e, portanto, são empregados de forma produtiva. O acesso a serviços de reabilitação vocacional melhora significativamente os resultados de emprego competitivo para jovens em idade de transição com transtorno do espectro autista.

Em geral, indivíduos com níveis mais baixos de comprometimento podem ser mais capazes de funcionar de forma independente. No entanto, mesmo esses indivíduos podem permanecer socialmente ingênuos e vulneráveis, têm dificuldades para organizar demandas práticas sem ajuda e são propensos a ansiedade e depressão. Muitos adultos relatam usar estratégias de compensação e mecanismos de enfrentamento para mascarar suas dificuldades em público, mas sofrem com o estresse e o esforço de manter uma fachada socialmente aceitável. Relativamente pouco se sabe sobre a velhice no transtorno do espectro do autismo, mas taxas mais altas de condições médicas concomitantes foram documentadas na literatura.

Alguns indivíduos chegam para o primeiro diagnóstico na idade adulta, talvez motivados pelo diagnóstico de autismo em uma criança da família ou por uma ruptura nas relações no trabalho ou em casa. A obtenção da história detalhada do desenvolvimento nesses casos pode ser difícil, e é importante considerar as dificuldades autorrelatadas. Onde a observação clínica sugere que os critérios são atendidos atualmente, o transtorno do espectro autista pode ser diagnosticado, particularmente se for apoiado por uma história de habilidades sociais e de comunicação deficientes na infância. Um relato convincente (pelos pais ou outro parente) de que o indivíduo teve amizades recíprocas comuns e sustentadas e boas habilidades de comunicação não verbal durante a infância diminuiria significativamente a probabilidade de um diagnóstico de transtorno do espectro do autismo; no entanto, informações de desenvolvimento ambíguas ou ausentes por si só não são suficientes para descartar um diagnóstico de transtorno do espectro do autismo.

As manifestações dos prejuízos sociais e de comunicação e os comportamentos restritos/repetitivos que definem o transtorno do espectro autista são claros no período de desenvolvimento. Na velhice, a intervenção ou compensação, bem como os apoios atuais, podem mascarar essas dificuldades em pelo menos alguns contextos. Em geral, os sintomas permanecem suficientes para causar prejuízo atual no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Fatores de risco e prognóstico Os

fatores prognósticos mais bem estabelecidos para o desfecho individual dentro do transtorno do espectro do autismo são a presença ou ausência de transtorno do desenvolvimento intelectual associado e comprometimento da linguagem (por exemplo, linguagem funcional aos 5 anos de idade é um bom sinal prognóstico) e problemas adicionais de saúde mental. A epilepsia, como diagnóstico comórbido, está associada a maior deficiência intelectual e menor habilidade verbal.

Ambiental. Uma variedade de fatores de risco para distúrbios do neurodesenvolvimento, como idade parental avançada, prematuridade extrema ou exposições in utero a certos medicamentos ou teratógenos como o ácido valpróico, podem contribuir amplamente para o risco de transtorno do espectro do autismo.

Genética e fisiológica. As estimativas de herdabilidade para o transtorno do espectro do autismo variaram de 37% a mais de 90%, com base nas taxas de concordância de gêmeos, e uma coorte mais recente de cinco países estimou a herdabilidade em 80%. Atualmente, até 15% dos casos de transtorno do espectro do autismo parecem estar associados a uma mutação genética conhecida, com diferentes variantes de novo número de cópias ou mutações de novo em genes específicos associados ao transtorno em diferentes famílias.

No entanto, mesmo quando uma mutação genética conhecida está associada ao transtorno do espectro do autismo, ela não parece ser totalmente penetrante (ou seja, nem todos os indivíduos com a mesma anormalidade genética desenvolverão o transtorno do espectro do autismo). O risco para a maioria dos casos parece ser poligênico, com talvez centenas de loci genéticos fazendo contribuições relativamente pequenas. Não está claro se essas descobertas se aplicam igualmente a todas as populações raciais/étnicas, dada a inclusão limitada de comunidades de cor na pesquisa genética.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Existem diferenças culturais nas normas para interação social, comunicação não verbal e relacionamentos, mas os indivíduos com transtorno do espectro do autismo são marcadamente prejudicados em relação às normas de seu contexto cultural. A cultura influencia a percepção de comportamentos autistas, a relevância percebida de alguns comportamentos sobre outros e as expectativas de comportamento infantil e práticas parentais. Discrepâncias consideráveis são encontradas na idade ao diagnóstico do transtorno do espectro autista em crianças de diversas origens etnorraciais; a maioria dos estudos encontra diagnóstico tardio entre crianças étnicas e racializadas socialmente oprimidas. Além de serem diagnosticadas mais tarde, as crianças afro-americanas são mais frequentemente diagnosticadas com transtorno de adaptação ou de conduta do que as crianças brancas.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero

O transtorno do espectro do autismo é diagnosticado três a quatro vezes mais em homens do que em mulheres e, em média, a idade ao diagnóstico é mais tardia nas mulheres. Em amostras clínicas, as mulheres tendem a ser mais propensas a apresentar transtorno do desenvolvimento intelectual concomitante, bem como epilepsia, sugerindo que meninas sem deficiência intelectual ou atrasos de linguagem podem passar despercebidas, talvez por causa de manifestações mais sutis de dificuldades sociais e de comunicação. Em comparação com os homens com transtorno do espectro autista, as mulheres podem ter uma melhor conversação recíproca e ser mais propensas a compartilhar interesses, integrar comportamentos verbais e não verbais e modificar seu comportamento por situação, apesar de terem dificuldades de compreensão social semelhantes às dos homens.

A tentativa de ocultar ou mascarar o comportamento autista (por exemplo, copiando o vestido, a voz e as maneiras de mulheres socialmente bem-sucedidas) também pode dificultar o diagnóstico em algumas mulheres.

Comportamentos repetitivos podem ser um pouco menos evidentes em mulheres do que em homens, em média, e interesses especiais podem ter um foco mais social (por exemplo, um cantor, um ator) ou “normativo” (por exemplo, cavalos), enquanto permanecem incomuns em sua intensidade. Em relação à população geral, as taxas de variação de gênero foram relatadas como aumentadas no transtorno do espectro do autismo, com maior variação nas mulheres em comparação com os homens.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas Indivíduos

com transtorno do espectro autista correm maior risco de morte por suicídio em comparação com aqueles sem transtorno do espectro autista. Crianças com transtorno do espectro autista que apresentavam comunicação social prejudicada apresentaram maior risco de automutilação com intenção suicida, pensamentos suicidas e planos de suicídio aos 16 anos em comparação com aquelas sem comunicação social prejudicada. Adolescentes e adultos jovens com transtorno do espectro do autismo têm um risco aumentado de tentativas de suicídio em comparação com indivíduos controles pareados por idade e sexo, mesmo após ajustes para fatores demográficos e comorbidades psiquiátricas.

Consequências funcionais do transtorno do espectro do autismo Em crianças

pequenas com transtorno do espectro do autismo, a falta de habilidades sociais e de comunicação pode dificultar o aprendizado, especialmente o aprendizado por meio da interação social ou em ambientes com colegas. Em casa, a insistência nas rotinas e a aversão à mudança, bem como as sensibilidades sensoriais, podem interferir na alimentação e no sono e tornar os cuidados de rotina (por exemplo, cortes de cabelo, tratamento odontológico) extremamente difíceis. As habilidades adaptativas geralmente estão abaixo do QI medido. Dificuldades extremas no planejamento, organização e enfrentamento da mudança impactam negativamente o desempenho acadêmico, mesmo para alunos com inteligência acima da média. Durante a idade adulta, esses indivíduos podem ter dificuldades em estabelecer a independência devido à rigidez contínua e à dificuldade

Muitos indivíduos com transtorno do espectro autista, mesmo sem desenvolvimento intelectual transtorno, têm mau funcionamento psicossocial adulto, conforme indexado por medidas como

66

como vida independente e emprego remunerado. As consequências funcionais na velhice são desconhecidas, mas o isolamento social e os problemas de comunicação (p.

Transtorno do desenvolvimento intelectual concomitante, epilepsia, transtornos mentais e condições médicas crônicas podem estar associados a um risco maior de mortalidade prematura para indivíduos com transtorno do espectro autista. As mortes por lesão e envenenamento são maiores do que para a população em geral, assim como as mortes por suicídio. O afogamento é a principal causa de morte accidental em crianças com transtorno do espectro autista.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Anormalidades de atenção (excessivamente focada ou facilmente distraída) são comuns em indivíduos com transtorno do espectro do autismo, assim como a hiperatividade. Além disso, alguns indivíduos com TDAH podem apresentar déficits de comunicação social, como interromper os outros, falar muito alto e não respeitar o espaço pessoal. Embora potencialmente difícil de discriminar o TDAH do transtorno do espectro do autismo, o curso do desenvolvimento e a ausência de comportamentos restritos e repetitivos e interesses incomuns no TDAH ajudam a diferenciar as duas condições. Um diagnóstico concomitante de TDAH deve ser considerado quando as dificuldades de atenção ou hiperatividade excedem aquela tipicamente observada em indivíduos de idade mental comparável, e o TDAH é uma das comorbidades mais comuns no transtorno do espectro autista.

Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) sem transtorno do espectro autista. Transtorno do desenvolvimento sem transtorno do espectro autista pode ser difícil de diferenciar de

transtorno do espectro autista em crianças muito pequenas. Indivíduos com transtorno do desenvolvimento intelectual que não desenvolveram habilidades linguísticas ou simbólicas também apresentam um desafio para o diagnóstico diferencial, uma vez que o comportamento repetitivo também ocorre frequentemente nesses indivíduos. Um diagnóstico de transtorno do espectro do autismo em um indivíduo com transtorno do desenvolvimento intelectual é apropriado quando a comunicação social e a interação estão significativamente prejudicadas em relação ao nível de desenvolvimento das habilidades não verbais do indivíduo (por exemplo, habilidades motoras finas, resolução de problemas não verbais). Em contraste, o transtorno do desenvolvimento intelectual é o diagnóstico apropriado quando não há discrepância aparente entre o nível de habilidades comunicativas sociais e outras habilidades intelectuais.

Distúrbios da linguagem e distúrbio da comunicação social (pragmática). Em algumas formas de distúrbio de linguagem, pode haver problemas de comunicação e algumas dificuldades sociais secundárias. No entanto, o distúrbio específico da linguagem geralmente não está associado à comunicação não verbal anormal, nem à presença de padrões de comportamento, interesses ou atividades restritos e repetitivos.

Quando um indivíduo apresenta comprometimento na comunicação social e nas interações sociais, mas não apresenta comportamento ou interesses restritos e repetitivos, os critérios para transtorno de comunicação social (pragmático), em vez de transtorno do espectro autista, podem ser atendidos. O diagnóstico de transtorno do espectro autista substitui o de transtorno da comunicação social (pragmática) sempre que os critérios para transtorno do espectro autista forem atendidos, e deve-se tomar cuidado para investigar cuidadosamente o comportamento restrito/repetitivo passado ou atual.

Mutismo seletivo. No mutismo seletivo, o desenvolvimento inicial normalmente não é perturbado. A criança afetada geralmente exibe habilidades de comunicação apropriadas em determinados contextos e configurações. Mesmo em ambientes onde a criança é muda, a reciprocidade social não é prejudicada, nem estão presentes padrões de comportamento restritos ou repetitivos.

Distúrbio de movimento estereotipado As estereotipias motoras estão entre as características diagnósticas do transtorno do espectro do autismo, portanto, um diagnóstico adicional de transtorno do movimento estereotipado não é dado quando tais comportamentos repetitivos são melhor explicados pela presença

do transtorno do espectro autista. No entanto, quando as estereotipias causam autolesão e se tornam foco do tratamento, ambos os diagnósticos podem ser adequados.

Síndrome de Rett. A interrupção da interação social pode ser observada durante a fase regressiva da síndrome de Rett (tipicamente entre 1 e 4 anos); assim, uma proporção substancial de meninas afetadas pode ter uma apresentação que atenda aos critérios diagnósticos para transtorno do espectro autista.

No entanto, após esse período, a maioria dos indivíduos com síndrome de Rett melhora suas habilidades de comunicação social e as características autistas não são mais uma grande área de preocupação. Consequentemente, o transtorno do espectro autista deve ser considerado apenas quando todos os critérios diagnósticos forem atendidos.

Sintomas associados a transtornos de ansiedade. A sobreposição dos sintomas de ansiedade com os sintomas centrais do transtorno do espectro autista pode tornar desafiadora a classificação dos sintomas de ansiedade no transtorno do espectro autista. Por exemplo, retraimento social e comportamentos repetitivos são características centrais do transtorno do espectro do autismo, mas também podem ser expressões de ansiedade. Os transtornos de ansiedade mais comuns no transtorno do espectro do autismo são a fobia específica (em até 30% dos casos) e a ansiedade social e a agorafobia (em até 17% dos casos).

Transtorno obsessivo-compulsivo. O comportamento repetitivo é uma característica definidora tanto do transtorno obsessivo compulsivo quanto do transtorno do espectro autista. Em ambas as condições, os comportamentos repetitivos são considerados inadequados ou estranhos. No transtorno obsessivo-compulsivo, os pensamentos intrusivos geralmente estão relacionados à contaminação, organização ou temas sexuais ou religiosos. As compulsões são realizadas em resposta a esses pensamentos intrusivos na tentativa de aliviar a ansiedade. No transtorno do espectro do autismo, os comportamentos repetitivos classicamente incluem comportamentos motores mais estereotipados, como bater as mãos e agitar os dedos ou comportamentos mais complexos, como insistência em rotinas ou alinhar objetos. Ao contrário do transtorno obsessivo-compulsivo, os comportamentos repetitivos no transtorno do espectro autista podem ser percebidos como prazerosos e reforçadores.

Esquizofrenia. A esquizofrenia com início na infância geralmente se desenvolve após um período de desenvolvimento normal ou quase normal. Foi descrito um estado prodromico no qual ocorrem prejuízos sociais e interesses e crenças atípicas, que podem ser confundidos com os déficits sociais e interesses fixados restritos observados no transtorno do espectro autista. Alucinações e delírios, que são características definidoras da esquizofrenia, não são características do transtorno do espectro autista. No entanto, os médicos devem levar em conta o potencial de indivíduos com transtorno do espectro autista serem concretos em sua interpretação de perguntas sobre as principais características da esquizofrenia (por exemplo, "Você ouve vozes quando não há ninguém lá?" "Sim [no rádio]"). O transtorno do espectro do autismo e a esquizofrenia podem ocorrer concomitantemente, e ambos devem ser diagnosticados quando os critérios são atendidos.

Distúrbios de personalidade. Em adultos sem transtorno do desenvolvimento intelectual ou comprometimento significativo da linguagem, alguns comportamentos associados ao transtorno do espectro do autismo podem ser percebidos por outros como sintomas de transtorno de personalidade narcisista, esquizotípica ou esquizóide. O transtorno de personalidade esquizotípica, em particular, pode se cruzar com o transtorno do espectro autista em preocupações incomuns e experiências perceptivas, pensamento e fala estranhos, afeto restrito e ansiedade social, falta de amigos íntimos e comportamento estranho ou excêntrico. O curso de desenvolvimento inicial do transtorno do espectro do autismo (falta de jogo imaginativo, comportamento restrito/repetitivo, sensibilidades sensoriais) é mais útil para diferenciá-lo dos transtornos de personalidade.

Comorbidade O

transtorno do espectro do autismo é frequentemente associado a transtorno do desenvolvimento intelectual e transtorno de linguagem (ou seja, incapacidade de compreender e construir frases com gramática adequada). Dificuldades específicas de aprendizagem (alfabetização e numeramento) são comuns, assim como o transtorno do desenvolvimento da coordenação.

Comorbidades psiquiátricas também ocorrem no transtorno do espectro autista. Cerca de 70% dos indivíduos com transtorno do espectro do autismo podem ter um transtorno mental comórbido e 40% podem ter dois ou mais transtornos mentais comórbidos. Transtornos de ansiedade, depressão e TDAH são particularmente comuns. O transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva é uma característica de apresentação bastante frequente do transtorno do espectro do autismo, e as preferências alimentares extremas e estreitas podem persistir.

Entre os indivíduos que não são verbais ou têm déficits de linguagem, sinais observáveis, como alterações no sono ou alimentação e aumento no comportamento desafiador, devem desencadear uma avaliação para ansiedade ou depressão, bem como para dor ou desconforto potencial de problemas médicos ou odontológicos não diagnosticados. Condições médicas comumente associadas ao transtorno do espectro do autismo

incluem epilepsia e constipação.

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Critério de diagnóstico

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou desenvolvimento, caracterizado por (1) e/ou (2): 1. **Desatenção:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram por pelo menos pelo menos 6 meses para um grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que impacta negativamente diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/ocupacionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição, desafio, hostilidade ou falha na compreensão de tarefas ou instruções. Para adolescentes e adultos mais velhos (17 anos ou mais), são necessários pelo menos cinco sintomas. uma. Frequentemente não dá atenção a detalhes ou comete erros por descuido em trabalhos escolares, no trabalho ou durante outras atividades (por exemplo, negligencia ou perde detalhes, o trabalho é impreciso).

- b. Frequentemente tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (por exemplo, tem dificuldade em manter o foco durante palestras, conversas ou leituras longas).
- c. Muitas vezes parece não ouvir quando se fala diretamente (por exemplo, a mente parece estar em outro lugar, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia). d. Frequentemente, não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, tarefas domésticas ou deveres no local de trabalho (por exemplo, inicia tarefas, mas rapidamente perde o foco e é facilmente desviado). e. Frequentemente tem dificuldade em organizar tarefas e atividades (por exemplo, dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e pertences em ordem; trabalho bagunçado e desorganizado; tem má gestão de tempo; não cumpre prazos).
- f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (por exemplo, trabalhos escolares ou de casa; para adolescentes e adultos mais velhos, preparar relatórios, preencher formulários, revisar trabalhos longos). g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, materiais escolares, lápis, livros, ferramentas, carteiras, chaves, papéis, óculos, celular

telefones).

69

- h. Muitas vezes é facilmente distraído por estímulos estranhos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
- eu. É frequentemente esquecido nas atividades diárias (por exemplo, fazer tarefas domésticas, fazer recados; para adolescentes e adultos mais velhos, retornar ligações, pagar contas, marcar compromissos).

2. Hiperatividade e impulsividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram por pelo menos 6 meses em um grau inconsistente com o nível de desenvolvimento e que impacta negativamente diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/ocupacionais: **Nota:** Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento de oposição, desafio, hostilidade ou falha em entender tarefas ou instruções. Para adolescentes e adultos mais velhos (17 anos ou mais), são necessários pelo menos cinco sintomas. uma. Muitas vezes remexe ou bate nas mãos ou pés ou se contorce no assento. b. Frequentemente abandona a cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (por exemplo, abandona seu lugar na sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho, ou em outras situações que exijam permanecer no local).

- c. Frequentemente corre ou escala em situações em que não é apropriado. (**Nota:** Em adolescentes ou adultos, pode limitar-se a sentir-se inquieto.) d. Muitas vezes incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer silenciosamente.
- e. Está frequentemente “em movimento”, agindo como se estivesse “conduzido por um motor” (p. com).
- f. Muitas vezes fala excessivamente. g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que uma pergunta tenha sido completada (por exemplo, completa as frases das pessoas; não pode esperar pela vez da conversa). h. Muitas vezes tem dificuldade em esperar sua vez (por exemplo, enquanto espera na fila).
- eu. Frequentemente interrompe ou se intromete nos outros (por exemplo, se intromete em conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode se intrometer ou assumir o que os outros estão fazendo).

B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes da idade 12 anos.

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (por exemplo, em casa, escola ou trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem ou reduzem a qualidade de

funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno de humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno de personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

Especificar se:

F90.2 Apresentação combinada: Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) forem atendidos nos últimos 6 meses.

F90.0 Apresentação predominantemente desatenta: Se o Critério A1 (desatenção) for atendido, mas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não for atendido nos últimos 6 meses.

F90.1 Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: Se o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) for atendido e o Critério A1 (desatenção) não for atendido nos últimos 6 meses.

Especifique

se: **Em remissão parcial:** Quando os critérios completos foram preenchidos anteriormente, menos do que os critérios completos foram atendidos nos últimos 6 meses e os sintomas ainda resultam em prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

70

Especifique a gravidade

atual: **Leve:** Poucos, se houver, sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou ocupacional.

Moderado: Sintomas ou comprometimento funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.

Grave: Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, ou vários sintomas que são particularmente graves, estão presentes, ou os sintomas resultam em prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento.

A *desatenção* se manifesta comportamentalmente no TDAH como desviar-se da tarefa, deixar de seguir instruções ou terminar o trabalho ou tarefas, ter dificuldade em manter o foco e ser desorganizado e não é atribuível ao desafio ou à falta de compreensão. A *hiperatividade* refere-se à atividade motora excessiva (como uma criança correndo) quando não é apropriado, ou agitação excessiva, batidas ou loquacidade. Em adultos, a hiperatividade pode se manifestar como extrema inquietação ou desgaste dos outros com sua atividade. A *impulsividade* refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação, que podem ter potencial para prejudicar o indivíduo (por exemplo, correr para a rua sem olhar). A impulsividade pode refletir um desejo de recompensas imediatas ou uma incapacidade de adiar a gratificação. Comportamentos impulsivos podem se manifestar como intrusão social (p.

interromper demais os outros) e/ou tomar decisões importantes sem considerar as consequências de longo prazo (por exemplo, aceitar um emprego sem informações adequadas).

O TDAH começa na infância. A exigência de que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade transmite a importância de uma apresentação clínica substancial durante a infância. Ao mesmo tempo, uma idade de início mais precoce não é especificada devido às dificuldades em estabelecer retrospectivamente o início preciso na infância. A recordação dos sintomas da infância por adultos tende a não ser confiável, e é benéfico obter informações auxiliares. O TDAH não pode ser diagnosticado na ausência de quaisquer sintomas antes dos 12 anos. Quando os sintomas do que parece ser TDAH ocorrem pela primeira vez após os 13 anos, é mais provável que sejam explicados por outro transtorno mental ou representem os efeitos cognitivos do uso de substâncias.

As manifestações do transtorno devem estar presentes em mais de um ambiente (por exemplo, casa e escola, ou casa e trabalho). A confirmação de sintomas substanciais em todos os ambientes normalmente não pode ser feita com precisão sem consultar os informantes que viram o indivíduo nesses ambientes. Normalmente, os sintomas variam dependendo do contexto dentro de uma determinada configuração. Os sinais do transtorno podem ser mínimos ou ausentes quando o indivíduo está recebendo recompensas frequentes por comportamento apropriado, está sob supervisão próxima, está em um ambiente novo, está envolvido em atividades especialmente interessantes, tem estimulação externa consistente (por exemplo, por meio de telas eletrônicas), ou está interagindo em situações individuais (por exemplo, no consultório do médico).

Recursos associados

Atrasos na linguagem, desenvolvimento motor ou social não são específicos do TDAH, mas geralmente ocorrem concomitantemente. Desregulação emocional ou impulsividade emocional comumente ocorre em crianças e adultos com TDAH. Indivíduos com TDAH se auto-relatam e são descritos por outros como sendo rápidos em irritar-se, facilmente frustrados e emocionalmente hiperativos.

Mesmo na ausência de um distúrbio específico de aprendizagem, o desempenho acadêmico ou profissional é frequentemente prejudicado. Indivíduos com TDAH podem apresentar déficits neurocognitivos em várias áreas, incluindo memória de trabalho, mudança de conjunto, variabilidade do tempo de reação, inibição de resposta, vigilância e planejamento/organização, embora esses testes não sejam suficientemente sensíveis ou específicos para servir como índices diagnósticos.

71

Embora o TDAH não esteja associado a características físicas específicas, as taxas de anomalias físicas menores (por exemplo, hipertelorismo, palato muito arqueado, orelhas de implantação baixa) podem ser elevadas. Atrasos motores sutis e outros sinais neurológicos leves podem ocorrer. (Observe que a falta de jeito e os atrasos motores concomitantes marcados devem ser codificados separadamente [por exemplo, transtorno do desenvolvimento da coordenação].)

Crianças com distúrbios do neurodesenvolvimento de causa conhecida (por exemplo, síndrome do X frágil, síndrome da deleção 22q11) também podem apresentar sintomas de desatenção e impulsividade/hiperatividade; eles devem receber um diagnóstico de TDAH se seus sintomas atenderem a todos os critérios para o transtorno.

Prevalência

Pesquisas populacionais sugerem que o TDAH ocorre em todo o mundo em cerca de 7,2% das crianças; entretanto, a prevalência transnacional varia amplamente, de 0,1% a 10,2% das crianças e adolescentes.

A prevalência é maior em populações especiais, como crianças adotivas ou ambientes correcionais. Em um

meta-análise transnacional, o TDAH ocorreu em 2,5% dos adultos.

Desenvolvimento e Curso Muitos

pais observam pela primeira vez atividade motora excessiva quando a criança é pequena, mas os sintomas são difíceis de distinguir de comportamentos normativos altamente variáveis antes dos 4 anos de idade. O TDAH é mais frequentemente identificado durante os anos do ensino fundamental, quando a desatenção se torna mais proeminente e prejudicial. O transtorno é relativamente estável até o início da adolescência, mas alguns indivíduos têm um curso piorado com o desenvolvimento de comportamentos antissociais. Na maioria dos indivíduos com TDAH, os sintomas de hiperatividade motora tornam-se menos óbvios na adolescência e na idade adulta, mas persistem dificuldades com inquietação, desatenção, mau planejamento e impulsividade. Uma proporção substancial de crianças com TDAH permanece relativamente prejudicada na idade adulta.

Na pré-escola, a principal manifestação é a hiperatividade. A desatenção torna-se mais proeminente durante o ensino fundamental. Durante a adolescência, os sinais de hiperatividade (por exemplo, correr e escalar) são menos comuns e podem limitar-se à inquietação ou a uma sensação interior de nervosismo, inquietação ou impaciência. Na idade adulta, juntamente com desatenção e inquietação, a impulsividade pode permanecer problemática mesmo quando a hiperatividade diminui.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. O TDAH está associado à redução da inibição comportamental, esforço de controle ou restrição; emotionalidade negativa; e/ou busca elevada de novidades. Esses traços podem predispor algumas crianças ao TDAH, mas não são específicos do transtorno.

Ambiental. Muito baixo peso ao nascer e grau de prematuridade conferem maior risco de TDAH; quanto mais extremo o baixo peso, maior o risco. A exposição pré-natal ao tabagismo está associada ao TDAH mesmo após o controle da história psiquiátrica dos pais e do status socioeconômico. Uma minoria de casos pode estar relacionada a reações a aspectos da dieta. A exposição a neurotoxinas (por exemplo, chumbo), infecções (por exemplo, encefalite) e exposição ao álcool no útero foram correlacionadas com TDAH subsequente, mas não se sabe se essas associações são causais.

Genética e fisiológica. A herdabilidade do TDAH é de aproximadamente 74%. Estudos de associação ampla do genoma em larga escala (GWAS) identificaram vários loci enriquecidos em regiões genômicas evolutivamente restritas e genes de perda de função, bem como em torno de regiões reguladoras expressas no cérebro. Não existe um gene único para o TDAH.

Deficiências visuais e auditivas, anormalidades metabólicas e deficiências nutricionais devem ser consideradas como possíveis influências nos sintomas de TDAH. O TDAH é elevado em indivíduos com epilepsia idiopática.

Modificadores de curso. É improvável que os padrões de interação familiar na primeira infância causem TDAH, mas pode influenciar seu curso ou contribuir para o desenvolvimento secundário de problemas de conduta.

Problemas de diagnóstico relacionados à cultura

As diferenças na prevalência de TDAH entre as regiões parecem atribuíveis principalmente a diferentes procedimentos diagnósticos e práticas metodológicas, incluindo o uso de diferentes diagnósticos.

entrevistas e diferenças sobre se o comprometimento funcional era necessário e, em caso afirmativo, como foi definido. A prevalência também é afetada pela variação cultural nas atitudes em relação às normas de comportamento e expectativas de crianças e jovens em diferentes contextos sociais, bem como diferenças culturais nas interpretações dos comportamentos das crianças por pais e professores, incluindo diferenças de gênero. As taxas de identificação clínica nos Estados Unidos para populações afro-americanas e latinas tendem a ser mais baixas do que para populações brancas não latinas. A subdetecção pode resultar da rotulagem errônea dos sintomas de TDAH como opositores ou disruptivos em grupos étnicos ou raciais socialmente oprimidos devido ao viés clínico explícito ou implícito, levando ao diagnóstico excessivo de distúrbios disruptivos. A maior prevalência em jovens brancos não latinos também pode ser influenciada pela maior demanda dos pais por diagnóstico de comportamentos vistos como relacionados ao TDAH. As classificações dos sintomas do informante podem ser influenciadas pela formação cultural da criança e do informante, sugerindo que as práticas diagnósticas culturalmente competentes são relevantes na avaliação do TDAH.

Problemas diagnósticos relacionados ao sexo e ao gênero O

TDAH é mais frequente em homens do que em mulheres na população geral, com uma proporção de aproximadamente 2:1 em crianças e 1,6:1 em adultos. As fêmeas são mais propensas do que os machos a apresentar principalmente características de desatenção. As diferenças entre os sexos na gravidade dos sintomas do TDAH podem ser devido a diferentes responsabilidades genéticas e cognitivas entre os sexos.

Marcadores de diagnóstico

Nenhum marcador biológico é diagnóstico de TDAH. Embora o TDAH tenha sido associado à potência elevada das ondas lentas (4-7 Hz "teta"), bem como à diminuição da potência das ondas rápidas (14-30 Hz "beta"), uma revisão posterior não encontrou diferenças na potência teta ou beta em crianças ou adultos com TDAH em relação aos controles.

Embora alguns estudos de neuroimagem tenham mostrado diferenças em crianças com TDAH em comparação com controles, a meta-análise de *todos* os estudos de neuroimagem não mostra diferenças entre indivíduos com TDAH e controles. Isso provavelmente se deve a diferenças nos critérios diagnósticos, tamanho da amostra, tarefa usada e aspectos técnicos da técnica de neuroimagem. Até que esses problemas sejam resolvidos, nenhuma forma de neuroimagem pode ser usada para o diagnóstico de TDAH.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas O TDAH é

um fator de risco para ideação e comportamento suicida em crianças. Da mesma forma, na idade adulta, o TDAH está associado a um risco aumentado de tentativa de suicídio, quando comórbido com transtornos de humor, conduta ou uso de substâncias, mesmo após o controle da comorbidade. Pensamentos suicidas também são mais comuns em populações com TDAH do que em indivíduos controle sem TDAH. O TDAH previu a persistência de pensamentos suicidas em soldados do Exército dos EUA.

Consequências Funcionais do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade O TDAH está associado a desempenho escolar e desempenho acadêmico reduzidos. Déficits acadêmicos, problemas relacionados à escola e negligência dos pares tendem a ser mais associados a

saliente com sintomas marcantes de hiperatividade ou impulsividade. A autoaplicação inadequada ou variável a tarefas que exigem esforço sustentado é frequentemente interpretada pelos outros como preguiça, irresponsabilidade ou falta de cooperação.

Jovens adultos com TDAH têm baixa estabilidade no emprego. Adultos com TDAH apresentam pior desempenho ocupacional, realização, frequência e maior probabilidade de desemprego, bem como elevado conflito interpessoal. Em média, os indivíduos com TDAH obtêm menos escolaridade, têm pior desempenho vocacional e têm pontuações intelectuais reduzidas do que seus pares, embora haja grande variabilidade. Em sua forma grave, o transtorno é marcadamente prejudicial, afetando o ajustamento social, familiar e escolar/ocupacional.

As relações familiares podem ser caracterizadas por discórdia e interações negativas. Indivíduos com TDAH têm menor auto-estima em relação aos pares sem TDAH. Os relacionamentos com os pares são frequentemente interrompidos pela rejeição, negligência ou provocação do indivíduo com TDAH.

Crianças com TDAH são significativamente mais propensas do que seus pares sem TDAH a desenvolver transtorno de conduta na adolescência e transtorno de personalidade antissocial na idade adulta, consequentemente aumentando a probabilidade de transtornos por uso de substâncias e encarceramento. O risco de transtornos subsequentes por uso de substâncias é elevado, especialmente quando se desenvolve transtorno de conduta ou transtorno de personalidade antissocial.

Indivíduos com TDAH são mais propensos do que seus pares a serem feridos. Crianças e adultos com TDAH correm maior risco de sofrer trauma e desenvolver síndrome de estresse pós-traumático subsequente. Acidentes e infrações de trânsito são mais frequentes em motoristas com TDAH. Indivíduos com TDAH têm uma taxa de mortalidade geral mais alta, principalmente por causa de acidentes e lesões. Também pode haver uma probabilidade elevada de obesidade e hipertensão entre indivíduos com TDAH.

Diagnóstico Diferencial Transtorno

desafiador opositivo. Indivíduos com transtorno desafiador de oposição podem resistir a tarefas de trabalho ou escola que exigem auto-aplicação porque resistem a se conformar com as demandas dos outros. Seu comportamento é caracterizado por negatividade, hostilidade e desafio. Esses sintomas devem ser diferenciados da aversão à escola ou tarefas mentalmente exigentes devido à dificuldade em sustentar o esforço mental, esquecer instruções e impulsividade em indivíduos com TDAH.

Para complicar o diagnóstico diferencial, alguns indivíduos com TDAH podem desenvolver atitudes secundárias de oposição a tais tarefas e desvalorizar sua importância.

Transtorno explosivo intermitente. O TDAH e o transtorno explosivo intermitente compartilham altos níveis de comportamento impulsivo. No entanto, os indivíduos com transtorno explosivo intermitente mostram agressividade grave em relação aos outros, o que não é característico do TDAH, e não apresentam problemas para manter a atenção como visto no TDAH. Além disso, o transtorno explosivo intermitente é raro na infância. O transtorno explosivo intermitente pode ser diagnosticado na presença de TDAH.

Outros transtornos do neurodesenvolvimento aumento da atividade motora que pode ocorrer no TDAH deve ser diferenciado do comportamento motor repetitivo que caracteriza o transtorno de movimento estereotipado e alguns casos de transtorno do espectro autista. No transtorno do movimento estereotipado, o comportamento motor é geralmente fixo e repetitivo (p. No transtorno de Tourette, tiques múltiplos frequentes podem ser confundidos com a inquietação generalizada do TDAH. A observação prolongada pode ser necessária para diferenciar a inquietação das crises de tiques múltiplos.

Distúrbio específico de aprendizagem. Crianças com transtorno específico de aprendizagem por si só podem parecer desatentas devido à frustração, falta de interesse ou capacidade limitada em neurocognição

74

processos, incluindo memória de trabalho e velocidade de processamento, ao passo que sua desatenção é muito reduzida ao realizar uma habilidade que não requer o processo cognitivo prejudicado.

Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual). Os sintomas de TDAH são comuns em crianças com transtorno do desenvolvimento intelectual colocadas em ambientes acadêmicos inadequados à sua capacidade intelectual. Nesses casos, os sintomas não são evidentes durante tarefas não acadêmicas. Um diagnóstico de TDAH no transtorno do desenvolvimento intelectual requer que a desatenção ou hiperatividade seja excessiva para a idade mental.

Transtorno do espectro do autismo. Indivíduos com TDAH e aqueles com transtorno do espectro do autismo apresentam desatenção, disfunção social e comportamento difícil de gerenciar. A disfunção social e a rejeição dos pares observadas em indivíduos com TDAH devem ser diferenciadas do desengajamento social, isolamento e indiferença às pistas de comunicação facial e tonal observadas em indivíduos com transtorno do espectro autista. Crianças com transtorno do espectro autista podem apresentar birras devido à incapacidade de tolerar uma mudança no curso esperado dos eventos. Em contraste, crianças com TDAH podem se comportar mal ou ter um acesso de raiva durante uma grande transição devido à impulsividade ou falta de autocontrole.

Transtorno de apego reativo. As crianças com transtorno de apego reativo podem apresentar desinibição social, mas não o conjunto completo de sintomas de TDAH, e exibir outras características, como a falta de relacionamentos duradouros que não são característicos do TDAH.

Transtornos de ansiedade. O TDAH compartilha sintomas de desatenção com transtornos de ansiedade. Indivíduos com TDAH são desatentos por causa de seu envolvimento preferencial com atividades novas e estimulantes ou preocupação com atividades agradáveis. Isso se distingue da desatenção atribuível à preocupação e à ruminação observadas nos transtornos de ansiedade. Inquietação pode ser vista em transtornos de ansiedade. No entanto, no TDAH, o sintoma não está associado à preocupação e à ruminação.

Transtorno de estresse pós-traumático. As dificuldades de concentração associadas ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) podem ser diagnosticadas erroneamente em crianças como TDAH. Crianças menores de 6 anos frequentemente manifestam TEPT em sintomas inespecíficos, como inquietação, irritabilidade, desatenção e falta de concentração, que podem mimetizar o TDAH. Os pais também podem minimizar os sintomas relacionados ao trauma de seus filhos, e os professores e outros cuidadores muitas vezes desconhecem a exposição da criança a eventos traumáticos. Uma avaliação abrangente da exposição passada a eventos traumáticos pode descartar o TEPT.

Transtornos depressivos. Indivíduos com transtornos depressivos podem apresentar incapacidade de concentração. No entanto, a falta de concentração nos transtornos de humor torna-se proeminente apenas durante um episódio depressivo.

Transtorno bipolar. Indivíduos com transtorno bipolar podem ter atividade aumentada, baixa concentração e impulsividade aumentada, mas essas características são episódicas, ao contrário do TDAH, em que os sintomas são persistentes. Além disso, no transtorno bipolar, o aumento da impulsividade ou desatenção é acompanhado por humor elevado, grandiosidade e outras características bipolares específicas. Crianças com

O TDAH pode apresentar mudanças significativas de humor no mesmo dia; tal labilidade é distinta de um episódio maníaco ou hipomaníaco, que deve durar 4 ou mais dias para ser um indicador clínico de transtorno bipolar, mesmo em crianças. O transtorno bipolar é raro em pré-adolescentes, mesmo quando a irritabilidade e a raiva graves são proeminentes, enquanto o TDAH é comum entre crianças e adolescentes que apresentam raiva e irritabilidade excessivas.

Transtorno disruptivo da desregulação do humor. O transtorno disruptivo da desregulação do humor é caracterizado por irritabilidade generalizada e intolerância à frustração, mas a impulsividade e a atenção desorganizada não são características essenciais. No entanto, a maioria das crianças e adolescentes com o transtorno também apresenta sintomas que atendem aos critérios para TDAH, diagnosticados separadamente.

Transtornos por uso de substâncias. Diferenciar TDAH de transtornos por uso de substâncias pode ser problemático se a primeira apresentação dos sintomas de TDAH segue o início do abuso ou

75

uso frequente. Evidências claras de TDAH antes do uso indevido de substâncias por informantes ou registros anteriores podem ser essenciais para o diagnóstico diferencial.

Distúrbios de personalidade. Em adolescentes e adultos, pode ser difícil distinguir o TDAH de transtornos limítrofes, narcisistas e outros transtornos de personalidade. Alguns transtornos de personalidade tendem a compartilhar as características de desorganização, intromissão social, desregulação emocional e desregulação cognitiva. No entanto, o TDAH não é caracterizado por medo de abandono, automutilação, ambivalência extrema ou outras características do transtorno de personalidade. Pode ser necessária observação clínica extensa, entrevista com informantes ou história detalhada para distinguir comportamento impulsivo, socialmente intrusivo ou inadequado de comportamento narcisista, agressivo ou dominador para fazer esse diagnóstico diferencial.

Transtornos psicóticos. O TDAH não é diagnosticado se os sintomas de desatenção e hiperatividade ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico.

Sintomas de TDAH induzidos por medicamentos. Sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade atribuíveis ao uso de medicamentos (por exemplo, broncodilatadores, isoniazida, neurolépticos [resultando em acatisia], medicamentos de reposição da tireoide) são diagnosticados como outros transtornos relacionados a outras substâncias (ou desconhecidos) especificados ou não especificados.

Distúrbios neurocognitivos. Embora o comprometimento da atenção complexa possa ser um dos domínios cognitivos afetados em um transtorno neurocognitivo, ele deve representar um declínio em relação a um nível anterior de desempenho para justificar o diagnóstico de transtorno neurocognitivo maior ou leve. Além disso, o transtorno neurocognitivo maior ou leve geralmente tem seu início na idade adulta. Em contraste, a desatenção no TDAH deve estar presente antes dos 12 anos e não representa um declínio do funcionamento anterior.

Comorbidade

Embora o TDAH seja mais comum em homens, mulheres com TDAH têm taxas mais altas de vários transtornos comórbidos, particularmente transtorno desafiador de oposição, transtorno do espectro autista e transtornos de personalidade e uso de substâncias. O transtorno desafiador opositivo ocorre concomitantemente com o TDAH em aproximadamente metade das crianças com a apresentação combinada e cerca de um quarto com a apresentação predominantemente desatenta. Distúrbio de conduta co-ocorre em cerca de um quarto das crianças

ou adolescentes com a apresentação combinada, dependendo da idade e do cenário. A maioria das crianças e adolescentes com transtorno disruptivo da desregulação do humor apresenta sintomas que também atendem aos critérios para TDAH; uma porcentagem menor de crianças com TDAH apresenta sintomas que atendem aos critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor. Transtornos de ansiedade, transtorno depressivo maior, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno explosivo intermitente ocorrem em uma minoria de indivíduos com TDAH, mas com mais frequência do que na população geral. Embora os transtornos por uso de substâncias sejam relativamente mais frequentes entre adultos com TDAH na população geral, os transtornos estão presentes em apenas uma minoria de adultos com TDAH. Em adultos, transtornos antissociais e de personalidade podem ocorrer concomitantemente com o TDAH.

O TDAH pode co-ocorrer em perfis de sintomas variáveis com outros transtornos do neurodesenvolvimento, incluindo transtorno específico de aprendizagem, transtorno do espectro do autismo, transtorno do desenvolvimento intelectual, transtornos da linguagem, transtorno do desenvolvimento da coordenação e transtornos de tiques.

Os distúrbios do sono comórbidos no TDAH estão associados a deficiências diurnas na cognição (por exemplo, desatenção). Muitos indivíduos com TDAH relatam sonolência diurna que pode atender aos critérios para transtorno de hipersonolência. Um quarto a metade dos indivíduos com TDAH relatam dificuldades de sono; estudos mostraram uma associação de TDAH com insônia, distúrbio do sono e vigília do ritmo circadiano, distúrbios respiratórios do sono e síndrome das pernas inquietas.

Descobriu-se que indivíduos com TDAH têm taxas elevadas de uma série de condições, particularmente alergias e distúrbios autoimunes, bem como epilepsia.

Outro Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Especificado

F90.8

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou qualquer dos transtornos da classe diagnóstica de transtornos do neurodesenvolvimento. A outra categoria de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não atende aos critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou qualquer transtorno específico do neurodesenvolvimento. Isso é feito registrando “outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado” seguido do motivo específico (por exemplo, “com sintomas de desatenção insuficientes”).

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Não Especificado

F90.9

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou qualquer dos transtornos da classe diagnóstica de transtornos do neurodesenvolvimento. A categoria de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade não especificado é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou para um transtorno do neurodesenvolvimento específico, e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico.

Transtorno Específico de Aprendizagem

Transtorno Específico de Aprendizagem

Critério de diagnóstico

- A. Dificuldades em aprender e usar habilidades acadêmicas, indicadas pela presença de pelo menos um dos seguintes sintomas que persistem por pelo menos 6 meses, apesar da provisão de intervenções que visam essas dificuldades:
 1. Leitura de palavras imprecisa ou lenta e com esforço (por exemplo, lê palavras isoladas em voz alta de forma incorreta ou lenta e hesitante, frequentemente adivinha palavras, tem dificuldade em pronunciar palavras).
 2. Dificuldade em entender o significado do que é lido (por exemplo, pode ler o texto com precisão, mas não entender a sequência, relacionamentos, inferências ou significados mais profundos do que é lido).
 3. Dificuldades com a ortografia (por exemplo, pode adicionar, omitir ou substituir vogais ou consoantes).
 4. Dificuldades com a expressão escrita (por exemplo, comete vários erros gramaticais ou de pontuação nas frases; emprega uma organização de parágrafos deficiente; a expressão escrita de ideias carece de clareza).
 5. Dificuldades em dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo (por exemplo, tem pouca compreensão de números, sua magnitude e relações; conta nos dedos para adicionar números de um dígito em vez de lembrar o fato matemático como os colegas fazem; se perde no meio de computação aritmética e pode mudar de procedimento).

6. Dificuldades com raciocínio matemático (por exemplo, tem muita dificuldade em aplicar conceitos, fatos ou procedimentos matemáticos para resolver problemas quantitativos).
- B. As habilidades acadêmicas afetadas estão substancialmente e quantificavelmente abaixo daquelas esperadas para a idade cronológica do indivíduo e causam interferência significativa no desempenho acadêmico ou ocupacional ou nas atividades da vida diária, conforme confirmado por medidas de desempenho padronizadas administradas individualmente e avaliação clínica abrangente. Para indivíduos com idade igual ou superior a 17 anos, uma história documentada de dificuldades de aprendizagem pode ser substituída pela avaliação padronizada.
- C. As dificuldades de aprendizagem começam durante os anos de idade escolar, mas podem não se tornar totalmente manifestas até que as demandas para as habilidades acadêmicas afetadas excedam as capacidades limitadas do indivíduo (por exemplo, como em testes cronometrados, leitura ou redação de relatórios longos e complexos por um prazo apertado, cargas acadêmicas pesadas).
- D. As dificuldades de aprendizagem não são melhor explicadas por deficiência intelectual, acuidade visual ou auditiva não corrigida, outros transtornos mentais ou neurológicos, adversidade psicossocial, falta de proficiência na língua de instrução acadêmica ou instrução educacional inadequada.

Nota: Os quatro critérios diagnósticos devem ser atendidos com base em uma síntese clínica da história do indivíduo (desenvolvimento, médica, familiar, educacional), relatórios escolares e avaliação psicoeducacional.

Nota de codificação: Especifique todos os domínios acadêmicos e subhabilidades que estão prejudicados. Quando mais de um domínio estiver comprometido, cada um deve ser codificado individualmente de acordo com os especificadores a seguir.

Especifique

se: **F81.0 Com deficiência na leitura:**

Precisão de leitura de palavras Taxa ou
fluência de leitura Compreensão de leitura

78

Nota: *Dislexia* é um termo alternativo usado para se referir a um padrão de dificuldades de aprendizagem caracterizadas por problemas com reconhecimento preciso ou fluente de palavras, decodificação deficiente e habilidades ortográficas deficientes. Se a dislexia for usada para especificar esse padrão específico de dificuldades, é importante também especificar quaisquer dificuldades adicionais que estejam presentes, como dificuldades com compreensão de leitura ou raciocínio matemático.

F81.81 Com deficiência na expressão escrita: Precisão

ortográfica Precisão gramatical e de pontuação Clareza ou
organização da expressão escrita

F81.2 Com deficiência em matemática:

Sentido numérico

Memorização de fatos aritméticos

Cálculo preciso ou fluente

Raciocínio matemático preciso

Nota: *Discalculia* é um termo alternativo usado para se referir a um padrão de dificuldades caracterizado por problemas no processamento de informações numéricas, no aprendizado de fatos aritméticos e na execução de cálculos precisos ou fluentes. Se a discalculia for usada para especificar esse padrão específico de dificuldades matemáticas, é importante também especificar quaisquer dificuldades adicionais que estejam presentes, como dificuldades com raciocínio matemático ou precisão no raciocínio de palavras.

Especifique a gravidade atual:

Leve: Algumas dificuldades para aprender habilidades em um ou dois domínios acadêmicos, mas de gravidade leve o suficiente para que o indivíduo possa compensar ou funcionar bem quando fornecido com acomodações ou serviços de apoio apropriados, especialmente durante os anos escolares.

Moderado: Dificuldades acentuadas em aprender habilidades em um ou mais domínios acadêmicos, de modo que é improvável que o indivíduo se torne proficiente sem alguns intervalos de ensino intensivo e especializado durante os anos escolares. Algumas acomodações ou serviços de apoio pelo menos parte do dia na escola, no local de trabalho ou em casa podem ser necessários para completar as atividades com precisão e eficiência.

Grave: Dificuldades graves de aprendizagem de habilidades, afetando vários domínios acadêmicos, de modo que é improvável que o indivíduo aprenda essas habilidades sem um ensino intensivo individualizado e especializado contínuo durante a maior parte dos anos escolares. Mesmo com uma variedade de acomodações ou serviços apropriados em casa, na escola ou no local de trabalho, o indivíduo pode não ser capaz de completar todas as atividades com eficiência.

Procedimentos de registro Cada

domínio acadêmico prejudicado e subabilidade de transtorno de aprendizagem específico deve ser registrado. Devido aos requisitos de codificação da CID, deficiências em leitura, deficiências na expressão escrita e deficiências em matemática, com suas deficiências correspondentes em subabilidades, devem ser codificadas e registradas separadamente. Por exemplo, deficiências em leitura e matemática e deficiências nas subabilidades de velocidade ou fluência de leitura, compreensão de leitura, cálculo preciso ou fluente e raciocínio matemático preciso seriam codificados e registrados como transtorno de aprendizagem específico F81.0 com deficiência na leitura, com deficiência na velocidade ou fluência de leitura e prejuízo na compreensão da leitura; F81.2 transtorno específico de aprendizagem com prejuízo em matemática, com prejuízo no cálculo preciso ou fluente e prejuízo no raciocínio matemático preciso.

Recursos de diagnóstico

O transtorno específico de aprendizagem é um transtorno do neurodesenvolvimento com origem biológica que é a base para anormalidades em nível cognitivo que estão associadas aos sinais comportamentais do transtorno. A origem biológica inclui uma interação de fatores genéticos, epigenéticos e ambientais, que afetam a capacidade do cérebro de perceber ou processar informações verbais ou não verbais com eficiência e precisão.

Uma característica essencial do transtorno específico de aprendizagem são as dificuldades persistentes no aprendizado de habilidades acadêmicas fundamentais (Critério A), com início durante os anos de escolaridade formal (isto é, o período de desenvolvimento). As principais habilidades acadêmicas incluem a leitura de palavras isoladas com precisão e fluência, compreensão de leitura, expressão escrita e ortografia, cálculo aritmético e raciocínio matemático (resolução de problemas matemáticos). Em contraste com falar ou andar, que são marcos de desenvolvimento adquiridos que emergem com a maturação do cérebro, as habilidades acadêmicas (por exemplo, leitura, ortografia, escrita, matemática) devem ser ensinadas e aprendidas explicitamente. O transtorno específico de aprendizagem interrompe o padrão normal de aprendizagem de habilidades acadêmicas; não é simplesmente uma consequência da falta de oportunidade de aprendizado ou instrução inadequada. Dificuldades em dominar essas habilidades acadêmicas-chave também podem impedir o aprendizado em outras disciplinas acadêmicas (por exemplo, história, ciências, estudos sociais), mas esses problemas são atribuíveis a dificuldades em aprender as habilidades acadêmicas subjacentes.

79

Dificuldades em aprender a mapear letras com os sons de uma língua – ler palavras impressas (frequentemente chamadas de *dislexia* [distúrbio específico de aprendizagem com deficiência na leitura]) – é uma das manifestações mais comuns do distúrbio específico de aprendizagem. As dificuldades de aprendizagem se manifestam como uma série de comportamentos ou sintomas observáveis e descriptivos (conforme listado nos Critérios A1–A6). Esses sintomas clínicos podem ser observados, sondados por meio da entrevista clínica, ou apurados a partir de relatórios escolares, escalas de avaliação ou descrições em avaliações educacionais ou psicológicas anteriores. As dificuldades de aprendizagem são persistentes, não transitórias. Em crianças e adolescentes, a persistência é definida como um progresso restrito na aprendizagem (ou seja, nenhuma evidência de que o indivíduo está alcançando os colegas) por pelo menos 6 meses, apesar da provisão de ajuda extra em casa ou na escola. Por exemplo, dificuldades em aprender a ler palavras isoladas que não se esgotam completa ou rapidamente com o fornecimento de instrução em habilidades fonológicas ou estratégias de identificação de palavras podem indicar um distúrbio de aprendizagem específico. A evidência de dificuldades de aprendizagem persistentes pode ser derivada de relatórios escolares cumulativos, portfólios de trabalhos avaliados da criança, medidas baseadas em currículo ou entrevista clínica. Em adultos, dificuldade persistente refere-se a dificuldades contínuas nas habilidades de alfabetização ou numeramento que se manifestam durante a infância ou adolescência, conforme indicado por evidências cumulativas de relatórios escolares, portfólios de trabalho avaliados ou avaliações anteriores.

Uma segunda característica importante é que o desempenho do indivíduo nas habilidades acadêmicas afetadas está bem abaixo do esperado para a idade (Critério B). Um indicador clínico robusto de dificuldades para aprender habilidades acadêmicas é o baixo desempenho acadêmico para a idade ou desempenho médio que é sustentável apenas por níveis extraordinariamente altos de esforço ou apoio. Nas crianças, as baixas habilidades acadêmicas causam interferência significativa no desempenho escolar (conforme indicado pelos relatórios escolares e notas ou classificações dos professores). Outro indicador clínico, principalmente em adultos, é evitar atividades que exijam habilidades acadêmicas. Também na idade adulta, as baixas habilidades acadêmicas interferem no desempenho ocupacional ou nas atividades cotidianas que exigem essas habilidades (conforme indicado por autorrelato ou relato de outros). No entanto, este critério também requer evidência psicométrica de um

teste administrado, psicométricamente sólido e culturalmente apropriado de desempenho acadêmico que é referenciado por normas ou critérios. As habilidades acadêmicas são distribuídas ao longo de um continuum, portanto, não há um ponto de corte natural que possa ser usado para diferenciar indivíduos com e sem transtorno específico de aprendizagem. Assim, qualquer limite usado para especificar o que constitui um desempenho acadêmico significativamente baixo (por exemplo, habilidades acadêmicas muito abaixo da expectativa de idade) é em grande parte arbitrário. Baixas pontuações de desempenho em um ou mais testes padronizados ou subtestes dentro de um domínio acadêmico (ou seja, pelo menos 1,5 desvios padrão [DP] abaixo da média da população para a idade, o que se traduz em uma pontuação padrão de 78 ou menos, que está abaixo do 7º percentil) são necessários para a maior certeza diagnóstica. No entanto, pontuações precisas variam de acordo com os testes padronizados específicos que são usados. Com base no julgamento clínico, um limiar mais brando pode ser usado (p. Além disso, uma vez que os testes padronizados não estão disponíveis em todos os idiomas, o diagnóstico pode então ser baseado em parte no julgamento clínico dos escores disponíveis.

medidas de teste.

Uma terceira característica central é que as dificuldades de aprendizagem são prontamente aparentes nos primeiros anos escolares na maioria dos indivíduos (Critério C). No entanto, em outros, as dificuldades de aprendizagem podem não se manifestar plenamente até os anos escolares posteriores, quando as demandas de aprendizagem aumentam e excedem as capacidades limitadas do indivíduo.

Outra característica importante do diagnóstico é que as dificuldades de aprendizagem são consideradas “específicas” por quatro motivos. Primeiro, eles não são bem explicados por transtornos do desenvolvimento intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual [deficiência intelectual]; atraso global do desenvolvimento); distúrbios de audição ouvisão; ou distúrbios neurológicos ou motores (Critério D). O transtorno específico de aprendizagem afeta a aprendizagem em indivíduos que demonstram níveis normais de funcionamento intelectual (geralmente estimado por uma pontuação de QI superior a cerca de 70 [\pm 5 pontos, permitindo erro de medição]). A frase “inesperado acadêmico

“insuficiência” é frequentemente citado como a característica definidora do transtorno específico de aprendizagem, na medida em que as dificuldades específicas de aprendizagem não fazem parte de uma dificuldade de aprendizagem mais geral, como manifestada no transtorno do desenvolvimento intelectual ou no atraso global do desenvolvimento.

Em segundo lugar, a dificuldade de aprendizagem não pode ser atribuída a fatores externos mais gerais, como desvantagem econômica ou ambiental, absenteísmo crônico ou falta de educação como normalmente fornecida no contexto comunitário do indivíduo. Em terceiro lugar, a dificuldade de aprendizagem não pode ser atribuída a distúrbios neurológicos (por exemplo, acidente vascular cerebral pediátrico) ou motores ou a distúrbios de visão ou audição, que geralmente estão associados a problemas de aprendizado de habilidades acadêmicas, mas são distinguíveis pela presença de sinais neurológicos. Finalmente, a dificuldade de aprendizagem pode ser restrita a uma habilidade ou domínio acadêmico (por exemplo, ler palavras isoladas, recuperar ou calcular números).

O transtorno específico de aprendizagem também pode ocorrer em indivíduos identificados como intelectualmente “dotados”. Esses indivíduos podem ser capazes de sustentar um funcionamento acadêmico aparentemente adequado usando estratégias compensatórias, esforço extraordinariamente alto ou suporte, até que as demandas de aprendizado ou procedimentos de avaliação (por exemplo, testes cronometrados) coloquem barreiras para demonstrar sua aprendizagem ou realizar tarefas exigidas. Nesses casos, as pontuações de realização do indivíduo serão baixas

em relação ao nível de habilidade ou realização em outros domínios, ao invés da média populacional para realização.

É necessária uma avaliação abrangente. O transtorno específico de aprendizagem só pode ser diagnosticado após o início da educação formal, mas pode ser diagnosticado posteriormente em crianças, adolescentes ou adultos, desde que haja evidência de início durante os anos de escolaridade formal (ou seja, o período de desenvolvimento). Nenhuma fonte de dados única é suficiente para um diagnóstico de transtorno de aprendizagem específico. Em vez disso, o transtorno específico de aprendizagem é um diagnóstico clínico baseado em uma síntese da história médica, de desenvolvimento, educacional e familiar do indivíduo; a história da dificuldade de aprendizagem, incluindo sua manifestação anterior e atual; o impacto da dificuldade no funcionamento acadêmico, ocupacional ou social; relatórios escolares anteriores ou atuais; carteiras de trabalho que exigem habilidades acadêmicas; avaliações baseadas no currículo; e pontuações anteriores ou atuais de testes padronizados individuais de desempenho acadêmico. Se houver suspeita de distúrbio intelectual, sensorial, neurológico ou motor, a avaliação clínica para distúrbio específico de aprendizagem também deve incluir métodos apropriados para esses distúrbios. Assim, a avaliação abrangente envolverá profissionais com experiência em transtorno específico de aprendizagem e avaliação psicológica/cognitiva. Como o transtorno específico de aprendizagem geralmente persiste na idade adulta, a reavaliação raramente é necessária, a menos que indicada por mudanças acentuadas nas dificuldades de aprendizagem (melhoria ou piora) ou solicitada para fins específicos.

Recursos associados

Os sintomas de transtorno específico de aprendizagem (dificuldade com aspectos de leitura, escrita ou matemática) frequentemente ocorrem concomitantemente. Um perfil desigual de habilidades é comum, como uma combinação de habilidades acima da média em desenho, design e outras habilidades visuoespaciais e leitura lenta, trabalhosa e imprecisa e má compreensão de leitura e expressão escrita.

O transtorno específico da aprendizagem é frequentemente, mas não invariavelmente, precedido, nos anos pré-escolares, por atrasos na atenção, linguagem ou habilidades motoras que podem persistir e ocorrer concomitantemente com o transtorno específico da aprendizagem.

Indivíduos com transtorno específico de aprendizagem tipicamente (mas não invariavelmente) apresentam baixo desempenho em testes psicológicos de processamento cognitivo. No entanto, ainda não está claro se essas anormalidades cognitivas são a causa, correlação ou consequência das dificuldades de aprendizagem. Déficits cognitivos associados a dificuldades de aprender a ler palavras estão bem documentados, e há uma compreensão crescente dos déficits cognitivos associados à dificuldade em adquirir habilidades matemáticas, mas déficits cognitivos associados a outras manifestações de transtorno específico de aprendizagem (por exemplo, compreensão de leitura, expressão escrita) são subespecificados.

Embora os déficits cognitivos individuais contribuam particularmente para cada sintoma específico de transtorno de aprendizagem, alguns déficits cognitivos são compartilhados em diferentes subtipos de transtorno de aprendizagem específicos (por exemplo, velocidade de processamento) e podem contribuir para sintomas concomitantes de transtorno de aprendizagem específico. A natureza concomitante dos sintomas do transtorno de aprendizagem específico e os déficits cognitivos compartilhados entre os subtipos de transtorno de aprendizagem específicos sugerem mecanismos biológicos subjacentes compartilhados.

Assim, indivíduos com sintomas comportamentais ou resultados de testes semelhantes apresentam uma variedade de

de déficits cognitivos, e muitos desses déficits de processamento também são encontrados em outros transtornos do neurodesenvolvimento (por exemplo, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade [TDAH], transtorno do espectro autista, transtornos da comunicação, transtorno do desenvolvimento da coordenação).

Como grupo, os indivíduos com o transtorno apresentam alterações circunscritas no processamento cognitivo e na estrutura e função cerebral. As diferenças genéticas também são evidentes ao nível do grupo. No entanto, testes cognitivos, neuroimagem ou testes genéticos não são úteis para o diagnóstico neste momento, e a avaliação dos déficits de processamento cognitivo não é necessária para o diagnóstico.

avaliação.

Prevalência

A prevalência de transtorno específico de aprendizagem nos domínios acadêmicos de leitura, escrita e matemática é de 5% a 15% entre crianças em idade escolar no Brasil, Irlanda do Norte e Estados Unidos. A prevalência em adultos é desconhecida.

Desenvolvimento e Curso Início,

reconhecimento e diagnóstico de transtorno específico de aprendizagem geralmente ocorrem durante os anos do ensino fundamental, quando as crianças são obrigadas a aprender a ler, soletrar, escrever e aprender matemática. No entanto, precursores como atrasos ou déficits de linguagem, dificuldades em rimar ou contar, ou dificuldades com habilidades motoras finas necessárias para escrever comumente ocorrem na primeira infância antes do início da escolarização formal.

As manifestações podem ser comportamentais (por exemplo, relutância em se engajar na aprendizagem; comportamento de oposição). O transtorno específico de aprendizagem é ao longo da vida, mas o curso e a expressão clínica são variáveis, em parte dependendo das interações entre as demandas de tarefas do ambiente, a extensão e gravidade das dificuldades de aprendizagem do indivíduo, as habilidades de aprendizagem do indivíduo, comorbidade e o suporte disponível sistemas e intervenção. No entanto, problemas com fluência e compreensão de leitura, ortografia, expressão escrita e habilidades numéricas na vida cotidiana geralmente persistem na idade adulta.

Mudanças na manifestação dos sintomas ocorrem com a idade, de modo que um indivíduo pode ter uma série persistente ou variável de dificuldades de aprendizagem ao longo da vida. Adultos com transtorno específico de aprendizagem parecem experimentar limitações e restrições na atividade e participação nos domínios da comunicação, interações interpessoais e comunidade e vida social e cívica.

Exemplos de sintomas que podem ser observados em crianças em idade pré-escolar incluem falta de interesse em brincar com os sons da linguagem (por exemplo, repetição, rima) e podem ter dificuldade para aprender rimas infantis. Crianças em idade pré-escolar com transtorno específico de aprendizagem podem frequentemente usar conversa de bebê, pronunciar palavras incorretamente e ter dificuldade em lembrar nomes de letras, números ou dias da semana. Eles podem não reconhecer letras em seus próprios nomes e ter dificuldade em aprender a contar. Crianças do jardim de infância com transtorno específico de aprendizagem podem ser incapazes de reconhecer e escrever letras, podem ser incapazes de escrever seus próprios nomes ou podem ter uso persistente de ortografia inventada além dos prazos típicos de desenvolvimento.

Eles podem ter problemas para dividir palavras faladas em sílabas (por exemplo, "cowboy" em "vaca" e "menino") e dificuldade em reconhecer palavras que rimam (por exemplo, gato, morcego, chapéu). As crianças do jardim de infância também podem ter problemas para conectar letras com seus sons (por exemplo, a letra *b* faz o som /b/) e podem ser incapazes de reconhecer fonemas (por exemplo, não sei qual em um conjunto de palavras [por exemplo, cachorro, homem, car] começa com o mesmo som de "cat").

O transtorno específico de aprendizagem em crianças em idade escolar primária geralmente se manifesta como dificuldade em aprender a correspondência letra-som (particularmente em crianças de língua inglesa),

decodificação de palavras fluente, ortografia ou fatos matemáticos; ler em voz alta é lento, impreciso e trabalhoso, e algumas crianças lutam para entender a magnitude que um número falado ou escrito representa. As crianças nas séries primárias (1^a a 3^a séries) podem continuar a ter problemas para reconhecer e manipular fonemas, ser incapazes de ler palavras comuns de uma sílaba (como mat ou top) e ser incapazes de reconhecer palavras comuns com grafia irregular (por exemplo, dito, dois). Eles podem cometer erros de leitura que indicam problemas em conectar sons e letras (por exemplo, “grande” para “tenho”) e ter dificuldade em sequenciar números e letras. As crianças da 1^a à 3^a série também podem ter dificuldade em lembrar fatos numéricos ou procedimentos aritméticos para somar, subtrair e assim por diante, e podem reclamar que ler ou aritmética é difícil e evitar fazê-lo. Crianças com transtorno específico de aprendizagem nas séries intermediárias (4^a a 6^a séries) podem pronunciar incorretamente ou pular partes de palavras longas e multissílabas (por exemplo, dizer “conible” para “conversível”, “aminal” para “animal”) e confundir palavras que soam semelhantes (por exemplo, “tornado” para “vulcão”). Eles podem ter problemas para lembrar datas, nomes e números de telefone e podem ter problemas para concluir a lição de casa ou os testes a tempo. As crianças nas séries intermediárias também podem ter má compreensão com ou sem leitura lenta, trabalhosa e imprecisa, e podem ter problemas para ler pequenas palavras funcionais (por exemplo, isso, o, um, em). Eles podem ter uma ortografia muito ruim e um trabalho escrito ruim. Eles podem obter a primeira parte de uma palavra corretamente, depois adivinhar descontroladamente (por exemplo, ler “trevo” como “relógio”) e podem expressar medo de ler em voz alta ou se recusar a ler em voz alta.

Por outro lado, os adolescentes podem ter dominado a decodificação de palavras, mas a leitura continua lenta e trabalhosa, e é provável que apresentem problemas acentuados na compreensão da leitura e na expressão escrita (incluindo má ortografia) e pouco domínio de fatos matemáticos ou resolução de problemas matemáticos. Durante a adolescência e na idade adulta, os indivíduos com transtorno específico de aprendizagem podem continuar a cometer vários erros ortográficos e ler palavras isoladas e textos conectados lentamente e com muito esforço, com dificuldade em pronunciar palavras multissílabas. Eles podem precisar reler o material com frequência para entender ou entender o ponto principal e ter problemas para fazer inferências a partir do texto escrito. Adolescentes e adultos podem evitar atividades que exijam leitura ou aritmética (ler por prazer, ler instruções). Adultos com transtorno específico de aprendizagem têm problemas contínuos de ortografia, leitura lenta e trabalhosa ou problemas para fazer inferências importantes a partir de informações numéricas em documentos escritos relacionados ao trabalho. Eles podem evitar atividades relacionadas ao lazer e ao trabalho que exigem leitura ou escrita ou usar abordagens alternativas para acessar a impressão (por exemplo, software de conversão de texto em fala/fala em texto, audiolivros, mídia audiovisual).

Uma expressão clínica alternativa é a de dificuldades de aprendizagem circunscritas que persistem ao longo da vida, como a incapacidade de dominar o sentido básico do número (por exemplo, saber qual de um par de números ou pontos representa a maior magnitude) ou falta de proficiência na identificação de palavras ou ortografia. Evitar ou relutar em se envolver em atividades que exijam habilidades acadêmicas é comum em crianças, adolescentes e adultos. Indivíduos com habilidades de leitura e matemática pobres são mais propensos a relatar sofrimento socioemocional (por exemplo, tristeza, solidão) à medida que avançam nos níveis do ensino fundamental.

Episódios de ansiedade grave ou transtornos de ansiedade, incluindo queixas somáticas ou ataques de pânico, são comuns ao longo da vida e acompanham tanto o quadro circunscrito quanto o mais amplo.

expressão de dificuldades de aprendizagem.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. Fatores ambientais, incluindo condições socioeconômicas (por exemplo, baixo nível socioeconômico) e exposição a neurotóxicos, aumentam o risco de transtorno específico de aprendizagem ou dificuldades em leitura e matemática. Os riscos para distúrbios específicos de aprendizagem ou dificuldades em leitura e matemática incluem exposição pré-natal ou precoce a qualquer um dos seguintes: poluição do ar, nicotina, éteres difenílicos polibromados ou bifenilos policlorados (retardadores de chama), chumbo ou manganês.

Genética e fisiológica. O transtorno específico de aprendizagem parece se agrigar nas famílias, principalmente quando afeta a leitura, a matemática e a ortografia. O risco relativo de

83

transtorno de aprendizagem em leitura ou matemática é substancialmente maior (por exemplo, 4-8 vezes e 5-10 vezes maior, respectivamente) em parentes de primeiro grau de indivíduos com essas dificuldades de aprendizagem em comparação com aqueles sem elas. Notavelmente, as taxas variam dependendo do método de verificação (teste objetivo ou auto-relato) do status de diagnóstico dos pais. História familiar de dificuldades de leitura (dislexia) e habilidades de alfabetização dos pais predizem problemas de alfabetização ou transtorno específico de aprendizagem na prole, indicando o papel combinado de fatores genéticos e ambientais.

Há alta herdabilidade tanto para a capacidade de leitura quanto para a deficiência de leitura em línguas alfábeticas e não alfábeticas, incluindo alta herdabilidade para a maioria das manifestações de habilidades e deficiências de aprendizagem (por exemplo, valores estimados de herdabilidade superiores a 0,6). A covariância entre várias manifestações de dificuldades de aprendizagem é alta, sugerindo que genes relacionados a uma apresentação são altamente correlacionados com genes relacionados a outra manifestação.

O parto prematuro ou muito baixo peso ao nascer é um risco para transtorno específico de aprendizagem. Em indivíduos com neurofibromatose tipo 1, o risco de transtorno específico de aprendizagem é alto, com até 75% dos indivíduos demonstrando um transtorno de aprendizagem.

Modificadores de curso. Problemas acentuados com comportamentos de desatenção, internalização e externalização nos anos pré-escolares são preditivos de dificuldades posteriores em leitura e matemática (mas não necessariamente transtorno específico de aprendizagem) e não resposta a intervenções acadêmicas eficazes. O comprometimento da linguagem nos anos pré-escolares está fortemente associado ao comprometimento posterior da leitura (por exemplo, leitura de palavras, compreensão de leitura). Por exemplo, atraso ou distúrbios na fala ou linguagem, ou processamento cognitivo prejudicado (p.

Além disso, um diagnóstico de TDAH na infância está associado ao insucesso em leitura e matemática na idade adulta. A comorbidade com TDAH é preditiva de pior desfecho de saúde mental do que a associada ao transtorno específico de aprendizagem sem TDAH. A instrução sistemática, intensiva e individualizada, usando intervenções baseadas em evidências, pode melhorar ou melhorar as dificuldades de aprendizagem em alguns indivíduos ou promover o uso de estratégias compensatórias em outros, mitigando assim os resultados ruins.

Problemas de diagnóstico relacionados à cultura

O transtorno específico de aprendizagem ocorre em todas as origens linguísticas e etnorraciais e em

contextos culturais e socioeconômicos, mas pode variar em sua manifestação de acordo com a natureza dos sistemas de símbolos falados e escritos e práticas culturais e educacionais. Por exemplo, os requisitos de processamento cognitivo da leitura e do trabalho com números variam muito entre as ortografias. Na língua inglesa, o sintoma clínico característico observável das dificuldades em aprender a ler é a leitura imprecisa e lenta de palavras isoladas; em outros idiomas alfabeticos que possuem mapeamento mais direto entre sons e letras (por exemplo, espanhol, alemão) e em idiomas não alfabeticos (por exemplo, chinês, japonês), a característica marcante é a leitura lenta, mas precisa. Em aprendizes de língua inglesa, a avaliação deve incluir a consideração de se a fonte das dificuldades de leitura é uma proficiência limitada em inglês ou um distúrbio de aprendizagem específico.

Os fatores de risco para transtorno específico de aprendizagem em aprendizes de língua inglesa incluem história familiar de transtorno específico de aprendizagem ou atraso de linguagem na língua nativa, bem como dificuldades de aprendizagem e déficits na memória fonológica em inglês e incapacidade de acompanhar os colegas. Se houver suspeita de diferenças culturais ou linguísticas (por exemplo, que um aprendiz de inglês é influenciado por proficiência limitada em inglês), a avaliação precisa levar em consideração a proficiência linguística do indivíduo em sua primeira língua ou língua nativa, bem como no segundo idioma (neste exemplo, inglês). É importante ressaltar que as crianças que falam uma língua em casa que difere fonologicamente da língua de instrução acadêmica não são mais propensas a ter déficits fonológicos do que seus pares que falam a mesma língua em casa e na escola.

As dificuldades de leitura comórbidas podem variar de acordo com os diferentes idiomas; por exemplo, as dificuldades de leitura são menos frequentes entre crianças que leem chinês com transtorno de coordenação do desenvolvimento em Taiwan em comparação

com crianças em países de língua inglesa, possivelmente pelas características das duas línguas escritas (logográfica vs. alfabetica). As considerações na avaliação podem incluir o contexto linguístico e cultural em que o indivíduo está vivendo, bem como sua história educacional e de aprendizagem no contexto linguístico e cultural original. Os fatores de risco para problemas de aprendizagem entre crianças refugiadas e migrantes incluem estereótipos de professores e baixas expectativas, bullying, discriminação étnica e racial, mal-entendidos dos pais sobre estilos e expectativas educacionais, trauma e estressores pós-migração.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero O

transtorno específico de aprendizagem é mais comum em homens do que em mulheres (as proporções variam de cerca de 2:1 a 3:1) e não pode ser atribuída a fatores como viés de averiguação, variação de definição ou medida, linguagem, origem etnoracial ou status socioeconômico. As diferenças sexuais na dislexia (transtorno específico de aprendizagem com prejuízo na leitura) podem ser parcialmente mediadas pela velocidade de processamento.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas Em

adolescentes norte-americanos com 15 anos de idade em escola pública, a baixa capacidade de leitura foi associada a pensamentos e comportamentos suicidas em comparação com adolescentes com escores típicos de leitura, mesmo quando controlado por variáveis sociodemográficas e psiquiátricas. Em um estudo populacional de adultos no Canadá, a prevalência de tentativas de suicídio ao longo da vida entre aqueles com transtorno específico de aprendizagem foi maior do que entre aqueles sem transtorno específico de aprendizagem, mesmo

ajuste para adversidades na infância, história de doença mental e uso de substâncias e fatores sociodemográficos. Entre aqueles com transtorno específico de aprendizagem, uma história de testemunhar violência doméstica crônica dos pais e já ter tido um transtorno depressivo maior foram associados ao aumento do risco de comportamento suicida.

Consequências Funcionais do Transtorno Específico da Aprendizagem O

transtorno específico da aprendizagem pode ter consequências funcionais negativas ao longo da vida, incluindo baixo desempenho acadêmico, taxas mais altas de abandono do ensino médio, taxas mais baixas de educação pós-secundária, altos níveis de sofrimento psicológico e pior saúde mental geral, taxas mais altas de desemprego e subemprego e rendimentos mais baixos. O abandono escolar e os sintomas depressivos concomitantes aumentam o risco de maus resultados de saúde mental, incluindo pensamentos ou comportamentos suicidas, enquanto altos níveis de apoio social ou emocional predizem melhores resultados de saúde mental.

Diagnóstico diferencial

Variações normais no desempenho acadêmico.

O transtorno específico de aprendizagem é diferenciado das variações normais no desempenho acadêmico atribuíveis a fatores externos (por exemplo, falta de oportunidade educacional, instrução consistentemente ruim, aprendizado em uma segunda língua), porque as dificuldades de aprendizagem persistem na presença de oportunidade educacional adequada e exposição ao mesmo instrutor que o grupo de pares e competência na língua de instrução, mesmo quando diferente da língua falada primária.

Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual).

O transtorno específico de aprendizagem difere das dificuldades gerais de aprendizagem associadas ao transtorno do desenvolvimento intelectual, porque as dificuldades de aprendizagem ocorrem na presença de níveis normais de funcionamento intelectual (ou seja, pontuação de QI de pelo menos 70 ± 5). Se o transtorno do desenvolvimento intelectual estiver presente, o transtorno de aprendizagem específico pode ser diagnosticado apenas quando as dificuldades de aprendizagem são superiores às normalmente associadas ao transtorno do desenvolvimento intelectual.

Dificuldades de aprendizagem devido a distúrbios neurológicos ou sensoriais.

Aprendizagem específica é transtorno é diferenciada de dificuldades de aprendizagem devido a distúrbios neurológicos ou sensoriais

85

(por exemplo, acidente vascular cerebral pediátrico, traumatismo crânioencefálico, deficiência auditiva, deficiência visual), pois nesses casos há achados anormais no exame neurológico.

Distúrbios neurocognitivos.

O transtorno específico de aprendizagem é diferenciado de problemas de aprendizagem associados a transtornos cognitivos neurodegenerativos. No transtorno específico de aprendizagem, a expressão clínica das dificuldades específicas de aprendizagem ocorre durante o período de desenvolvimento, o que às vezes só se torna evidente quando as demandas de aprendizagem aumentam e ultrapassam as capacidades limitadas do indivíduo (como pode ocorrer na idade adulta), e as dificuldades não se manifestam como um declínio acentuado de um estado anterior.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.

O transtorno específico de aprendizagem é diferenciado do baixo desempenho acadêmico associado ao TDAH, porque nesta última condição os problemas podem não necessariamente refletir dificuldades específicas no aprendizado de habilidades acadêmicas, mas podem refletir dificuldades no desempenho dessas habilidades. No entanto, a co-ocorrência de transtorno específico de aprendizagem

e o TDAH é mais frequente do que o esperado por acaso. Se os critérios para ambos os distúrbios forem atendidos, ambos os diagnósticos podem ser dados.

Transtornos psicóticos. O transtorno específico de aprendizagem distingue-se das dificuldades de processamento cognitivo associadas à esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos, pois com esses transtornos há um declínio (frequentemente rápido) nesses domínios funcionais. No entanto, déficits na capacidade de leitura são mais graves no transtorno específico de aprendizagem do que seria previsto pelos déficits cognitivos gerais associados à esquizofrenia. Se os critérios para ambos os distúrbios forem atendidos, ambos os diagnósticos podem ser dados.

Comorbidade Os

diferentes tipos de transtorno específico de aprendizagem comumente co-ocorrem uns com os outros (p. transtorno mental) ou outros transtornos mentais (por exemplo, transtornos de ansiedade e depressão) ou problemas comportamentais. Notavelmente, as estimativas da comorbidade de dificuldades matemáticas e de leitura variam dependendo dos testes usados para definir a dificuldade matemática, provavelmente porque o mesmo sintoma (por exemplo, problemas aritméticos) pode estar associado a diferentes déficits cognitivos (por exemplo, déficit nas habilidades de linguagem ou um déficit no processamento de números). Essas comorbidades não excluem necessariamente o diagnóstico de transtorno específico de aprendizagem, mas podem dificultar a testagem e o diagnóstico diferencial, pois cada um dos transtornos concomitantes interfere independentemente na execução das atividades da vida diária, incluindo a aprendizagem. Assim, é necessário julgamento clínico para atribuir tal prejuízo às dificuldades de aprendizagem. Se houver indicação de que outro diagnóstico possa explicar as dificuldades de aprendizado de habilidades acadêmicas fundamentais descritas no Critério A, o transtorno específico de aprendizagem não deve ser diagnosticado.

Distúrbios Motores

Dispraxia

Critério de diagnóstico

F82

R. A aquisição e execução de habilidades motoras coordenadas está substancialmente abaixo do esperado, dada a idade cronológica do indivíduo e a oportunidade de aprendizado e uso de habilidades. As dificuldades se manifestam como falta de jeito (por exemplo, cair ou esbarrar em

objetos), bem como lentidão e imprecisão no desempenho de habilidades motoras (por exemplo, pegar um objeto, usar tesouras ou talheres, escrever à mão, andar de bicicleta ou participar de esportes).

B. O déficit de habilidades motoras no Critério A interfere de forma significativa e persistente nas atividades de vida diária adequadas à idade cronológica (por exemplo, autocuidado e automanutenção) e impacta a produtividade acadêmica/escolar, atividades pré-vocacionais e profissionais, lazer e brincadeiras.

C. O início dos sintomas ocorre no início do período de desenvolvimento.

D. Os déficits de habilidades motoras não são melhor explicados por transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) ou deficiência visual e não são atribuíveis a uma condição neurológica que afete o movimento (por exemplo, paralisia cerebral, distrofia muscular, distúrbio degenerativo).

Características Diagnósticas

O diagnóstico de transtorno do desenvolvimento da coordenação é feito por uma síntese clínica da história (desenvolvimental e médica), exame físico, relatório escolar ou de trabalho e avaliação individual usando testes padronizados psicométricamente sólidos e culturalmente apropriados. A manifestação de habilidades prejudicadas que requerem coordenação motora (Critério A) varia com a idade. As crianças pequenas podem demorar para atingir os marcos motores (ou seja, sentar, engatinhar, andar), embora muitas atinjam marcos motores típicos. Eles também podem atrasar no desenvolvimento de habilidades como subir escadas, pedalar, abotoar camisas, completar quebra-cabeças e usar zíperes. Mesmo quando a habilidade é alcançada, a execução do movimento pode parecer desajeitada, lenta ou menos precisa do que a dos pares. Crianças mais velhas e adultos podem apresentar velocidade lenta ou imprecisão com aspectos motores de atividades como montar quebra-cabeças, construir modelos, jogar bola (especialmente em equipes), caligrafia, digitar, dirigir ou realizar habilidades de autocuidado.

O transtorno do desenvolvimento da coordenação só é diagnosticado se o prejuízo nas habilidades motoras interferir significativamente no desempenho ou na participação em atividades diárias na vida familiar, social, escolar ou comunitária (Critério B). Exemplos de tais atividades incluem vestir-se, fazer as refeições com utensílios apropriados para a idade e sem bagunça, participar de jogos físicos com outras pessoas, usar ferramentas específicas em sala de aula, como régulas e tesouras, e participar de atividades de exercícios em equipe na escola. Não apenas a capacidade de realizar essas ações é prejudicada, mas também é comum a lentidão acentuada na execução. A competência de escrita é frequentemente afetada, consequentemente afetando a legibilidade e/ou velocidade da produção escrita e afetando o desempenho acadêmico (o impacto é diferenciado da dificuldade específica de aprendizagem pela ênfase no componente motor das habilidades de produção escrita). Nos adultos, as habilidades cotidianas na educação e no trabalho, especialmente aquelas em que são necessárias velocidade e precisão, são afetadas por problemas de coordenação.

O critério C afirma que o início dos sintomas do transtorno de coordenação do desenvolvimento deve ocorrer no período inicial do desenvolvimento. No entanto, o transtorno do desenvolvimento da coordenação geralmente não é diagnosticado antes dos 5 anos de idade porque há uma variação considerável na idade de aquisição de muitas habilidades motoras ou falta de estabilidade de medição na primeira infância (por exemplo, algumas crianças recuperam o atraso) ou porque outras causas de atraso motor pode não ter se manifestado completamente.

O critério D especifica que o diagnóstico de transtorno do desenvolvimento da coordenação é feito se as dificuldades de coordenação não forem melhor explicadas por deficiência visual ou atribuíveis a uma condição neurológica. Assim, o exame da função visual e o exame neurológico devem ser incluídos na avaliação diagnóstica. Se transtorno do desenvolvimento intelectual (transtorno intelectual

deficiência) está presente, as dificuldades motoras são superiores às esperadas para a idade mental; no entanto, nenhum critério de corte ou discrepância de QI é especificado.

O transtorno do desenvolvimento da coordenação não tem subtipos distintos; no entanto, os indivíduos podem estar prejudicados predominantemente nas habilidades motoras grossas ou nas habilidades motoras finas, incluindo habilidades de caligrafia.

Outros termos usados para descrever o transtorno de coordenação do desenvolvimento incluem *a infância dispraxia, transtorno específico do desenvolvimento da função motora e síndrome da criança desajeitada*.

Recursos associados

Algumas crianças com transtorno do desenvolvimento da coordenação apresentam atividade motora adicional (geralmente suprimida), como movimentos coreiformes de membros sem suporte ou movimentos em espelho. Esses movimentos de "transbordamento" são chamados de *imaturidade do neurodesenvolvimento ou sinais neurológicos leves*, em vez de anormalidades neurológicas. Tanto na literatura atual quanto na prática clínica, seu papel no diagnóstico ainda não está claro, necessitando de uma avaliação mais aprofundada.

Prevalência

A prevalência de transtorno de coordenação do desenvolvimento em crianças de 5 a 11 anos varia de 5% a 8% em todo o país (no Reino Unido, 1,8% das crianças de 7 anos são diagnosticadas com transtorno de coordenação do desenvolvimento grave e 3% com provável coordenação do desenvolvimento transtorno); e 7%–8% no Canadá, Suécia e Taiwan. Os homens são mais frequentemente afetados do que as mulheres, com uma proporção homem:mulher entre 2:1 e 7:1.

Desenvolvimento e Curso O

curso do transtorno do desenvolvimento da coordenação é variável, mas estável pelo menos até 1 ano e 2 anos de acompanhamento. Embora possa haver melhora a longo prazo, os problemas com movimentos coordenados continuam até a adolescência em cerca de 50% a 70% das crianças. O início é na primeira infância. Marcos motores atrasados podem ser os primeiros sinais, ou o distúrbio é reconhecido pela primeira vez quando a criança tenta tarefas como segurar uma faca e garfo, abotoar roupas ou jogar bola. Na segunda infância, há dificuldades com aspectos motores na montagem de quebra-cabeças, construção de maquetes, jogar bola e caligrafia, bem como na organização de pertences, quando se exige sequenciamento e coordenação motora. No início da idade adulta, há dificuldade contínua em aprender novas tarefas envolvendo habilidades motoras complexas/automáticas, incluindo dirigir e usar ferramentas. A incapacidade de tomar notas e escrever à mão rapidamente pode afetar o desempenho no local de trabalho. A co-ocorrência com outros transtornos (veja a seção "Comorbidade" para este transtorno) tem um impacto adicional na apresentação, curso e desfecho.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. O transtorno do desenvolvimento da coordenação está associado à prematuridade e baixo nascimento peso e com exposição pré-natal ao álcool.

Genética e fisiológica. Prejuízos nos processos subjacentes do neurodesenvolvimento foram encontrados nas habilidades visomotoras, incluindo tanto a percepção visomotora quanto a mentalização espacial. Disfunção cerebelar, que afeta a capacidade de fazer ajustes motores rápidos à medida que o

complexidade dos movimentos necessários aumenta, também pode estar envolvido. No entanto, a base neural precisa do transtorno de coordenação do desenvolvimento permanece incerta. Devido à co-ocorrência de transtorno de coordenação do desenvolvimento com outros transtornos do neurodesenvolvimento, incluindo transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), dificuldades específicas de aprendizagem e transtorno do espectro autista, o efeito genético compartilhado foi proposto. No entanto, co-ocorrência consistente em gêmeos aparece apenas em casos graves.

Modificadores de curso. Indivíduos com TDAH e com transtorno do desenvolvimento da coordenação demonstram mais comprometimento do que indivíduos com TDAH sem transtorno do desenvolvimento da coordenação.

Questões de diagnóstico relacionadas à

cultura O transtorno de coordenação do desenvolvimento ocorre em contextos culturais, étnicos e socioeconômicos. Ao mesmo tempo, foram relatadas variações culturais no desenvolvimento motor (tanto acelerado quanto atrasado em relação às normas norte-americanas). Estes parecem estar associados a práticas de cuidado relacionadas a expectativas de mobilidade independente durante o desenvolvimento, oportunidades inadequadas de mobilidade entre crianças em extrema pobreza e diferenças na metodologia de medição. Por definição, “atividades da vida diária” implica diferenças culturais

88

necessitando considerar o contexto em que a criança está vivendo, bem como se a criança teve oportunidades apropriadas para aprender e praticar tais atividades. Maior prevalência de transtorno do desenvolvimento da coordenação em estudos com crianças de alguns países de baixa e média renda pode refletir o impacto da desvantagem socioeconômica no desenvolvimento motor.

Consequências Funcionais do Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação

O transtorno do desenvolvimento da coordenação leva ao desempenho funcional prejudicado nas atividades da vida diária (Critério B), e o prejuízo é aumentado com condições concomitantes. As consequências do transtorno do desenvolvimento da coordenação incluem participação reduzida em jogos em equipe e esportes; baixa auto-estima e senso de valor próprio; problemas emocionais ou comportamentais; desempenho acadêmico prejudicado; má aptidão física; redução da atividade física e obesidade; e baixa qualidade de vida relacionada à saúde.

Diagnóstico Diferencial

Deficiências motoras devido a outra condição médica. Problemas de coordenação podem estar associados a comprometimento da função visual e distúrbios neurológicos específicos (por exemplo, paralisia cerebral, lesões progressivas do cerebelo, distúrbios neuromusculares). Nesses casos, há achados adicionais no exame neurológico.

Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual). Se houver transtorno do desenvolvimento intelectual, as competências motoras podem estar prejudicadas de acordo com a deficiência intelectual. No entanto, se as dificuldades motoras excederem o que poderia ser explicado pelo transtorno do desenvolvimento intelectual e os critérios para transtorno do desenvolvimento da coordenação forem atendidos, o transtorno do desenvolvimento da coordenação também pode ser diagnosticado.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Indivíduos com TDAH podem cair, bater em objetos ou derrubar coisas. É necessária uma observação cuidadosa em diferentes contextos para verificar se a falta de competência motora é atribuível à distração e à impulsividade, e não ao transtorno do desenvolvimento da coordenação. Se os critérios para TDAH e transtorno de coordenação do desenvolvimento forem atendidos, ambos os diagnósticos podem ser dados.

Transtorno do espectro do autismo. Indivíduos com transtorno do espectro autista podem não ter interesse em participar de tarefas que exigem habilidades de coordenação complexas, como esportes com bola, que afetarão o desempenho e a função do teste, mas não refletirão a competência motora central. A co-ocorrência de transtorno do desenvolvimento da coordenação e transtorno do espectro autista é comum. Se os critérios para ambos os distúrbios forem atendidos, ambos os diagnósticos podem ser dados.

Síndrome de hipermobilidade articular. Indivíduos com síndromes que causam articulações hiperextensíveis (encontradas no exame físico; muitas vezes com queixa de dor) podem apresentar sintomas semelhantes aos do transtorno do desenvolvimento da coordenação.

Os Transtornos de

Comorbidade que comumente ocorrem concomitantemente com o transtorno de coordenação do desenvolvimento incluem transtornos de comunicação; transtorno específico de aprendizagem (especialmente leitura e escrita); problemas de desatenção, incluindo TDAH (condição coexistente mais frequente, com cerca de 50% de coocorrência); transtorno do espectro do autismo; problemas de comportamento disruptivo e emocional; e síndrome de hipermobilidade articular. Diferentes agrupamentos de co-ocorrência podem estar presentes (por exemplo, um agrupamento com distúrbios graves de leitura, problemas de motricidade fina e problemas de caligrafia; outro agrupamento com controle de movimento e planejamento motor prejudicados). A presença de outros transtornos não exclui o transtorno do desenvolvimento da coordenação, mas pode dificultar o teste e interferir independentemente na execução das atividades da vida diária, exigindo, portanto, julgamento do examinador ao atribuir prejuízo às habilidades motoras.

Distúrbio de Movimento Estereotípico

Critério de diagnóstico

F98.4

- A. Comportamento motor repetitivo, aparentemente dirigido e aparentemente sem propósito (por exemplo, agitar ou acenar com as mãos, balançar o corpo, bater a cabeça, morder-se, bater no próprio corpo).
- B. O comportamento motor repetitivo interfere nas atividades sociais, acadêmicas ou outras e pode resultar em autolesão.
- C. O início é no início do período de desenvolvimento.
- D. O comportamento motor repetitivo não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou condição neurológica e não é mais bem explicado por outro transtorno do neurodesenvolvimento ou mental (por exemplo, tricotilomania [transtorno de puxar o cabelo], transtorno obsessivo-compulsivo).

Especifique

se: **Com comportamento autolesivo** (ou comportamento que resultaria em lesão se medidas preventivas não fossem usadas)

Sem comportamento autolesivo

Especifique se: Associado a uma condição

genética ou outra condição médica conhecida, transtorno do neurodesenvolvimento ou fator ambiental (por exemplo, síndrome de Lesch-Nyhan, transtorno do desenvolvimento intelectual [deficiência intelectual], exposição intrauterina ao álcool)

Nota de codificação: Use código adicional para identificar a condição genética ou outra condição médica associada, transtorno do neurodesenvolvimento ou fator ambiental.

Especifique a gravidade atual:

Leve: Os sintomas são facilmente suprimidos por estímulo sensorial ou distração.

Moderado: Os sintomas requerem medidas de proteção explícitas e modificação comportamental.

Grave: Monitoramento contínuo e medidas de proteção são necessárias para evitar ferimentos graves.

Procedimentos de registro Para

transtorno de movimento estereotipado associado a uma condição genética ou outra condição médica conhecida, transtorno do neurodesenvolvimento ou fator ambiental, registre transtorno de movimento estereotipado associado a (nome da condição, transtorno ou fator) (por exemplo, transtorno de movimento estereotipado associado a Lesch -Síndrome de Nyhan).

Especificadores

A gravidade dos movimentos estereotípicos não autolesivos varia de apresentações leves que são facilmente suprimidas por um estímulo sensorial ou distração a movimentos contínuos que interferem marcadamente em todas as atividades da vida diária. Os comportamentos autolesivos variam em gravidade ao longo de várias dimensões, incluindo a frequência, o impacto no funcionamento adaptativo e a gravidade da lesão corporal (desde hematomas leves ou eritema de bater a mão contra o corpo, lacerções ou amputação de dedos, descolamento de retina por bater a cabeça).

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno do movimento estereotipado é o comportamento motor repetitivo, aparentemente dirigido e aparentemente sem propósito (Critério A). Esses comportamentos geralmente são movimentos rítmicos da cabeça, mãos ou corpo sem função adaptativa óbvia. Os movimentos podem ou não responder aos esforços para detê-los. Entre as crianças com desenvolvimento típico, os movimentos repetitivos geralmente podem ser interrompidos quando a atenção é direcionada a elas

desordens, os comportamentos são tipicamente menos responsivos a tais esforços. Em outros casos, o indivíduo demonstra comportamentos de autocontenção (por exemplo, sentar sobre as mãos, envolver os braços na roupa, encontrar um dispositivo de proteção).

O repertório de comportamentos é variável; cada indivíduo apresenta seu próprio comportamento de “assinatura” individualmente padronizado. Exemplos de movimentos estereotipados não autolesivos incluem, mas não estão limitados a, balançar o corpo, bater ou girar as mãos bilaterais, agitar ou agitar os dedos na frente do rosto, balançar ou balançar os braços e acenar com a cabeça; o alongamento da boca é comumente visto em associação com os movimentos dos membros superiores.

Comportamentos autolesivos estereotipados incluem, mas não estão limitados a, bater a cabeça repetitivo, tapa no rosto, cutucar os olhos e morder as mãos, lábios ou outras partes do corpo. Cutucar os olhos é particularmente preocupante; ocorre mais frequentemente em crianças com deficiência visual. Múltiplos movimentos podem ser combinados (por exemplo, inclinar a cabeça, balançar o torso, agitar uma pequena corda repetidamente na frente do rosto).

Movimentos estereotipados podem ocorrer muitas vezes durante o dia, com duração de alguns segundos a vários minutos ou mais. A frequência pode variar de muitas ocorrências em um único dia a várias semanas entre os episódios. Os comportamentos variam em contexto, ocorrendo quando o indivíduo está absorto em outras atividades, quando excitado, estressado, fatigado ou entediado. O critério A exige que os movimentos sejam “aparentemente” sem propósito. No entanto, algumas funções podem ser atendidas pelos movimentos. Por exemplo, movimentos estereotipados podem reduzir a ansiedade em resposta a fatores externos.

estressores.

O critério B exige que os movimentos estereotipados interfiram nas atividades sociais, acadêmicas ou outras e, em algumas crianças, podem resultar em automutilação (ou ocorreriam se medidas de proteção não fossem usadas). A presença ou ausência de comportamento autolesivo deve ser indicada usando os especificadores “com comportamento autolesivo” ou “sem comportamento autolesivo”. O início dos movimentos estereotipados ocorre no início do período de desenvolvimento (Critério C). O Critério D exige que o comportamento repetitivo e estereotipado no transtorno de movimento estereotipado não seja atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou condição neurológica e não seja melhor explicado por outro transtorno do neurodesenvolvimento ou mental. A presença de movimentos estereotipados pode indicar um problema de neurodesenvolvimento não detectado, especialmente em crianças de 1 a 3 anos.

Prevalência

Movimentos estereotipados simples (por exemplo, balançar-se) são comuns em crianças pequenas com desenvolvimento típico (por exemplo, 5%–19% no Reino Unido e Estados Unidos). Movimentos estereotipados complexos são muito menos comuns (ocorrendo em aproximadamente 3% a 4%). Entre 4% e 16% dos indivíduos com transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) em amostras de países de alta renda se envolvem em estereotipia e automutilação. O risco é maior em indivíduos com transtorno do desenvolvimento intelectual grave. Entre os indivíduos com transtorno do desenvolvimento intelectual que vivem em instalações residenciais, 10% a 15% podem ter transtorno de movimento estereotipado com autolesão. Comportamentos e interesses repetitivos e restritos podem ser marcadores de risco para o aparecimento de automutilação, agressão e destruição em crianças com transtorno do desenvolvimento intelectual grave.

Desenvolvimento e Curso Os

movimentos estereotípicos geralmente começam nos primeiros 3 anos de vida. Estereótipo simples

movimentos são comuns na infância e podem estar envolvidos na aquisição do domínio motor. Em crianças que desenvolvem estereotipias motoras complexas, aproximadamente 80% apresentam sintomas antes dos 24 meses, 12% entre 24 e 35 meses e 8% com 36 meses ou mais. Na maioria das crianças com desenvolvimento típico, a gravidade e a frequência dos movimentos estereotipados diminuem com o tempo.

O início de estereotipias motoras complexas pode ocorrer na infância ou mais tarde no período de desenvolvimento. Entre os indivíduos com desenvolvimento intelectual

91

transtorno, os comportamentos estereotipados e autolesivos podem persistir por anos, mesmo que a tipografia ou o padrão de autolesão possam mudar.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. O isolamento social é um fator de risco para autoestimulação que pode evoluir para movimentos estereotipados com autolesão repetitiva. O estresse ambiental também pode desencadear um comportamento estereotipado. O medo pode alterar o estado fisiológico, resultando em aumento da frequência de comportamentos estereotipados.

Genética e fisiológica. Acredita-se que o distúrbio do movimento estereotípico seja um tanto hereditário com base na alta frequência de casos que têm uma história familiar positiva de estereotipias motoras. A redução significativa no volume do putâmen em crianças com estereotipias sugere que vias córtico-estriatais distintas associadas a comportamentos habituais (ou seja, circuitos pré-motor para putâmen posterior) podem ser o local anatômico subjacente em estereotipias motoras complexas. O funcionamento cognitivo mais baixo está ligado a um maior risco de comportamentos estereotipados e uma resposta mais pobre às intervenções. Movimentos estereotípicos são mais frequentes entre indivíduos com transtorno do desenvolvimento intelectual moderado a grave/profundo, que em virtude de uma síndrome específica (por exemplo, síndrome de Rett) ou fator ambiental (por exemplo, um ambiente com estimulação relativamente insuficiente) parecem estar em maior risco para estereotipias. O comportamento autolesivo repetitivo pode ser um fenótipo comportamental em síndromes neurogenéticas. Por exemplo, na síndrome de Lesch-Nyhan, há movimentos distônicos estereotipados e automutilação dos dedos, morder os lábios e outras formas de autolesão, a menos que o indivíduo seja contido, e na síndrome de Rett e na síndrome de Cornelia de Lange, automutilação. Lesões podem resultar das estereotipias mão-boca. Comportamentos estereotipados também podem resultar de uma condição médica dolorosa (por exemplo, infecção do ouvido médio, problemas dentários, refluxo gastroesofágico).

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Comportamentos repetitivos estereotipados, com ou sem autolesão, manifestam-se de forma variada em muitas culturas. Atitudes culturais em relação a comportamentos incomuns podem resultar em diagnóstico tardio. A tolerância cultural geral e as atitudes em relação ao movimento estereotipado variam e devem ser consideradas.

Diagnóstico Diferencial

Desenvolvimento normal. Movimentos estereotipados simples são comuns na primeira infância.

O balanço pode ocorrer na transição do sono para a vigília, um comportamento que geralmente se resolve com a idade. Estereotipias complexas são menos comuns em crianças com desenvolvimento típico e geralmente podem ser suprimidas por distração ou estimulação sensorial. A rotina diária do indivíduo raramente é afetada,

e os movimentos geralmente não causam sofrimento à criança. O diagnóstico não seria apropriado nestas circunstâncias.

Transtorno do espectro do autismo. Movimentos estereotípicos podem ser um sintoma de apresentação do transtorno do espectro do autismo e devem ser considerados quando movimentos e comportamentos repetitivos estão sendo avaliados. Déficits de comunicação social e reciprocidade que se manifestam no transtorno do espectro autista geralmente estão ausentes no transtorno de movimento estereotipado e, portanto, interação social, comunicação social e comportamentos e interesses repetitivos rígidos são características distintivas. Quando o transtorno do espectro autista está presente, o transtorno do movimento estereotipado é diagnosticado apenas quando há autolesão ou quando os comportamentos estereotipados são suficientemente graves para se tornar um foco de atenção. tratamento.

Distúrbios de tiques. Normalmente, as estereotipias têm uma idade de início mais precoce (antes dos 3 anos) do que os tiques, que têm uma idade média de início de 4 a 6 anos. Eles também são consistentes e fixos em seu padrão ou topografia em comparação com os tiques, que são variáveis em sua apresentação,

92

normalmente mudando de caráter ao longo do tempo. As estereotipias podem envolver braços, mãos ou todo o corpo, enquanto os tiques geralmente envolvem olhos, rosto, cabeça e ombros. As estereotipias são mais fixas, rítmicas e prolongadas em duração do que os tiques, que geralmente são breves, rápidos, aleatórios e flutuantes. As estereotipias são ego-sintônicas (as crianças gostam delas) em oposição aos tiques, que geralmente são ego-distônicos. Os tiques aumentam e diminuem no local e no tempo e estão associados exclusivamente ao desejo premonitório (uma sensação física que precede muitos movimentos de tique). Tiques e movimentos estereotipados são reduzidos pela distração.

Transtornos obsessivo-compulsivos e afins.

O transtorno do movimento estereotipado se distingue do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) pela ausência de obsessões, bem como pela natureza dos comportamentos repetitivos. No TOC o indivíduo sente-se impelido a realizar comportamentos repetitivos em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente, enquanto no transtorno de movimento estereotipado os comportamentos são aparentemente dirigidos, mas aparentemente sem propósito.

A tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo) e o transtorno de escoriação (skin-picking) são caracterizados por comportamentos repetitivos focados no corpo (ou seja, puxar o cabelo e arrancar a pele) que podem ser aparentemente motivados, mas que não são aparentemente sem propósito e que podem não ser padronizados ou rítmico. Além disso, o início da tricotilomania e do transtorno de escoriação não ocorre tipicamente no período inicial do desenvolvimento, mas em torno da puberdade ou mais tarde.

Outras condições neurológicas e médicas.

O diagnóstico de movimentos estereotípicos requer a exclusão de

habitos, maneirismos, discinesias paroxísticas e coreia hereditária benigna. Uma história e exame neurológico são necessários para avaliar características sugestivas de outros distúrbios, como mioclonia, distonia, tiques e coreia. Movimentos involuntários associados a uma condição neurológica podem ser distinguidos por seus sinais e sintomas. Por exemplo, movimentos repetitivos e estereotipados na discinesia tardia podem ser distinguidos por uma história de uso crônico de neurolépticos e discinesia oral ou facial característica ou movimentos irregulares de tronco ou membros. Esses tipos de movimentos não resultam em autolesão. As estereotipias são uma manifestação comum de uma variedade de distúrbios neurogenéticos, como síndrome de Lesch-Nyhan, síndrome de Rett, síndrome do X frágil, síndrome de Cornelia de Lange e síndrome de Smith-Magenis. Para transtorno de movimento estereotipado que está associado a uma doença genética conhecida ou outra condição médica

condição, transtorno do neurodesenvolvimento ou fator ambiental, registrar transtorno de movimento estereotipado associado a (nome da condição, transtorno ou fator) (por exemplo, transtorno de movimento estereotipado associado à síndrome de Lesch-Nyhan).

Comportamentos repetitivos induzidos por substâncias Um diagnóstico de distúrbio de movimento estereotipado não é apropriado para escoriações ou arranhões repetitivos na pele associados à intoxicação ou abuso de anfetaminas. Nesses casos, o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado se aplicaria.

Estereotipias funcionais (de conversão). Movimentos estereotipados devem ser diferenciados de movimentos funcionais (conversão). Início súbito, distração, mudança de padrão com melhora ou agravamento inexplicável e a coexistência de outros sintomas de transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão) são algumas das características típicas que ajudam a identificar estereotipias funcionais.

Comorbidade As

comorbidades comuns em crianças com estereotipias motoras crônicas incluem transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, problemas de coordenação motora, tiques/transtorno de Tourette e ansiedade.

93

Distúrbios de tiques

Critério de diagnóstico

Nota: Um tique é um movimento motor ou vocalização súbito, rápido, recorrente e não rítmico.

Transtorno de Tourette

F95.2

- A. Ambos os tiques motores múltiplos e um ou mais vocais estiveram presentes em algum momento durante a doença, embora não necessariamente concomitantemente.
- B. Os tiques podem aumentar e diminuir em frequência, mas persistiram por mais de 1 ano desde o início do primeiro tique.
- C. O início é antes dos 18 anos.
- D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, cocaína) ou outra condição médica (por exemplo, doença de Huntington, encefalite pós-viral).

Transtorno de Tique Motor ou Vocal Persistente (Crônico)

F95.1

- A. Tiques motores ou vocais únicos ou múltiplos estiveram presentes durante o doença, mas não tanto motora quanto vocal.
- B. Os tiques podem aumentar e diminuir em frequência, mas persistiram por mais de 1 ano desde o início do primeiro tique.

- C. O início é antes dos 18 anos.
- D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, cocaína) ou outra condição médica (por exemplo, doença de Huntington, encefalite pós-viral).

E. Os critérios nunca foram atendidos para o transtorno de Tourette.

Especifique se:

Apenas com tiques motores

Apenas com tiques vocais

Transtorno de Tique Provisório

F95.0

- A. Tiques motores e/ou vocais únicos ou múltiplos.
- B. Os tiques estão presentes há menos de 1 ano desde o início do primeiro tique.
- C. O início é antes dos 18 anos.
- D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, cocaína) ou outra condição médica (por exemplo, doença de Huntington, encefalite pós-viral).
- E. Os critérios nunca foram atendidos para transtorno de Tourette ou transtorno motor persistente (crônico) ou transtorno de tique vocal.

Especificadores

O especificador “somente tiques motores” ou “somente tiques vocais” só é necessário para transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico).

Características diagnósticas

Os transtornos de tiques compreendem cinco categorias diagnósticas: transtorno de Tourette, transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico), transtorno de tique provisório e os outros transtornos de tique especificados e não especificados. O diagnóstico de qualquer um dos transtornos de tiques específicos é baseado na presença de tiques motores e/ou vocais (Critério A), duração dos tiques (Critério B), idade de início (Critério C) e ausência de qualquer causa conhecida, como outra condição médica ou uso de substância (Critério D). Os diagnósticos de transtorno de tique são hierárquicos em ordem (ou seja, transtorno de Tourette, seguido de transtorno de tique motor ou vocal persistente [crônico], seguido de tique provisório

transtorno de tiques, seguido pelos outros transtornos de tique especificados e não especificados). Uma vez que um transtorno de tique em um nível da hierarquia é diagnosticado, um diagnóstico de hierarquia inferior não pode ser feito (Critério E).

Os tiques são tipicamente movimentos motores ou vocalizações súbitos, rápidos, recorrentes e não rítmicos.

Alguns tiques motores podem ser movimentos de torção ou aperto mais lentos que ocorrem em períodos de tempo variados. Um indivíduo pode apresentar vários tiques ao longo do tempo, mas, a qualquer momento, o repertório de tiques pode se repetir de maneira característica. Embora os tiques possam incluir quase qualquer grupo muscular ou vocalização, certos tiques, como piscar os olhos ou pigarrear, são comuns em

populações de pacientes. Muitas vezes há uma sensação desconfortável localizada (sensação premonitória) antes de um tique, e a maioria dos indivíduos relata um “impulso” de tique. Consequentemente, os tiques são geralmente experimentados como involuntários, mas alguns tiques podem ser voluntariamente suprimidos por períodos de tempo variados.

A discussão explícita de tiques pode servir como um gatilho. Da mesma forma, observar um gesto ou som em outra pessoa pode resultar em um indivíduo com transtorno de tiques fazendo um gesto ou som semelhante, que pode ser percebido incorretamente pelos outros como intencional. Isso pode ser particularmente problemático quando o indivíduo está interagindo com figuras de autoridade que não têm uma compreensão adequada dos transtornos de tiques (por exemplo, professores, supervisores, policiais).

Os tiques são classicamente classificados como simples ou complexos. Os *tiques motores simples* são caracterizados pelo envolvimento limitado de grupos musculares específicos, muitas vezes são de curta duração e podem incluir piscar de olhos, caretas faciais, encolher de ombros ou extensão das extremidades.

Tiques vocais simples incluem pigarro, fungadas, gorjeios, latidos ou grunhidos, muitas vezes causados pela contração do diafragma ou dos músculos da orofaringe. *Tiques motores complexos* são de maior duração e geralmente incluem uma combinação de tiques simples, como virar a cabeça simultaneamente e encolher os ombros. Tiques complexos podem parecer propositais, como gestos de cabeça ou movimentos do tronco. Eles também podem incluir imitações dos movimentos de outra pessoa (*ecopraxia*) ou gestos sexuais ou tabu (*coprophraxia*). Da mesma forma, *tiques vocais complexos* têm significado linguístico (palavras ou palavras parciais) e podem incluir repetir os próprios sons ou palavras (*palilalia*), repetir a última palavra ou frase ouvida (*ecolalia*) ou proferir palavras socialmente inaceitáveis, incluindo obscenidades ou expressões étnicas, insultos raciais ou religiosos (*coprolalia*). É importante ressaltar que a coprolalia é um latido abrupto e agudo ou um grunhido e não possui a prosódia de fala inadequada semelhante observada em interações humanas.

A presença de tiques motores e/ou vocais varia entre os cinco transtornos de tiques (Critério A). Para o transtorno de Tourette, os tiques motores e vocais devem estar presentes (embora não necessariamente simultaneamente), enquanto para o transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico), apenas tiques motores ou apenas vocais estão presentes. Para transtorno de tique provisório, tiques motores e/ou vocais podem estar presentes. Para outros transtornos de tiques especificados ou não especificados, os tiques ou sintomas semelhantes a tiques são mais bem caracterizados como tiques, mas são atípicos na apresentação ou na idade de início, ou têm uma etiologia conhecida.

O critério de duração mínima de 1 ano (Critério B) assegura que os indivíduos diagnosticados com transtorno de Tourette ou transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico) tiveram sintomas persistentes. Os tiques aumentam e diminuem em gravidade, e alguns indivíduos podem ter intervalos sem tiques de semanas a meses; no entanto, um indivíduo que teve tiques de duração superior a 1 ano desde o início do primeiro tique seria considerado como tendo sintomas persistentes, independentemente de períodos intermitentes sem tiques. Para um indivíduo com tiques motores e/ou vocais há menos de 1 ano desde o início do primeiro tique, um diagnóstico provisório de transtorno de tique pode ser considerado. O início dos tiques deve ocorrer antes dos 18 anos (Critério C). Os transtornos de tique geralmente começam no período pré-puberal, com uma idade média de início entre 4 e 6 anos, e com a incidência de transtornos de tique de início diminuindo nos últimos anos da adolescência. O primeiro aparecimento de tiques na idade adulta é extremamente raro e muitas vezes está associado a exposições a substâncias ilícitas (por exemplo, uso excessivo de cocaína), é resultado de um insulto ao sistema nervoso central ou está relacionado a um distúrbio neurológico funcional. Embora o primeiro aparecimento de tiques seja incomum em adolescentes e adultos, não é incomum que adolescentes e adultos se apresentem para uma avaliação diagnóstica inicial e, quando avaliados cuidadosamente, forneçam uma história de tiques mais leves.

de volta à infância, mesmo que as fases anteriores do desenvolvimento incluíssem períodos sem tiques de meses ou anos. Movimentos anormais de início sugestivos de tiques que ocorrem fora da faixa etária usual devem resultar na avaliação de outros distúrbios do movimento, incluindo movimentos complexos funcionais semelhantes a tiques ou vocalizações.

Os tiques não podem ser atribuídos aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica (Critério D). Quando há forte evidência da história, exame físico e/ou resultados laboratoriais para sugerir uma causa plausível, proximal e provável para um transtorno de tique, um diagnóstico de outro transtorno de tique especificado deve ser usado.

Ter preenchido previamente os critérios diagnósticos para transtorno de Tourette nega um possível diagnóstico de transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico) (Critério E). Da mesma forma, um diagnóstico prévio de transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico) nega um diagnóstico de transtorno de tique provisório ou outro transtorno de tique especificado ou não especificado (Critério E).

Prevalência

Os tiques são comuns na infância, mas transitórios na maioria dos casos. Uma pesquisa nacional nos Estados Unidos estimou 3 por 1.000 para a prevalência de casos clinicamente identificados. A frequência de casos identificados foi menor entre afro-americanos e latinos, o que pode estar relacionado a diferenças no acesso ao atendimento. A prevalência estimada do transtorno de Tourette no Canadá varia de 3 a 9 por 1.000 em crianças em idade escolar. Globalmente, os homens são mais comumente afetados do que as mulheres, com a proporção variando de 2:1 a 4:1. Estudos epidemiológicos mostraram que os tiques estão presentes em crianças de todos os continentes, mas as taxas exatas de prevalência são influenciadas por diferenças metodológicas nas pesquisas.

Desenvolvimento e Curso O primeiro

aparecimento dos tiques ocorre tipicamente entre as idades de 4 e 6 anos. O piscar dos olhos é altamente característico como um sintoma inicial. O pico de gravidade ocorre entre as idades de 10 e 12 anos, com declínio na gravidade durante a adolescência. Muitos adultos com transtornos de tiques apresentam sintomas diminuídos. No entanto, uma porcentagem de indivíduos terá sintomas persistentemente graves ou agravados na idade adulta.

Os tiques manifestam-se de forma semelhante em todas as faixas etárias e ao longo da vida. Os tiques aumentam e diminuem em gravidade (frequência e intensidade) e ao longo do tempo mudam em relação aos grupos musculares afetados e à natureza das vocalizações. Muitos indivíduos, incluindo crianças pequenas, relatam que seus tiques estão associados a uma sensação corporal localizada que precede o tique e um desejo premonitório de se mover. Pode ser difícil encontrar palavras para descrever essas sensações e impulsos premonitórios. Os tiques associados a um desejo premonitório podem ser experimentados como não completamente “involuntários”, pois o desejo e o tique podem ser resistidos. Um indivíduo também pode sentir a necessidade de realizar um tique repetidamente ou de uma maneira específica até que o indivíduo sinta que o tique foi feito “corretamente”.

Muitas vezes há uma sensação de alívio e redução da tensão após a expressão do tique ou uma série de tiques.

A vulnerabilidade para o desenvolvimento de condições concomitantes muda à medida que os indivíduos passam pela idade de risco para várias condições concomitantes. Por exemplo, crianças pré-púberes com transtornos de tiques são mais propensas a apresentar transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de ansiedade de separação concomitantes. Adolescentes e adultos são mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos de humor e ansiedade, bem como ao uso de substâncias

distúrbios.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. No início do desenvolvimento cerebral, vários fatores de risco ambientais foram identificados, incluindo idade paterna avançada, bem como eventos adversos pré e perinatais (p. apresentação pélvica e parto cesáreo).

96

Genética e fisiológica. Fatores genéticos influenciam a expressão e a gravidade dos tiques. A herdabilidade dos transtornos de tiques é estimada em 70%-85%, e não há diferenças no risco familiar ou herdabilidade entre homens e mulheres. Alelos de risco importantes para o transtorno de Tourette e variantes genéticas raras em famílias com transtornos de tiques foram identificados. Variantes genéticas comuns também foram identificadas. Eles são compartilhados entre os transtornos de tiques de forma graduada que se correlaciona com a gravidade da doença. De fato, os transtornos de tiques provavelmente existem ao longo de um espectro de desenvolvimento contínuo, baseado tanto em sua fenomenologia quanto em seu histórico genético.

Os transtornos de tiques crônicos compartilham variações genéticas com TOC, TDAH e outros transtornos do neurodesenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro do autismo. Além disso, indivíduos com transtornos de tiques apresentam risco aumentado de desenvolver um distúrbio autoimune (por exemplo, tireoidite de Hashimoto). É cada vez mais evidente que o sistema imunológico e a neuroinflamação desempenham papéis importantes na patobiologia dos tiques em pelo menos um subconjunto de indivíduos afetados (por exemplo, aqueles com coreia de Sydenham). No entanto, é necessário mais trabalho para entender os fundamentos biocomportamentais e o potencial papel causador de infecções para outras condições neuropsiquiátricas, incluindo síndrome neuropsiquiátrica de início agudo pediátrico e transtorno neuropsiquiátrico autoimune pediátrico associado a infecções estreptocócicas.

Modificadores de curso. Os tiques são aumentados pela ansiedade, excitação e exaustão e são melhores durante atividades calmas e focadas. Por exemplo, muitos indivíduos normalmente têm menos tiques quando envolvidos em tarefas que exigem atenção concentrada e controle motor. Eventos estressantes/excitantes (por exemplo, fazer um teste, participar de atividades emocionantes) geralmente pioram os tiques.

Questões diagnósticas relacionadas à cultura

Os transtornos de tiques não parecem variar em características clínicas, curso ou etiologia por origem étnica, racial e cultural, mas essas origens podem afetar como os transtornos de tiques são percebidos e gerenciados na família e na comunidade, influenciando os padrões de ajuda na busca e escolhas de tratamento, como idade de apresentação em serviços especializados. Por exemplo, a distância social preferida de indivíduos com transtornos de tiques (por exemplo, quando trabalham ou estudam juntos) foi maior em uma amostra coreana do que em estudos norte-americanos.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero Os

homens são mais comumente afetados do que as mulheres, mas não há diferenças entre os sexos nos tipos de tiques, idade de início ou curso. Mulheres com transtornos de tique persistentes podem ter maior probabilidade de apresentar ansiedade e depressão.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Um estudo de coorte de casos pareado na Suécia de 1969 a 2013 demonstrou que indivíduos com transtorno de Tourette ou transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico) têm um risco substancialmente aumentado de tentativas de suicídio (odds ratio 3,86) e morte por suicídio (odds ratio 4,39), mesmo após ajuste para comorbidades psiquiátricas, em comparação com indivíduos de controle da população geral pareados. A persistência de tiques após a idade adulta jovem e uma tentativa anterior de suicídio foram os mais fortes preditores de morte por suicídio. Dados de caso-controle sugerem que cerca de 1 em cada 10 jovens com transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico) tem pensamentos e/ou comportamentos suicidas, particularmente no contexto de raiva/frustração e associados a ansiedade/depressão, problemas sociais ou retraimento, agressão e problemas de internalização, gravidade do tique e deficiência relac

Consequências funcionais dos transtornos de tiques

Muitos indivíduos com gravidade de tiques leve a moderada não apresentam sofrimento ou prejuízo no funcionamento e podem até não ter consciência de seus tiques. Indivíduos com mais graves

97

os sintomas geralmente têm mais prejuízo na vida diária, mas mesmo indivíduos com distúrbios de tiques moderados ou mesmo graves podem funcionar bem. A presença de uma condição concomitante, como TDAH ou TOC, pode ter maior impacto no funcionamento do que os próprios tiques. Menos comumente, os tiques interrompem o funcionamento das atividades diárias e resultam em isolamento social, conflito interpessoal, vitimização por pares, incapacidade de trabalhar ou ir à escola e menor qualidade de vida. Muitas vezes, os indivíduos com tiques têm dificuldade em concentrar sua atenção em tarefas relacionadas ao trabalho enquanto tentam ativamente suprimir seus tiques. O indivíduo também pode experimentar sofrimento psicológico substancial e até mesmo pensamentos suicidas. Complicações raras do transtorno de Tourette incluem lesões físicas, como lesões oculares (por bater no próprio rosto) e lesões ortopédicas e neurológicas (por exemplo, doença do disco relacionada a movimentos forçados da cabeça e do pescoço).

Diagnóstico diferencial

Movimentos anormais que podem acompanhar outras condições médicas, incluindo outros distúrbios do movimento.

As *estereotipias motoras* são definidas como movimentos rítmicos involuntários, repetitivos e previsíveis que parecem propositais, mas não servem a nenhuma função adaptativa óbvia. Eles geralmente são auto-calmantes ou prazerosos e param com distração. Exemplos incluem acenar/girar as mãos repetitivamente, bater os braços e mexer os dedos. As *estereotipias motoras* geralmente podem ser diferenciadas dos tiques com base na idade de início mais precoce do primeiro (geralmente menos de 3 anos), duração prolongada (segundos a minutos), ser repetitivo e rítmico na forma e localização, sem sensação ou desejo premonitório e cessação com distração (por exemplo, ouvir o nome ser chamado ou ser tocado). A *coreia* representa ações rápidas, aleatórias, contínuas, abruptas, irregulares, imprevisíveis e não estereotipadas que geralmente são bilaterais e afetam todas as partes do corpo (ou seja, face, tronco e membros). O tempo, a direção e a distribuição dos movimentos variam de momento a momento, e os movimentos geralmente pioram durante a tentativa de ação voluntária. A *distonia* é a contração sustentada simultânea de músculos agonistas e antagonistas, resultando em uma postura ou movimento distorcido de partes do corpo. As posturas distônicas são frequentemente desencadeadas por tentativas de movimentos voluntários e não são vistas durante o sono.

Discinesias paroxísticas. As discinesias paroxísticas são caracterizadas por episódios involuntários

movimentos distônicos ou coreoatetóides que são precipitados por movimento ou esforço voluntário e, menos comumente, surgem da atividade normal de fundo.

Mioclonia. A mioclonia é caracterizada por um movimento súbito unidirecional que muitas vezes não é rítmico. Pode ser agravado pelo movimento e ocorrer durante o sono. A mioclonia é diferenciada dos tiques por sua rapidez, falta de supressibilidade e ausência de sensação ou impulso premonitório.

Transtornos obsessivo-compulsivos e afins. Diferenciar as compulsões no TOC de tiques complexos pode ser difícil, especialmente porque frequentemente ocorrem concomitantemente no mesmo indivíduo. As compulsões do TOC visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou angústia e geralmente são realizadas em resposta a uma obsessão (por exemplo, medo de contaminação). Em contraste, muitos indivíduos com transtorno de tique sentem a necessidade de realizar a ação de uma maneira particular, igualmente em ambos os lados do corpo um certo número de vezes ou até que uma sensação “correta” seja alcançada. Distúrbios de comportamento repetitivo focados no corpo (isto é, puxar o cabelo persistentemente, cutucar a pele, roer as unhas) são mais direcionados a objetivos e complexos do que os tiques.

Transtorno de tique funcional. Distúrbios funcionais também devem ser considerados quando um indivíduo apresenta “ataques de tiques” que podem durar longos períodos de tempo, de 15 minutos a várias horas.

Comorbidade

Muitas condições médicas e psiquiátricas foram descritas como ocorrendo concomitantemente com transtornos de tiques, e TDAH, comportamento disruptivo e TOC e transtornos relacionados são particularmente

98

comum. Crianças com TDAH podem apresentar comportamento disruptivo, imaturidade social e dificuldades de aprendizagem que podem interferir no progresso acadêmico e nas relações interpessoais e levar a um comprometimento maior do que aquele causado por um tique nervoso. Os sintomas obsessivo-compulsivos observados nos transtornos de tiques tendem a ter uma idade de início mais precoce e geralmente são caracterizados por uma necessidade de simetria e exatidão e/ou pensamentos proibidos ou tabus (por exemplo, obsessões agressivas, sexuais ou religiosas e compulsões relacionadas). Indivíduos com transtornos de tiques também podem ter outros transtornos do movimento (por exemplo, coreia de Sydenham, transtorno do movimento estereotipado) e outras condições psiquiátricas e de desenvolvimento neurológico, como transtorno do espectro autista e transtorno específico de aprendizagem. Como observado anteriormente, adolescentes e adultos com transtorno de tiques correm maior risco de desenvolver transtorno de humor, ansiedade ou uso de substâncias.

Outro Transtorno de Tique Especificado

F95.8

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno de tique que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para um transtorno de tique ou qualquer um dos transtornos no neurodesenvolvimento

classe diagnóstica de transtornos. A outra categoria de transtorno de tique especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não atende aos critérios para um transtorno de tique ou qualquer transtorno do neurodesenvolvimento específico. Isso é feito registrando “outro transtorno de tique especificado” seguido do motivo específico (por exemplo, “com início após os 18 anos de idade”).

Transtorno de Tique Não Especificado

F95.9

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno de tique que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para um transtorno de tique ou para qualquer um dos transtornos em a classe diagnóstica de transtornos do neurodesenvolvimento. A categoria de transtorno de tique não especificado é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno de tique ou para um transtorno do neurodesenvolvimento específico e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico .

99

Outros Transtornos do Neurodesenvolvimento

Outro Transtorno do Neurodesenvolvimento Especificado

F88

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno do neurodesenvolvimento que causam prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos do neurodesenvolvimento. A categoria de outro transtorno do neurodesenvolvimento especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar o motivo específico pelo qual a apresentação não atende aos critérios para qualquer transtorno do neurodesenvolvimento específico. Isso é feito registrando “outro transtorno do neurodesenvolvimento especificado” seguido do motivo específico (por exemplo, “transtorno do neurodesenvolvimento associado à exposição pré-natal ao álcool”).

Um exemplo de uma apresentação que pode ser especificada usando o “outro especificado” designação é a seguinte:

Transtorno do neurodesenvolvimento associado à exposição pré-natal ao álcool:

O transtorno do neurodesenvolvimento associado à exposição pré-natal ao álcool é caracterizado por uma série de deficiências de desenvolvimento após a exposição ao álcool in utero.

Transtorno do Neurodesenvolvimento Não Especificado

F89

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno do neurodesenvolvimento que causam prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos do neurodesenvolvimento. A categoria de transtorno do neurodesenvolvimento não especificado é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno do neurodesenvolvimento específico e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico (p. configurações da sala).

Espectro da Esquizofrenia e Outros Psicóticos Distúrbios

O espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos incluem esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno esquizotípico (personalidade). Eles são definidos por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento desorganizado (fala), comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos.

Principais características que definem os transtornos psicóticos

Delírios

Delírios são crenças fixas que não são passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes. Seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas (por exemplo, persecutórios, referenciais, somáticos, religiosos, grandiosos). Os *delírios persecutórios* (isto é, a crença de que alguém será prejudicado, assediado e assim por diante por um indivíduo, organização ou outro grupo) são os mais comuns.

Delírios de referência (ou seja, a crença de que certos gestos, comentários, sugestões ambientais e assim por diante são dirigidos a si mesmo) também são comuns. *Delírios de grandeza* (ou seja, quando um indivíduo acredita que tem habilidades excepcionais, riqueza ou fama) e *delírios erotomaníacos* (ou seja, quando um indivíduo acredita falsamente que outra pessoa está apaixonada por ele) também são vistos. Os *delírios nihilistas* envolvem a convicção de que uma grande catástrofe ocorrerá, e os *delírios somáticos* concentram-se em preocupações com a saúde e a função dos órgãos.

Os delírios são considerados *bizarros* se forem claramente implausíveis e incompreensíveis para colegas da mesma cultura e não derivarem de experiências de vida comuns. Um exemplo de delírio bizarro é a crença de que uma força externa removeu seus órgãos internos e os substituiu por órgãos de outra pessoa sem deixar feridas ou cicatrizes. Um exemplo de delírio não bizarro é a crença de que se está sob vigilância da polícia, apesar da falta de provas convincentes. Delírios que expressam uma perda de controle sobre a mente ou o corpo são geralmente considerados bizarros; estes incluem a crença de que os pensamentos de uma pessoa foram “removidos” por alguma força externa (*retirada de pensamento*), que pensamentos estranhos foram colocados em sua mente (*Inserção de pensamento*), ou que seu corpo ou ações estão sendo manipuladas ou manipuladas por alguém externo. força (*delírios de controle*).

A distinção entre um delírio e uma ideia fortemente sustentada às vezes é difícil de determinar e depende em parte do grau de convicção com que a crença é sustentada, apesar de evidências contraditórias claras ou razoáveis quanto à sua veracidade. Avaliar delírios em indivíduos de uma variedade de origens culturais pode ser difícil. Algumas crenças religiosas e sobrenaturais (p.

outros. No entanto, a religiosidade elevada pode ser uma característica de muitas apresentações de psicose.

Indivíduos que sofreram tortura, violência política ou discriminação podem relatar medos que podem ser mal interpretados como delírios persecutórios; estes podem representar, em vez disso, medos intensos de recorrência ou sintomas pós-traumáticos. Uma avaliação cuidadosa sobre se o

102

os medos da pessoa são justificados, dada a natureza do trauma pode ajudar a diferenciar os medos apropriados dos delírios persecutórios.

Alucinações

Alucinações são experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo. Eles são vívidos e claros, com toda a força e impacto das percepções normais, e não estão sob controle voluntário. Podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial, mas as alucinações auditivas são as mais comuns na esquizofrenia e distúrbios relacionados. Alucinações auditivas são geralmente experimentadas como vozes, sejam familiares ou não familiares, que são percebidas como distintas dos pensamentos do próprio indivíduo. As alucinações devem ocorrer no contexto de um sensório claro; aquelas que ocorrem ao adormecer (*hipnagógicas*) ou ao acordar (*hipnopômpicas*) são consideradas dentro do alcance da experiência normal. As alucinações podem ser uma parte normal da experiência religiosa em certos contextos culturais.

Pensamento Desorganizado (Fala)

O pensamento desorganizado (*transtorno formal do pensamento*) é tipicamente inferido da fala do indivíduo. O indivíduo pode mudar de um tópico para outro (*descarrilamento ou associações soltas*).

As respostas às perguntas podem ser relacionadas obliquamente ou completamente não relacionadas (*tangencialidade*). Raramente, a fala pode ser tão severamente desorganizada que é quase incompreensível e se assemelha à afasia receptiva em sua desorganização linguística (*incoerência* ou “salada de palavras”). Como a fala levemente desorganizada é comum e inespecífica, o sintoma deve ser grave o suficiente para prejudicar substancialmente a comunicação efetiva. A gravidade do comprometimento pode ser difícil de avaliar se a pessoa que faz o diagnóstico vem de uma formação linguística diferente daquela da pessoa que está sendo examinada. Por exemplo, alguns grupos religiosos praticam glossolalia (“falar em línguas”); outros descrevem experiências de transe de possessão (estados de transe em que a identidade pessoal é substituída por uma identidade externa de posse). Esses fenômenos são caracterizados por um discurso desorganizado. Esses casos não representam sinais de psicose, a menos que sejam acompanhados por outros sintomas claramente psicóticos. Pensamento ou fala desorganizados menos graves podem ocorrer durante os períodos prodromicos e residuais da esquizofrenia.

Comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia)

O comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal pode se manifestar de várias maneiras, desde a “tolice” infantil até a agitação imprevisível. Problemas podem ser observados em qualquer forma de comportamento direcionado a objetivos, levando a dificuldades na realização das atividades da vida diária.

O comportamento catatônico é uma diminuição acentuada na reatividade ao meio ambiente. Isso vai da resistência às instruções (*negativismo*); a manter uma postura rígida, inadequada ou bizarra; a uma completa falta de respostas verbais e motoras (*mutismo e estupor*). Também pode incluir

atividade motora sem propósito e excessiva sem causa óbvia (*excitação catatônica*). Outras características são movimentos estereotipados repetidos, olhar fixo, caretas e o eco da fala.

Embora a catatonía tenha sido historicamente associada à esquizofrenia, os sintomas catatônicos são inespecíficos e podem ocorrer em outros transtornos mentais (por exemplo, transtornos bipolares ou depressivos com catatonía) e em condições médicas (transtorno catatônico devido a outra condição médica).

Sintomas negativos Os

sintomas negativos são responsáveis por uma porção substancial da morbidade associada à esquizofrenia, mas são menos proeminentes em outros transtornos psicóticos. Dois sintomas negativos são particularmente proeminentes na esquizofrenia: expressão emocional diminuída e avolição.

A expressão emocional diminuída inclui reduções na expressão de emoções no

103

face, contato visual, entonação da fala (prosódia) e movimentos da mão, cabeça e face que normalmente dão ênfase emocional à fala. *Avolição* é uma diminuição em atividades propostas auto-iniciadas motivadas. O indivíduo pode ficar sentado por longos períodos de tempo e mostrar pouco interesse em participar de atividades de trabalho ou sociais. Outros sintomas negativos incluem alogia, anedonia e associalidade. *Alogia* é manifestada por saída de fala diminuída. *Anedonia* é a diminuição da capacidade de sentir prazer. Indivíduos com esquizofrenia ainda podem desfrutar de uma atividade prazerosa no momento e podem se lembrar dela, mas mostram uma redução na frequência de envolvimento em atividades prazerosas. A *associalidade* refere-se à aparente falta de interesse nas interações sociais e pode estar associada à avolição, mas também pode ser uma manifestação de oportunidades limitadas para interações sociais.

Distúrbios neste capítulo Este capítulo está

organizado ao longo de um gradiente de psicopatologia. Os médicos devem primeiro considerar as condições que não atingem todos os critérios para um transtorno psicótico ou estão limitadas a um domínio da psicopatologia. Em seguida, eles devem considerar condições limitadas no tempo. Finalmente, o diagnóstico de um transtorno do espectro da esquizofrenia requer a exclusão de outra condição que possa dar origem à psicose.

O transtorno da personalidade esquizotípica é mencionado neste capítulo, pois é considerado dentro do espectro da esquizofrenia, embora sua descrição completa seja encontrada no capítulo “Transtornos da Personalidade”. O diagnóstico de transtorno de personalidade esquizotípica captura um padrão generalizado de déficits sociais e interpessoais, incluindo capacidade reduzida para relacionamentos íntimos; distorções cognitivas ou perceptivas; e excentricidades de comportamento, geralmente começando no início da idade adulta, mas em alguns casos tornando-se aparentes na infância e adolescência. Anormalidades de crenças, pensamento e percepção estão abaixo do limiar para o diagnóstico de um transtorno psicótico.

Duas condições são definidas por anormalidades limitadas a um domínio da psicose: delírios ou catatonía. O transtorno delirante é caracterizado por pelo menos 1 mês de delírios, mas nenhum outro sintoma psicótico. A catatonía é descrita mais adiante no capítulo e mais adiante nesta discussão.

O transtorno psicótico breve dura mais de 1 dia e remite em 1 mês. O transtorno esquizofreniforme é caracterizado por uma apresentação sintomática equivalente à da esquizofrenia, exceto por sua duração (menos de 6 meses) e pela ausência de exigência de declínio na

funcionando.

A esquizofrenia dura pelo menos 6 meses e inclui pelo menos 1 mês de sintomas da fase ativa. No transtorno esquizoafetivo, um episódio de humor e os sintomas da fase ativa da esquizofrenia ocorrem juntos e foram precedidos ou seguidos por pelo menos 2 semanas de delírios ou alucinações sem sintomas de humor proeminentes.

Os distúrbios psicóticos podem ser induzidos por substâncias, medicamentos, toxinas e outras condições médicas. No transtorno psicótico induzido por substância/medicamento, os sintomas psicóticos são considerados uma consequência fisiológica direta de uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina e cessam após a remoção do agente. No transtorno psicótico devido a outra condição médica, os sintomas psicóticos são considerados uma consequência fisiológica direta de outra condição médica.

A catatonia pode ocorrer em vários transtornos, incluindo neurodesenvolvimento, psicótico, bipolar, depressivo e outros transtornos mentais. Este capítulo também inclui os diagnósticos de catatonía associada a outro transtorno mental (especificador de catatonía), transtorno catatônico devido a outra condição médica e catatonía não especificada, e os critérios diagnósticos para todas as três condições são descritos em conjunto.

Outros espectros de esquizofrenia especificados e não especificados e outros transtornos psicóticos estão incluídos para classificar apresentações psicóticas que não atendem aos critérios para qualquer um dos transtornos psicóticos específicos ou sintomatologia psicótica sobre a qual há informações inadequadas ou contraditórias.

104

Avaliação clínica de sintomas e fenômenos clínicos relacionados na psicose Os transtornos psicóticos são heterogêneos, e a gravidade dos sintomas pode predizer aspectos importantes da doença, como o grau de déficits cognitivos ou neurobiológicos. Para avançar no campo, uma estrutura detalhada para a avaliação da gravidade está incluída na Seção III, “Medidas de Avaliação”, que pode ajudar no planejamento do tratamento, na tomada de decisões prognósticas e na pesquisa sobre mecanismos fisiopatológicos. A Seção III, “Medidas de Avaliação”, também contém avaliações dimensionais dos sintomas primários de psicose, incluindo alucinações, delírios, fala desorganizada (exceto para transtorno psicótico induzido por substância/medicamento e transtorno psicótico devido a outra condição médica), comportamento psicomotor anormal, e sintomas negativos, bem como avaliações dimensionais de depressão e mania. A gravidade dos sintomas de humor na psicose tem valor prognóstico e orienta o tratamento. Assim, avaliações dimensionais de depressão e mania para todos os transtornos psicóticos alertam os médicos para a patologia do humor e a necessidade de tratar quando apropriado. A escala da Seção III também inclui uma avaliação dimensional do comprometimento cognitivo. Muitos indivíduos com transtornos psicóticos apresentam deficiências em vários domínios cognitivos que predizem o estado funcional. A avaliação neuropsicológica clínica pode ajudar a orientar o diagnóstico e o tratamento, mas avaliações breves sem avaliação neuropsicológica formal podem fornecer informações úteis que podem ser suficientes para fins diagnósticos. Testes neuropsicológicos formais, quando realizados, devem ser administrados e pontuados por pessoal treinado no uso de instrumentos de teste. Se um

avaliação neuropsicológica formal não for realizada, o clínico deve usar as melhores informações disponíveis para fazer um julgamento. Mais pesquisas sobre essas avaliações são necessárias para determinar sua utilidade clínica; assim, as avaliações disponíveis na Seção III devem servir de protótipo para estimular tais pesquisas.

Considerações culturais na avaliação de sintomas psicóticos A precisão do diagnóstico e a qualidade do planejamento do tratamento podem ser aprimoradas por abordagens de entrevista, escalas e ferramentas que foram adaptadas ou validadas para a cultura da pessoa e usando uma entrevista de formulação cultural (ver Seção III, "Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico"). Avaliar a psicose por meio de intérpretes ou em uma segunda ou terceira língua deve evitar o mal-entendido de metáforas desconhecidas como delírios.

Transtorno Esquizotípico (Personalidade)

Critérios e texto para transtorno de personalidade esquizotípica podem ser encontrados no capítulo "Transtornos de Personalidade". Como esse transtorno é considerado parte do espectro de transtornos da esquizofrenia e é rotulado nesta seção da CID-10 como transtorno esquizotípico, ele é listado neste capítulo e discutido em detalhes no capítulo "Transtornos de Personalidade" do DSM-5.

Transtorno Delirante

Critério de diagnóstico	F22
A. A presença de um (ou mais) delírios com duração de 1 mês ou mais.	
B. O critério A para esquizofrenia nunca foi atendido.	
	Nota: As alucinações, se presentes, não são proeminentes e estão relacionadas ao tema delirante (por exemplo, a sensação de estar infestado por insetos associada a delírios de infestação).
	105
C. Além do impacto do(s) delírio(s) ou de suas ramificações, o funcionamento não é marcadamente prejudicado e o comportamento não é obviamente bizarro ou estranho.	
D. Se ocorreram episódios maníacos ou depressivos maiores, estes foram breves em relação à duração dos períodos delirantes.	
E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica e não é melhor explicada por outro transtorno mental, como transtorno dismórfico corporal ou transtorno obsessivo-compulsivo.	
<i>Especifique se:</i>	
Tipo erotomaníaco: Este subtipo se aplica quando o tema central do delírio é que outra pessoa está apaixonada pelo indivíduo.	

Tipo grandioso: Este subtipo se aplica quando o tema central do delírio é a convicção de ter algum grande talento ou insight (mas não reconhecido) ou ter feito alguma descoberta importante.

Tipo ciumento: Este subtipo se aplica quando o tema central do delírio do indivíduo é que seu cônjuge ou amante é infiel.

Tipo persecutório: Este subtipo se aplica quando o tema central do delírio envolve a crença do indivíduo de que ele está sendo conspirado, enganado, espionado, seguido, envenenado ou drogado, maliciosamente caluniado, assediado ou obstruído na busca de metas de prazo.

Tipo somático: Este subtipo se aplica quando o tema central do delírio envolve funções ou sensações corporais.

Tipo misto: Este subtipo se aplica quando nenhum tema delirante predomina.

Tipo não especificado: Este subtipo se aplica quando a crença delirante dominante não pode ser claramente determinada ou não é descrita nos tipos específicos (por exemplo, delírios referenciais sem um componente persecutório ou grandioso proeminente).

Especifique

se: **Com conteúdo bizarro:** Os delírios são considerados bizarros se forem claramente implausíveis, incompreensíveis e não derivados de experiências de vida comuns (por exemplo, a crença de um indivíduo de que um estranho removeu seus órgãos internos e os substituiu por órgãos de outra pessoa sem deixar feridas ou cicatrizes).

Especifique

se: Os seguintes especificadores de curso devem ser usados apenas após 1 ano de duração do transtorno:

Primeiro episódio, atualmente em episódio agudo: Primeira manifestação do transtorno que atende ao sintoma diagnóstico definidor e aos critérios de tempo. Um *episódio agudo* é um período de tempo em que os critérios dos sintomas são preenchidos.

Primeiro episódio, atualmente em remissão parcial: A *remissão parcial* é um período de tempo durante o qual uma melhora após um episódio anterior é mantida e no qual os critérios definidores do transtorno são preenchidos apenas parcialmente.

Primeiro episódio, atualmente em remissão completa: A *remissão completa* é um período de tempo após um episódio anterior durante o qual não há sintomas específicos do transtorno.

Múltiplos episódios, atualmente em episódio agudo

Múltiplos episódios, atualmente em remissão parcial

Múltiplos episódios, atualmente em remissão completa

Contínuo: Os sintomas que preenchem os critérios de sintomas diagnósticos do transtorno permanecem durante a maior parte do curso da doença, com períodos de sintomas subliminares sendo relativamente breves ao curso geral.

Não especificado

Especifique a gravidade atual:

A gravidade é avaliada por uma avaliação quantitativa dos sintomas primários da psicose, incluindo delírios, alucinações, fala desorganizada, alterações psicomotoras

106

comportamento e sintomas negativos. Cada um desses sintomas pode ser classificado por sua gravidade atual (mais grave nos últimos 7 dias) em uma escala de 5 pontos que varia de 0 (ausente) a 4 (presente e grave). (Veja Dimensões da Gravidade dos Sintomas de Psicose Classificadas pelo Médico no capítulo “Medidas de Avaliação”).

Nota: O diagnóstico de transtorno delirante pode ser feito sem usar este especificador de gravidade.

Subtipos No

No *tipo erotomaníaco*, o tema central do delírio é que outra pessoa está apaixonada pelo indivíduo. A pessoa sobre a qual essa convicção é mantida geralmente é de status mais elevado (por exemplo, um indivíduo famoso ou um superior no trabalho), mas pode ser um completo estranho. Esforços para contatar o objeto do delírio são comuns. No *tipo grandioso*, o tema central do delírio é a convicção de ter algum grande talento ou insight ou de ter feito alguma descoberta importante.

Menos comumente, o indivíduo pode ter a ilusão de ter um relacionamento especial com um indivíduo proeminente ou de ser uma pessoa proeminente (nesse caso o indivíduo real pode ser considerado um impostor). Delírios de grandeza podem ter um conteúdo religioso. No *tipo ciumento*, o tema central do delírio é o de um parceiro infiel. Essa crença é alcançada sem a devida causa e é baseada em inferências incorretas apoiadas por pequenos pedaços de “evidência” (por exemplo, roupas desarrumadas). O indivíduo com o delírio geralmente confronta o cônjuge ou amante e tenta intervir na infidelidade imaginada. No *tipo persecutório*, o tema central do delírio envolve a crença do indivíduo de estar sendo conspirado, enganado, espionado, seguido, envenenado, maliciosamente caluniado, assediado ou obstruído na busca de objetivos de longo prazo. Pequenos descuidos podem ser exagerados e se tornar o foco de um sistema delirante. O indivíduo afetado pode se envolver em repetidas tentativas de obter satisfação por meio de ação legal ou legislativa. Indivíduos com delírios persecutórios muitas vezes ficam ressentidos e zangados e podem recorrer à violência contra aqueles que acreditam estar os machucando. No *tipo somático*, o tema central do delírio envolve funções ou sensações corporais. Os delírios somáticos podem ocorrer de várias formas. A mais comum é a crença de que o indivíduo emite um odor fétido; que há uma infestação de insetos na pele; que existe um parasita interno; ou que partes do corpo não estão funcionando.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno delirante é a presença de um ou mais delírios que persistem por pelo menos 1 mês (Critério A). Um diagnóstico de transtorno delirante não é dado se o indivíduo já teve uma apresentação de sintomas que preencheu o Critério A para esquizofrenia (Critério B). Além do impacto direto dos delírios, os prejuízos no funcionamento psicossocial podem ser mais circunscritos do que os observados em outros transtornos psicóticos, como a esquizofrenia, e o comportamento não é obviamente bizarro ou estranho (Critério C). Se os episódios de humor ocorrerem concomitantemente com

nos delírios, a duração total desses episódios de humor é breve em relação à duração total dos períodos delirantes (Critério D). Os delírios não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, cocaína) ou outra condição médica (por exemplo, doença de Alzheimer) e não são mais bem explicados por outro transtorno mental, como transtorno dismórfico corporal ou transtorno obsessivo-compulsivo (Critério E).

Além dos delírios identificados nos critérios diagnósticos, a avaliação dos domínios de sintomas de cognição, depressão e mania é vital para fazer distinções criticamente importantes entre os vários espectros da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Enquanto os delírios são uma condição sine qua non do transtorno delirante, as alucinações e os sintomas negativos são incomuns e a desorganização é rara. Por definição, a presença de catatonía em conjunto com delírios exclui transtorno delirante, porque o Critério A para esquizofrenia seria atendido. Um subconjunto de casos apresenta sintomas depressivos proeminentes, mas o comprometimento cognitivo e a mania raramente são demonstrados.

107

Recursos associados

Problemas sociais, conjugais ou de trabalho podem resultar das crenças delirantes do transtorno delirante. Indivíduos com transtorno delirante podem ser capazes de descrever factualmente que os outros veem suas crenças como irracionais, mas são incapazes de aceitar isso por si mesmos (ou seja, pode haver “insight factual”, mas nenhum insight verdadeiro). Muitos indivíduos desenvolvem humor irritável ou disfórico, que às vezes pode ser entendido como uma reação às suas crenças delirantes. A raiva e o comportamento violento podem ocorrer com tipos persecutórios, ciumentos e erotomaníacos. O indivíduo pode se envolver em comportamento litigioso ou antagônico (por exemplo, enviar centenas de cartas de protesto ao governo). Dificuldades legais podem ocorrer, principalmente em tipos ciumentos e erotomaníacos.

Prevalência

A prevalência ao longo da vida do transtorno delirante foi estimada em cerca de 0,2% em uma amostra finlandesa, e o subtipo mais frequente é o persecutório. O transtorno delirante, do tipo ciumento, é provavelmente mais comum em homens do que em mulheres, mas não há grandes diferenças de sexo ou gênero na frequência geral do transtorno delirante ou no conteúdo dos delírios.

Desenvolvimento e Curso Em

média, o funcionamento global é geralmente melhor do que o observado na esquizofrenia. Embora o diagnóstico seja geralmente estável, uma proporção de indivíduos desenvolve esquizofrenia. Enquanto cerca de um terço dos indivíduos com transtorno delirante de 1 a 3 meses de duração recebe posteriormente um diagnóstico de esquizofrenia, o diagnóstico de transtorno delirante é muito menos provável de mudar se a duração do transtorno for maior que 6 a 12 meses. Embora o transtorno delirante possa ocorrer em faixas etárias mais jovens, pode ser mais prevalente em indivíduos mais velhos.

Fatores de risco e prognóstico

Genética e fisiológica. O transtorno delirante tem uma relação familiar significativa com a esquizofrenia e o transtorno de personalidade esquizotípica.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura A

formação cultural e religiosa de um indivíduo deve ser levada em consideração na avaliação da possível presença de transtorno delirante; na verdade, algumas crenças tradicionais não familiares às culturas ocidentais podem ser erroneamente rotuladas como delirantes, de modo que seu contexto deve ser cuidadosamente avaliado. A natureza e o conteúdo dos delírios também variam entre os diferentes grupos culturais.

Consequências Funcionais do Transtorno Delirante

O comprometimento funcional é geralmente mais circunscrito do que o observado em outros transtornos psicóticos, embora, em alguns casos, o comprometimento possa ser substancial e incluir mau funcionamento ocupacional e isolamento social. Quando o mau funcionamento psicossocial está presente, as próprias crenças delirantes muitas vezes desempenham um papel significativo. Uma característica comum dos indivíduos com transtorno delirante é a aparente normalidade de seu comportamento e aparência quando suas ideias delirantes não estão sendo discutidas ou postas em prática. Homens com transtorno delirante geralmente apresentam sintomas mais graves e piores resultados funcionais em comparação com as mulheres.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos obsessivo-compulsivos e afins. Se um indivíduo com transtorno obsessivo-compulsivo está completamente convencido de que suas crenças de transtorno obsessivo-compulsivo são verdadeiras, então o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo, com insight ausente/delírio

108

especificador de crenças, deve ser dado em vez de um diagnóstico de transtorno delirante. Da mesma forma, se um indivíduo com transtorno dismórfico corporal está completamente convencido de que suas crenças de transtorno dismórfico corporal são verdadeiras, então o diagnóstico de transtorno dismórfico corporal, com especificador de insight ausente/crenças delirantes, deve ser dado em vez de um diagnóstico de transtorno delirante.

Delirium, transtorno neurocognitivo maior e transtorno psicótico devido a outra condição médica.

Indivíduos com esses transtornos podem apresentar sintomas que sugerem transtorno delirante.

Por exemplo, delírios persecutórios simples no contexto de transtorno neurocognitivo maior seriam diagnosticados como transtorno neurocognitivo maior, com distúrbio comportamental.

Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento. Um transtorno psicótico induzido por substância/medicamento transversalmente pode ser idêntico em sintomatologia ao transtorno delirante, mas pode ser distinguido pela relação cronológica do uso de substância com o início e a remissão das crenças delirantes.

Esquizofrenia e transtorno esquizofreniforme. O transtorno delirante pode ser diferenciado da esquizofrenia e do transtorno esquizofreniforme pela ausência dos outros sintomas característicos da fase ativa da esquizofrenia. Além disso, a qualidade dos delírios pode ajudar a distinguir entre esquizofrenia e transtorno delirante. Na esquizofrenia, os delírios mostram maior desorganização (o grau em que os delírios são internamente consistentes, lógicos e sistematizados), enquanto no transtorno delirante, eles mostram maior convicção (o grau em que o indivíduo está convencido da realidade do delírio), maior extensão (o grau em que o delírio envolve várias áreas da vida do indivíduo) e maior pressão (o grau de

qual o indivíduo está preocupado e preocupado com o delírio expresso).

Transtornos depressivos e bipolares e transtorno esquizoafetivo Esses transtornos podem ser diferenciados do transtorno delirante pela relação temporal entre o distúrbio do humor e os delírios e pela gravidade dos sintomas do humor. Se os delírios ocorrem exclusivamente durante os episódios de humor, o diagnóstico é de transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar, com características psicóticas. Os sintomas de humor que atendem a todos os critérios para um episódio de humor podem se sobrepor ao transtorno delirante.

O transtorno delirante só pode ser diagnosticado se a duração total de todos os episódios de humor permanecer breve em relação à duração total do transtorno delirante. Se não, então um diagnóstico de outro espectro de esquizofrenia especificado ou não especificado e outro transtorno psicótico acompanhado por outro transtorno depressivo especificado, transtorno depressivo não especificado, outro transtorno bipolar especificado e relacionado ou transtorno bipolar não especificado e relacionado é apropriado.

Transtorno Psicótico Breve

Critério de diagnóstico

F23

A. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas. Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):

1. Delírios.
2. Alucinações.
3. Discurso desorganizado (por exemplo, descarrilamento frequente ou incoerência).
4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.

Nota: Não inclua um sintoma se for uma resposta culturalmente sancionada.

B. A duração de um episódio da perturbação é de pelo menos 1 dia, mas inferior a 1 mês, com eventual retorno completo ao nível pré-mórbido de funcionamento.

109

C. A perturbação não é melhor explicada por transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar com características psicóticas ou outro transtorno psicótico, como esquizofrenia ou catatonia, e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica.

Especifique

se: **Com estressores marcados (psicose reativa breve):** Se os sintomas ocorrerem em resposta a eventos que, isoladamente ou em conjunto, seriam marcadamente estressantes para quase qualquer pessoa em circunstâncias semelhantes na cultura do indivíduo.

Sem estressor(es) marcado(s): Se os sintomas não ocorrerem em resposta a eventos que, isoladamente ou em conjunto, seriam marcadamente estressantes para quase qualquer pessoa em circunstâncias semelhantes na cultura do indivíduo.

Com início no periparto: Se o início for durante a gravidez ou dentro de 4 semanas

pós-parto.

Especifique

se: **Com catatonia** (consulte os critérios para catatonia associada a outro transtorno mental, p. 135, para definição).

Nota de codificação: Use o código adicional F06.1 catatonia associada a transtorno psicótico breve para indicar a presença de catatonia comórbida.

Especifique a gravidade

atual: A gravidade é classificada por uma avaliação quantitativa dos sintomas primários da psicose, incluindo delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um desses sintomas pode ser classificado por sua gravidade atual (mais grave nos últimos 7 dias) em uma escala de 5 pontos que varia de 0 (ausente) a 4 (presente e grave). (Consulte Dimensões classificadas pelo médico da gravidade dos sintomas de psicose no capítulo “Medidas de avaliação”.)

Nota: O diagnóstico de transtorno psicótico breve pode ser feito sem o uso desse especificador de gravidade.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno psicótico breve é um distúrbio que envolve pelo menos um dos seguintes sintomas psicóticos positivos: delírios, alucinações, fala desorganizada (por exemplo, descarrilamento ou incoerência freqüentes) ou comportamento psicomotor grosseiramente anormal, incluindo catatonia (Critério A). Um episódio da perturbação dura pelo menos 1 dia, mas menos de 1 mês, e o indivíduo eventualmente tem um retorno completo ao nível pré-mórbido de funcionamento (Critério B). A perturbação não é melhor explicada por um transtorno depressivo ou bipolar com características psicóticas, por transtorno esquizoafetivo ou por esquizofrenia e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, um alucinógeno) ou outra condição médica (por exemplo, hematoma subdural). (Critério C).

Além das quatro áreas de domínio de sintomas identificadas nos critérios diagnósticos, a avaliação dos domínios de sintomas de cognição, depressão e mania é vital para fazer distinções criticamente importantes entre os vários espectros da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

Recursos associados

Indivíduos com transtorno psicótico breve geralmente experimentam turbulência emocional ou confusão avassaladora. Eles podem ter mudanças rápidas de um afeto intenso para outro. Embora a perturbação seja breve, o nível de comprometimento pode ser grave e a supervisão pode ser necessária para garantir que as necessidades nutricionais e higiênicas sejam atendidas e que o indivíduo seja protegido das consequências de um julgamento inadequado, comprometimento cognitivo ou ação baseada em delírios. Parece haver um risco aumentado de comportamento suicida, particularmente durante o episódio agudo.

Prevalência

O transtorno psicótico breve pode ser responsável por 2% a 7% dos casos de psicose inicial em vários países.

O transtorno psicótico breve **do**

desenvolvimento e do curso pode aparecer na adolescência ou no início da idade adulta, e o início pode ocorrer ao longo da vida, com a idade média de início em meados dos 30 anos. Por definição, um diagnóstico de transtorno psicótico breve requer uma remissão completa de todos os sintomas e um eventual retorno completo ao nível pré-mórbido de funcionamento dentro de 1 mês do início do distúrbio. Em alguns indivíduos, a duração dos sintomas psicóticos pode ser bastante breve (por exemplo, alguns dias).

Embora o transtorno psicótico breve, por definição, atinja uma remissão completa em 1 mês, subsequentemente mais de 50% dos indivíduos experimentam uma recaída. Apesar da possibilidade de recaída, para a maioria dos indivíduos, o desfecho é favorável em termos de funcionamento social e sintomatologia.

Em menos da metade dos casos diagnosticados com transtorno psicótico breve do DSM-IV ou transtorno psicótico agudo e transitório da CID-10, o diagnóstico muda – mais frequentemente para transtornos do espectro da esquizofrenia e menos frequentemente para transtornos afetivos ou outros transtornos psicóticos.

Questões Diagnósticas Relacionadas à Cultura

É importante distinguir os sintomas do transtorno psicótico breve dos padrões de resposta culturalmente sancionados. Por exemplo, em algumas cerimônias religiosas, um indivíduo pode relatar ouvir vozes, mas elas geralmente não persistem e não são percebidas como anormais pela maioria dos membros da comunidade do indivíduo. Em uma ampla gama de contextos culturais, seria comum ou esperado que parentes enlutados ouvissem, vissem ou interagissem com o espírito de um ente querido recentemente falecido sem sequelas patológicas notáveis. Além disso, os antecedentes culturais e religiosos devem ser levados em consideração ao considerar se as crenças são delirantes.

Diagnóstico diferencial

Outras condições médicas. Uma variedade de condições médicas pode se manifestar com sintomas psicóticos de curta duração. O transtorno psicótico devido a outra condição médica ou delirium é diagnosticado quando há evidências da história, exame físico ou exames laboratoriais de que os delírios ou alucinações são a consequência fisiológica direta de uma condição médica específica (por exemplo, síndrome de Cushing, tumor cerebral) (ver “Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica” mais adiante neste capítulo).

Transtornos relacionados a substâncias. Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento, delírio induzido por substância e intoxicação por substância são diferenciados de transtorno psicótico breve pelo fato de que uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento, exposição a uma toxina) é considerada etiologicamente relacionada aos sintomas psicóticos (ver “Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamentos” mais adiante neste capítulo). Exames laboratoriais, como pesquisa de drogas na urina ou nível de álcool no sangue, podem ser úteis para fazer essa determinação, assim como uma história cuidadosa de uso da substância com atenção às relações temporais entre a ingestão da substância e o início dos sintomas e a natureza da doença. substância que está sendo usada.

Transtornos depressivos e bipolares. O diagnóstico de transtorno psicótico breve não pode ser feito se os sintomas psicóticos forem melhor explicados por um episódio de humor (isto é, os sintomas psicóticos ocorrem exclusivamente durante um episódio depressivo maior, maníaco ou misto completo).

Outros transtornos psicóticos. Se os sintomas psicóticos persistirem por 1 mês ou mais, o diagnóstico é transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, transtorno depressivo com características psicóticas, transtorno bipolar com características psicóticas ou outras características especificadas ou

111

espectro de esquizofrenia não especificado e outro transtorno psicótico, dependendo dos outros sintomas na apresentação. O diagnóstico diferencial entre transtorno psicótico breve e transtorno esquizofreniforme é difícil quando os sintomas psicóticos remitem antes de 1 mês em resposta ao tratamento bem-sucedido com medicação. Atenção cuidadosa deve ser dada à possibilidade de que um transtorno recorrente (por exemplo, transtorno bipolar, exacerbações agudas recorrentes de esquizofrenia) possa ser responsável por quaisquer episódios psicóticos recorrentes.

Distúrbios simulados e factícios. Um episódio de transtorno factício com sinais e sintomas predominantemente psicológicos pode ter a aparência de transtorno psicótico breve, mas nesses casos há evidências de que os sintomas são produzidos intencionalmente. Quando a simulação envolve sintomas aparentemente psicóticos, geralmente há evidências de que a doença está sendo fingida para um objetivo compreensível.

Distúrbios de personalidade. Em certos indivíduos com transtornos de personalidade, estressores psicossociais podem precipitar breves períodos de sintomas psicóticos. Esses sintomas geralmente são transitórios e não justificam um diagnóstico separado. Se os sintomas psicóticos persistirem por pelo menos 1 dia, um diagnóstico adicional de transtorno psicótico breve pode ser apropriado.

Transtorno Esquizofreniforme

Critério de diagnóstico

F20.81

A. Dois (ou mais) dos seguintes, cada um presente por uma porção significativa de tempo durante um período de 1 mês (ou menos se tratado com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):

1. Delírios.
2. Alucinações.
3. Discurso desorganizado (por exemplo, descarrilamento frequente ou incoerência).
4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.
5. Sintomas negativos (isto é, expressão emocional diminuída ou avoliação).

B. Um episódio do distúrbio dura pelo menos 1 mês, mas menos de 6 meses. Quando o diagnóstico deve ser feito sem esperar pela recuperação, deve ser qualificado como “provisório”.

C. Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou bipolar com características psicóticas foram descartados porque 1) nenhum episódio depressivo maior ou maníaco ocorreu concomitantemente com os sintomas da fase ativa, ou 2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, eles têm sido

presente por uma minoria da duração total dos períodos ativo e residual da doença.

D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica.

Especifique

se: **Com características de bom prognóstico:** Este especificador requer a presença de pelo menos duas das seguintes características: início de sintomas psicóticos proeminentes dentro de 4 semanas após a primeira mudança perceptível no comportamento ou funcionamento habitual; confusão ou perplexidade; bom funcionamento social e ocupacional pré-mórbido; e ausência de afeto embotado ou plano.

Sem recursos de bom prognóstico: Este especificador é aplicado se dois ou mais dos recursos acima não estiverem presentes.

Especifique

se: **Com catatonia** (consulte os critérios para catatonia associada a outro transtorno mental, p. 135, para definição).

112

Nota de codificação: Use o código adicional F06.1 catatonia associada ao transtorno esquizofreniforme para indicar a presença da catatonia comórbida.

Especifique a gravidade

atual: A gravidade é classificada por uma avaliação quantitativa dos sintomas primários da psicose, incluindo delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um desses sintomas pode ser classificado por sua gravidade atual (mais grave nos últimos 7 dias) em uma escala de 5 pontos que varia de 0 (ausente) a 4 (presente e grave). (Consulte Dimensões classificadas pelo médico da gravidade dos sintomas de psicose no capítulo “Medidas de avaliação”.)

Nota: O diagnóstico de transtorno esquizofreniforme pode ser feito sem o uso desse especificador de gravidade.

Observação: para obter informações adicionais sobre características associadas, desenvolvimento e curso (fatores relacionados à idade), questões de diagnóstico relacionadas à cultura, questões de diagnóstico relacionadas ao sexo e gênero, diagnóstico diferencial e comorbidade, consulte as seções correspondentes em Esquizofrenia.

Características

Diagnósticas Os sintomas característicos do transtorno esquizofreniforme são idênticos aos da esquizofrenia (Critério A). O transtorno esquizofreniforme se distingue por sua diferença na duração: a duração total da doença, incluindo as fases prodromica, ativa e residual, é de pelo menos 1 mês, mas inferior a 6 meses (Critério B). O requisito de duração para o transtorno esquizofreniforme é intermediário entre o do transtorno psicótico breve, que dura mais de 1 dia e remite em 1 mês, e a esquizofrenia, que dura pelo menos 6 meses. O diagnóstico de esquizo-

O transtorno é feito sob duas condições: 1) quando um episódio de doença dura entre 1 e 6 meses e o indivíduo já se recuperou, e 2) quando um indivíduo é sintomático por menos de 6 meses de duração necessária para o diagnóstico de esquizofrenia, mas ainda não se recuperou. Nesse caso, o diagnóstico deve ser anotado como “transtorno esquizofreniforme (provisório)”, pois é incerto se o indivíduo se recuperará do distúrbio dentro do período de 6 meses. Se o distúrbio persistir por mais de 6 meses, o diagnóstico deve ser alterado para esquizofrenia.

Outra característica distintiva do transtorno esquizofreniforme é a falta de um critério que exija funcionamento social e ocupacional prejudicado. Embora tais deficiências possam estar potencialmente presentes, elas não são necessárias para o diagnóstico de transtorno esquizofreniforme.

Além das cinco áreas de domínio de sintomas identificadas nos critérios diagnósticos, a avaliação dos domínios de sintomas de cognição, depressão e mania é vital para fazer distinções criticamente importantes entre os vários espectros da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

Recursos associados

Assim como na esquizofrenia, atualmente não há testes laboratoriais ou psicométricos para o transtorno esquizofreniforme. Existem várias regiões do cérebro onde a pesquisa de neuroimagem, neuropatológica e neurofisiológica indicou anormalidades, mas nenhuma é diagnóstica.

Prevalência

A incidência de transtorno esquizofreniforme em contextos socioculturais é provavelmente semelhante à observada na esquizofrenia. Nos Estados Unidos e em outros países de alta renda, a incidência é baixa, possivelmente cinco vezes menor que a da esquizofrenia. Em países de baixa renda, a incidência pode ser maior, especialmente para o especificador “com características de bom prognóstico”; em alguns desses cenários, o transtorno esquizofreniforme pode ser tão comum quanto a esquizofrenia.

113

Desenvolvimento e Curso O

desenvolvimento do transtorno esquizofreniforme é semelhante ao da esquizofrenia. Cerca de um terço dos indivíduos com diagnóstico inicial de transtorno esquizofreniforme (provisório) se recuperam no período de 6 meses e o transtorno esquizofreniforme é o diagnóstico final. A maioria dos dois terços restantes dos indivíduos acabará por receber um diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo.

Fatores de risco e prognóstico

Genética e fisiológica. Parentes de indivíduos com transtorno esquizofreniforme têm um risco aumentado para esquizofrenia.

Consequências Funcionais do Transtorno Esquizofreniforme Para a

maioria dos indivíduos com transtorno esquizofreniforme que eventualmente recebem um diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, as consequências funcionais são semelhantes às consequências desses transtornos. A maioria dos indivíduos experimenta disfunção em várias á

funcionamento diário, como escola ou trabalho, relacionamentos interpessoais e autocuidado. Indivíduos que se recuperam do transtorno esquizofreniforme têm melhores resultados funcionais.

Diagnóstico diferencial

Outros transtornos mentais e condições médicas.

Uma grande variedade de transtornos mentais e condições médicas podem se manifestar com sintomas psicóticos que devem ser considerados no diagnóstico diferencial do transtorno esquizofreniforme. Estes incluem transtorno psicótico devido a outra condição médica ou seu tratamento; delírio ou transtorno neurocognitivo maior; transtorno psicótico ou delírio induzido por substância/medicamento; transtorno depressivo maior ou bipolar com características psicóticas; transtorno esquizoafetivo; outro transtorno bipolar e relacionado especificado ou não especificado; transtorno depressivo maior ou bipolar com características catatônicas; esquizofrenia; transtorno delirante; outro espectro de esquizofrenia especificado ou não especificado e outro transtorno psicótico; transtornos de personalidade esquizotípica, esquizóide ou paranóide; transtorno do espectro do autismo; distúrbios que se apresentam na infância com fala desorganizada; transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; transtorno obsessivo-compulsivo; transtorno de estresse pós-traumático; e traumatismo cranioencefálico.

Uma vez que os critérios diagnósticos para transtorno esquizofreniforme e esquizofrenia diferem principalmente na duração da doença, a discussão do diagnóstico diferencial de esquizofrenia também se aplica ao transtorno esquizofreniforme.

Transtorno psicótico breve.

O transtorno esquizofreniforme difere em duração do transtorno psicótico breve, que tem duração inferior a 1 mês.

Esquizofrenia

Critério de diagnóstico

F20.9

A. Dois (ou mais) dos seguintes, cada um presente por uma porção significativa de tempo durante um período de 1 mês (ou menos se tratado com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):

1. Delírios.
2. Alucinações.
3. Discurso desorganizado (por exemplo, descarrilamento frequente ou incoerência).

114

4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.
5. Sintomas negativos (isto é, expressão emocional diminuída ou avoliação).

B. Por uma parte significativa do tempo desde o início do distúrbio, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas principais, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está marcadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou quando o início é na infância ou adolescência, há falha em atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou ocupacional).

- C. Os sinais contínuos da perturbação persistem por pelo menos 6 meses. Esse período de 6 meses deve incluir pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que atendem ao Critério A (ou seja, sintomas da fase ativa) e podem incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais do distúrbio podem se manifestar apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes de forma atenuada (por exemplo, crenças estranhas, experiências perceptivas incomuns).
- D. Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou bipolar com características psicóticas foram descartados porque 1) nenhum episódio depressivo maior ou maníaco ocorreu concomitantemente com os sintomas da fase ativa, ou 2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, eles estiveram presentes por uma minoria da duração total dos períodos ativo e residual da doença.
- E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica.
- F. Se houver uma história de transtorno do espectro autista ou transtorno de comunicação com início na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes, além dos outros sintomas necessários de esquizofrenia, também estiverem presentes por pelo menos 1 mês (ou menos se tratado com sucesso).

Especifique

se: Os seguintes especificadores de curso devem ser usados apenas após 1 ano de duração do transtorno e se não estiverem em contradição com os critérios diagnósticos de curso.

Primeiro episódio, atualmente em episódio agudo: Primeira manifestação do transtorno que atende ao sintoma diagnóstico definidor e aos critérios de tempo. Um *episódio agudo* é um período de tempo em que os critérios dos sintomas são preenchidos.

Primeiro episódio, atualmente em remissão parcial: A *remissão parcial* é um período de tempo durante o qual uma melhora após um episódio anterior é mantida e no qual os critérios definidores do transtorno são preenchidos apenas parcialmente.

Primeiro episódio, atualmente em remissão completa: A *remissão completa* é um período de tempo após um episódio anterior durante o qual não há sintomas específicos do transtorno.

Episódios múltiplos, atualmente em episódio agudo: Episódios múltiplos podem ser determinados após um mínimo de dois episódios (ou seja, após um primeiro episódio, uma remissão e um mínimo de uma recaída).

Episódios múltiplos, atualmente em remissão parcial Episódios

múltiplos, atualmente em remissão completa Contínuo: Os

sintomas que preenchem os critérios de sintomas diagnósticos do transtorno permanecem durante a maior parte do curso da doença, com períodos de sintomas subliminares sendo muito breves em relação ao curso geral.

Não especificado

Especifique

se: **Com catatonia** (consulte os critérios para catatonia associada a outro transtorno mental, p. 135, para definição).

Nota de codificação: Use o código adicional F06.1 catatonia associada à esquizofrenia para indicar a presença de catatonia comórbida.

115

Especifique a gravidade

atual: A gravidade é classificada por uma avaliação quantitativa dos sintomas primários da psicose, incluindo delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um desses sintomas pode ser classificado por sua gravidade atual (mais grave nos últimos 7 dias) em uma escala de 5 pontos que varia de 0 (ausente) a 4 (presente e grave). (Consulte Dimensões classificadas pelo médico da gravidade dos sintomas de psicose no capítulo “Medidas de avaliação”.)

Nota: O diagnóstico de esquizofrenia pode ser feito sem usar este especificador de gravidade.

Características Diagnósticas

Os sintomas característicos da esquizofrenia envolvem uma série de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, mas nenhum sintoma isolado é patognomônico do transtorno. O diagnóstico envolve o reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas associados ao funcionamento ocupacional ou social prejudicado. Indivíduos com o transtorno variam substancialmente na maioria das características, pois a esquizofrenia é uma síndrome clínica heterogênea.

Pelo menos dois sintomas do Critério A devem estar presentes por um período significativo de tempo durante um período de 1 mês ou mais. Pelo menos um desses sintomas deve ser a presença clara de delírios (Critério A1), alucinações (Critério A2) ou fala desorganizada (Critério A3).

Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico (Critério A4) e sintomas negativos (Critério A5) também podem estar presentes. Nas situações em que os sintomas da fase ativa desaparecem dentro de um mês em resposta ao tratamento, o Critério A ainda é atendido se o médico estimar que eles persistiram na ausência de tratamento.

A esquizofrenia envolve prejuízo em uma ou mais áreas principais de funcionamento (Critério B). Se o distúrbio começa na infância ou adolescência, o nível esperado de função não é alcançado. Comparar o indivíduo com irmãos não afetados pode ser útil. A disfunção persiste por um período substancial durante o curso do distúrbio e não parece ser um resultado direto de qualquer característica única. A avolução (ou seja, redução do impulso para perseguir um comportamento direcionado a objetivos; Critério A5) está ligada à disfunção social descrita no Critério B. Também há fortes evidências de uma relação entre comprometimento cognitivo (consulte a seção “Características associadas” para esse transtorno) e comprometimento funcional em indivíduos com esquizofrenia.

Alguns sinais da perturbação devem persistir por um período contínuo de pelo menos 6 meses (Critério C). Os sintomas prodromicos geralmente precedem a fase ativa e os sintomas residuais podem segui-la, caracterizados por formas leves ou subliminares de alucinações ou delírios. Indivíduos

pode expressar uma variedade de crenças incomuns ou estranhas que não são de proporções delirantes (por exemplo, ideias de referência ou pensamento mágico); eles podem ter experiências perceptivas incomuns (por exemplo, sentir a presença de uma pessoa invisível); seu discurso pode ser geralmente compreensível, mas vago; e seu comportamento pode ser incomum, mas não grosseiramente desorganizado (por exemplo, resmungar em público). Os sintomas negativos são comuns nas fases prodromica e residual e podem ser graves. Indivíduos que eram socialmente ativos podem se afastar de rotinas anteriores. Tais comportamentos são frequentemente o primeiro sinal de um distúrbio.

Sintomas de humor e episódios de humor cheio são comuns na esquizofrenia e podem ser concomitantes com a sintomatologia da fase ativa. No entanto, diferentemente de um transtorno de humor psicótico, um diagnóstico de esquizofrenia requer a presença de delírios ou alucinações na ausência de episódios de humor. Além disso, os episódios de humor, tomados no total, devem estar presentes apenas por uma minoria da duração total dos períodos ativo e residual da doença.

Além das cinco áreas de domínio de sintomas identificadas nos critérios diagnósticos, a avaliação dos domínios de sintomas de cognição, depressão e mania é vital para fazer distinções criticamente importantes entre os vários espectros da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

116

Recursos associados

Indivíduos com esquizofrenia podem apresentar afeto inadequado (por exemplo, rir na ausência de um estímulo apropriado); um humor disfórico que pode assumir a forma de depressão, ansiedade ou raiva; um padrão de sono perturbado (por exemplo, sono diurno e atividade noturna); e falta de interesse em comer ou recusa alimentar. Despersonalização, desrealização e preocupações somáticas podem ocorrer e, às vezes, atingir proporções delirantes. Ansiedade e fobias são comuns. Déficits cognitivos na esquizofrenia são comuns e estão fortemente ligados a deficiências vocacionais e funcionais. Esses déficits podem incluir decréscimos na memória declarativa, memória de trabalho, função da linguagem e outras funções executivas, bem como velocidade de processamento mais lenta.

Anormalidades no processamento sensorial e na capacidade inibitória, bem como reduções na atenção, também são encontradas. Alguns indivíduos com esquizofrenia apresentam déficits de cognição social, incluindo déficits na capacidade de inferir as intenções de outras pessoas (teoria da mente), e podem atender e interpretar eventos ou estímulos irrelevantes como significativos, talvez levando à geração de delírios explicativos. Essas deficiências frequentemente persistem durante a remissão sintomática.

Alguns indivíduos com psicose podem não ter discernimento ou consciência de seu distúrbio (ou seja, anosognosia). Essa falta de "insight" inclui o desconhecimento dos sintomas da esquizofrenia e pode estar presente durante todo o curso da doença. O desconhecimento da doença é tipicamente um sintoma da própria esquizofrenia, e não uma estratégia de enfrentamento. É comparável à falta de consciência de déficits neurológicos após dano cerebral, denominado *anosognosia*. Esse sintoma é o preditor mais comum de não adesão ao tratamento e prediz maiores taxas de recaída, aumento do número de tratamentos involuntários, pior funcionamento psicossocial, agressão e pior evolução da doença.

A hostilidade e a agressão podem estar associadas à esquizofrenia, embora a agressão espontânea ou aleatória seja incomum. A agressão é mais frequente em homens mais jovens e em indivíduos com história pregressa de violência, não adesão ao tratamento, abuso de substâncias e impulsividade. Deve-se notar que a grande maioria das pessoas com esquizofrenia não são agressivas e são

mais frequentemente vitimizados do que os indivíduos da população em geral.

Atualmente, não há testes radiológicos, laboratoriais ou psicométricos para o transtorno.

As diferenças são evidentes em várias regiões do cérebro entre grupos de indivíduos saudáveis e pessoas com esquizofrenia, incluindo evidências de estudos de neuroimagem, neuropatológicos e neurofisiológicos. As diferenças também são evidentes na arquitetura celular, conectividade da substância branca e volume da substância cinzenta em uma variedade de regiões, como os córtices pré-frontal e temporal. A redução do volume cerebral geral foi observada, bem como o aumento da redução do volume cerebral com a idade. As reduções do volume cerebral com a idade são mais pronunciadas em indivíduos com esquizofrenia do que em indivíduos saudáveis. Finalmente, os indivíduos com esquizofrenia parecem diferir dos indivíduos sem o transtorno no rastreamento ocular e nos índices eletrofisiológicos.

Sinais neurológicos leves comuns em indivíduos com esquizofrenia incluem deficiências na coordenação motora, integração sensorial e sequenciamento motor de movimentos complexos; confusão esquerda-direita; e desinibição de movimentos associados. Além disso, pequenas anomalias físicas da face e membros podem ocorrer.

Prevalência

A prevalência estimada de esquizofrenia ao longo da vida é de aproximadamente 0,3%–0,7%, com variação de cinco vezes em meta-análises de pesquisas nacionalmente representativas. Estudos têm mostrado aumento da prevalência e incidência de esquizofrenia para alguns grupos com base na migração e status de refugiado, urbanidade, status econômico e latitude do país. É importante notar que a prevalência e a incidência relatadas de esquizofrenia podem ser afetadas pelo fato de que alguns grupos são mais propensos a serem diagnosticados erroneamente ou superdiagnosticados.

117

A proporção entre os sexos difere entre amostras e populações: por exemplo, apresentações com sintomas negativos proeminentes e duração mais longa do transtorno (associado a pior resultado) mostram taxas de incidência mais altas para homens, enquanto definições que permitem a inclusão de mais sintomas de humor e apresentações breves (associadas a com melhor resultado) apresentam riscos equivalentes para ambos os性os. Um grande estudo mundial, baseado em uma série de definições de esquizofrenia, não encontrou diferença na prevalência entre os sexos.

Desenvolvimento e Curso As

características psicóticas necessárias do diagnóstico de esquizofrenia geralmente surgem entre o final da adolescência e meados dos 30 anos; início antes da adolescência é raro. O pico de idade de início ocorre no início e meados dos anos 20 para homens e no final dos 20 anos para mulheres. O início pode ser abrupto ou insidioso, mas a maioria dos indivíduos manifesta um desenvolvimento lento e gradual de uma variedade de sinais e sintomas clinicamente significativos, particularmente retraimento social, alterações emocionais e alterações cognitivas que produzem uma deterioração no funcionamento do papel. Metade desses indivíduos apresenta sintomas depressivos. O prognóstico é influenciado tanto pela duração quanto pela gravidade da doença e sexo. Os homens, especialmente aqueles com psicose de longa duração antes do tratamento e menor ajuste pré-mórbido, apresentam sintomas negativos mais proeminentes, comprometimento cognitivo e resultados funcionais geralmente piores do que as mulheres. Déficits sociocognitivos podem se manifestar durante o desenvolvimento e preceder o surgimento da psicose, assumindo a forma de comprometimentos estáveis durante a vida adulta, refratários aos medicamentos antipsicóticos.

O curso e o desfecho na esquizofrenia são heterogêneos e o prognóstico é incerto no início da psicose. Embora a maioria dos indivíduos com esquizofrenia permaneça vulnerável à exacerbação dos sintomas psicóticos e um curso crônico definido por sintomas e comprometimento funcional seja comum, muitos indivíduos experimentam períodos de remissão e até recuperação.

De acordo com uma meta-análise de 79 estudos longitudinais de primeiro episódio de psicose com mais de 1 ano de acompanhamento, a taxa de remissão combinada (qualitativamente definida como sintomas leves ou ausentes por pelo menos 6 meses) para o primeiro episódio de esquizofrenia foi de 56 % e a taxa de recuperação combinada (qualitativamente definida como melhora sintomática e funcional por mais de 2 anos) foi de 30%. Uma meta-análise diferente de 50 estudos de indivíduos com esquizofrenia amplamente definida (ou seja, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, esquizoafetivo ou delirante) descobriu que a proporção média de indivíduos que preenchiam os critérios de recuperação (no máximo sintomas leves e funcionamento ocupacional persistente por pelo menos 2 anos) foi de 13,5%. Há uma tendência para experiências psicóticas reduzidas no final da vida. Além da psicose, o comprometimento cognitivo e a patologia dos sintomas negativos são características centrais da esquizofrenia, e o curso dessas características é diferente dos sintomas psicóticos positivos. A cognição tende a declinar durante o desenvolvimento antes da psicose completa e é relativamente estável a longo prazo. Sintomas negativos, se presentes durante o desenvolvimento, também tendem a ser características relativamente estáveis ao longo do tempo. Os sintomas negativos que começam após o início da psicose são mais variáveis e podem refletir causas secundárias. Um grau de cronicidade é necessário para um diagnóstico de esquizofrenia, e o curso de longo prazo reflete a necessidade de cuidados de saúde mental e suporte vital em muitos indivíduos. Embora a esquizofrenia geralmente não seja um distúrbio neurodegenerativo progressivo, desafios de vida, mudança de estilo de vida e sintomas persistentes podem levar à disfunção progressiva em casos crônicos mais graves.

As características essenciais da esquizofrenia são as mesmas na infância, mas é mais difícil fazer o diagnóstico. Em crianças, delírios e alucinações podem ser menos elaborados do que em adultos, e alucinações visuais são mais comuns e devem ser diferenciadas de brincadeiras de fantasia normais. A fala desorganizada ocorre em muitos transtornos com início na infância (por exemplo, transtorno do espectro do autismo), assim como o comportamento desorganizado (por exemplo, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade). Estes sintomas não devem ser atribuídos à esquizofrenia

sem a devida consideração dos distúrbios mais comuns da infância. Os casos de início na infância tendem a se assemelhar a casos adultos de mau resultado, com início gradual e sintomas negativos proeminentes. As crianças que mais tarde recebem o diagnóstico de esquizofrenia são mais propensas a apresentar distúrbios emocionais-comportamentais inespecíficos e psicopatologias, alterações intelectuais e de linguagem e atrasos motores sutis.

Os casos de início tardio (ou seja, início após os 40 anos) são mais representados por mulheres, que podem ter se casado. Muitas vezes, o curso é caracterizado por uma predominância de sintomas psicóticos com preservação do afeto e do funcionamento social. Esses casos de início tardio ainda podem atender aos critérios diagnósticos para esquizofrenia, mas ainda não está claro se essa é a mesma condição da esquizofrenia diagnosticada antes da meia-idade (por exemplo, antes dos 55 anos).

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. A estação do nascimento tem sido associada à incidência de esquizofrenia, incluindo

inverno/início da primavera em algumas localidades e verão para a forma deficitária da doença. A incidência de esquizofrenia e distúrbios relacionados pode ser maior para crianças que crescem em um ambiente urbano, para refugiados, para alguns grupos de migrantes e para grupos socialmente oprimidos que enfrentam discriminação. Há evidências de que a privação social, a adversidade social e os fatores socioeconômicos podem estar associados ao aumento das taxas desse transtorno. Entre os indivíduos com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, a gravidade dos sintomas positivos e negativos parece estar correlacionada com a gravidade das experiências adversas na infância, como trauma e negligência. Taxas mais altas de esquizofrenia para alguns grupos étnicos e racializados foram documentadas quando eles vivem em áreas com menores proporções de pessoas da mesma etnia ou grupo racializado. As razões para isso não são completamente claras, mas parecem estar relacionadas a vários fatores, incluindo os seguintes: 1) níveis mais altos de discriminação ou medo de discriminação; 2) menos apoio social e mais estigmatização dos esquizofrênicos; 3) maior isolamento social; e 4) menor disponibilidade e acesso a explicações normalizadoras de experiências perceptivas e crenças anormais relatadas por indivíduos com alto risco de desenvolver esquizofrenia.

Genética e fisiológica. Há uma forte contribuição dos fatores genéticos na determinação do risco de esquizofrenia, embora a maioria dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia não tenha histórico familiar de psicose. A responsabilidade é conferida por um espectro de alelos de risco, comuns e raros, com cada alelo contribuindo apenas com uma pequena fração para a variação total da população. Os alelos de risco identificados até o momento também estão associados a outros transtornos mentais, incluindo transtorno bipolar, depressão e transtorno do espectro autista.

Complicações na gravidez e no parto com hipóxia e maior idade paterna estão associadas a um maior risco de esquizofrenia para o feto em desenvolvimento. Além disso, outras adversidades pré-natais e perinatais, incluindo estresse, infecção, desnutrição, diabetes materno e outras condições médicas, têm sido associadas à esquizofrenia. No entanto, a grande maioria dos descendentes com esses fatores de risco não desenvolve esquizofrenia.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

A forma e o conteúdo dos sintomas da esquizofrenia podem variar culturalmente, incluindo as seguintes formas: a proporção relativa de alucinações visuais e auditivas (por exemplo, enquanto as alucinações auditivas tendem a ser mais comuns do que as alucinações visuais em todo o mundo, a proporção relativa de alucinações visuais pode ser particularmente maior em algumas regiões em comparação com outras); o conteúdo específico dos delírios (por exemplo, persecutório, grandioso, somático) e alucinações (por exemplo, comando, abusivo, religioso); e o nível de medo associado a eles.

Fatores culturais e socioeconômicos devem ser considerados, principalmente quando o indivíduo e o clínico não compartilham a mesma origem cultural e socioeconômica. Idéias que parecem ilusórias em um contexto cultural (por exemplo, mau-olhado, causar doenças por meio de maldições, influências de espíritos) podem ser comumente mantidas em outros.

Em alguns contextos culturais, alucinações visuais ou auditivas com conteúdo religioso (por exemplo, ouvir a voz de Deus) são uma parte normal da experiência religiosa. Além disso, a avaliação do discurso desorganizado pode ser dificultada pela variação linguística nos estilos narrativos entre as culturas. A avaliação do afeto requer sensibilidade às diferenças nos estilos de

expressão, contato visual e linguagem corporal, que variam entre as culturas. Se a avaliação for realizada em um idioma diferente do idioma principal do indivíduo, deve-se tomar cuidado para garantir que a alogia não esteja relacionada a barreiras linguísticas. Em certas culturas, a angústia pode assumir a forma de alucinações ou pseudo-alucinações e ideias supervalorizadas que podem apresentar-se clinicamente semelhantes à verdadeira psicose, mas são normativas para o subgrupo do indivíduo. O diagnóstico errôneo de esquizofrenia em indivíduos com transtornos de humor com características psicóticas ou com outros transtornos psiquiátricos é mais provável de ocorrer em membros de grupos étnicos e raciais carentes (nos Estados Unidos, especialmente entre afro-americanos). Isso pode ser atribuído a viés clínico, racismo ou discriminação, levando à qualidade limitada da informação e possível má interpretação dos sintomas.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero

Várias características distinguem a expressão clínica da esquizofrenia em mulheres e homens. A idade de início é mais tardia nas mulheres, com um segundo pico na meia-idade. Os sintomas tendem a ser mais carregados de afeto entre as mulheres, e há mais sintomas psicóticos, bem como uma maior propensão para os sintomas psicóticos piorarem na vida adulta. Outras diferenças de sintomas incluem sintomas negativos menos frequentes e desorganização. Finalmente, o funcionamento social tende a permanecer melhor preservado nas mulheres. Há, no entanto, exceções frequentes a essas advertências gerais.

Os sintomas psicóticos foram observados piorando durante o período pré-menstrual, quando os níveis de estrogênio estão caindo; consequentemente, taxas de admissão psiquiátrica aumentadas são observadas em mulheres com esquizofrenia imediatamente antes e durante a menstruação. Níveis mais baixos de estrogênio resultantes da menopausa podem ser outro fator associado ao segundo pico de início em mulheres na meia-idade. Da mesma forma, os sintomas psicóticos parecem melhorar durante a gravidez quando os níveis de estrogênio estão altos e pioram novamente no pós-parto quando os níveis de estrogênio caem vertiginosamente.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Aproximadamente 5% a 6% dos indivíduos com esquizofrenia morrem por suicídio, cerca de 20% tentam o suicídio em uma ou mais ocasiões e muitos mais têm ideação suicida significativa. O comportamento suicida às vezes é uma resposta a alucinações de comando para prejudicar a si mesmo ou a outros. O risco de suicídio permanece alto ao longo de toda a vida para homens e mulheres, embora possa ser especialmente alto para homens mais jovens com uso de substâncias comórbidas. Outros fatores de risco incluem sintomas depressivos, desesperança, estar desempregado, período após um episódio psicótico ou alta hospitalar, número de internações psiquiátricas, proximidade do início da doença e idade avançada no início da doença. Uma revisão sistemática e metanálise de estudos longitudinais descobriu que as chances de comportamento suicida durante o acompanhamento após o primeiro episódio de psicose foram maiores entre os indivíduos com sintomas depressivos durante o primeiro episódio de psicose em comparação com aqueles sem. Uma meta-análise de um grande número de estudos sobre a relação da esquizofrenia com o comportamento suicida descobriu que o abuso de álcool, tabaco e drogas; depressão; número de internações; comorbidade física; e história familiar de depressão e comportamento suicida aumentaram o risco de tentativa de suicídio. Os fatores de risco para suicídio incluíram sexo masculino, ser mais jovem, ter QI mais alto, histórico de tentativas, desesperança e baixa a-

Consequências Funcionais da Esquizofrenia A esquizofrenia

está associada a significativa disfunção social e ocupacional. Entre

indivíduos com esquizofrenia, déficits na capacidade de leitura são mais graves do que o que seria

120

ser previsto pelos prejuízos cognitivos gerais associados ao transtorno. Tais déficits podem ser conceituados como uma dislexia secundária ou adquirida que está subjacente ao comprometimento acadêmico observado na esquizofrenia. O progresso educacional e a manutenção do emprego são frequentemente prejudicados pela avolução ou outras manifestações de transtorno, mesmo quando as habilidades cognitivas são suficientes para as tarefas em mãos. A maioria dos indivíduos está empregada em um nível inferior ao de seus pais, e a maioria, principalmente os homens, não se casa ou tem contatos sociais limitados fora da família.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno depressivo maior ou bipolar com características psicóticas ou catatônicas

A distinção entre esquizofrenia e transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar com características psicóticas ou com catatonias depende da relação temporal entre o distúrbio do humor e a psicose e da gravidade dos sintomas depressivos ou maníacos. Se delírios ou alucinações ocorrem exclusivamente durante um episódio maníaco ou depressivo maior, o diagnóstico é transtorno depressivo ou bipolar com características psicóticas.

Transtorno esquizoafetivo. Um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo requer que um episódio depressivo maior ou maníaco ocorra concomitantemente com os sintomas da fase ativa e que os sintomas de humor estejam presentes durante a maior parte da duração total dos períodos ativos.

Transtorno esquizofreniforme e transtorno psicótico breve. Esse distúrbios são de duração mais curta do que a esquizofrenia, conforme especificado no Critério C, que requer 6 meses de sintomas. No transtorno esquizofreniforme, o distúrbio está presente há menos de 6 meses, e no transtorno psicótico breve, os sintomas estão presentes por pelo menos 1 dia, mas menos de 1 mês.

Transtorno delirante. O transtorno delirante pode ser diferenciado da esquizofrenia pela ausência de outros sintomas característicos da esquizofrenia (por exemplo, delírios, alucinações auditivas ou visuais proeminentes, fala desorganizada, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos).

Transtorno de personalidade esquizotípica. O transtorno de personalidade esquizotípica pode ser diferenciado da esquizofrenia por sintomas subliminares que estão associados a características de personalidade persistentes.

Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal. Indivíduos com o transtorno obsessivo-compulsivo e o transtorno dismórfico corporal podem apresentar insight pobre ou ausente, e as preocupações podem atingir proporções delirantes. Mas esses distúrbios se distinguem da esquizofrenia por suas obsessões, compulsões, preocupações com a aparência ou odor corporal, acúmulo ou comportamentos repetitivos focados no corpo.

Transtorno de estresse pós-traumático. O transtorno de estresse pós-traumático pode incluir flashbacks que têm uma qualidade alucinatória, e a hipervigilância pode atingir proporções paranóides. Mas um evento traumático e características de sintomas característicos relacionados a reviver ou reagir ao evento são necessários para fazer o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático.

Transtorno do espectro do autismo ou distúrbios de comunicação. Esses transtornos também podem ter sintomas semelhantes a um episódio psicótico, mas são diferenciados por seus respectivos déficits no comportamento social.

interação com comportamentos repetitivos e restritos e outros déficits cognitivos e de comunicação. Um indivíduo com transtorno do espectro autista ou transtorno de comunicação deve ter sintomas que preencham todos os critérios para esquizofrenia, com alucinações ou delírios proeminentes por pelo menos 1 mês, para ser diagnosticado com esquizofrenia como uma condição comórbida.

Outros transtornos mentais associados a um episódio psicótico. O diagnóstico de esquizofrenia é feito apenas quando o episódio psicótico é persistente e não atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica. Indivíduos com delirium ou transtorno neurocognitivo maior ou menor podem apresentar sintomas psicóticos,

121

mas estes teriam uma relação temporal com o início das alterações cognitivas consistentes com esses transtornos.

Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento Indivíduos com transtorno psicótico induzido por substância/medicamento podem apresentar sintomas característicos do Critério A para esquizofrenia, mas o transtorno psicótico induzido por substância/medicamento geralmente pode ser distinguido pela relação cronológica do uso da substância com o início e remissão da psicose no ausência de uso de substâncias.

Comorbidade As

taxas de comorbidade com transtornos relacionados a substâncias são altas na esquizofrenia. Mais da metade dos indivíduos com esquizofrenia têm transtorno por uso de tabaco e fumam cigarros regularmente. A comorbidade com transtornos de ansiedade é cada vez mais reconhecida na esquizofrenia. As taxas de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno do pânico são elevadas em indivíduos com esquizofrenia em comparação com a população em geral. O transtorno de personalidade esquizotípica ou paranoide pode, às vezes, preceder o início da esquizofrenia.

A expectativa de vida é reduzida em indivíduos com esquizofrenia devido a condições médicas associadas. Ganho de peso, diabetes, síndrome metabólica e doenças cardiovasculares e pulmonares são mais comuns na esquizofrenia do que na população em geral. O baixo envolvimento em comportamentos de manutenção da saúde (por exemplo, rastreamento de câncer, exercícios) aumenta o risco de doenças crônicas, mas outros fatores de desordem, incluindo medicamentos, estilo de vida, tabagismo e dieta, também podem desempenhar um papel. Uma vulnerabilidade compartilhada para psicose e condições médicas pode explicar algumas das comorbidades médicas da esquizofrenia.

Transtorno Esquizoafetivo

Critério de diagnóstico

- A. Um período ininterrupto de doença durante o qual há um episódio de humor maior (depressivo maior ou maníaco) concomitante com o Critério A de esquizofrenia.

Nota: O episódio depressivo maior deve incluir o Critério A1: Humor deprimido.

- B. Delírios ou alucinações por 2 ou mais semanas na ausência de um episódio de humor maior (depressivo ou maníaco) durante a duração da doença.
- C. Os sintomas que atendem aos critérios para um episódio maior de humor estão presentes durante a maior parte da duração total das porções ativa e residual da doença.
- D. A perturbação não é atribuível aos efeitos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica.

Especifique se: **F25.0**

Tipo bipolar: Este subtipo se aplica se um episódio maníaco fizer parte da apresentação. Episódios depressivos maiores também podem ocorrer.

F25.1 Tipo depressivo: Este subtipo se aplica se apenas episódios depressivos maiores fizerem parte da apresentação.

Especifique

se: **Com catatonia** (consulte os critérios para catatonia associada a outro transtorno mental, p. 135, para definição).

Nota de codificação: Use o código adicional F06.1 catatonia associada ao transtorno esquizoafetivo para indicar a presença da catatonia comórbida.

Especifique

se: Os seguintes especificadores de curso devem ser usados apenas após 1 ano de duração do transtorno e se não estiverem em contradição com os critérios diagnósticos de curso.

122

Primeiro episódio, atualmente em episódio agudo: Primeira manifestação do transtorno que atende ao sintoma diagnóstico definidor e aos critérios de tempo. Um *episódio agudo* é um período de tempo em que os critérios dos sintomas são preenchidos.

Primeiro episódio, atualmente em remissão parcial: A *remissão parcial* é um período de tempo durante o qual uma melhora após um episódio anterior é mantida e no qual os critérios definidores do transtorno são preenchidos apenas parcialmente.

Primeiro episódio, atualmente em remissão completa: A *remissão completa* é um período de tempo após um episódio anterior durante o qual não há sintomas específicos do transtorno.

Episódios múltiplos, atualmente em episódio agudo: Episódios múltiplos podem ser determinados após um mínimo de dois episódios (ou seja, após um primeiro episódio, uma remissão e um mínimo de uma recaída).

Episódios múltiplos, atualmente em remissão parcial Episódios

múltiplos, atualmente em remissão completa Contínuo: Os sintomas que preenchem os critérios de sintomas diagnósticos do transtorno permanecem durante a maior parte do curso da doença, com períodos de sintomas subliminares sendo muito breves em relação ao curso geral.

Não especificado

Especifique a gravidade atual:

A gravidade é avaliada por uma avaliação quantitativa dos sintomas primários da psicose, incluindo delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um desses sintomas pode ser classificado por sua gravidade atual (mais grave nos últimos 7 dias) em uma escala de 5 pontos que varia de 0 (ausente) a 4 (presente e grave). (Consulte Dimensões classificadas pelo médico da gravidade dos sintomas de psicose no capítulo “Medidas de avaliação”.)

Nota: O diagnóstico de transtorno esquizoafetivo pode ser feito sem usar este especificador de gravidade.

Características

Diagnósticas O diagnóstico de transtorno esquizoafetivo é baseado na avaliação de um período ininterrupto de doença durante o qual o indivíduo continua a apresentar sintomas ativos ou residuais de doença psicótica. O diagnóstico geralmente, mas não necessariamente, é feito durante o período da doença psicótica. Em algum momento durante o período, o Critério A para esquizofrenia deve ser atendido. Os critérios B (disfunção social), C (duração de 6 meses) e F (exclusão de transtorno do espectro autista ou outro transtorno de comunicação com início na infância) para esquizofrenia não precisam ser atendidos. Além de atender ao Critério A para esquizofrenia, há um episódio de humor maior (depressivo maior ou maníaco) (Critério A para transtorno esquizoafetivo). Como a perda de interesse ou prazer é comum na esquizofrenia, para atender ao Critério A para transtorno esquizoafetivo, o episódio depressivo maior deve incluir humor depressivo generalizado (ou seja, a presença de interesse ou prazer acentuadamente diminuído não é suficiente). Episódios de depressão ou mania estão presentes durante a maior parte da duração total da doença (ou seja, após o Critério A ser atendido) (Critério C para transtorno esquizoafetivo). Para separar o transtorno esquizoafetivo de um transtorno depressivo ou bipolar com características psicóticas, delírios ou alucinações devem estar presentes por pelo menos 2 semanas na ausência de um episódio de humor maior (depressivo ou maníaco) em algum momento durante a duração da doença (Critério B para transtorno esquizoafetivo). Os sintomas não devem ser atribuídos aos efeitos de uma substância ou outra condição médica (Critério D para transtorno esquizoafetivo).

O critério C para transtorno esquizoafetivo especifica que os sintomas de humor que atendem aos critérios para um episódio de humor maior devem estar presentes durante a maior parte da duração total da porção ativa e residual da doença. O critério C requer a avaliação dos sintomas de humor durante todo o curso da vida de uma doença psicótica. Se os sintomas de humor estiverem presentes

por apenas um período relativamente breve, o diagnóstico é esquizofrenia, não transtorno esquizoafetivo. Ao decidir se a apresentação de um indivíduo atende ao Critério C, o clínico deve revisar a duração total da doença psicótica (ou seja, sintomas ativos e residuais) e determinar quando sintomas de humor significativos (não tratados ou com necessidade de tratamento com antidepressivo e/ou estabilizador do humor) medicação) acompanharam os sintomas psicóticos. Essa determinação requer informações históricas suficientes e julgamento clínico. Por exemplo, um indivíduo com história de 4 anos de sintomas ativos e residuais de esquizofrenia desenvolve episódios depressivos e maníacos que, em conjunto, não ocupam mais de 1 ano durante os 4 anos.

ano de história de doença psicótica. Esta apresentação não atenderia ao Critério C.

Além das cinco áreas de domínio de sintomas identificadas nos critérios diagnósticos, a avaliação dos domínios de sintomas de cognição, depressão e mania é vital para fazer distinções criticamente importantes entre os vários espectros da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

Recursos associados

O funcionamento ocupacional e social é frequentemente prejudicado, mas este não é um critério definidor (em contraste com a esquizofrenia). O contato social restrito e as dificuldades com o autocuidado estão associados ao transtorno esquizoafetivo, mas os sintomas negativos podem ser menos graves e menos persistentes do que os observados na esquizofrenia. A anosognosia (ou seja, insight ruim) também é comum no transtorno esquizoafetivo, mas os déficits no insight podem ser menos graves e abrangentes do que aqueles na esquizofrenia. Indivíduos com transtorno esquizoafetivo podem estar em risco aumentado de desenvolver mais tarde episódios de transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar se os sintomas de humor continuarem após a remissão dos sintomas que atendem ao Critério A para esquizofrenia. Pode haver álcool associado e outros transtornos relacionados a substâncias.

Não existem testes ou medidas biológicas que possam fornecer uma ajuda definitiva no diagnóstico do transtorno esquizoafetivo. Os testes neuropsicológicos geralmente mostram déficits cognitivos em áreas como função executiva, memória verbal e velocidade de processamento, e estes podem ser menos pronunciados do que na esquizofrenia. O transtorno esquizoafetivo é frequentemente caracterizado por perda de volume de substância cinzenta em imagens cerebrais, da mesma forma que a esquizofrenia.

Prevalência

O transtorno esquizoafetivo parece ser cerca de um terço tão comum quanto a esquizofrenia. A prevalência de transtorno esquizoafetivo ao longo da vida foi estimada em 0,3% em uma amostra finlandesa e é maior em mulheres do que em homens quando os critérios diagnósticos do DSM-IV foram usados. Espera-se que essa taxa seja menor devido ao requisito mais rigoroso do Critério C do DSM-5 (ou seja, os sintomas de humor que atendem aos critérios para um episódio de humor maior devem estar presentes durante a maior parte da duração total da porção ativa e residual da doença).

Desenvolvimento e Curso A idade

típica de início do transtorno esquizoafetivo é o início da idade adulta, embora o início possa ocorrer a qualquer momento desde a adolescência até o final da vida. Um número significativo de indivíduos diagnosticados com outra doença psicótica inicialmente receberá o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo mais tarde, quando o padrão de episódios de humor se tornar mais aparente, enquanto outros podem ser diagnosticados com transtornos de humor antes que os sintomas psicóticos independentes sejam detectados.

Por outro lado, alguns indivíduos terão uma mudança no diagnóstico de transtorno esquizoafetivo para transtorno de humor ou para esquizofrenia ao longo do tempo. Uma mudança no diagnóstico de transtorno esquizoafetivo para esquizofrenia foi mais comum do que uma mudança para transtorno de humor

sob os critérios do DSM-IV, e espera-se que essa diferença seja mais pronunciada no DSM-5, pois o atual Critério C para transtorno esquizoafetivo tornou-se mais rigoroso, exigindo que os sintomas de humor estejam presentes na maioria da doença em comparação com o DSM- IV, que apenas exigia que os sintomas de humor estivessem presentes para uma porção “substancial”. o

o prognóstico para transtorno esquizoafetivo é um pouco melhor do que o prognóstico para esquizofrenia, mas pior do que o prognóstico para transtornos do humor.

O transtorno esquizoafetivo pode ocorrer em uma variedade de padrões temporais. O seguinte é um padrão típico: Um indivíduo pode ter pronunciadas alucinações auditivas e delírios persecutórios por 2 meses antes do início de um episódio depressivo maior proeminente. Os sintomas psicóticos e o episódio depressivo maior completo estão presentes por 4 meses. Então, o indivíduo se recupera completamente do episódio depressivo maior, mas os sintomas psicóticos persistem por mais um mês antes de também desaparecerem. Durante esse período de doença, os sintomas do indivíduo preenchiam simultaneamente os critérios para um episódio depressivo maior e o Critério A para esquizofrenia, e durante esse mesmo período de doença, alucinações auditivas e delírios estavam presentes antes e depois da fase depressiva. O período total da doença durou cerca de 7 meses, com sintomas psicóticos apenas presentes durante os 2 meses iniciais, sintomas depressivos e psicóticos presentes durante os 4 meses seguintes e sintomas psicóticos apenas presentes durante o último mês. Nesse caso, o episódio depressivo esteve presente durante a maior parte da duração total do distúrbio psicótico e, portanto, a apresentação se qualifica para um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo.

A relação temporal entre os sintomas de humor e os sintomas psicóticos ao longo da vida é variável. Sintomas depressivos ou maníacos podem ocorrer antes do início da psicose, durante episódios psicóticos agudos, durante períodos residuais e após a cessação da psicose. Por exemplo, um indivíduo pode apresentar sintomas de humor proeminentes durante o estágio prodromico da esquizofrenia. Esse padrão não é necessariamente indicativo de transtorno esquizoafetivo, pois é a co-ocorrência de sintomas psicóticos e de humor que é o diagnóstico. Para um indivíduo com sintomas que claramente atendem aos critérios para transtorno esquizoafetivo, mas que em acompanhamento posterior apresenta apenas sintomas psicóticos residuais (como psicose subliminar e/ou sintomas negativos proeminentes), o diagnóstico pode ser alterado para esquizofrenia, pois o total proporção de doença psicótica em comparação com sintomas de humor torna-se mais proeminente. 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.

Fatores de risco e prognóstico

Genética e fisiológica. Entre os indivíduos com esquizofrenia, pode haver um risco aumentado de transtorno esquizoafetivo em parentes de primeiro grau. O risco de transtorno esquizoafetivo também pode ser aumentado entre indivíduos que têm um parente de primeiro grau com transtorno bipolar ou transtorno esquizoafetivo em si. As assinaturas genéticas moleculares compostas conhecidas como escores de risco poligênico para esquizofrenia, transtorno bipolar e transtorno depressivo maior podem estar elevadas no transtorno esquizoafetivo.

Questões de diagnóstico relacionadas à

cultura Fatores culturais e socioeconômicos devem ser considerados, principalmente quando o indivíduo e o clínico não compartilham a mesma origem cultural e econômica. Idéias que parecem ilusórias em um contexto cultural (por exemplo, mau-olhado, causar doenças por meio de maldições, influências de espíritos) podem ser comumente mantidas em outros. Há também algumas evidências na literatura de que populações afro-americanas e hispânicas cujos sintomas atendem aos critérios para transtorno esquizoafetivo são mais propensas a serem diagnosticadas com esquizofrenia. Para mitigar o impacto

viés, deve-se tomar cuidado para garantir uma avaliação abrangente que inclua sintomas psicóticos e de humor.

125

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

O risco de suicídio ao longo da vida para esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo é de 5%, e a presença de sintomas depressivos está correlacionada com um risco maior de suicídio. Há evidências de que as taxas de suicídio são mais altas em populações norte-americanas do que em populações europeias, do leste europeu, sul-americanas e indianas de indivíduos com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo.

Consequências funcionais do transtorno

O transtorno esquizoafetivo está associado à disfunção global, inclusive nos domínios social e ocupacional, mas a disfunção não é um critério diagnóstico (como é para a esquizofrenia), e há variabilidade substancial entre os indivíduos diagnosticados com transtorno esquizoafetivo.

Diagnóstico diferencial

Outros transtornos mentais e condições médicas.

Uma ampla variedade de condições psiquiátricas e médicas pode se manifestar com sintomas psicóticos e de humor e deve ser considerada no diagnóstico diferencial do transtorno esquizoafetivo. Estes incluem delírio; transtorno neurocognitivo maior; transtorno psicótico induzido por substância/medicamento ou transtorno neurocognitivo; transtornos bipolares, com características psicóticas; transtorno depressivo maior, com características psicóticas; transtornos depressivos ou bipolares, com características catatônicas; transtorno de personalidade esquizotípica, esquizóide ou paranóide; transtorno psicótico breve; transtorno esquizofreniforme; esquizofrenia; transtorno delirante; e outros espectros de esquizofrenia especificados e não especificados e outros transtornos psicóticos.

Transtorno psicótico devido a outra condição médica.

Outras condições médicas e uso de substâncias podem se manifestar com uma combinação de sintomas psicóticos e de humor e, portanto, o transtorno psicótico devido a outra condição médica precisa ser excluído.

Esquizofrenia, transtornos bipolares e depressivos.

Distinguir transtorno esquizoafetivo de esquizofrenia e de transtornos depressivos e bipolares com características psicóticas é muitas vezes difícil. O Critério C é projetado para separar o transtorno esquizoafetivo da esquizofrenia, e o Critério B é projetado para distinguir o transtorno esquizoafetivo de um transtorno depressivo ou bipolar com características psicóticas. Mais especificamente, o transtorno esquizoafetivo pode ser diferenciado de um transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar com características psicóticas com base na presença de delírios e/ou alucinações proeminentes por pelo menos 2 semanas na ausência de um episódio de humor maior. Em contraste, no transtorno depressivo ou bipolar com características psicóticas, as características psicóticas ocorrem apenas durante o(s) episódio(s) de humor. Como a proporção relativa de humor para sintomas psicóticos pode mudar ao longo do tempo, o diagnóstico apropriado pode mudar de e para transtorno esquizoafetivo. (Por exemplo, um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo para um episódio depressivo maior grave e proeminente com duração de 4 meses durante os primeiros 6 meses de uma doença psicótica crônica seria alterado para esquizofrenia se sintomas psicóticos ativos ou sintomas residuais proeminentes persistirem por vários anos sem recorrência da doença. outro episódio de humor.) Alcançar maior clareza sobre a proporção relativa de humor para sintomas psicóticos ao longo do tempo e sobre

sua concordância pode exigir informações colaterais de registros médicos e de informantes.

Comorbidade

Muitos indivíduos diagnosticados com transtorno esquizoafetivo também são diagnosticados com outros transtornos mentais, especialmente transtornos por uso de substâncias e transtornos de ansiedade. Da mesma forma, a incidência de condições médicas, incluindo síndrome metabólica, aumenta acima da taxa básica para a população em geral e leva à diminuição da expectativa de vida.

126

Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamentos

Critério de diagnóstico

A. Presença de um ou ambos os seguintes sintomas:

1. Delírios.
2. Alucinações.

B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de (1) e (2): 1. Os sintomas no Critério A se desenvolveram durante ou logo após a intoxicação ou abstinência de substância ou após exposição ou abstinência de um medicamento .

2. A substância/medicamento envolvida é capaz de produzir os sintomas em Critério A.

C. A perturbação não é melhor explicada por um transtorno psicótico que não seja induzido por substância/medicamento. Tal evidência de um transtorno psicótico independente pode incluir o seguinte:

Os sintomas antecederam o início do uso da substância/medicamento; os sintomas persistem por um período de tempo substancial (por exemplo, cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação grave; ou há outra evidência de um transtorno psicótico independente não induzido por substância/medicamento (por exemplo, uma história de episódios recorrentes não relacionados a substância/medicamento).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírio.

E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Nota: Este diagnóstico deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância apenas quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e quando são suficientemente graves para justificar atenção clínica.

Nota de codificação: Os códigos CID-10-CM para a substância induzida por [substância específica/medicamento] transtornos psicóticos estão indicados na tabela abaixo. Observe que o código ICD-10-CM depende se há ou não um transtorno por uso de substância comórbido presente para mesma classe de substância. Em qualquer caso, um diagnóstico separado adicional de um transtorno por uso de substâncias não é dado. Se um transtorno leve por uso de substâncias for comórbido com o transtorno psicótico induzido por substância, o caractere da 4^a posição é “1”, e o médico deve registrar “transtorno de uso de [substância] leve” antes do transtorno psicótico induzido por substância (por exemplo, “transtorno de uso de cocaína leve com transtorno psicótico”). Se um transtorno por uso de substâncias moderado ou grave é comórbido com o transtorno psicótico induzido por substância, o caractere da 4^a posição é “2”, e o médico deve registrar “transtorno por uso moderado de [substância]” ou “transtorno grave transtorno por uso de [substância]”, dependendo da gravidade do uso de substância comórbida transtorno. Se não houver transtorno por uso de substância comórbido (por exemplo, após uma única vez uso da substância), então o caractere da 4^a posição é “9”, e o clínico deve registrar apenas o transtorno psicótico induzido por substância.

127

CID-10-CM

	Com uso suave transtorno	Com moderado ou transtorno de uso grave	Sem uso transtorno
Álcool	F10.159	F10.259	F10.959
Cannabis	F12.159	F12.259	F12.959
Fenciclidina	F16.159	F16.259	F16.959
Outro alucinógeno	F16.159	F16.259	F16.959
Inalante	F18.159	F18.259	F18.959
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	F13.159	F13.259	F13.959
Substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)	F15.159	F15.259	F15.959
Cocaina	F14.159	F14.259	F14.959
Outra substância (ou desconhecida)	F19.159	F19.259	F19.959

Especifique (consulte a [Tabela 1](#) no capítulo “Transtornos relacionados a substâncias e vícios”, que indica se “com início durante a intoxicação” e/ou “com início durante retirada” se aplica a uma determinada classe de substâncias; ou especificar “com início após uso de medicamentos”):

Com início durante intoxicação: Se os critérios forem preenchidos para intoxicação com o substância e os sintomas se desenvolvem durante a intoxicação.

Com início durante a retirada: Se os critérios forem atendidos para a retirada do substância e os sintomas se desenvolvem durante ou logo após a abstinência.

Com início após o uso da medicação: Se os sintomas se desenvolveram no início da medicação, com mudança de uso de medicação, ou durante a retirada de medicamento.

Especifique a gravidade

atual: A gravidade é classificada por uma avaliação quantitativa dos sintomas primários da psicose, incluindo delírios, alucinações, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um desses sintomas pode ser classificado por sua gravidade atual (mais grave nos últimos 7 dias) em uma escala de 5 pontos que varia de 0 (ausente) a 4 (presente e grave). (Veja Dimensões da Gravidade dos Sintomas de Psicose Classificadas pelo Médico no capítulo “Medidas de Avaliação”).

Nota: O diagnóstico de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento pode ser feito sem o uso deste especificador de gravidade.

Procedimentos de registro O

nome do transtorno psicótico induzido por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, cocaína, dexametasona) que se presume estar causando os delírios ou alucinações. O código diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída no conjunto de critérios, que se baseia na classe do medicamento e na presença ou ausência de um transtorno por uso de substância comórbido. Para substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes (por exemplo, dexametasona), deve-se usar o código para “outra substância (ou desconhecida)”; e nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas a classe específica da substância é desconhecida, o mesmo código também deve ser usado.

128

Ao registrar o nome do transtorno, o transtorno por uso de substância comórbido (se houver) é listado primeiro, seguido pela palavra “com”, seguida pelo nome do transtorno psicótico induzido por substância, seguido pela especificação do início (ou seja, início durante a intoxicação, início durante a abstinência). Por exemplo, no caso de delírios que ocorrem durante a intoxicação em um homem com transtorno por uso de cocaína grave, o diagnóstico é F14.259 transtorno por uso de cocaína grave com transtorno psicótico induzido por cocaína, com início durante a intoxicação. Um diagnóstico separado do transtorno por uso de cocaína grave comórbido não é fornecido. Se o transtorno psicótico induzido por substância ocorrer sem um transtorno psicótico comórbido por uso de substância (p. intoxicação). Quando mais de uma substância é considerada como tendo um papel significativo no desenvolvimento de sintomas psicóticos, cada uma deve ser listada separadamente (por exemplo, F12.259 transtorno por uso de cannabis grave com transtorno psicótico induzido por cannabis, com início durante intoxicação; F16.159 leve transtorno por uso de fenciclidina com transtorno psicótico induzido por fenciclidina, com início durante intoxicação).

Características Diagnósticas

As características essenciais do transtorno psicótico induzido por substância/medicamento são delírios e/ou alucinações proeminentes (Critério A) que são considerados devidos aos efeitos fisiológicos de uma substância/medicamento (isto é, uma droga de abuso, um medicamento, ou uma exposição a toxina) (Critério B). As alucinações que o indivíduo percebe serem induzidas por substância/medicamento não estão incluídas aqui e, em vez disso, seriam diagnosticadas como intoxicação por substância ou abstinência de substância com o especificador acompanhante “com distúrbios perceptivos” (aplica-se ao álcool

cancelamento; intoxicação por cannabis; retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; e intoxicação estimulante).

Um transtorno psicótico induzido por substância/medicamento é diferenciado de um transtorno psicótico independente considerando o início, o curso e outros fatores. Para drogas de abuso, deve haver evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de uso de substâncias, intoxicação ou abstinência. Os transtornos psicóticos induzidos por substância/medicamento surgem durante ou logo após a exposição ou retirada de um medicamento ou após intoxicação ou abstinência de substância, mas podem persistir por semanas, enquanto os transtornos psicóticos independentes podem preceder o início do uso de substância/medicamento ou podem ocorrer durante períodos de abstinência sustentada. Uma vez iniciados, os sintomas psicóticos podem continuar enquanto o uso da substância/medicamento continuar. Outra consideração é a presença de características atípicas de um transtorno psicótico independente (por exemplo, idade atípica de início ou curso). Por exemplo, o aparecimento de delírios de novo em uma pessoa do sexo masculino com mais de 35 anos sem história conhecida de um transtorno psicótico independente deve sugerir a possibilidade de um transtorno psicótico induzido por substância/medicamento. Mesmo uma história anterior de um transtorno psicótico independente não exclui a possibilidade de um transtorno psicótico induzido por substância/medicamento. Em contraste, os fatores que sugerem que os sintomas psicóticos são mais bem explicados por um transtorno psicótico independente incluem a persistência de sintomas psicóticos por um período substancial de tempo (ou seja, um mês ou mais) após o término da intoxicação por substância ou abstinência aguda da substância ou após cessação do uso de medicamentos; ou uma história de transtornos psicóticos independentes recorrentes anteriores. Outras causas de sintomas psicóticos devem ser consideradas mesmo em um indivíduo com intoxicação ou abstinência de substâncias, pois problemas de uso de substâncias não são incomuns entre indivíduos com transtornos psicóticos não induzidos por substâncias/medicamentos.

Além das duas áreas de domínio de sintomas identificadas nos critérios diagnósticos (isto é, delírios e alucinações), a avaliação dos domínios de sintomas de cognição, depressão e mania é vital para fazer distinções criticamente importantes entre os vários espectros da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

Recursos associados

Os transtornos psicóticos podem ocorrer associados à intoxicação com as seguintes classes de substâncias: álcool; cannabis; alucinógenos, incluindo fenciclidina e substâncias relacionadas; inalantes; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (incluindo cocaína); e outras substâncias (ou desconhecidas). Os distúrbios psicóticos podem ocorrer em associação com a abstinência das seguintes classes de substâncias: álcool; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; e outras substâncias (ou desconhecidas).

Alguns dos medicamentos relatados para evocar sintomas psicóticos incluem anestésicos e analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos, medicamentos anti-hipertensivos e cardiovasculares, medicamentos antimicrobianos, medicamentos antiparkinsonianos, agentes quimioterápicos (por exemplo, ciclosporina, procarbazina), corticosteroides, medicamentos gastrointestinais, relaxantes musculares, medicamentos anti-inflamatórios não esteroides, outros medicamentos de venda livre (por exemplo, fenilefrina, pseudoefedrina), medicamentos antidepressivos e dissulfiram. As toxinas relatadas para induzir sintomas psicóticos incluem anticolinesterase,

inseticidas organofosforados, sarin e outros gases nervosos, monóxido de carbono, dióxido de carbono e substâncias voláteis, como combustível ou tinta.

Prevalência

A prevalência de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento na população geral é desconhecida. Entre 7% e 25% dos indivíduos que apresentam um primeiro episódio de psicose em diferentes contextos são relatados como tendo transtorno psicótico induzido por substância/medicamento.

Desenvolvimento e Curso O

início dos sintomas psicóticos pode variar consideravelmente com a substância. Por exemplo, fumar uma alta dose de cocaína pode produzir psicose em poucos minutos, enquanto dias ou semanas de altas doses de álcool ou uso de sedativos podem ser necessários para produzir psicose. O transtorno psicótico induzido pelo álcool, com alucinações, geralmente ocorre apenas após a ingestão prolongada e pesada de álcool em indivíduos que têm transtorno por uso de álcool moderado a grave, e as alucinações são geralmente de natureza auditiva.

Os transtornos psicóticos induzidos por substâncias do tipo anfetamina e cocaína compartilham características clínicas semelhantes. Delírios persecutórios podem se desenvolver rapidamente logo após o uso de anfetaminas ou de um simpaticomimético de ação semelhante. A alucinação de insetos ou vermes rastejando dentro ou sob a pele (formicação) pode levar a arranhões e extensas escoriações da pele. O transtorno psicótico induzido pela cannabis pode se desenvolver logo após o uso de altas doses de cannabis e geralmente envolve delírios persecutórios, ansiedade acentuada, labilidade emocional e despersonalização. O distúrbio geralmente remite dentro de um dia, mas em alguns casos pode persistir por mais tempo.

O transtorno psicótico induzido por substância/medicamento pode, às vezes, persistir quando o agente agressor é removido, de modo que pode ser difícil inicialmente distingui-lo de um transtorno psicótico independente. Agentes como substâncias do tipo anfetamina, fenciclidina e cocaína foram relatados para evocar estados psicóticos temporários que às vezes podem persistir por semanas ou mais, apesar da remoção do agente e do tratamento com medicação neuroléptica. Na vida adulta, a polifarmácia para condições médicas e a exposição a medicamentos para parkinsonismo, doenças cardiovasculares e outros distúrbios médicos podem estar associadas a uma maior probabilidade de psicose induzida por medicamentos prescritos em oposição a substâncias de abuso.

De acordo com dados de um estudo de registro dinamarquês que acompanhou casos de psicose induzida por substância longitudinalmente ao longo de 20 anos, cerca de um terço (32%) dos indivíduos com psicose induzida por substância são posteriormente diagnosticados com transtorno do espectro da esquizofrenia (26%) ou transtorno bipolar transtorno psicótico (8%), com a taxa mais alta (44%) para transtorno psicótico induzido por cannabis.

130

Marcadores de diagnóstico

Com substâncias para as quais estão disponíveis níveis sanguíneos relevantes (por exemplo, nível de álcool no sangue, outros níveis quantificáveis no sangue, como digoxina), a presença de um nível consistente com toxicidade pode aumentar a certeza do diagnóstico.

Consequências Funcionais de Psicótico Induzido por Substância/Medicação Transtorno

O transtorno psicótico induzido por substância/medicamento é tipicamente gravemente incapacitante e, consequentemente, é observado com mais frequência em departamentos de emergência, pois os indivíduos são frequentemente levados ao ambiente de cuidados agudos quando ocorre. No entanto, a deficiência é tipicamente autolimitada e resolve-se com a remoção do agente ofensor.

Diagnóstico diferencial

Intoxicação por substância ou abstinência de substância.

Indivíduos intoxicados com estimulantes, cannabis, o opioide meperidina ou fenciclidina, ou aqueles que se abstêm de álcool ou sedativos, podem experimentar percepções alteradas que reconhecem como efeitos de drogas. Se o teste de realidade para essas experiências permanecer intacto (ou seja, o indivíduo reconhece que a percepção é induzida pela substância e não acredita nela nem age nela), o diagnóstico não é transtorno psicótico induzido por substância/medicamento. Em vez disso, é diagnosticada intoxicação por substância ou abstinência de substância, com distúrbios de percepção (por exemplo, intoxicação por cocaína, com distúrbios de percepção). Alucinações de "flashback" que podem ocorrer muito tempo após a interrupção do uso de alucinógenos são diagnosticadas como transtorno de percepção persistente por alucinógenos. Se os sintomas psicóticos induzidos por substância/medicamento ocorrerem exclusivamente durante o curso de um delirium, como em formas graves de abstinência de álcool, os sintomas psicóticos são considerados uma característica associada ao delirium e não são diagnosticados separadamente. Delírios no contexto de um transtorno neurocognitivo maior ou leve seriam diagnosticados como transtorno neurocognitivo maior ou leve, com distúrbio comportamental.

Transtorno psicótico independente.

Um transtorno psicótico induzido por substância/medicamento é diferenciado de um transtorno psicótico independente, como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno delirante, transtorno psicótico breve, outro espectro de esquizofrenia especificado e outro transtorno psicótico, ou espectro de esquizofrenia não especificado e outro transtorno psicótico, pela fato de que uma substância é considerada etiologicamente relacionada aos sintomas.

Transtorno psicótico devido a outra condição médica.

Um transtorno psicótico induzido por substância/medicamento devido a um tratamento prescrito para um transtorno mental ou condição médica deve ter seu início enquanto o indivíduo está recebendo a medicação (ou durante a abstinência, se houver uma síndrome de abstinência associada à medicação). Como os indivíduos com condições médicas geralmente tomam medicamentos para essas condições, o clínico deve considerar a possibilidade de que os sintomas psicóticos sejam causados pelas consequências fisiológicas da própria condição médica e não pela medicação, caso em que o transtorno psicótico devido a outra condição médica é diagnosticado. A história muitas vezes fornece a base primária para tal julgamento. Às vezes, uma mudança no tratamento para a condição médica (por exemplo, substituição ou descontinuação do medicamento) pode ser necessária para determinar empiricamente para aquele indivíduo se o medicamento é o agente causador. Se o médico tiver verificado que a perturbação é atribuível tanto a uma condição médica quanto ao uso de substância/medicamento, ambos os diagnósticos (isto é, transtorno psicótico devido a outra condição médica e transtorno psicótico induzido por substância/medicamento) podem ser fornecidos.

Outro espectro de esquizofrenia especificado ou não especificado e outro transtorno psicótico.

os sintomas psicóticos incluídos no diagnóstico de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento são limitados a delírios ou alucinações. Indivíduos com outros

sintomas psicóticos induzidos por substância (por exemplo, comportamento desorganizado ou catatônico; discurso desorganizado; incoerência ou conteúdo irracional) devem ser classificados na categoria outro espectro de esquizofrenia especificado ou não especificado e outro transtorno psicótico.

Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica

Critério de diagnóstico

- A. Alucinações ou delírios proeminentes.
- B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o distúrbio é a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
- C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental.
- D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírio.
- E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Especifique se:

Codifique com base no sintoma predominante:

F06.2 Com delírios: Se os delírios são o sintoma predominante.

F06.0 Com alucinações: Se as alucinações são o sintoma predominante.

Nota de codificação: Incluir o nome da outra condição médica no nome do transtorno mental (por exemplo, transtorno psicótico F06.2 devido a neoplasia pulmonar maligna, com delírios). A outra condição médica deve ser codificada e listada separadamente imediatamente antes do transtorno psicótico devido à condição médica (por exemplo, C34.90 neoplasia pulmonar maligna; F06.2 transtorno psicótico devido a neoplasia pulmonar maligna, com delírios).

Especifique a gravidade atual:

A gravidade é classificada por uma avaliação quantitativa dos sintomas primários da psicose, incluindo delírios, alucinações, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um desses sintomas pode ser classificado por sua gravidade atual (mais grave nos últimos 7 dias) em uma escala de 5 pontos que varia de 0 (ausente) a 4 (presente e grave). (Veja Dimensões da Gravidade dos Sintomas de Psicose Classificadas pelo Médico no capítulo “Medidas de Avaliação”).

Nota: O diagnóstico de transtorno psicótico devido a outra condição médica pode ser feito sem o uso deste especificador de gravidade.

Especificadores

Além das áreas de domínio de sintomas identificadas nos critérios diagnósticos, a avaliação dos domínios de sintomas de cognição, depressão e mania é vital para fazer distinções criticamente importantes entre os vários espectros da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

Características

Diagnósticas As características essenciais do transtorno psicótico devido a outra condição médica são delírios ou alucinações proeminentes que são considerados atribuíveis aos efeitos fisiológicos de outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. resposta mediada a uma condição médica grave, caso em que um diagnóstico de transtorno psicótico breve, com estressor acentuado, seria ap-

132

As alucinações podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial (isto é, visual, olfativa, gustativa, tático ou auditiva), mas certos fatores etiológicos provavelmente evocam fenômenos alucinatórios específicos. Alucinações olfativas são sugestivas de epilepsia do lobo temporal, por exemplo. As alucinações podem variar de simples e informes a altamente complexas e organizadas, dependendo de fatores etiológicos e ambientais. O transtorno psicótico devido a outra condição médica geralmente não é diagnosticado se o indivíduo mantém testes de realidade para as alucinações e aprecia que elas resultam da condição médica. Os delírios podem ter uma variedade de temas, incluindo somáticos, grandiosos, religiosos e, mais comumente, persecutórios. No geral, no entanto, as associações entre delírios e condições médicas particulares parecem ser menos específicas do que no caso das alucinações.

Embora não existam diretrizes infalíveis para determinar se o distúrbio psicótico é etiologicamente atribuível a outra condição médica, três considerações podem fornecer algumas orientações: plausibilidade biológica, temporalidade e tipicidade. Primeiro, a presença de uma condição médica que tem o potencial de causar sintomas psicóticos por meio de um mecanismo fisiológico putativo (por exemplo, infecção grave e generalizada; porfiria; lúpus; epilepsia do lobo temporal) deve ser identificada (plausibilidade biológica). A segunda consideração é se existe uma associação temporal entre o início, exacerbação ou remissão da condição médica e a do distúrbio psicótico (temporalidade). A terceira consideração a favor de uma etiologia médica dos sintomas psicóticos é a presença de características que seriam atípicas para um transtorno psicótico independente (por exemplo, idade atípica de início, presença de alucinações visuais ou olfativas) (tipicidade). Finalmente, as causas dos sintomas psicóticos que não sejam os efeitos fisiológicos de uma condição médica precisam ser consideradas e descartadas (por exemplo, transtorno psicótico induzido por substância/medicamento, sintomas psicóticos ocorrendo como efeitos colaterais do tratamento da condição médica).

A associação temporal do início ou exacerbação da condição médica oferece a maior certeza diagnóstica de que os delírios ou alucinações são atribuíveis a uma condição médica. Fatores adicionais podem incluir tratamentos concomitantes para a condição médica subjacente que conferem risco de psicose de forma independente, como tratamento com esteroides para distúrbios autoimunes.

O diagnóstico de transtorno psicótico devido a outra condição médica depende da condição clínica de cada indivíduo, e os testes diagnósticos variam de acordo com essa condição. Uma grande variedade de condições médicas pode causar sintomas psicóticos. Estes incluem condições neurológicas (por exemplo, neoplasias, doença cerebrovascular, doença de Huntington, doença de Parkinson, esclerose múltipla, epilepsia, lesão ou deficiência auditiva ou visual, surdez, enxaqueca, infecções do sistema nervoso central), doenças endócrinas (por exemplo, hiper e hipotireoidismo ,

hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipoadrenocorticismo), condições metabólicas (p. eritematoso, encefalite autoimune do receptor de N-metil-D-aspartato [NMDA]). Os achados associados ao exame físico, achados laboratoriais e padrões de prevalência ou início refletem a condição médica etiológica.

Prevalência

As taxas de prevalência de transtorno psicótico devido a outra condição médica são difíceis de estimar, dada a grande variedade de etiologias médicas subjacentes. Estima-se que a prevalência ao longo da vida varie de 0,21% a 0,54% em estudos na Suécia e na Finlândia. Quando os achados de prevalência são estratificados por faixa etária, os indivíduos com mais de 65 anos apresentam uma prevalência significativamente maior de 0,74% em comparação com aqueles em faixas etárias mais jovens na Finlândia. As taxas de psicose também variam de acordo com a condição médica subjacente; as condições mais comumente associadas à psicose incluem distúrbios endócrinos e metabólicos não tratados, distúrbios autoimunes (por exemplo, lúpus eritematoso sistêmico, encefalite autoimune do receptor NMDA) ou epilepsia do lobo temporal. Psicose atribuível à epilepsia

133

foi ainda diferenciado em psicose ictal, pós-ictal e interictal. A mais comum delas é a psicose pós-ictal, observada em 2% a 7,8% dos indivíduos com epilepsia. Entre os indivíduos mais velhos, pode haver uma prevalência maior do transtorno em mulheres, embora características adicionais relacionadas ao sexo ou ao gênero não sejam claras e variem consideravelmente com as distribuições de sexo e gênero das condições médicas subjacentes. Estima-se que 60% dos idosos com psicose de início recente tenham uma etiologia médica para seus sintomas psicóticos.

Desenvolvimento e Curso O

transtorno psicótico devido a outra condição médica pode ser um único estado transitório ou pode ser recorrente, alternando com exacerbações e remissões da condição médica subjacente. Embora o tratamento da condição médica subjacente muitas vezes resulte na resolução da psicose, isso nem sempre é o caso, e os sintomas psicóticos podem persistir por muito tempo após o evento médico (por exemplo, transtorno psicótico devido a lesão cerebral focal). No contexto de condições crônicas, como esclerose múltipla ou psicose interictal crônica da epilepsia, a psicose pode assumir um curso de longo prazo.

A expressão do transtorno psicótico devido a outra condição médica não difere substancialmente na fenomenologia, dependendo da idade de ocorrência. No entanto, grupos etários mais velhos têm uma prevalência mais alta do distúrbio, o que provavelmente se deve ao aumento da carga médica associada à idade avançada e aos efeitos cumulativos de exposições deletérias e processos relacionados à idade (por exemplo, aterosclerose). É provável que a natureza das condições médicas subjacentes mude ao longo da vida, com grupos etários mais jovens mais afetados por epilepsia, traumatismo craniano, doenças autoimunes e neoplásicas do início à meia-idade e grupos etários mais velhos mais afetados por uma doença neurodegenerativa (por exemplo, Alzheimer), acidente vascular cerebral, eventos anóxicos e comorbidades de múltiplos sistemas. Fatores subjacentes com o aumento da idade, como deficiência cognitiva preexistente, bem como deficiências de visão e audição, podem incorrer em maior risco de

psicose, possivelmente servindo para diminuir o limiar para experimentar a psicose.

Fatores de risco e prognóstico

Modificadores de curso. A identificação e o tratamento da condição médica subjacente têm o maior impacto no curso, embora lesões preexistentes do sistema nervoso central possam conferir um pior desfecho do curso (por exemplo, traumatismo craniano, doença cerebrovascular).

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

O risco de suicídio no contexto de transtorno psicótico devido a outra condição médica não está claramente delineado, embora certas condições, como epilepsia e esclerose múltipla, estejam associadas a taxas aumentadas de suicídio, que podem ser ainda maiores na presença de psicose.

Consequências Funcionais do Transtorno Psicótico Devido a Outro Condição médica

A incapacidade funcional é tipicamente grave no contexto de transtorno psicótico devido a outra condição médica, mas variará consideravelmente de acordo com o tipo de condição e provavelmente melhorará com a resolução bem-sucedida da condição.

Diagnóstico Diferencial

Delirium e transtorno neurocognitivo maior ou leve

Alucinações e delírios geralmente ocorrem no contexto de um delírio; um diagnóstico separado de transtorno psicótico devido a

134

outra condição médica não é dada se os delírios e/ou alucinações ocorrerem exclusivamente durante o curso de um delirium. Por outro lado, um diagnóstico de transtorno psicótico devido a outra condição médica pode ser dado em adição a um diagnóstico de transtorno neurocognitivo maior ou leve se os delírios ou alucinações forem considerados uma consequência fisiológica do processo patológico que causa o transtorno neurocognitivo. ex., transtorno psicótico devido à doença do corpo de Lewy, com delírios).

Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento. Se houver evidência de uso recente ou prolongado da substância (incluindo medicamentos com efeitos psicoativos), abstinência de uma substância ou medicamento que pode causar sintomas psicóticos na abstinência ou exposição a uma toxina (por exemplo, intoxicação por LSD [dietilamina do ácido lisérgico], abstinência alcoólica), um transtorno psicótico induzido por substância/medicamento deve ser considerado. Os sintomas que ocorrem durante ou logo após (ou seja, dentro de 4 semanas) da intoxicação ou abstinência da substância ou após o uso da medicação podem ser especialmente indicativos de um transtorno psicótico induzido por substância, dependendo do caráter, duração ou quantidade da substância usada. Se o clínico tiver verificado que a perturbação se deve tanto a uma condição médica quanto ao uso de substância, ambos os diagnósticos (isto é, transtorno psicótico devido a outra condição médica e transtorno psicótico induzido por substância/medicamento) podem ser dados.

Transtorno psicótico. O transtorno psicótico devido a outra condição médica deve ser diferenciado de um transtorno psicótico que não é devido a outra condição médica (por exemplo, esquizofrenia, transtorno delirante, transtorno esquizoafetivo) ou transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar, com características psicóticas. Nos transtornos psicóticos e nos transtornos depressivos ou bipolares, com

características, nenhum mecanismo fisiológico causal específico e direto associado a uma condição médica pode ser demonstrado. A idade tardia de início e a ausência de 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 outra condição médica. Alucinações auditivas que envolvem vozes falando frases complexas são mais características de esquizofrenia do que de transtorno psicótico devido a uma condição médica. Embora certos sintomas sugiram uma etiologia médica ou tóxica (p. Alucinações visuais não são incomuns na esquizofrenia ou transtorno bipolar, e alucinações olfativas (por exemplo, cheiros desagradáveis) também são consistentes com o diagnóstico de esquizofrenia. Assim, os clínicos não devem dar peso indevido a qualquer alucinação em particular ao decidir entre uma causa psiquiátrica e uma causa médica para a psicopatologia.

Comorbidade

Transtorno psicótico devido a outra condição médica em indivíduos com mais de 80 anos está associado a transtorno neurocognitivo maior concomitante (demência). A doença de Alzheimer é comumente acompanhada de psicose, e a psicose é uma característica definidora na doença de corpos de Lewy.

Catatonia

A catatonia pode ocorrer no contexto de vários distúrbios, incluindo distúrbios do desenvolvimento neurológico, psicóticos, bipolares e depressivos e outras condições médicas (por exemplo, deficiência de folato cerebral, distúrbios autoimunes e paraneoplásicos raros). O manual não trata a catatonia como uma classe independente, mas reconhece a) catatonia associada a outra

135

transtorno mental (isto é, transtorno do neurodesenvolvimento, transtorno psicótico, transtorno bipolar, transtorno depressivo ou outro transtorno mental), b) transtorno catatônico devido a outra condição médica ec) catatonia não especificada.

A catatonia é definida pela presença de 3 ou mais das 12 características psicomotoras nos critérios diagnósticos para catatonia associada a outro transtorno mental e transtorno catatônico devido a outra condição médica. A característica essencial da catatonia é um distúrbio psicomotor acentuado que pode envolver diminuição da atividade motora, diminuição do envolvimento durante a entrevista ou exame físico ou atividade motora excessiva e peculiar. A apresentação clínica da catatonia pode ser intrigante, pois a perturbação psicomotora pode variar de uma ausência de resposta acentuada a uma agitação acentuada. A imobilidade motora pode ser grave (estupor) ou moderada (catalepsia e flexibilidade cerosa). Da mesma forma, a diminuição do engajamento pode ser grave (mutismo) ou moderada (negativismo). Comportamentos motores excessivos e peculiares podem ser complexos (por exemplo, estereotipia) ou simples (agitação) e podem incluir ecolalia e ecopraxia. Em casos extremos, o mesmo indivíduo pode aumentar e diminuir entre atividade motora diminuída e excessiva. As características clínicas aparentemente opostas, as manifestações variáveis do diagnóstico e a ênfase excessiva no ensino de sinais raros e graves, como a flexibilidade cerosa, contribuem para a falta de consciência e

diminuição do reconhecimento da catatonia. Durante estágios graves de catatonia, o indivíduo pode precisar de supervisão cuidadosa para evitar automutilação ou prejudicar outras pessoas. Existem riscos potenciais de desnutrição, exaustão, tromboembolismo, úlceras de pressão, contrações musculares, hiperpirexia e lesão autoinfligida.

Catatonia associada a outro transtorno mental

(Especificador de Catatonia)

F06.1

- A. O quadro clínico é dominado por três (ou mais) dos seguintes sintomas: 1. Estupor (isto é, sem atividade psicomotora; sem relação ativa com o ambiente).
 2. Catalepsia (isto é, indução passiva de uma postura mantida contra a gravidade).
 3. Flexibilidade cerosa (isto é, resistência leve e uniforme ao posicionamento pelo examinador).
 4. Mutismo (ou seja, nenhuma ou muito pouca resposta verbal [excluir se afasia conhecida]).
 5. Negativismo (ou seja, oposição ou não resposta a instruções ou estímulos externos).
 6. Postura (ou seja, manutenção espontânea e ativa de uma postura contra gravidade).
 7. Maneirismo (ou seja, caricatura estranha e circunstancial de ações normais).
 8. Estereotipia (ou seja, repetitivo, anormalmente frequente, não direcionado a objetivos movimentos).
 9. Agitação, não influenciada por estímulos externos.
 10. Fazendo caretas.
 11. Ecolalia (ou seja, imitar a fala de outra pessoa).
 12. Ecopraxia (isto é, imitar os movimentos de outra pessoa).

Nota de codificação: Indique o nome do transtorno mental associado ao registrar o nome da condição (ou seja, F06.1 catatonia associada ao transtorno depressivo maior). Codifique primeiro o transtorno mental associado (p. 1 catatonia associada a transtorno esquizoafetivo).

Características Diagnósticas

A catatonia associada a outro transtorno mental (especificador de catatonia) pode ser usada quando os critérios para catatonia são atendidos durante o curso de um transtorno do neurodesenvolvimento, psicótico, bipolar, depressivo ou outro transtorno mental. O especificador de catatonia é apropriado quando o quadro clínico é caracterizado por distúrbio psicomotor acentuado e envolve pelo menos três dos 12 diagnósticos.

características listadas no Critério A. A catatonia geralmente é diagnosticada em um ambiente de internação e ocorre em até 35% dos indivíduos com esquizofrenia, mas a maioria dos casos de catatonia envolve indivíduos com transtornos depressivos ou bipolares. A meta-análise de amostras clínicas indicou que aproximadamente 9% dos pacientes apresentavam catatonia. Antes que o especificador de catatonia seja usado em transtornos do neurodesenvolvimento, psicóticos, bipolares, depressivos ou outros transtornos mentais, uma ampla variedade de outras condições médicas precisa ser descartada; essas condições incluem, mas não estão limitadas a, condições médicas decorrentes de condições infecciosas, metabólicas ou neurológicas (consulte “Transtorno Catatônico Devido a Outra Condição Médica”). A catatonia também pode ser um efeito colateral de um medicamento (consulte o capítulo “Distúrbios do movimento induzidos por medicamentos e outros efeitos adversos de medicamentos”). Devido à gravidade das complicações, atenção especial deve ser dada à possibilidade de que a catatonia seja atribuível à síndrome neuroléptica maligna G21.0.

Problemas de diagnóstico relacionados à cultura

A associação entre catatonia e transtornos do humor foi encontrada em uma ampla gama de culturas. contextos.

Desordem Catatônica Devido a Outra Condição Médica

Critério de diagnóstico	F06.1
<p>A. O quadro clínico é dominado por três (ou mais) dos seguintes sintomas: 1. Estupor (isto é, sem atividade psicomotora; sem relação ativa com o ambiente).</p> <p>2. Catalepsia (isto é, indução passiva de uma postura mantida contra a gravidade).</p> <p>3. Flexibilidade cerosa (isto é, resistência leve e uniforme ao posicionamento pelo examinador).</p> <p>4. Mutismo (ou seja, nenhuma ou muito pouca resposta verbal [Nota: não aplicável se houver uma afasia estabelecida]).</p> <p>5. Negativismo (ou seja, oposição ou não resposta a instruções ou estímulos externos).</p> <p>6. Postura (ou seja, manutenção espontânea e ativa de uma postura contra a gravidade).</p> <p>7. Maneirismo (ou seja, caricatura estranha e circunstancial de ações normais).</p> <p>8. Estereotipia (ou seja, repetitivo, anormalmente frequente, não direcionado a objetivos movimentos).</p> <p>9. Agitação, não influenciada por estímulos externos.</p> <p>10. Fazendo caretas.</p> <p>11. Ecolalia (ou seja, imitar a fala de outra pessoa).</p> <p>12. Ecopraxia (isto é, imitar os movimentos de outra pessoa).</p> <p>B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o distúrbio é a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.</p>	

- C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (p. episódio).
- D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírio.

137

- E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Nota de codificação: Incluir o nome da condição médica no nome do transtorno mental (por exemplo, transtorno catatônico F06.1 devido a encefalopatia hepática). A outra condição médica deve ser codificada e listada separadamente imediatamente antes do distúrbio catatônico devido à condição médica (por exemplo, K72.90 encefalopatia hepática; F06.1 distúrbio catatônico devido a encefalopatia hepática).

Características

diagnósticas A característica essencial do transtorno catatônico devido a outra condição médica é a presença de catatonía que se acredita ser atribuída aos efeitos fisiológicos de outra condição médica. A catatonía pode ser diagnosticada pela presença de pelo menos 3 das 12 características clínicas do Critério A. Deve haver evidência da história, exame físico ou achados laboratoriais de que a catatonía é atribuível a outra condição médica (Critério B). O diagnóstico não é dado se a catatonía for melhor explicada por outro transtorno mental (por exemplo, episódio maníaco) (Critério C) ou se ocorrer exclusivamente durante o curso de um delirium (Critério D).

Recursos associados

Uma variedade de condições médicas pode causar catatonía, especialmente condições neurológicas (p. Os achados associados ao exame físico, achados laboratoriais e padrões de prevalência e início refletem os da condição médica etiológica.

Diagnóstico Diferencial Um

diagnóstico separado de distúrbio catatônico devido a outra condição médica não é dado se a catatonía ocorrer exclusivamente durante o curso de um delirium ou síndrome neuroléptica maligna. No entanto, mesmo que um diagnóstico separado de catatonía não possa ser feito, pesquisas sugerem que os sintomas de catatonía ocorrem em uma proporção significativa de casos de delirium. Se o indivíduo estiver tomando medicação neuroléptica, deve-se considerar distúrbios do movimento induzidos por medicação (por exemplo, posicionamento anormal pode ser devido a distonia aguda induzida por neurolépticos) ou síndrome neuroléptica maligna (por exemplo, características catatônicas podem estar presentes, juntamente com sinais vitais associados e/ou anormalidades laboratoriais). Os sintomas catatônicos podem estar presentes em qualquer um dos cinco transtornos psicóticos a seguir: transtorno psicótico breve, transtorno esquizofreniforme, esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno psicótico induzido por substância/medicamento. Também pode estar presente em alguns dos transtornos do neurodesenvolvimento, em todos os transtornos bipolares e depressivos e em outros transtornos mentais.

Catatonia não especificada

Esta categoria se aplica a apresentações em que os sintomas característicos de catatonia causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento, mas a natureza do transtorno mental subjacente ou outra condição médica não é clara, critérios completos para catatonia não são atendidas, ou não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, em ambientes de pronto-socorro).

Nota de codificação: Codifique primeiro **R29.818** outros sintomas envolvendo os sistemas nervoso e musculoesquelético, seguido por **F06.1** catatonia não especificada.

138

Outros espectros de esquizofrenia especificados e outros Transtorno Psicótico

F28

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de um espectro de esquizofrenia e outro transtorno psicótico que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos no espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos classe diagnóstica. O outro espectro de esquizofrenia especificado e outra categoria de transtorno psicótico é usado em situações nas quais o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não atende aos critérios para qualquer espectro de esquizofrenia específico e outro transtorno psicótico. Isso é feito registrando “outro espectro de esquizofrenia especificado e outro transtorno psicótico” seguido pelo motivo específico (por exemplo, “alucinações auditivas persistentes”).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação “outra especificada” incluem o seguinte: 1. **Alucinações auditivas persistentes** que ocorrem na ausência de qualquer outra recursos.

2. **Delírios com episódios de humor sobrepostos significativos:** Isso inclui delírios persistentes com períodos de episódios de humor sobrepostos que estão presentes por uma porção substancial do distúrbio delirante (de modo que o critério que estipula apenas um distúrbio de humor breve no transtorno delirante não seja atendido).
3. **Síndrome de psicose atenuada:** Esta síndrome é caracterizada por sintomas psicóticos que estão abaixo de um limiar para psicose completa (por exemplo, os sintomas são menos graves e mais transitórios, e o insight é relativamente mantido).

4. Sintomas delirantes no contexto de relacionamento com um indivíduo com delírios proeminentes: No contexto de um relacionamento, o material delirante do indivíduo com transtorno psicótico fornece conteúdo para os mesmos delírios mantidos pela outra pessoa que pode não ter sintomas que preenchem os critérios para um transtorno psicótico.

Espectro de esquizofrenia não especificado e outros Transtorno Psicótico

F29

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de um espectro de esquizofrenia e outro transtorno psicótico que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos no espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos classe diagnóstica. A categoria de espectro de esquizofrenia não especificado e outro transtorno psicótico é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um espectro de esquizofrenia específico e outro transtorno psicótico e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer uma avaliação diagnóstico mais específico (por exemplo, em ambientes de emergência).

Transtornos Bipolares e Relacionados

Transtornos bipolares e relacionados são encontrados entre os capítulos sobre o espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos e transtornos depressivos no DSM-5-TR em reconhecimento de seu lugar como uma ponte entre essas duas classes diagnósticas em termos de sintomatologia, história familiar e genética. Os diagnósticos incluídos neste capítulo são transtorno bipolar I, transtorno bipolar II, transtorno ciclotímico, transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento, transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica, outro transtorno bipolar especificado e transtorno relacionado e transtorno bipolar não especificado e transtorno relacionado.

Os critérios de transtorno bipolar I representam a compreensão moderna do transtorno maníaco-depressivo clássico ou psicose afetiva descrita no século XIX, diferindo dessa descrição clássica apenas na medida em que nem a psicose nem a experiência de vida de um episódio depressivo maior são um requisito. No entanto, a grande maioria dos indivíduos cujos sintomas atendem aos critérios para um episódio maníaco totalmente sindrômico também experimenta episódios depressivos maiores durante o curso de suas vidas.

O transtorno bipolar II, que requer a experiência ao longo da vida de pelo menos um episódio depressivo maior e pelo menos um episódio hipomaníaco (mas sem história de mania), não é mais considerado uma condição menos grave do que o transtorno bipolar I, em grande parte devido à carga de depressão no transtorno bipolar II e porque a instabilidade do humor experimentada por indivíduos com transtorno bipolar II é frequentemente acompanhada de sérios prejuízos no trabalho e no funcionamento social.

O diagnóstico de transtorno ciclotímico é dado a adultos que experimentam pelo menos 2 anos (para crianças, um ano inteiro) de períodos hipomaníacos e depressivos sem nunca preencher os critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior.

Um grande número de substâncias de abuso, alguns medicamentos prescritos e várias condições médicas podem estar associados a fenômenos maníacos. Este fato é reconhecido nos diagnósticos de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento e transtorno bipolar e relacionado devido a outra condição médica.

O reconhecimento de que há indivíduos que experimentam fenômenos do tipo bipolar com sintomas que não atendem aos critérios para transtorno bipolar I, bipolar II ou transtorno ciclotímico é refletido na disponibilidade da outra categoria especificada de transtorno bipolar e transtorno relacionado. Critérios específicos para um transtorno envolvendo hipomania de curta duração são fornecidos na Seção III na esperança de encorajar um estudo mais aprofundado desta apresentação da sintomatologia do transtorno bipolar e sua curso.

Transtorno Bipolar I

Critério de diagnóstico

Para um diagnóstico de transtorno bipolar I, é necessário atender aos seguintes critérios para um episódio maníaco. O episódio maníaco pode ter sido precedido e pode ser seguido por episódios hipomaníacos ou depressivos maiores.

140

Episódio Maníaco

- A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia anormal e persistentemente aumentada, com duração de pelo menos 1 semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração se a hospitalização for necessária).
- B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor for apenas irritável) estão presentes em um grau significativo e representam uma mudança perceptível do comportamento habitual: 1. Inflação auto-estima ou grandiosidade.
- 2. Diminuição da necessidade de sono (por exemplo, sente-se descansado após apenas 3 horas de sono).
- 3. Mais falante do que o normal ou pressão para continuar falando.
- 4. Vôo de idéias ou experiência subjetiva que os pensamentos estão correndo.
- 5. Distração (ou seja, atenção muito facilmente atraída para coisas sem importância ou irrelevantes estímulos externos), conforme relatado ou observado.
- 6. Aumento na atividade direcionada a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora (ou seja, atividade sem objetivo não direcionada a objetivos).
- 7. Envolvimento excessivo em atividades com alto potencial de consequências dolorosas (por exemplo, envolvimento em compras desenfreadas, indiscrições sexuais ou investimentos comerciais tolos).
- C. A perturbação do humor é suficientemente grave para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou para necessitar de hospitalização para evitar danos a si mesmo ou a outros, ou há características psicóticas.
- D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento, outro tratamento) ou outra condição médica.

Nota: Um episódio maníaco completo que surge durante o tratamento antidepressivo (p.

Nota: Os critérios A–D constituem um episódio maníaco. Pelo menos um episódio maníaco ao longo da vida é necessário para o diagnóstico de transtorno bipolar I.

Episódio hipomaníaco

- A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia anormal e persistentemente aumentada, com duração de pelo menos 4 dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.

B. Durante o período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor for apenas irritável) persistiram, representam uma mudança perceptível do comportamento habitual e estiveram presentes a um significativo grau: 1. Auto-estima inflada ou grandiosidade.

2. Diminuição da necessidade de sono (por exemplo, sente-se descansado após apenas 3 horas de sono).
3. Mais falante do que o normal ou pressão para continuar falando.
4. Vôo de idéias ou experiência subjetiva que os pensamentos estão correndo.
5. Distração (ou seja, atenção muito facilmente atraída para coisas sem importância ou irrelevantes estímulos externos), conforme relatado ou observado.
6. Aumento da atividade direcionada a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora.
7. Envolvimento excessivo em atividades com alto potencial de consequências dolorosas (por exemplo, envolvimento em compras desenfreadas, indiscrições sexuais ou investimentos comerciais tolos).

141

C. O episódio está associado a uma mudança inequívoca no funcionamento que é atípico do indivíduo quando não sintomático.

D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outros.

E. O episódio não é grave o suficiente para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou para necessitar de hospitalização. Se houver características psicóticas, o episódio é, por definição, maníaco.

F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento, outro tratamento) ou outra condição médica.

Nota: Um episódio hipomaníaco completo que surge durante o tratamento antidepressivo (por exemplo, medicação, terapia eletroconvulsiva), mas persiste em um nível totalmente sindrômico além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico de episódio hipomaníaco. No entanto, recomenda-se cautela para que um ou dois sintomas (particularmente irritabilidade aumentada, nervosismo ou agitação após o uso de antidepressivos) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de um episódio hipomaníaco, nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.

Nota: Os critérios A–F constituem um episódio hipomaníaco. Episódios hipomaníacos são comuns no transtorno bipolar I, mas não são necessários para o diagnóstico de transtorno bipolar I.

Episódio Depressivo Maior A.

Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não inclua sintomas claramente atribuíveis a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou observação feita por outras pessoas (por exemplo, parece chorosa). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode haver humor irritável.)
 2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (como indicado por relato subjetivo ou observação).
 3. Perda de peso significativa quando não faz dieta ou ganho de peso (por exemplo, uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Observação:** em crianças, considere a falha em obter o ganho de peso esperado.)
 4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outros, não apenas sentimentos subjetivos de inquietação ou desaceleração).
 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não apenas autocensura ou culpa por estar doente).
 8. Capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (seja por conta subjetiva ou conforme observado por outros).
 9. Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.

Nota: Os critérios A–C constituem um episódio depressivo maior. Episódios depressivos maiores são comuns no transtorno bipolar I, mas não são necessários para o diagnóstico de transtorno bipolar I.

Nota: As respostas a uma perda significativa (p. no Critério A, que pode se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser compreensíveis ou considerados adequados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Esta decisão exige inevitavelmente

o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e na cultura normas para a expressão do sofrimento no contexto da perda.¹

Transtorno Bipolar I

- A. Os critérios foram atendidos para pelo menos um episódio maníaco (Critérios A–D sob “Episódio Maníaco” acima).
- B. Pelo menos um episódio maníaco não é melhor explicado pelo transtorno esquizoafetivo e não se sobrepõe à esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou outro espectro de esquizofrenia especificado ou não especificado e outros transtornos psicóticos.

Procedimentos de codificação e gravação

O código diagnóstico para transtorno bipolar I é baseado no tipo de doença atual ou mais recente. episódio e seu status em relação à gravidade atual, presença de características e status de remissão. A gravidade atual e as características psicóticas são apenas indicado se todos os critérios forem preenchidos atualmente para um episódio maníaco ou depressivo maior. Os especificadores de remissão são indicados apenas se os critérios completos não forem atendidos atualmente para um episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior. Os códigos são os seguintes:

Transtorno bipolar I	Atual ou a maioria recente	Atual ou mais recente	Atual ou a maioria recente	Atual ou mais recente
	episódio maníaco	episódio hipomaníaco*	episódio depressivo	episódio não especificado**
Leve (pág. 175)	F31.11	N / D	F31.31	N / D
Moderado (pág. 175)	F31.12	N / D	F31.32	N / D
Grave (pág. 175)	F31.13	N / D	F31.4	N / D
143	F31.2	N / D	F31.5	N / D
Com características psicóticas*** (p. 173)				
Em remissão parcial (p. 175)	F31.73	F31.71	F31.75	N / D
Em remissão total (pág. 175)	F31.74	F31.72	F31.76	N / D
Não especificado	F31.9	F31.9	F31.9	N / D

*Os especificadores de gravidade e psicótico não se aplicam; código F31.0 para casos que não estão em remissão.

**Os especificadores de gravidade, psicótico e de remissão não se aplicam. Código F31.9.

***Se características psicóticas estiverem presentes, codifique o especificador “com características psicóticas”, independentemente da gravidade do episódio.

Ao registrar o nome de um diagnóstico, os termos devem ser listados na seguinte ordem: transtorno bipolar I, tipo de episódio atual (ou episódio mais recente se bipolar I transtorno está em remissão parcial ou total), especificadores de gravidade/psicótico/remissão, seguido por tantos dos seguintes especificadores sem códigos que se apliquem ao episódio atual (ou o episódio mais recente se o transtorno bipolar I estiver em fase parcial ou total remissão). **Nota:** Os especificadores “com ciclagem rápida” e “com padrão sazonal” descrever o padrão dos episódios de humor.

Especifique

se: **Com angústia ansiosa** (pp. 169–170)

Com recursos mistos (pp. 170–171)

Com ciclo rápido (pág. 171)

Com traços melancólicos (pp. 171–172)

Com características atípicas (págs. 172–173)

Com características psicóticas congruentes com o humor (p. 173; *aplica-se a episódio maníaco e/ou episódio depressivo maior*)

Com características psicóticas incongruentes com o humor (p. 173; *aplica-se a episódio maníaco e/ou episódio depressivo maior*)

Com catatonia (p. 173). **Nota de codificação:** Use o código adicional F06.1.

Com início periparto (pp. 173-174)

Com padrão sazonal (págs. 174–175)

Características Diagnósticas

O transtorno bipolar I é caracterizado por um curso clínico de episódios de humor recorrentes (maníacos, depressivos e hipomaníacos), mas a ocorrência de pelo menos um episódio maníaco é necessária para o diagnóstico de transtorno bipolar I. A característica essencial de um episódio maníaco é um período distinto durante o qual há um humor anormal, persistentemente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia persistentemente aumentada que está presente na maior parte do dia, quase todos os dias, por um período de pelo pelo menos 1 semana (ou qualquer duração se a hospitalização for necessária), acompanhada de pelo menos três sintomas adicionais do Critério B. Se o humor for irritável em vez de elevado ou expansivo, pelo menos quatro sintomas do Critério B devem estar presentes.

O humor em um episódio maníaco é frequentemente descrito como eufórico, excessivamente alegre, alto ou “sentindo-se no topo do mundo”. Em alguns casos, o humor é de uma qualidade tão altamente contagiosa que é facilmente reconhecido como excessivo e pode ser caracterizado por

144

entusiasmo aleatório por interações interpessoais, sexuais ou ocupacionais. Por exemplo, o indivíduo pode espontaneamente iniciar conversas extensas com estranhos em público. Muitas vezes, o humor predominante é irritável em vez de elevado, particularmente quando os desejos do indivíduo são negados ou se o indivíduo estiver usando substâncias. Podem ocorrer rápidas mudanças de humor em breves períodos de tempo, que são chamadas de labilidade (ou seja, a alternância entre euforia, disforia e irritabilidade). Nas crianças, a felicidade, a tolice e a “pateta” são normais em muitos contextos sociais; entretanto, se esses sintomas forem recorrentes, inadequados ao contexto e além do esperado para o nível de desenvolvimento da criança, eles podem atender ao requisito de humor do Critério A de humor anormalmente elevado. Para que a felicidade ou tolice de uma criança satisfaça o Critério A, ela deve ser distintamente aumentada a partir da linha de base da criança e acompanhada por um aumento persistente de atividade ou níveis de energia que, para aqueles que conhecem bem a criança, são claramente incomuns para essa criança. Para que os sintomas de uma criança atendam aos critérios para um episódio maníaco, os s

também deve atender ao Critério B para mania e também deve representar uma mudança em relação à linha de base usual da criança.

Durante o episódio maníaco, o indivíduo pode se envolver em vários novos projetos sobrepostos. Os projetos muitas vezes são iniciados com pouco conhecimento do tema, e nada parece fora do alcance do indivíduo. O aumento dos níveis de atividade ou energia pode se manifestar em horas incomuns do dia, como durante a fase normal do sono do indivíduo.

A autoestima inflada está tipicamente presente, variando de autoconfiança acrítica a grandiosidade acentuada, podendo atingir proporções delirantes (Critério B1). Apesar da falta de qualquer experiência ou talento particular, o indivíduo pode embarcar em tarefas complexas, como escrever um romance ou buscar publicidade para alguma invenção impraticável. Delírios grandiosos (por exemplo, de ter um relacionamento especial com uma pessoa famosa) são comuns. Nas crianças, a superestimação das habilidades e a crença de que, por exemplo, são as melhores em um esporte ou as mais inteligentes da classe é normal; no entanto, quando tais crenças estão presentes apesar de evidências claras em contrário ou a criança tenta façanhas que são claramente perigosas e, mais importante, representam uma mudança do comportamento normal da criança, o critério de grandiosidade deve ser considerado satisfeito.

Uma das características mais comuns é a diminuição da necessidade de sono (Critério B2), que é distinta da insônia (durante a qual o indivíduo quer dormir ou sente a necessidade de dormir, mas não consegue). O indivíduo pode dormir pouco, se é que dorme, ou pode acordar várias horas mais cedo do que o habitual, sentindo-se descansado e cheio de energia. Quando o distúrbio do sono é grave, o indivíduo pode passar dias sem dormir, mas não se sentir cansado. Muitas vezes, a diminuição da necessidade de sono anuncia o início de um episódio maníaco.

A fala pode ser rápida, pressionada, alta e difícil de interromper (Critério B3). Os indivíduos podem falar continuamente e sem levar em conta os desejos dos outros de se comunicar, muitas vezes de forma intrusiva ou sem preocupação com a relevância do que é dito. A fala às vezes é caracterizada por piadas, trocadilhos, irrelevâncias divertidas e teatralidade, com maneirismos dramáticos, cantos e gestos excessivos. A sonoridade e a força da fala muitas vezes se tornam mais importantes do que o que é transmitido. Se o humor do indivíduo for mais irritável do que expansivo, a fala pode ser marcada por reclamações, comentários hostis ou tiradas raivosas, principalmente se forem feitas tentativas de interromper o indivíduo. Os sintomas do Critério A e do Critério B podem ser acompanhados por sintomas do pólo oposto (isto é, depressivo) (ver especificador “com características mistas”, pp. 170-171).

Frequentemente, os pensamentos do indivíduo correm mais rápido do que pode ser expresso pela fala (Critério B4). Frequentemente há fuga de ideias evidenciada por um fluxo quase contínuo de fala acelerada, com mudanças abruptas de um tópico para outro. Quando a fuga de ideias é grave, a fala pode se tornar desorganizada, incoerente e particularmente angustiante para o indivíduo.

Às vezes, os pensamentos são experimentados como tão cheios que é muito difícil falar.

A distração (Critério B5) é evidenciada pela incapacidade de censurar estímulos externos imateriais (p.

Atividades. O aumento do desejo sexual, fantasias e comportamento estão frequentemente presentes. Indivíduos em um episódio maníaco geralmente mostram maior sociabilidade (por exemplo, renovando velhos conhecidos ou ligando ou contatando amigos ou mesmo estranhos), sem levar em conta a natureza intrusiva, dominadora e exigente dessas interações. Eles frequentemente também exibem agitação psicomotora ou inquietação (ou seja, atividade sem propósito) ao andar de um lado para o outro ou mantendo várias conversas simultaneamente. Algumas pessoas escrevem cartas, e-mails, mensagens de texto em excesso, e assim por diante, sobre muitos tópicos diferentes para amigos, figuras públicas ou a mídia.

O critério de atividade aumentada pode ser difícil de determinar em crianças; no entanto, quando a criança assume muitas tarefas simultaneamente, começa a elaborar planos elaborados e irrealistas para projetos, desenvolve preocupações sexuais anteriormente ausentes e inadequadas ao desenvolvimento (não explicadas por abuso sexual ou exposição a material sexualmente explícito), então o Critério B pode ser atendido com base no julgamento clínico. É essencial determinar se o comportamento representa uma mudança em relação ao comportamento inicial da criança; ocorre a maior parte do dia, quase todos os dias pelo período de tempo necessário; e ocorre em associação temporal com outros sintomas de mania.

O humor expansivo, o otimismo excessivo, a grandiosidade e o mau julgamento muitas vezes levam ao envolvimento imprudente em atividades como gastos excessivos, doações de bens, direção imprudente, investimentos tolos nos negócios e indiscrições sexuais que são incomuns para o indivíduo, mesmo que essas atividades sejam provavelmente terá consequências catastróficas (Critério B7). O indivíduo pode comprar muitos itens desnecessários sem o dinheiro para pagá-los e, em alguns casos, doá-los. Indiscrições sexuais podem incluir infidelidade ou encontros sexuais indiscriminados com estranhos, muitas vezes desconsiderando o risco de doenças sexualmente transmissíveis ou consequências interpessoais.

O episódio maníaco deve resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional (p. -comportamento lesivo). Por definição, a presença de características psicóticas durante um episódio maníaco também satisfaz o Critério C.

Sintomas ou síndromes maníacos que são atribuíveis aos efeitos fisiológicos diretos de uma droga de abuso (por exemplo, no contexto de intoxicação por cocaína ou anfetamina), aos efeitos colaterais de medicamentos ou tratamentos (por exemplo, esteróides, L-dopa, antidepressivos, estimulantes) , ou outra condição médica não contam para o diagnóstico de transtorno bipolar I. No entanto, um episódio maníaco totalmente sindrômico que surge durante o tratamento (p. terapia eletroconvulsiva teria se dissipado completamente) é evidência suficiente para um episódio maníaco que é considerado devido ao transtorno bipolar I (Critério D). Recomenda-se cautela para que um ou dois sintomas (particularmente irritabilidade aumentada, nervosismo ou agitação após o uso de antidepressivos) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de um episódio maníaco ou hipomaníaco, nem necessariamente uma indicação de uma diátese de transtorno bipolar. Embora não sejam essenciais para o diagnóstico de transtorno bipolar I, episódios hipomaníacos ou depressivos geralmente precedem ou seguem um episódio maníaco. Descrições completas das características diagnósticas de um episódio hipomaníaco podem ser encontradas no texto para transtorno bipolar II, e as características de um episódio depressivo maior são descritas no texto para transtorno depressivo maior.

Recursos associados

Durante um episódio maníaco, os indivíduos muitas vezes não percebem que estão doentes ou que precisam de tratamento e resistem veementemente aos esforços para serem tratados. Os indivíduos podem mudar seu vestido, maquiagem ou aparência pessoal para um estilo mais sexualmente sugestivo ou extravagante. Alguns percebem um olfato, audição ou visão mais aguçados. Jogos de azar e comportamentos anti-sociais

146

pode acompanhar o episódio maníaco. O humor pode mudar muito rapidamente para raiva ou depressão; alguns indivíduos podem tornar-se hostis e fisicamente ameaçadores para os outros e, quando delirantes, tornam-se fisicamente agressivos ou suicidas. Consequências graves de um episódio maníaco (por exemplo, hospitalização involuntária, dificuldades com a lei, sérias dificuldades financeiras) geralmente resultam de mau julgamento, perda de percepção e hiperatividade. Os sintomas depressivos ocorrem em cerca de 35% dos episódios maníacos (ver especificador “com características mistas”, p. 170), e as características mistas estão associadas a desfechos piores e aumento das tentativas de suicídio. O transtorno bipolar I também está associado a decréscimos significativos na qualidade de vida e no bem-estar.

Características semelhantes a traços associadas ao diagnóstico incluem temperamentos hipertímico, depressivo, ciclotímico, ansioso e irritável, distúrbios do sono e do ritmo circadiano, sensibilidade à recompensa e criatividade. Ter um parente de primeiro grau com transtorno bipolar aumenta o risco de diagnóstico em aproximadamente 10 vezes.

Prevalência

A prevalência de 12 meses de transtorno bipolar I do DSM-5 em uma amostra de adultos dos EUA representativa nacionalmente foi de 1,5% e não diferiu entre homens (1,6%) e mulheres (1,5%). Em comparação com brancos não hispânicos, a prevalência de transtorno bipolar I parece ser maior entre nativos americanos e menor entre afro-americanos, hispânicos e asiáticos/ilhas do Pacífico.

A prevalência de doze meses do transtorno bipolar I do DSM-IV em 11 países variou de 0,0% a 0,6% e foi maior em países de alta renda do que em países de baixa e média renda, exceto no Japão, onde a prevalência foi baixa (0,01%). A razão de prevalência ao longo da vida em homens para mulheres é de aproximadamente 1,1:1.

Desenvolvimento e Curso A

idade máxima de início do transtorno bipolar I em todos os estudos é entre 20 e 30 anos, mas o início ocorre ao longo do ciclo de vida. Nos Estados Unidos, a idade média de início do transtorno bipolar I do DSM-5 é de 22 anos e ligeiramente mais jovem para as mulheres (21,5 anos) do que para os homens (23,0 anos). Em uma comparação de seis sites internacionais, a idade média de início do transtorno bipolar I do DSM-IV-TR foi de 24,3 anos. Considerações especiais são necessárias para aplicar o diagnóstico em crianças. Como as crianças da mesma idade cronológica podem estar em diferentes estágios de desenvolvimento, é difícil definir com precisão o que é “normal” ou “esperado” em qualquer ponto. Portanto, cada criança deve ser julgada de acordo com sua própria linha de base para determinar se um determinado comportamento é “normal” ou evidência de um episódio maníaco. Embora a idade de início possa ocorrer por volta dos 60 ou 70 anos, o início dos sintomas maníacos (p. ingestão ou retirada.

Mais de 90% dos indivíduos que têm um único episódio maníaco passam a ter episódios recorrentes de humor. Aproximadamente 60% dos episódios maníacos ocorrem imediatamente antes de um episódio depressivo maior. Indivíduos com transtorno bipolar I que apresentam múltiplos (quatro ou mais) episódios de humor (depressivos maiores, maníacos ou hipomaníacos) ocorridos nos 12 meses anteriores recebem o especificador “com ciclagem rápida”, uma variante comum associada a desfechos piores. Cerca de metade dos indivíduos diagnosticados com transtorno bipolar exibem uma polaridade predominante (recaída tendendo a ser depressiva ou maníaca), com um estudo internacional de transtorno bipolar I encontrando 31,3% com mania predominante, 21,4% com depressão predominante e 47,3% sem predominância de polaridade .

O curso do transtorno bipolar I é altamente heterogêneo. Alguns padrões foram observados ao longo dos episódios (por exemplo, um episódio maníaco com características psicóticas pode estar associado a características psicóticas em episódios maníacos subsequentes). A polaridade do primeiro episódio tende a estar associada à polaridade predominante de episódios futuros e características clínicas (por exemplo, início depressivo está associado a maior densidade de episódios depressivos e comportamento suicida). o

147

a presença de características mistas em um episódio maníaco está associada a pior prognóstico, pior resposta ao lítio e comportamento suicida.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. A adversidade na infância (incluindo trauma emocional precoce, psicopatologia parental e conflito familiar) é um fator de risco conhecido para transtorno bipolar e parece predispor ao início precoce do transtorno bipolar. A adversidade na infância também está associada a pior prognóstico e pior quadro clínico que pode incluir comorbidades médicas ou psiquiátricas, suicídio e características psicóticas associadas. Mais proximalmente, o estresse de vida recente e outros eventos de vida negativos aumentam o risco de recaída depressiva em indivíduos diagnosticados com transtorno bipolar, enquanto a recaída maníaca parece estar especificamente ligada a eventos de vida de realização de metas (por exemplo, casar-se, concluir um curso). O uso de cannabis e outras substâncias está associado à exacerbção de sintomas maníacos entre indivíduos diagnosticados com transtorno bipolar, bem como ao primeiro aparecimento de sintomas maníacos na população em geral. Há algumas evidências de que o casamento é menos comum entre os indivíduos com transtorno bipolar do que na população em geral e que o diagnóstico de transtorno bipolar está associado a ser casado anteriormente em vez de casado atualmente.

Genética e fisiológica. Os processos genéticos afetam fortemente a predisposição ao transtorno bipolar, com estimativas de herdabilidade em torno de 90% em alguns estudos com gêmeos. O risco de transtorno bipolar na população geral é de cerca de 1%, enquanto o risco em um parente de primeiro grau é de 5% a 10%. No entanto, as taxas de concordância monozigótica são significativamente inferiores a 100% (40%-70%), indicando que muito risco é deixado inexplicável apenas pelos genes. O mecanismo de herdabilidade não é mendeliano e envolve múltiplos genes (ou mecanismos genéticos mais complexos) de pequeno efeito, interagindo entre si, com o ambiente e fatores aleatórios. Descobertas genéticas emergentes sugerem que a propensão à mania e à depressão são herdadas separadamente, e o transtorno bipolar compartilha uma origem genética com a esquizofrenia.

Questões diagnósticas relacionadas à cultura

Os sintomas do transtorno bipolar I tendem a ser consistentes em todos os contextos culturais, mas existe alguma variação na expressão e interpretação dos sintomas. Por exemplo, indivíduos de diferentes origens culturais com transtorno bipolar I, com características psicóticas, podem variar na prevalência de fuga de ideias ou tipos de delírios (por exemplo, grandiosos, persecutórios, sexuais, religiosos ou somáticos). Fatores culturais podem afetar a prevalência do transtorno. Por exemplo, países com valores culturais orientados à recompensa que dão importância à busca individual de recompensa têm uma prevalência relativamente maior de transtorno bipolar. Nos Estados Unidos, os indivíduos com transtorno bipolar tinham uma idade de início mais precoce do que os da Europa e eram mais propensos a ter um histórico familiar de transtorno psiquiátrico.

A cultura também influencia as práticas diagnósticas do clínico em relação ao transtorno bipolar. Em comparação com brancos não latinos nos Estados Unidos, os afro-americanos com transtorno bipolar I correm maior risco de serem diagnosticados erroneamente com esquizofrenia. As possíveis razões incluem o não reconhecimento dos sintomas de humor, mal-entendidos culturais e linguísticos entre os médicos e os indivíduos que se apresentam para o tratamento (por exemplo, interpretação errônea da desconfiança cultural como paranóia), sintomas psicóticos mais floridos na apresentação devido ao atraso no recebimento de serviços e diagnósticos baseados em períodos clínicos mais curtos. Assessments. Esses fatores podem resultar em diagnósticos discriminatórios de esquizofrenia, particularmente em afro-americanos com transtornos de humor que apresentam características psicóticas.

Problemas de diagnóstico relacionados a sexo e gênero

As mulheres podem ser mais propensas a experimentar ciclos rápidos e estados mistos e ter padrões de comorbidade que diferem dos homens, incluindo taxas mais altas de alimentação ao longo da vida

148

distúrbios. As mulheres com transtorno bipolar I ou II são mais propensas a apresentar sintomas depressivos do que os homens. Eles também têm um risco maior de transtorno por uso de álcool ao longo da vida do que os homens e uma probabilidade muito maior de transtorno por uso de álcool do que as mulheres na população em geral.

Algumas mulheres com transtorno bipolar experimentam exacerbção dos sintomas de humor durante o período pré-menstrual, e isso tem sido associado a um pior curso da doença. Muitas mulheres com transtorno bipolar também relatam distúrbios emocionais graves durante a perimenopausa, quando os níveis de estrogênio estão diminuindo. Não parece haver um risco aumentado de episódios de humor em mulheres grávidas com transtorno bipolar, exceto naquelas que descontinuam os medicamentos para a gravidez. Em contraste, há evidências fortes e consistentes de um risco aumentado de episódios de humor (tanto depressão quanto mania) em mulheres com transtorno bipolar I no período pós-parto.

O especificador “com início no periparto” deve ser usado para episódios de humor que começam durante a gravidez ou dentro de 4 semanas após o parto. A “psicose pós-parto” normalmente se assemelha a um episódio de humor maníaco ou misto com sintomas psicóticos e está fortemente associada ao transtorno bipolar I.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

O risco de suicídio ao longo da vida em indivíduos com transtorno bipolar é estimado em 20 a 30 vezes maior do que na população geral. Estima-se que 5% a 6% dos indivíduos com transtorno bipolar

morrer por suicídio. Enquanto as tentativas de suicídio são maiores em mulheres, o suicídio letal é mais comum em homens com transtorno bipolar. Uma história pregressa de tentativa de suicídio e o percentual de dias passados deprimidos no último ano estão associados a um maior risco de tentativas ou completações de suicídio. Quase metade dos indivíduos cujos sintomas atendem aos critérios para transtorno bipolar têm transtorno por uso de álcool, e aqueles com ambos os transtornos correm maior risco de tentativa de suicídio e morte por suicídio.

Consequências Funcionais do Transtorno Bipolar I

Aproximadamente 30% dos indivíduos com transtorno bipolar apresentam comprometimento grave no funcionamento do papel no trabalho, embora muitos indivíduos retornem a um nível totalmente funcional entre os episódios. A recuperação funcional fica substancialmente atrasada em relação à recuperação dos sintomas, especialmente no que diz respeito à recuperação ocupacional, resultando em menor nível socioeconômico, apesar de níveis de escolaridade equivalentes quando comparados com a população geral. As deficiências cognitivas persistem ao longo da vida, mesmo durante os períodos eutímicos, e podem contribuir para dificuldades vocacionais e interpessoais. Um nível mais alto de estigma autopercebido está associado a um nível mais baixo de funcionamento.

Diagnóstico diferencial

Transtorno depressivo maior. Existe o risco de diagnosticar erroneamente o transtorno bipolar I como depressão unipolar devido à proeminência da depressão na apresentação do transtorno bipolar I: 1) o primeiro episódio do transtorno bipolar é geralmente depressivo, 2) os sintomas depressivos são os sintomas mais frequentes experimentados em todo o mundo. curso de longo prazo do transtorno bipolar I, e 3) o problema para o qual os indivíduos geralmente procuram ajuda é a depressão. Quando o indivíduo apresenta um episódio de depressão maior, é importante investigar ativamente a história de mania ou hipomania. Fatores que podem indicar que o diagnóstico é transtorno bipolar I em vez de transtorno depressivo maior em um indivíduo que apresenta um episódio depressivo atual incluem história familiar de transtorno bipolar, início da doença no início dos 20 anos, numerosos episódios passados, presença de sintomas psicóticos e história de falta de resposta ao tratamento antidepressivo ou surgimento de um episódio maníaco durante o tratamento antidepressivo (por exemplo, medicação, terapia eletroconvulsiva).

Outros transtornos Transtorno bipolar II, transtorno ciclotímico e outros transtornos bipolares e **bipolares**. transtorno relacionado são semelhantes ao transtorno bipolar I em virtude de sua inclusão

149

períodos de sintomas hipomaníacos em suas apresentações, mas são diferenciados do transtorno bipolar I pela ausência de quaisquer episódios maníacos.

Transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, transtorno de estresse pós-traumático ou outros transtornos de ansiedade.

UMA

Uma história cuidadosa dos sintomas é necessária para diferenciar o transtorno de ansiedade generalizada do transtorno bipolar, pois as ruminações ansiosas podem ser confundidas com pensamentos acelerados (e vice-versa), e os esforços para minimizar os sentimentos ansiosos podem ser tomados como comportamento impulsivo. Da mesma forma, os sintomas do transtorno de estresse pós-traumático precisam ser diferenciados do transtorno bipolar. É útil avaliar a natureza episódica dos sintomas descritos (o bipolar I clássico é episódico), bem como considerar os desencadeantes dos sintomas, ao fazer esse diagnóstico diferencial.

Transtorno bipolar e relacionado devido a outra condição médica.

O diagnóstico de bipolaridade e afins

transtorno devido a outra condição médica deve ser feito em vez de transtorno bipolar I se os episódios maníacos forem julgados, com base na história, achados laboratoriais ou exame físico, como consequência fisiológica direta de outra condição médica (por exemplo, doença de Cushing, esclerose múltipla).

Transtorno bipolar e relacionado induzido por substância/medicamento. Um transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento é diferenciado do transtorno bipolar I pelo fato de que uma substância (por exemplo, estimulantes, fenciclidina) ou medicamento (por exemplo, esteróides) é considerada etiologicamente relacionada ao episódio maníaco. Como os indivíduos com episódio maníaco tendem a abusar de substâncias durante um episódio, é importante determinar se o uso da substância é consequência de um episódio maníaco primário ou se o episódio maníaco foi causado pelo uso da substância. Em alguns casos, um diagnóstico definitivo pode envolver o estabelecimento de que os sintomas maníacos permanecem quando o indivíduo não está mais usando a substância. Observe que episódios maníacos que surgem no contexto do tratamento com um medicamento antidepressivo, mas que persistem em um nível totalmente sindrômico além do efeito fisiológico do medicamento, garantem um diagnóstico de transtorno bipolar I em vez de transtorno bipolar induzido por substância/medicamento e relacionado.

Transtorno esquizoafetivo. O transtorno esquizoafetivo é caracterizado por períodos em que episódios maníacos e depressivos maiores são concomitantes com os sintomas da fase ativa da esquizofrenia e períodos em que delírios ou alucinações ocorrem por pelo menos 2 semanas na ausência de um episódio maníaco ou depressivo maior. O diagnóstico é “transtorno bipolar I, com características psicóticas” se os sintomas psicóticos ocorreram exclusivamente durante episódios maníacos e depressivos maiores.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é caracterizado por sintomas persistentes de desatenção, hiperatividade e impulsividade, que podem se assemelhar aos sintomas de um episódio maníaco (p. os sintomas de mania no transtorno bipolar I ocorrem em episódios distintos e geralmente começam no final da adolescência ou início da idade adulta.

Transtorno disruptivo da desregulação do humor. Em indivíduos com irritabilidade grave, particularmente crianças e adolescentes, deve-se tomar cuidado para aplicar o diagnóstico de transtorno bipolar I apenas àqueles que tiveram um episódio claro de mania ou hipomania - ou seja, um período de tempo distinto, de duração necessária, durante o qual a irritabilidade foi claramente diferente da linha de base do indivíduo e foi acompanhada pelo aparecimento de outros sintomas característicos da mania (por exemplo, grandiosidade, diminuição da necessidade de sono, fala pressionada, envolvimento em atividades com alto potencial de consequências dolorosas). Quando a irritabilidade de uma criança é persistente e particularmente grave, o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor seria mais apropriado. De fato, quando qualquer criança está sendo avaliada para mania, é essencial que os sintomas representem uma mudança clara do comportamento típico da criança.

Distúrbios de personalidade. Os transtornos de personalidade, como o transtorno de personalidade límitrofe, podem ter uma sobreposição sintomática substancial com o transtorno bipolar I, uma vez que a labilidade do humor e a impulsividade são comuns em ambas as condições. Para fazer um diagnóstico de transtorno bipolar I, os sintomas de labilidade de humor e impulsividade devem representar um episódio distinto da doença, ou deve haver um aumento notável desses sintomas em relação à linha de base do indivíduo para justificar um diagnóstico adicional de transtorno bipolar I .

Comorbidade

Transtornos mentais concomitantes são a norma no transtorno bipolar I, com a maioria dos indivíduos com histórico de três ou mais transtornos. Os transtornos comórbidos mais frequentes são transtornos de ansiedade, transtorno por uso de álcool, transtorno por uso de outras substâncias e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Fatores socioculturais influenciam o padrão de comorbidades no transtorno bipolar.

Por exemplo, países com proibições culturais contra o uso de álcool ou outras substâncias podem ter uma prevalência menor de comorbidade por uso de substâncias. O transtorno bipolar I é frequentemente associado ao transtorno de personalidade borderline, esquizotípico e antisocial. Em particular, embora a natureza subjacente da relação entre transtorno bipolar I e transtorno de personalidade borderline não seja clara, a comorbidade substancial entre os dois pode refletir semelhanças na fenomenologia (ou seja, diagnosticar erroneamente os extremos emocionais do transtorno de personalidade borderline como transtorno bipolar I), influência das características de personalidade borderline na vulnerabilidade ao transtorno bipolar I e o impacto da adversidade na primeira infância no desenvolvimento do transtorno bipolar I e do transtorno de personalidade borderline.

Indivíduos com transtorno bipolar I também têm altas taxas de doenças graves concomitantes e muitas vezes não tratadas, o que explica em grande parte a expectativa de vida reduzida daqueles com transtorno bipolar. As comorbidades aparecem em múltiplos sistemas orgânicos, com doenças cardiovasculares e autoimunes, apneia obstrutiva do sono, síndrome metabólica e enxaqueca mais comuns entre indivíduos com transtorno bipolar do que na população em geral. A comorbidade de sobrepeso/obesidade é uma preocupação particular para indivíduos com transtorno bipolar e está associada a maus resultados do tratamento.

Transtorno Bipolar II

Critério de diagnóstico

F31.81

Para um diagnóstico de transtorno bipolar II, é necessário atender aos seguintes critérios para um episódio hipomaníaco atual ou passado e os seguintes critérios para um episódio depressivo maior atual ou passado:

Episódio hipomaníaco A.

Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia anormal e persistentemente aumentada, com duração de pelo menos 4 dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.

B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro se o humor for apenas irritável), representam uma mudança perceptível do comportamento habitual e estiveram presentes a um significativo grau: 1. Auto-estima inflada ou grandiosidade.

2. Diminuição da necessidade de sono (por exemplo, sente-se descansado após apenas 3 horas de sono).
3. Mais falante do que o normal ou pressão para continuar falando.
4. Vôo de idéias ou experiência subjetiva que os pensamentos estão correndo.

- 5. Distração (ou seja, atenção muito facilmente atraída para coisas sem importância ou irrelevantes estímulos externos), conforme relatado ou observado.
- 6. Aumento da atividade direcionada a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora.
- 7. Envolvimento excessivo em atividades com alto potencial de consequências dolorosas (por exemplo, envolvimento em compras desenfreadas, indiscrições sexuais ou investimentos comerciais tolos).
- C. O episódio está associado a uma mudança inequívoca no funcionamento que é atípico do indivíduo quando não sintomático.
- D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outros.
- E. O episódio não é grave o suficiente para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou para necessitar de hospitalização. Se houver características psicóticas, o episódio é, por definição, maníaco.
- F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento, outro tratamento) ou outra condição médica.

Nota: Um episódio hipomaníaco completo que surge durante o tratamento antidepressivo (por exemplo, medicação, terapia eletroconvulsiva), mas persiste em um nível totalmente sindrômico além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico de episódio hipomaníaco. No entanto, recomenda-se cautela para que um ou dois sintomas (particularmente irritabilidade aumentada, nervosismo ou agitação após o uso de antidepressivos) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de um episódio hipomaníaco, nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.

Episódio Depressivo Maior A.

Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não inclua sintomas claramente atribuíveis a uma condição médica.

- 1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou observação feita por outras pessoas (por exemplo, parece chorosa). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode haver humor irritável.)
- 2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (como indicado por relato subjetivo ou observação).
- 3. Perda de peso significativa quando não faz dieta ou ganho de peso (por exemplo, uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Nota:** Em crianças, considere a falha em atingir o peso esperado

ganho.)

4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outros, não apenas sentimentos subjetivos de inquietação ou desaceleração).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não apenas autocensura ou culpa por estar doente).

8. Capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (seja por conta subjetiva ou conforme observado por outros).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.

Nota: Os critérios A–C constituem um episódio depressivo maior.

152

Nota: As respostas a uma perda significativa (p. no Critério A, que pode se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser compreensíveis ou considerados adequados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão inevitavelmente exige o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão do sofrimento no contexto da perda. **1 Transtorno Bipolar II A.** Os critérios foram atendidos para pelo menos um episódio hipomaníaco (Critérios A–F em “Episódio Hipomaníaco” acima) e pelo menos um episódio depressivo maior (Critérios A–C em “Episódio Depressivo Maior” acima).

B. Nunca houve um episódio maníaco.

C. Pelo menos um episódio hipomaníaco e pelo menos um episódio depressivo maior não são melhor explicados por transtorno esquizoafetivo e não são sobrepostos à esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou outro espectro de esquizofrenia especificado ou não especificado e outro transtorno psicótico.

D. Os sintomas de depressão ou a imprevisibilidade causada pela alternância frequente entre períodos de depressão e hipomania causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas atividades sociais, ocupacionais ou outras importantes.

áreas de funcionamento.

Procedimentos de Codificação e Registro

O transtorno bipolar II tem um código diagnóstico: F31.81. Seu status em relação à gravidade atual, presença de características psicóticas, curso e outros especificadores não podem ser codificados, mas devem ser indicados por escrito (por exemplo, F31.81 transtorno bipolar II, episódio atual de depressão, gravidade moderada, com características mistas; F31.81 transtorno bipolar II, episódio mais recente deprimido, em remissão parcial).

Especifique o episódio atual ou mais recente:

Hipomaníaco Deprimido

Se o episódio atual for **hipomaníaco** (ou episódio mais recente se o transtorno bipolar II estiver em remissão parcial ou total):

153

Ao registrar o diagnóstico, os termos devem ser listados na seguinte ordem: transtorno bipolar II, episódio hipomaníaco atual ou mais recente, em remissão parcial/em remissão total (p. 175) (se os critérios completos para um episódio hipomaníaco não forem atendidos no momento), mais qualquer um dos seguintes especificadores de episódios hipomaníacos aplicáveis. **Nota:** Os especificadores “com ciclagem rápida” e “com padrão sazonal” descrevem o padrão dos episódios de humor.

Especifique

se: **Com angústia ansiosa** (p. 169–170)

Com recursos mistos (pp. 170–171)

Com ciclo rápido (pág. 171)

Com início periparto (pp. 173-174)

Com padrão sazonal (págs. 174–175)

Se o episódio atual estiver **deprimido** (ou o episódio mais recente se o transtorno bipolar II estiver em remissão parcial ou total): Ao registrar o diagnóstico, os termos devem ser listados na seguinte

ordem: transtorno bipolar II, episódio atual ou mais recente deprimido, leve/moderado /grave (se os critérios completos para um episódio depressivo maior forem atendidos no momento), em remissão parcial/em remissão total (se os critérios completos para um episódio depressivo maior não forem atendidos no momento) (p. 175), mais qualquer um dos seguintes quadros depressivos maiores especificadores de episódios aplicáveis. **Nota:** Os especificadores “com ciclagem rápida” e “com padrão sazonal” descrevem o padrão dos episódios de humor.

Especifique

se: **Com angústia ansiosa** (pp. 169–170)

Com recursos mistos (pp. 170–171)

Com ciclo rápido (pág. 171)

Com traços melancólicos (pp. 171–172)

Com características atípicas (págs. 172–173)

Com características psicóticas congruentes com o humor (p. 173)

Com características psicóticas incongruentes com o humor (p. 173)

Com catatonia (p. 173). **Nota de codificação:** Use o código adicional F06.1.

Com início periparto (pp. 172-174)

Com padrão sazonal (págs. 174–175)

Especifique o curso se os critérios completos para um episódio de humor não forem atendidos

atualmente: **Em remissão parcial** (p. 175)

Em remissão total (pág. 175)

Especifique a gravidade se todos os critérios para um episódio depressivo maior forem atendidos atualmente:

Leve (pág. 175)

Moderado (pág. 175)

Grave (pág. 175)

Características diagnósticas O

transtorno bipolar II é caracterizado por um curso clínico de episódios recorrentes de humor consistindo em um ou mais episódios depressivos maiores (Critérios A–C sob “Episódio Depressivo Maior”) e pelo menos um episódio hipomaníaco (Critérios A–F sob “Episódio Hipomaníaco”). O diagnóstico de um episódio depressivo maior requer que haja um período de humor deprimido ou, como alternativa, uma diminuição acentuada do interesse ou prazer, durante a maior parte do dia, quase todos os dias, com duração mínima de 2 semanas. O humor deprimido ou perda de interesse deve ser acompanhado por sintomas adicionais que ocorrem quase todos os dias (por exemplo, distúrbio do sono, agitação ou retardo psicomotor) para um total de pelo menos cinco sintomas. O diagnóstico de um episódio hipomaníaco requer que haja um período distinto de

154

humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia anormal e persistentemente aumentada na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos 4 dias consecutivos acompanhados por três (ou quatro se o humor for apenas irritável) sintomas adicionais (p. , autoestima inflada, diminuição da necessidade de sono, distração) que persistem e representam uma mudança perceptível do comportamento e funcionamento habituais. Por definição, os sintomas psicóticos não ocorrem em episódios hipomaníacos e parecem ser menos frequentes nos episódios depressivos maiores no transtorno bipolar II do que naqueles do transtorno bipolar I. A presença de um episódio maníaco durante o curso da doença exclui o diagnóstico de transtorno bipolar II (Critério B em “Transtorno Bipolar II”). Além disso, para que os episódios depressivos e hipomaníacos contem para o diagnóstico de transtorno bipolar II, pelo menos um dos episódios depressivos e pelo menos um dos episódios hipomaníacos não deve ser atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (isto é, medicamento, droga de abuso ou exposição a toxinas) ou outra condição médica. Observe que episódios hipomaníacos que surgem durante o tratamento antidepressivo e persistem por pelo menos 4 dias em um nível totalmente sindrômico além dos efeitos fisiológicos do tratamento não são considerados

induzida por substância e contam para o diagnóstico de transtorno bipolar II. Além disso, pelo menos um episódio hipomaníaco e pelo menos um episódio depressivo maior não são explicados por um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo e não são sobrepostos a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou outro espectro de esquizofrenia especificado ou não especificado ou outro transtorno psicótico (Critério C em "Transtorno Bipolar II"). Os episódios depressivos ou o padrão de mudanças de humor imprevisíveis devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério D em "Transtorno Bipolar II"). Os episódios depressivos maiores recorrentes são frequentemente mais frequentes e mais longos do que aqueles que ocorrem no transtorno bipolar I.

Indivíduos com transtorno bipolar II geralmente se apresentam a um médico durante um episódio depressivo maior. É improvável que eles se queixem inicialmente de hipomania, porque ou não reconhecem os sintomas de hipomania ou consideram a hipomania deseável. Os episódios hipomaníacos, por definição, não causam prejuízo significativo. Em vez disso, o comprometimento resulta de episódios depressivos maiores ou de um padrão persistente de mudanças imprevisíveis de humor e funcionamento interpessoal ou ocupacional flutuante e não confiável. Indivíduos com transtorno bipolar II podem não ver os episódios hipomaníacos como patológicos ou desvantajosos, embora outros possam se incomodar com o comportamento errático do indivíduo. As informações clínicas de outros informantes, como amigos próximos ou parentes, geralmente são úteis para estabelecer o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II.

Um episódio hipomaníaco não deve ser confundido com os vários dias de eutimia e energia ou atividade restaurada que podem seguir a remissão de um episódio depressivo maior. Apesar das diferenças substanciais na duração e gravidade entre um episódio maníaco e hipomaníaco, o transtorno bipolar II não é uma "forma mais leve" do transtorno bipolar I. Comparados aos indivíduos com transtorno bipolar I, os indivíduos com transtorno bipolar II apresentam maior cronicidade da doença e passam, em média, mais tempo na fase depressiva de sua doença, que pode ser grave e/ou incapacitante.

Embora os requisitos diagnósticos para episódios depressivos maiores sejam idênticos, quer ocorram no contexto de transtorno bipolar II ou transtorno depressivo maior, certas características clínicas dos episódios podem sugerir um possível diagnóstico diferencial. Por exemplo, a coexistência de insônia e hipersonia não é incomum em episódios depressivos maiores tanto no transtorno bipolar II quanto no transtorno depressivo maior; entretanto, tanto a insônia quanto a hipersonia estão super-representadas entre as mulheres com transtorno bipolar tipo II. Da mesma forma, sintomas depressivos atípicos (hipersonia, hiperfagia) são comuns em ambos os transtornos, mas mais ainda naqueles com transtorno bipolar II.

Sintomas depressivos que ocorrem concomitantemente com um episódio hipomaníaco ou sintomas hipomaníacos que ocorrem com um episódio depressivo são comuns em indivíduos com transtorno bipolar II e são super-representados em mulheres, particularmente hipomania com características mistas.

Indivíduos que experimentam hipomania com características mistas podem não rotular seus sintomas como hipomania, mas experimentá-los como depressão com aumento de energia ou irritabilidade.

Recursos associados

Uma característica comum do transtorno bipolar II é a impulsividade, que pode contribuir para tentativas de suicídio

e transtornos por uso de substâncias.

Pode haver níveis elevados de criatividade durante episódios hipomaníacos em alguns indivíduos com transtorno bipolar II. No entanto, essa relação pode ser não linear; ou seja, maiores realizações criativas ao longo da vida foram associadas a formas mais brandas de transtorno bipolar, e maior criatividade foi encontrada em membros da família não afetados. O apego do indivíduo à perspectiva de maior criatividade durante episódios hipomaníacos pode contribuir para a ambivalência quanto à procura de tratamento ou prejudicar a adesão ao tratamento.

Prevalência

A prevalência de 12 meses de transtorno bipolar II nos Estados Unidos é de 0,8%. A prevalência de 12 meses internacionalmente é de 0,3%. A taxa de prevalência do transtorno bipolar II pediátrico é difícil de estabelecer. DSM-IV bipolar I, bipolar II e transtorno bipolar não especificado de outra forma geram uma taxa de prevalência combinada de 1,8% em amostras da comunidade dos EUA e fora dos EUA, com taxas mais altas (2,7% inclusive) em jovens com 12 anos ou mais.

Desenvolvimento e curso Embora o

transtorno bipolar II possa começar no final da adolescência e durante a idade adulta, a idade média de início é por volta dos 20 anos, que é um pouco mais tarde do que no transtorno bipolar I, mas mais cedo do que no transtorno depressivo maior. A idade de início não distingue de forma confiável entre transtorno bipolar I e II. A doença geralmente começa com um episódio depressivo e não é reconhecida como transtorno bipolar II até que ocorra um episódio hipomaníaco; isso acontece em cerca de 12% dos indivíduos com diagnóstico inicial de transtorno depressivo maior. Ansiedade, uso de substâncias ou transtornos alimentares também podem preceder o diagnóstico, complicando sua detecção. Muitos indivíduos experimentam vários episódios de depressão maior antes do primeiro episódio hipomaníaco reconhecido, com tipicamente um intervalo de mais de 10 anos entre o início da doença e o diagnóstico de transtorno bipolar.

O transtorno bipolar II é um transtorno altamente recorrente, com mais de 50% dos indivíduos experimentando um novo episódio dentro de um ano após o primeiro episódio. Indivíduos com transtorno bipolar II também apresentam maior variação sazonal no humor em comparação com aqueles com transtorno bipolar tipo I.

O número de episódios ao longo da vida (episódios hipomaníacos e depressivos maiores) tende a ser maior para transtorno bipolar II do que para transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar I. No entanto, os indivíduos com transtorno bipolar I são, na verdade, mais propensos a apresentar sintomas hipomaníacos do que os indivíduos com transtorno bipolar II. O intervalo entre os episódios de humor no curso do transtorno bipolar II tende a diminuir à medida que o indivíduo envelhece. Enquanto o episódio hipomaníaco é a característica que define o transtorno bipolar II, os episódios depressivos são mais duradouros e incapacitantes ao longo do tempo. Apesar da predominância da depressão, uma vez ocorrido um episódio hipomaníaco, o diagnóstico passa a ser transtorno bipolar tipo II e nunca reverte para transtorno depressivo maior.

Aproximadamente 5% a 15% dos indivíduos com transtorno bipolar II apresentam múltiplos (quatro ou mais) episódios de humor (hipomaníacos ou depressivos maiores) nos últimos 12 meses. Se esse padrão estiver presente, ele será observado pelo especificador “com ciclagem rápida”. A ciclagem rápida é mais comum em mulheres e pode refletir uma piora geral do transtorno bipolar.

Mudar de um episódio depressivo para um episódio maníaco ou hipomaníaco (com ou sem características mistas) podem ocorrer, tanto espontaneamente como durante o tratamento da depressão.

Cerca de 5% a 15% dos indivíduos com transtorno bipolar II desenvolverão um episódio maníaco, o que altera o diagnóstico para transtorno bipolar I, independentemente do curso subsequente.

Fazer o diagnóstico em crianças é muitas vezes um desafio, especialmente naquelas com irritabilidade e hiperexcitação não episódica (ou seja, sem os períodos bem demarcados de humor alterado).

A irritabilidade não episódica na juventude está associada a um risco elevado de transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior, mas não transtorno bipolar, na idade adulta. Jovens persistentemente irritáveis têm taxas familiares mais baixas de transtorno bipolar do que jovens com transtorno bipolar. Para que um episódio hipomaníaco seja diagnosticado, os sintomas da criança devem exceder o esperado em um determinado ambiente e cultura para o estágio de desenvolvimento da criança. Semelhante aos adultos, os jovens com transtorno bipolar II passam menos tempo hipomaníacos em comparação com aqueles com transtorno bipolar I, e o episódio inicial de apresentação é tipicamente depressão. Comparado com o início adulto do transtorno bipolar II, o início do transtorno na infância ou adolescência pode estar associado a um curso de vida mais grave.

A taxa de incidência de 3 anos de transtorno bipolar II de início em adultos com mais de 60 anos é de 0,34%. No entanto, distinguir indivíduos com mais de 60 anos com transtorno bipolar II por idade de início tardia versus precoce não parece ter qualquer utilidade clínica. A presença de sintomas hipomaníacos concomitantes durante um episódio depressivo é mais comum durante episódios depressivos bipolares II em relação a episódios depressivos que ocorrem no contexto de depressão maior e pode ajudar a distinguir indivíduos idosos com transtorno bipolar II daqueles com transtorno depressivo maior. Em qualquer apresentação posterior de transtorno bipolar na vida, é importante considerar fatores médicos, incluindo possíveis causas médicas e neurológicas de novos sintomas.

Fatores de Risco e Prognósticos

Genéticos e fisiológicos

O risco de transtorno bipolar II tende a ser maior entre parentes de indivíduos com transtorno bipolar II, em oposição a indivíduos com transtorno bipolar I ou transtorno depressivo maior. Cerca de um terço dos indivíduos com transtorno bipolar II relataram uma história familiar de transtorno bipolar. Pode haver fatores genéticos que influenciam a idade de início dos transtornos bipolares. Há também evidências de que o transtorno bipolar II pode ter uma arquitetura genética que é pelo menos parcialmente distinta do transtorno bipolar I e da esquizofrenia.

Modificadores de curso. Um padrão de ciclagem rápida está associado a um pior prognóstico. O retorno ao nível anterior de função social para indivíduos com transtorno bipolar II é mais provável para indivíduos de idade mais jovem e com depressão menos grave, sugerindo efeitos adversos da doença prolongada na recuperação. Maior escolaridade, menos anos de doença e ser casado estão independentemente associados à recuperação funcional em indivíduos com transtorno bipolar, mesmo após serem considerados o tipo diagnóstico (I vs. II), sintomas depressivos atuais e presença de comorbidade psiquiátrica.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero

Enquanto a proporção de gênero para transtorno bipolar I é igual, os achados sobre diferenças de gênero no transtorno bipolar II são mistos, diferindo por tipo de amostra (ou seja, registro, comunidade ou clínica) e país de origem. Há pouca ou nenhuma evidência de diferenças bipolares de gênero na população geral, enquanto algumas, mas não todas, amostras clínicas sugerem que o transtorno bipolar tipo II é mais comum em mulheres do que em homens, o que pode refletir diferenças de gênero na procura de tratamento ou outros fatores.

Padrões de doença e comorbidade, no entanto, parecem diferir por sexo, com as mulheres sendo mais propensas do que os homens a relatar hipomania com características depressivas mistas e um curso de ciclagem rápida. O parto também pode ser um gatilho específico para um episódio hipomaníaco, que pode ocorrer em 10% a 20% das mulheres em populações não clínicas e mais tipicamente no período pós-parto precoce.

Distinguir hipomania de humor exaltado e sono reduzido

157

que normalmente acompanham o nascimento de uma criança pode ser um desafio. A hipomania pós-parto pode prenunciar o início de uma depressão que ocorre em cerca de metade das mulheres que experimentam "altos" pós-parto. A transição da perimenopausa também pode ser um momento de instabilidade do humor no transtorno bipolar II. Não foram encontradas grandes diferenças entre os sexos em várias variáveis clínicas, incluindo taxas de episódios depressivos, idade e polaridade de início, sintomas e gravidade da doença.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Aproximadamente um terço dos indivíduos com transtorno bipolar II relatam uma história de tentativa de suicídio ao longo da vida. O risco e a incidência de tentativa de suicídio no transtorno bipolar II e no transtorno bipolar I parecem ser semelhantes. No geral, parece haver taxas aproximadamente iguais de tentativas de suicídio e mortes por suicídio entre indivíduos com transtorno bipolar tipo II e transtorno bipolar tipo I, embora, em geral, as taxas de tentativas e mortes sejam significativamente mais altas do que na população em geral. O tempo passado em um episódio depressivo está associado mais significativamente ao diagnóstico de bipolar I ou bipolar II em termos de risco de tentativa de suicídio. No entanto, a letalidade das tentativas, definida por uma menor proporção de tentativas para mortes por suicídio, pode ser maior em indivíduos com transtorno bipolar tipo II em comparação com indivíduos com transtorno bipolar tipo I. Pode haver uma associação entre marcadores genéticos e aumento do risco de comportamento suicida em indivíduos com transtorno bipolar, incluindo um risco 6,5 vezes maior de suicídio entre parentes de primeiro grau de bipolares II em comparação com parentes de primeiro grau de bipolares I.

Consequências funcionais do transtorno bipolar II

Embora muitos indivíduos com transtorno bipolar II retornem a um nível totalmente funcional entre os episódios de humor, pelo menos 15% continuam a ter alguma disfunção interepisódio e 20% transitam diretamente para outro episódio de humor sem recuperação interepisódio. A recuperação funcional fica substancialmente atrasada em relação à recuperação dos sintomas do transtorno bipolar II, especialmente no que diz respeito à recuperação ocupacional, resultando em menor nível socioeconômico, apesar dos níveis de educação equivalentes à população em geral. Indivíduos com transtorno bipolar II apresentam desempenho pior do que indivíduos saudáveis em testes cognitivos. As deficiências cognitivas associadas ao transtorno bipolar II podem contribuir para dificuldades vocacionais. Desemprego prolongado em indivíduos com transtorno bipolar está associado a mais episódios de depressão, idade avançada, aumento das taxas de transtorno do pânico atual e histórico de uso de álcool ao longo da vida.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno depressivo maior

O transtorno depressivo maior é caracterizado pela ausência de episódios maníacos e episódios hipomaníacos. Dado que a presença de algum comportamento maníaco ou hipomaníaco

sintomas (p. diagnóstico de transtorno bipolar II. Os episódios depressivos dominam o curso geral da doença para a maioria dos indivíduos com transtorno bipolar II, contribuindo para o atraso de uma década entre o início da doença e o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II. Como os critérios diagnósticos para o episódio depressivo maior são idênticos no transtorno depressivo maior e no transtorno bipolar tipo II, o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II pode ser feito apenas pela obtenção de informações sobre pelo menos um episódio hipomaníaco prévio, a fim de distinguir o transtorno bipolar tipo II do transtorno depressivo maior. transtorno.

Distúrbio ciclotímico. No transtorno ciclotímico, existem vários períodos de sintomas hipomaníacos que não atendem aos critérios de sintomas ou duração para um episódio hipomaníaco e vários períodos de sintomas depressivos que não atendem aos critérios de sintomas ou duração para um episódio depressivo maior. O transtorno bipolar II é diferenciado do transtorno ciclotímico pela presença de um ou mais episódios hipomaníacos e um ou mais episódios depressivos maiores.

158

Esquizofrenia. A esquizofrenia é caracterizada por sintomas psicóticos de fase ativa que podem ser acompanhados por episódios depressivos maiores. O diagnóstico de esquizofrenia é feito se nenhum episódio depressivo maior ocorreu concomitantemente com os sintomas da fase ativa. Se eles ocorrerem concomitantemente, o diagnóstico de esquizofrenia é feito se os episódios depressivos maiores estiverem presentes por apenas uma minoria do tempo. O diagnóstico é transtorno bipolar II, com características psicóticas, se os sintomas psicóticos ocorreram exclusivamente durante episódios depressivos maiores.

Transtorno esquizoafetivo. O transtorno esquizoafetivo é caracterizado por períodos nos quais os sintomas depressivos são concomitantes com os sintomas da fase ativa da esquizofrenia e períodos nos quais delírios ou alucinações ocorrem por pelo menos 2 semanas na ausência de um episódio depressivo maior. O diagnóstico é transtorno bipolar II, com características psicóticas, se os sintomas psicóticos ocorreram exclusivamente durante episódios depressivos maiores.

Transtorno bipolar e relacionado devido a outra condição médica. O diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica deve ser feito em vez de transtorno bipolar II se os episódios hipomaníacos forem julgados, com base na história, achados laboratoriais ou exame físico, como consequência fisiológica direta de outra condição médica (p. , doença de Cushing, esclerose múltipla).

Transtorno bipolar e relacionado induzido por substância/medicamento. Um transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento é diferenciado do transtorno bipolar II pelo fato de que uma substância (por exemplo, estimulantes, fenciclidina) ou medicamento (por exemplo, esteróides) é considerada etiologicamente relacionada aos episódios hipomaníacos e depressivos maiores. Como os indivíduos com episódio hipomaníaco tendem a abusar de substâncias durante um episódio, é importante determinar se o uso da substância é consequência de um episódio hipomaníaco primário ou se o episódio hipomaníaco foi causado pelo uso da substância. Em alguns casos, um diagnóstico definitivo pode envolver o estabelecimento de que os sintomas hipomaníacos ou os sintomas depressivos permanecem quando o indivíduo não está mais usando a substância. Observe que episódios hipomaníacos surgindo no contexto de tratamento com um medicamento antidepressivo, mas persistindo em um nível to-

além do efeito fisiológico da medicação, justificam um diagnóstico de transtorno bipolar II, em vez de transtorno bipolar induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) pode ser diagnosticado erroneamente como transtorno bipolar II, especialmente em adolescentes e crianças. Muitos sintomas do TDAH, como fala excessiva, distração e menos necessidade de sono, se sobrepõem aos sintomas da hipomania. A dupla contagem de sintomas para TDAH e transtorno bipolar II pode ser evitada se o médico esclarecer se os sintomas representam um episódio distinto e se o aumento perceptível em relação à linha de base necessária para o diagnóstico de transtorno bipolar II estiver presente.

Distúrbios de personalidade. A mesma convenção que se aplica ao TDAH também se aplica ao avaliar um indivíduo para um transtorno de personalidade, como o transtorno de personalidade limítrofe, porque a labilidade do humor e a impulsividade são comuns tanto nos transtornos de personalidade quanto no transtorno bipolar II. Os sintomas devem representar um episódio distinto, e o aumento perceptível acima da linha de base necessária para o diagnóstico de transtorno bipolar II deve estar presente. Um diagnóstico de transtorno de personalidade não deve ser feito durante um episódio de humor não tratado, a menos que a história de vida suporte a presença de um transtorno de personalidade.

Outros transtornos bipolares. O diagnóstico de transtorno bipolar II deve ser diferenciado do transtorno bipolar I considerando cuidadosamente se houve algum episódio passado de mania e de outros transtornos bipolares especificados e não especificados e relacionados, confirmando a presença de hipomania e depressão totalmente sindrômica.

159

Comorbidade O

transtorno bipolar II é mais frequentemente associado a um ou mais transtornos mentais concomitantes, sendo os transtornos de ansiedade os mais comuns. Aproximadamente 60% dos indivíduos com transtorno bipolar II apresentam três ou mais transtornos mentais concomitantes; 75% têm um transtorno de ansiedade, mais comumente ansiedade social (38%), fobia específica (36%) e ansiedade generalizada (30%). A prevalência ao longo da vida de transtorno de ansiedade comórbido não difere entre transtorno bipolar I e transtorno bipolar II, mas está associada a um pior curso da doença. Crianças e adolescentes com transtorno bipolar II têm uma taxa mais alta de transtornos de ansiedade concomitantes em comparação com aqueles com transtorno bipolar I, e o transtorno de ansiedade geralmente é anterior ao transtorno bipolar.

Transtornos de ansiedade e uso de substâncias ocorrem em indivíduos com transtorno bipolar II em uma taxa maior do que na população em geral. Deve-se notar que ansiedade concomitante e transtorno por uso de substâncias não parecem seguir um curso de doença que seja verdadeiramente independente daquele do transtorno bipolar II, mas têm fortes associações com estados de humor. Por exemplo, os transtornos de ansiedade tendem a se associar mais a sintomas depressivos, e os transtornos por uso de substâncias estão moderadamente associados a sintomas hipomaníacos.

A prevalência de transtornos por uso de substâncias parece ser semelhante entre transtornos bipolares I e bipolares II, mais comumente transtornos por uso de álcool (42%) e uso de cannabis (20%). Fatores socioculturais influenciam o padrão de comorbidades no transtorno bipolar II. Por exemplo, países com proibições culturais contra o uso de álcool ou outras substâncias podem ter uma prevalência menor de comorbidade por uso de substâncias.

Indivíduos com transtorno bipolar II parecem ter taxas mais baixas de comorbidades pós-traumáticas

transtorno de estresse em comparação com indivíduos com transtorno bipolar I.

Aproximadamente 14% dos indivíduos com transtorno bipolar II têm pelo menos um transtorno alimentar ao longo da vida, sendo o transtorno da compulsão alimentar mais comum do que a bulimia nervosa e a anorexia nervosa.

A síndrome pré-menstrual e o transtorno disfórico pré-menstrual são comuns em mulheres com transtorno bipolar, especialmente naquelas com transtorno bipolar tipo II. Entre as mulheres que têm síndrome pré-menstrual e/ou transtorno disfórico pré-menstrual, os sintomas de humor bipolar e a labilidade podem ser mais graves.

Indivíduos com transtorno bipolar II também têm condições médicas comórbidas, que têm o potencial de complicar substancialmente o curso e o prognóstico. Estes incluem doenças cardiovasculares, enxaqueca e distúrbios autoimunes.

Transtorno Ciclotímico

Critério de diagnóstico

F34.0

- A. Por pelo menos 2 anos (pelo menos 1 ano em crianças e adolescentes) houve vários períodos com sintomas hipomaníacos que não atendem aos critérios para um episódio hipomaníaco e vários períodos com sintomas depressivos que não atendem aos critérios para um episódio depressivo maior .
- B. Durante o período de 2 anos acima (1 ano em crianças e adolescentes), os sintomas do Critério A estiveram presentes por pelo menos metade do tempo e o indivíduo não ficou sem os sintomas por mais de 2 meses de cada vez.
- C. Os critérios para um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco nunca foram conhecidos.
- D. Os sintomas no Critério A não são melhor explicados por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou outro espectro de esquizofrenia especificado ou não especificado e outro transtorno psicótico.
- E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica (por exemplo, hipertireoidismo).

160

- F. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Especifique

se: **Com angústia ansiosa** (ver pp. 169–170)

Recursos de diagnóstico

A característica essencial do transtorno ciclotímico é um distúrbio de humor crônico e flutuante.

envolvendo numerosos períodos de sintomas hipomaníacos e períodos de sintomas depressivos (Critério A). Os sintomas hipomaníacos são de número, gravidade, abrangência e/ou duração insuficientes para atender aos critérios completos para um episódio hipomaníaco, e os sintomas depressivos são de número, gravidade, abrangência e/ou duração insuficientes para atender aos critérios completos para um episódio de depressão maior. episódio. Durante o período inicial de 2 anos (1 ano para crianças ou adolescentes), os sintomas devem ser persistentes (apresentar mais dias do que não), e qualquer intervalo livre de sintomas não deve durar mais de 2 meses (Critério B). O diagnóstico de transtorno ciclotímico é feito somente se os critérios para um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco nunca foram preenchidos (Critério C).

Se um indivíduo com transtorno ciclotímico subsequentemente (ou seja, após os 2 anos iniciais em adultos ou 1 ano em crianças ou adolescentes) tiver um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco, o diagnóstico muda para transtorno depressivo maior, transtorno bipolar I ou outro transtorno bipolar especificado ou não especificado e transtorno relacionado (subclassificado como episódio hipomaníaco sem episódio depressivo maior anterior), respectivamente, e o diagnóstico de transtorno ciclotímico é descartado.

O diagnóstico de transtorno ciclotímico não é feito se o padrão de alterações de humor for melhor explicado por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou outro espectro de esquizofrenia especificado e não especificado e outros transtornos psicóticos (Critério D), caso em que os sintomas de humor são consideradas características associadas do transtorno psicótico. A perturbação do humor também não deve ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica (por exemplo, hipertireoidismo) (Critério E). Embora alguns indivíduos possam funcionar particularmente bem durante alguns dos períodos de hipomania, ao longo do curso prolongado do transtorno, deve haver sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento como resultado do distúrbio do humor. Critério F). O padrão prolongado de mudanças de humor repetidas e muitas vezes imprevisíveis pode levar a prejuízos atribuíveis aos efeitos negativos dos próprios sintomas combinados com efeitos negativos que o padrão de imprevisibilidade e inconsistência tem no funcionamento interpessoal e no desempenho de papéis (ou seja, papéis familiares e ocupacionais).

Prevalência

A prevalência ao longo da vida do transtorno ciclotímico nos Estados Unidos e na Europa é de aproximadamente 0,4% a 2,5%. A prevalência em clínicas de transtornos de humor pode variar de 3% a 5%. Na população geral, o distúrbio ciclotímico é aparentemente igualmente comum em homens e mulheres. Em ambientes clínicos, as mulheres com transtorno ciclotímico podem ser mais propensas a se apresentar para tratamento do que os homens.

Desenvolvimento e Curso O

transtorno ciclotímico geralmente começa na adolescência ou no início da vida adulta e às vezes é considerado como reflexo de uma predisposição temperamental para outros transtornos neste capítulo. A grande maioria dos jovens com transtorno ciclotímico apresenta o início dos sintomas de humor antes dos 10 anos. O transtorno ciclotímico geralmente tem um início insidioso e um curso persistente. Existe um risco de 15% a 50% de que um indivíduo com transtorno ciclotímico

subsequentemente desenvolver transtorno bipolar I ou transtorno bipolar II; as taxas de conversão diagnóstica são maiores em jovens do que em adultos. O início de sintomas hipomaníacos e depressivos persistentes e flutuantes no final da vida adulta precisa ser claramente diferenciado de transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica e transtorno depressivo devido a outra condição médica (por exemplo, esclerose múltipla) antes que o diagnóstico de transtorno ciclotímico seja atribuído.

Fatores de risco e prognóstico

Genética e fisiológica. Transtorno depressivo maior, transtorno bipolar I e transtorno bipolar II são mais comuns entre parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com transtorno ciclotímico do que na população geral. Também pode haver um risco familiar aumentado de distúrbios relacionados a substâncias. O transtorno ciclotímico pode ser mais comum em parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com transtorno bipolar I do que na população em geral.

Diagnóstico Diferencial Transtorno

bipolar e relacionado devido a outra condição médica. O diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica é feito quando o distúrbio do humor é considerado atribuível ao efeito fisiológico de uma condição médica específica, geralmente crônica (por exemplo, hipertireoidismo). Essa determinação é baseada na história, exame físico e/ou achados laboratoriais. Se for julgado que os sintomas hipomaníacos e depressivos não são a consequência fisiológica da condição médica, então o transtorno mental primário (isto é, transtorno ciclotímico) e a condição médica são codificados. Por exemplo, esse seria o caso se os sintomas de humor fossem considerados a consequência psicológica (não fisiológica) de ter uma condição médica crônica, ou se não houvesse relação etiológica entre os sintomas hipomaníacos e depressivos e a condição médica.

Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento e transtorno depressivo induzido por substância/medicamento.

Transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento e transtorno depressivo induzido por substância/medicamento são diferenciados do transtorno ciclotímico pelo julgamento de que uma substância/medicamento (especialmente estimulantes) está etiologicamente relacionada ao distúrbio do humor. As oscilações de humor frequentes nesses transtornos que são sugestivos de transtorno ciclotímico geralmente desaparecem após a cessação do uso de substâncias/medicamentos.

Transtorno bipolar I, com ciclagem rápida, e transtorno bipolar II, com ciclagem rápida. Ambos os transtornos podem assemelhar-se ao transtorno ciclotímico em virtude das frequentes mudanças acentuadas no humor. Por definição, no transtorno ciclotímico, os critérios para um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco nunca foram atendidos, enquanto o especificador de transtorno bipolar I e transtorno bipolar II “com ciclagem rápida” exige que episódios completos de humor estejam presentes.

Transtorno de personalidade limítrofe. O transtorno de personalidade limítrofe está associado a mudanças recorrentes e breves no humor que podem sugerir transtorno ciclotímico. O envolvimento em comportamentos potencialmente autodestrutivos pode ser visto em ambas as condições, mas precisaria ocorrer no contexto de outros sintomas hipomaníacos relacionados à ciclotimia. A instabilidade do humor no transtorno de personalidade limítrofe ocorre nos domínios da ansiedade, irritabilidade e tristeza, enquanto euforia, euforia e/ou aumento de energia não são características do transtorno de personalidade limítrofe. Se os critérios forem atendidos para ambos os transtornos, tanto o transtorno de personalidade limítrofe quanto o transtorno ciclotímico podem ser diagnosticados.

Comorbidade

Distúrbios relacionados a substâncias e distúrbios do sono (ou seja, dificuldades em iniciar e manter o sono) podem estar presentes em indivíduos com distúrbio ciclotímico. Taxas de comorbidade

162

os transtornos psiquiátricos em crianças com transtorno ciclotímico tratados em ambientes psiquiátricos ambulatoriais são maiores do que aqueles em crianças com transtorno de comportamento disruptivo/déficit de atenção/hiperatividade e semelhantes aos de crianças com transtorno bipolar I ou II.

Bipolar e Relacionados Induzidos por Substâncias/Medicamentos Transtorno

Critério de diagnóstico

- A. Um distúrbio proeminente e persistente do humor que predomina no quadro clínico e é caracterizado por humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia anormalmente aumentadas.
 - B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de (1) e (2): 1. Os sintomas no Critério A se desenvolveram durante ou logo após a intoxicação ou abstinência de substância ou após exposição ou abstinência de um medicamento .

2. A substância/medicamento envolvida é capaz de produzir os sintomas em Critério A.
 - C. A perturbação não é melhor explicada por um transtorno bipolar ou relacionado que não seja induzido por substância/medicamento. Essa evidência de transtorno bipolar independente ou transtorno relacionado pode incluir o seguinte: Os sintomas precedem o início do uso da substância/medicamento; os sintomas persistem por um período de tempo substancial (por exemplo, cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação grave; ou há outras evidências sugerindo a existência de um transtorno bipolar independente não induzido por substância/medicamento e relacionado (por exemplo, uma história de episódios recorrentes não relacionados a substância/medicamento).
 - D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírio.
 - E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- Nota:** Este diagnóstico deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância somente quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e quando são suficientemente graves para justificar

atenção clínica.

Nota de codificação: Os códigos CID-10-CM para a substância induzida por [substância específica/medicamento] transtornos bipolares e relacionados estão indicados na tabela abaixo. Observe que a CID-10-CM depende da existência ou não de um transtorno por uso de substância comórbida presente para a mesma classe de substância. Em qualquer caso, um adicional separado diagnóstico de um transtorno por uso de substância não é dado. Se um transtorno leve por uso de substâncias é comorbidade com transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância, a 4ª posição caractere é “1”, e o médico deve registrar “transtorno de uso de [substância] leve” antes do transtorno bipolar e relacionado induzido por substância (por exemplo, “uso leve de cocaína transtorno bipolar induzido por cocaína e transtorno relacionado”). Se moderada ou grave transtorno por uso de substância é comórbido com transtorno bipolar induzido por substância e transtorno relacionado transtorno, o caractere da 4ª posição é “2”, e o clínico deve registrar “moderado transtorno de uso de [substância]” ou “transtorno de uso de [substância] grave”, dependendo do gravidade do transtorno por uso de substância comórbido. Se não houver substância comórbida transtorno de uso (por exemplo, após um único uso pesado da substância), então o 4º caractere de posição é “9”, e o clínico deve registrar apenas o transtorno bipolar e afins.

163

CID-10-CM

	Com uso suave transtorno	Com moderado ou transtorno de uso grave	Sem uso transtorno
Álcool	F10.14	F10.24	F10.94
Fenciclidina	F16.14	F16.24	F16.94
Outro alucinógeno	F16.14	F16.24	F16.94
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	F13.14	F13.24	F13.94
Substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	F14.14	F14.24	F14.94
Outra substância (ou desconhecida)	F19.14	F19.24	F19.94

Especifique (consulte a Tabela 1 no capítulo “Transtornos relacionados a substâncias e vícios”, que indica se “com início durante a intoxicação” e/ou “com início durante retirada” se aplica a uma determinada classe de substâncias; ou especificar “com início após uso de medicamentos”):

Com início durante intoxicação: Se os critérios forem preenchidos para intoxicação com a substância e os sintomas se desenvolvem durante a intoxicação.

Com início durante a retirada: Se os critérios forem atendidos para a retirada da substância e os sintomas se desenvolvem durante ou logo após a abstinência.

Com início após o uso da medicação: Se os sintomas se desenvolveram no início da medicação, com mudança de uso de medicação, ou durante a retirada de medicamento.

Procedimentos de registro O

nome do transtorno bipolar induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado começa com a substância específica (por exemplo, cocaína, dexametasona) que se presume estar causando os sintomas de humor bipolar. O código diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída no conjunto de critérios, que se baseia na classe do medicamento e na presença ou ausência de um transtorno por uso de substância comórbido.

Para substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes (por exemplo, dexametasona), deve-se usar o código para “outra substância (ou desconhecida)”; e nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas a classe específica da substância é desconhecida, o mesmo código também deve ser usado.

Ao registrar o nome do transtorno, o transtorno por uso de substância comórbido (se houver) é listado primeiro, seguido pela palavra “com”, seguido pelo nome do transtorno bipolar induzido por substância e transtorno relacionado, seguido pela especificação do início (ou seja, início durante a intoxicação, início durante a abstinência). Por exemplo, no caso de sintomas irritáveis que ocorrem durante a intoxicação em um homem com transtorno por uso de cocaína grave, o diagnóstico é F14.24 transtorno por uso de cocaína grave com transtorno bipolar induzido por cocaína e transtorno relacionado, com início durante a intoxicação. Um diagnóstico separado do transtorno por uso de cocaína grave comórbido não é fornecido. Se o transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância ocorrer sem um transtorno por uso de substância comórbido (p. , com início durante a intoxicação). Quando mais de uma substância é considerada como tendo um papel significativo no desenvolvimento de sintomas de humor bipolar, cada uma deve ser listada separadamente (por exemplo, F15.24 transtorno por uso de metilfenidato grave com transtorno bipolar induzido por metilfenidato e transtorno relacionado, com início durante a intoxicação; F19 .94 transtorno bipolar e relacionado induzido por dexametasona, com início durante a intoxicação).

164

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento é um distúrbio proeminente e persistente do humor que predomina no quadro clínico e é caracterizado por humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia anormalmente aumentada (Critério A); esses sintomas são considerados atribuíveis aos efeitos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento ou uma exposição a uma toxina) (Critério B).

Para atender aos critérios para o diagnóstico, o humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável e o aumento da atividade ou energia devem ter se desenvolvido durante ou logo após a intoxicação ou abstinência de substância ou após exposição ou abstinência de um medicamento, conforme evidenciado pela história clínica, exame físico , ou achados laboratoriais (Critério B1), e a substância/medicação envolvida deve ser capaz de produzir humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável e aumento da atividade ou energia (Critério B2). Além disso, o humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável e o aumento da atividade ou energia não são melhor explicados por um transtorno bipolar e relacionado não induzido por substância/medicamento.

A evidência de um transtorno bipolar independente e relacionado inclui a observação de que o humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável e o aumento da atividade ou energia precederam o início do uso de substância/medicamento, os sintomas persistem além de um período de tempo substancial após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação grave (ou seja, geralmente mais de 1 mês), ou

há outras evidências que sugerem a existência de um transtorno bipolar independente induzido por não-substância/medicamento e transtorno relacionado (Critério C), como uma história de episódios maníacos recorrentes induzidos por não-substância. O diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento não deve ser feito quando os sintomas ocorrem exclusivamente durante o curso de um delirium (Critério D). Finalmente, o diagnóstico requer que os sintomas induzidos pela substância/medicamento causem sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério E). O diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância somente quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Uma exceção importante ao diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento é o caso de hipomania ou mania que ocorre após o uso de medicação antidepressiva ou outros tratamentos e persiste além dos efeitos fisiológicos da medicação. A persistência de hipomania ou mania é considerada um indicador de transtorno bipolar verdadeiro, não transtorno bipolar induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado. Da mesma forma, indivíduos com aparentes episódios maníacos ou hipomaníacos induzidos por terapia eletroconvulsiva que persistem além dos efeitos fisiológicos do tratamento são diagnosticados com transtorno bipolar, não transtorno bipolar induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado. Além disso, sintomas bipolares induzidos por substância/medicamento e sintomas relacionados podem sugerir uma diátese bipolar subjacente em indivíduos previamente não diagnosticados com transtornos bipolares.

Os efeitos colaterais de alguns antidepressivos e outras drogas psicotrópicas (por exemplo, nervosismo, agitação) podem assemelhar-se aos sintomas primários de uma síndrome maníaca, mas são fundamentalmente distintos dos sintomas bipolares e são insuficientes para o diagnóstico. Ou seja, os sintomas critério de mania/hipomania têm especificidade (simples agitação não é o mesmo que excesso de envolvimento em atividades propositais), e um número suficiente de sintomas deve estar presente (não apenas um ou dois sintomas) para fazer esses diagnósticos. Em particular, o aparecimento de um ou dois sintomas inespecíficos – irritabilidade, nervosismo ou agitação durante o tratamento antidepressivo – na ausência de uma síndrome maníaca ou hipomaníaca completa não deve ser considerado para apoiar o diagnóstico de transtorno bipolar.

Recursos associados

Substâncias/medicamentos que são tipicamente considerados associados ao transtorno bipolar induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado incluem a classe de drogas estimulantes, como

165

bem como fenciclidina e esteróides; no entanto, várias substâncias potenciais continuam a surgir à medida que novos compostos são sintetizados (por exemplo, os chamados sais de banho).

Prevalência

Existem dados epidemiológicos limitados sobre a prevalência de mania induzida por substância/medicamento ou transtorno bipolar. A prevalência do transtorno bipolar induzido por substâncias dependerá da disponibilidade da substância e do nível de uso da substância em uma sociedade; por exemplo, países com proibições culturais contra o uso de álcool ou outras substâncias podem ter uma prevalência menor de uso de substâncias.

transtornos relacionados.

Desenvolvimento e Curso Na

mania induzida por fenciclidina, a apresentação inicial pode ser um delírio com características afetivas, que então se torna um estado maníaco ou misto de aparência atípica. Essa condição segue a ingestão ou inalação rapidamente, geralmente em poucas horas ou, no máximo, alguns dias. Nos estados maníacos ou hipomaníacos induzidos por estimulantes, a resposta ocorre em minutos a 1 hora após uma ou várias injeções ou inalações. O episódio é muito breve e geralmente se resolve em 1 a 2 dias. Com corticosteróides e alguns medicamentos imunossupressores, a mania (ou estado misto ou deprimido) geralmente segue vários dias de ingestão, e as doses mais altas parecem ter uma probabilidade muito maior de produzir sintomas bipolares.

Marcadores Diagnósticos

A determinação da substância de uso pode ser feita por meio de marcadores no sangue ou na urina para corroborar o diagnóstico.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno bipolar induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado deve ser diferenciado de outros transtornos bipolares, intoxicação por substância, abstinência de substância, delírio induzido por substância e efeitos colaterais de medicamentos (como observado anteriormente). Um episódio maníaco completo que surge durante o tratamento antidepressivo (por exemplo, medicação, terapia eletroconvulsiva), mas persiste em um nível totalmente sindrômico além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico bipolar I. Um episódio hipomaníaco completo que surge durante o tratamento antidepressivo (p.

Intoxicação por substância e abstinência de substância.

Euforia, irritabilidade e aumento de energia podem ocorrer

na intoxicação por substância (por exemplo, intoxicação por estimulantes) ou abstinência de substância (por exemplo, abstinência de cannabis). O diagnóstico de intoxicação específica de substância ou abstinência específica de substância geralmente será suficiente para categorizar a apresentação dos sintomas. Um diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento, com início durante a intoxicação ou com início durante a abstinência, deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância quando o humor eufórico ou irritável ou os sintomas de aumento de energia são predominantes no quadro clínico. quadro e são suficientemente graves para justificar a atenção clínica.

Comorbidade As

comorbidades são aquelas associadas ao uso de substâncias ilícitas (no caso de estimulantes ilegais ou fenciclidina) ou desvio de estimulantes prescritos. As comorbidades relacionadas a medicamentos esteroides ou imunossupressores são as indicações médicas dessas preparações.

Delirium pode ocorrer antes ou junto com sintomas maníacos em indivíduos que ingerem fenciclidina ou aqueles que recebem medicamentos esteróides ou outros medicamentos imunossupressores.

Transtorno Bipolar e Relacionado Devido a Outro

Doença

Critério de diagnóstico

- A. Um distúrbio proeminente e persistente do humor que predomina no quadro clínico e é caracterizado por humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia anormalmente aumentadas.
- B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o distúrbio é a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
- C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental.
- D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírio.
- E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento, ou requer hospitalização para evitar danos a si mesmo ou a outros, ou há características psicóticas.

Nota de codificação: O código ICD-10-CM depende do especificador (veja abaixo).

Especifique

se: **F06.33 Com características maníacas:** Os critérios completos não são atendidos para um episódio maníaco ou hipomaníaco.

F06.33 Com episódio tipo maníaco ou hipomaníaco: Todos os critérios são atendidos, exceto Critério D para um episódio maníaco ou exceto Critério F para um episódio hipomaníaco.

F06.34 Com características mistas: Os sintomas de depressão também estão presentes, mas não predominam no quadro clínico.

Nota de codificação: inclua o nome da outra condição médica no nome do transtorno mental (por exemplo, transtorno bipolar F06.33 devido a hipertireoidismo, com características maníacas). A outra condição médica também deve ser codificada e listada separadamente imediatamente antes do transtorno bipolar e transtorno relacionado devido à condição médica (por exemplo, E05.90 hipertireoidismo; F06.33 transtorno bipolar devido ao hipertireoidismo, com características maníacas).

Características

Diagnósticas As características essenciais do transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica são a presença de um período proeminente e persistente de humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia anormalmente aumentadas predominando no quadro clínico (Critério A) que é atribuível para outra condição médica (Critério B). Na maioria dos casos, o quadro maníaco ou hipomaníaco pode aparecer durante a apresentação inicial da condição médica (ou seja, dentro de 1 mês); no entanto, há exceções, especialmente em condições médicas crônicas que podem piorar ou recidivar e anunciar o aparecimento do quadro maníaco ou hipomaníaco. O transtorno bipolar e relacionado devido a outra condição médica não seria diagnosticado quando o

episódios maníacos ou hipomaníacos definitivamente precederam a condição médica, porque o diagnóstico adequado seria transtorno bipolar (exceto na circunstância incomum em que todos os episódios maníacos ou hipomaníacos anteriores – ou, quando apenas um desses episódios ocorreu, o episódio maníaco ou hipomaníaco anterior – foram associados à ingestão de uma substância/medicamento). O diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica não deve ser feito durante o curso de um delirium (Critério D). O episódio maníaco ou hipomaníaco no transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento para se qualificar para esse diagnóstico (Critério E).

167

Recursos associados

A lista de condições médicas que se diz serem capazes de induzir a mania nunca é completa, e o melhor julgamento do clínico é a essência desse diagnóstico. Entre as condições médicas mais conhecidas que podem causar uma condição maníaca ou hipomaníaca bipolar estão a doença de Cushing e a esclerose múltipla, bem como acidente vascular cerebral e lesões cerebrais traumáticas. Anticorpos para o receptor N-metil D-aspartato (NMDA) têm sido associados a humor maníaco ou misto e sintomas psicóticos. Nesses casos, a condição médica causadora seria a encefalite do receptor anti-NMDA.

Desenvolvimento e Curso O

transtorno bipolar e relacionado devido a outra condição médica geralmente tem seu início agudo ou subagudo nas primeiras semanas ou meses após o início da condição médica associada.

No entanto, isso nem sempre é o caso, pois uma piora ou recaída posterior da condição médica associada pode preceder o início da síndrome maníaca ou hipomaníaca. O clínico deve fazer um julgamento clínico nessas situações sobre se a condição médica é causadora, com base na sequência temporal, bem como na plausibilidade de uma relação causal. Finalmente, a condição pode regredir antes ou logo após a remissão da condição médica, particularmente quando o tratamento dos sintomas maníacos/hipomaníacos é eficaz.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

As diferenças relacionadas à cultura, na medida em que há alguma evidência, pertencem àquelas associadas à condição médica (por exemplo, as taxas de esclerose múltipla e acidente vascular cerebral variam em todo o mundo com base em fatores dietéticos, fatores genéticos e outros Fatores Ambientais).

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero As

diferenças de gênero pertencem àquelas associadas à condição médica (por exemplo, lúpus eritematoso sistêmico é mais comum em mulheres; acidente vascular cerebral é um pouco mais comum em homens de meia-idade em comparação com mulheres).

Marcadores de diagnóstico

Os marcadores de diagnóstico pertencem àqueles associados à condição médica (p.

sangue ou urina para corroborar o diagnóstico de doença de Cushing, que pode estar associada a síndromes maníacas ou depressivas; exames laboratoriais que confirmem o diagnóstico de esclerose múltipla).

Consequências Funcionais do Transtorno Bipolar e Relacionado Devido a Outra condição médica

As consequências funcionais dos sintomas bipolares podem exacerbar as deficiências associadas à condição médica e podem incorrer em piores resultados devido à interferência com os cuidados médicos.

tratamento.

Diagnóstico diferencial

Delirium e transtorno neurocognitivo maior ou leve.

Um diagnóstico separado de transtorno bipolar e

transtorno relacionado devido a outra condição médica não é fornecido se o distúrbio do humor ocorrer exclusivamente durante o curso de um delirium. No entanto, um diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica pode ser dado além de um diagnóstico de transtorno neurocognitivo maior ou leve se o distúrbio do humor for considerado uma consequência fisiológica do processo patológico que causa o transtorno neurocognitivo e se os sintomas de irritabilidade ou humor elevado são uma parte proeminente da apresentação clínica.

168

Sintomas de catatonia e ansiedade aguda.

É importante diferenciar os sintomas de mania dos sintomas catatônicos excitados e da agitação relacionada aos estados agudos de ansiedade.

Sintomas depressivos ou maníacos induzidos por medicamentos

Uma importante observação de diagnóstico diferencial é que a outra condição médica pode ser tratada com medicamentos (por exemplo, esteróides ou interferon alfa) que podem induzir sintomas depressivos ou maníacos. Nesses casos, o julgamento clínico usando todas as evidências disponíveis é a melhor maneira de tentar separar o mais provável e/ou o mais importante de dois fatores etiológicos (ou seja, associação com a condição médica vs. síndrome). O diagnóstico diferencial das condições médicas associadas é relevante, mas muito além do escopo deste manual.

Comorbidade

Condições comórbidas com transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica são aquelas associadas às condições médicas de relevância etiológica. Delirium pode ocorrer antes ou junto com sintomas maníacos em indivíduos com doença de Cushing.

Outros Transtornos Bipolares e Relacionados Especificados

F31.89

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno bipolar e transtorno relacionado que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas relações sociais,

ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionamento predominam, mas não preenchem todos os critérios para nenhum dos transtornos na classe diagnóstica bipolar e transtornos relacionados. A outra categoria de transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar o motivo específico pelo qual a apresentação não atende aos critérios para qualquer transtorno bipolar e transtorno relacionado específico. Isso é feito registrando “outro transtorno bipolar especificado e relacionado” seguido pelo motivo específico (por exemplo, “ciclotimia de curta duração”).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação “outros especificados” incluem o seguinte:

- 1. Episódios hipomaníacos de curta duração (2-3 dias) e episódios depressivos maiores:** uma história de vida de um ou mais episódios depressivos maiores em indivíduos cuja apresentação nunca preencheu todos os critérios para um episódio maníaco ou hipomaníaco, mas experimentou dois ou mais episódios de hipomania de curta duração que atendem aos critérios sintomáticos completos para um episódio hipomaníaco, mas que duram apenas 2 a 3 dias. Os episódios de sintomas hipomaníacos não se sobrepõem no tempo aos episódios depressivos maiores, de modo que a perturbação não atende aos critérios para episódio depressivo maior, com características mistas.

- 2. Episódios hipomaníacos com sintomas insuficientes e episódios depressivos maiores:** Uma história de vida de um ou mais episódios depressivos maiores em indivíduos cuja apresentação nunca preencheu todos os critérios para um episódio maníaco ou hipomaníaco, mas que experimentaram um ou mais episódios de hipomania que não preencher os critérios sintomáticos completos (ou seja, pelo menos 4 dias consecutivos de humor elevado e um ou dois dos outros sintomas de um episódio hipomaníaco ou humor irritável e dois ou três dos outros sintomas de um episódio hipomaníaco). Os episódios de sintomas hipomaníacos não se sobrepõem no tempo aos episódios depressivos maiores, de modo que a perturbação não atende aos critérios para episódio depressivo maior, com características mistas.
- 3. Episódio hipomaníaco sem episódio depressivo maior prévio:** Um ou mais episódios hipomaníacos em um indivíduo cuja apresentação nunca preencheu todos os critérios para um episódio depressivo maior ou um episódio maníaco.

169

- 4. Ciclotimia de curta duração (menos de 24 meses):** múltiplos episódios de sintomas hipomaníacos que não atendem aos critérios para um episódio hipomaníaco e múltiplos episódios de sintomas depressivos que não atendem aos critérios para um episódio depressivo maior que persistem por um período menor mais de 24 meses (menos de 12 meses para crianças ou adolescentes) em um indivíduo cuja apresentação nunca preencheu todos os critérios para um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco e não preenche os critérios para qualquer transtorno psicótico. Durante o curso do transtorno, os sintomas hipomaníacos ou depressivos estão presentes por mais dias do que não, o indivíduo não está sem sintomas por mais de 2 meses de cada vez e os sintomas causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo.
- 5. Episódio maníaco sobreposto à esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou outro espectro de esquizofrenia especificado e não especificado**

e outros transtornos psicóticos. **Nota:** Os episódios maníacos que fazem parte do transtorno esquizoafetivo não merecem um diagnóstico adicional de outro transtorno bipolar específico e transtorno relacionado.

Transtorno Bipolar Não Especificado e Relacionado

F31.9

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno bipolar e transtorno relacionado que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos no transtorno bipolar e classe diagnóstica de transtornos relacionados. A categoria de transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno bipolar e relacionado específico, e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, em ambientes de emergência).

Transtorno de humor não especificado

F39

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno do humor que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas no momento da avaliação não atendem a todos os critérios para qualquer um dos sintomas. os transtornos nas classes de diagnóstico de transtornos bipolares ou depressivos e nos quais é difícil escolher entre transtorno bipolar não especificado e transtorno relacionado e transtorno depressivo não especificado (por exemplo, agitação aguda).

Especificadores para Transtornos Bipolares e Relacionados

Especifique se:

Com angústia ansiosa: A presença de pelo menos dois dos seguintes sintomas durante a maioria dos dias do atual episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior no transtorno bipolar I (ou o episódio mais recente se o transtorno bipolar I estiver em remissão parcial ou total); ou do atual episódio hipomaníaco ou depressivo maior no transtorno bipolar II (ou o episódio mais recente se o transtorno bipolar II estiver em remissão parcial ou total); ou durante a maioria dos dias sintomáticos no distúrbio ciclotímico:

1. Sentindo-se tenso ou tenso.
2. Sentindo-se incomumente inquieto.

170

3. Dificuldade de concentração por causa da preocupação.
4. Medo de que algo terrível possa acontecer.
5. Sensação de que o indivíduo pode perder o controle de si mesmo.

Especifique a gravidade atual:

Leve: Dois sintomas.

Moderado: Três sintomas.

Moderado-grave: Quatro ou cinco sintomas.

Grave: Quatro ou cinco sintomas com agitação motora.

Nota: A angústia ansiosa foi observada como uma característica proeminente dos transtornos bipolares e depressivos maiores, tanto nos cuidados primários quanto nos serviços de saúde mental especializados. Altos níveis de ansiedade têm sido associados a maior risco de suicídio, maior duração da doença e maior probabilidade de não resposta ao tratamento. Como resultado, é clinicamente útil especificar com precisão a presença e os níveis de gravidade da angústia ansiosa para o planejamento do tratamento e o monitoramento da resposta ao tratamento.

Com características mistas: O especificador de características mistas pode ser aplicado ao atual episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior no transtorno bipolar I (ou ao episódio mais recente se o transtorno bipolar I estiver em remissão parcial ou total) ou ao atual episódio hipomaníaco ou depressivo maior episódio no transtorno bipolar II (ou o episódio mais recente se o transtorno bipolar II estiver em remissão parcial ou total): **Episódio maníaco ou hipomaníaco, com características mistas:**

- A. São preenchidos todos os critérios para um episódio maníaco ou episódio hipomaníaco, e pelo menos três dos seguintes sintomas estão presentes durante a maioria dos dias do episódio atual ou mais recente de mania ou hipomania: 1. Disforia proeminente ou humor deprimido, conforme indicado por relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por exemplo, parece chorosa).
2. Diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros).
3. Retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outros; não sentimentos meramente subjetivos de desaceleração).
4. Fadiga ou perda de energia.
5. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (não apenas autocensura ou culpa por estar doente).
6. Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico para

cometendo suicídio.

- B. Os sintomas mistos são observáveis por outros e representam uma mudança do comportamento habitual da pessoa.
- C. Para indivíduos cujos sintomas atendem aos critérios de episódio completo para mania e depressão simultaneamente, o diagnóstico deve ser episódio maníaco, com características mistas, devido ao comprometimento acentuado e gravidade clínica da mania total.
- D. Os sintomas mistos não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento ou outro tratamento).

Episódio depressivo, com características mistas:

- A. São preenchidos todos os critérios para um episódio depressivo maior e pelo menos três dos seguintes sintomas maníacos/hipomaníacos estão presentes durante a maioria dos dias do episódio de depressão atual ou mais recente: 1. Humor expansivo e elevado.
 - 2. Auto-estima inflada ou grandiosidade.
 - 3. Mais falante do que o normal ou pressão para continuar falando.
 - 4. Vôo de idéias ou experiência subjetiva que os pensamentos estão correndo.
 - 5. Aumento da energia ou atividade direcionada a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, ou sexualmente).
 - 6. Envolvimento aumentado ou excessivo em atividades com alto potencial de consequências dolorosas (por exemplo, envolvimento em compras desenfreadas, indiscrições sexuais ou investimentos comerciais tolos).
 - 7. Diminuição da necessidade de sono (sentir-se descansado apesar de dormir menos de habitual; contrastar com a insônia).
- B. Os sintomas mistos são observáveis por outros e representam uma mudança do comportamento habitual da pessoa.
- C. Para indivíduos cujos sintomas atendem aos critérios de episódio completo para mania e depressão simultaneamente, o diagnóstico deve ser episódio maníaco, com características mistas.
- D. Os sintomas mistos não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento ou outro tratamento).

Nota: Características mistas associadas a um episódio depressivo maior foram consideradas um fator de risco significativo para o desenvolvimento de transtorno bipolar I ou bipolar II. Como resultado, é clinicamente útil observar a presença desse especificador para o planejamento do tratamento e monitoramento da resposta ao tratamento.

Com ciclagem rápida: Presença de pelo menos quatro episódios de humor nos 12 meses anteriores que atendem aos critérios para episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior no transtorno bipolar I ou que atendem aos critérios para hipomaníaco ou depressivo maior

episódio de transtorno bipolar II.

Nota: Os episódios são demarcados por remissões parciais ou totais de pelo menos 2 meses ou uma mudança para um episódio de polaridade oposta (por exemplo, episódio depressivo maior para episódio maníaco).

Nota: A característica essencial de um transtorno bipolar de ciclo rápido é a ocorrência de pelo menos quatro episódios de humor durante os 12 meses anteriores.

Esses episódios podem ocorrer em qualquer combinação e ordem. Os episódios devem atender aos critérios de duração e número de sintomas para um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco e devem ser demarcados por um período de remissão completa ou uma mudança para um episódio de polaridade oposta.

Episódios maníacos e hipomaníacos são contados como estando no mesmo pólo.

Exceto pelo fato de ocorrerem com mais frequência, os episódios que ocorrem em um padrão de ciclagem rápida não são diferentes daqueles que ocorrem em um padrão de ciclagem não rápida. Os episódios de humor que contam para definir um padrão de ciclagem rápida excluem aqueles episódios causados diretamente por uma substância (por exemplo, cocaína, corticosteroides) ou outra condição médica.

Com traços melancólicos:

A. Um dos seguintes está presente durante o período mais grave do atual episódio depressivo maior (ou o episódio depressivo maior mais recente se o transtorno bipolar I ou II estiver atualmente em remissão parcial ou total): 1. Perda de prazer em todos , ou quase todas as atividades.

2. Falta de reatividade a estímulos geralmente prazerosos (não se sente muito melhor, mesmo temporariamente, quando algo de bom acontece).

B. Três (ou mais) dos seguintes:

1. Uma qualidade distinta de humor deprimido caracterizado por profundo desânimo, desespero e/ou melancolia ou pelo chamado humor vazio.

2. Depressão que piora regularmente pela manhã.

172

3. Despertar de manhã cedo (ou seja, pelo menos 2 horas antes do despertar habitual).

4. Agitação ou retardo psicomotor acentuado.

5. Anorexia significativa ou perda de peso.

6. Culpa excessiva ou inadequada.

Nota: O especificador “com traços melancólicos” é aplicado se esses traços estiverem presentes na fase mais grave do episódio. Há uma quase completa ausência da capacidade de prazer, não apenas uma diminuição. Uma diretriz para avaliar a falta de reatividade do humor é que mesmo os eventos altamente desejados não estão associados a uma melhora acentuada do humor. Ou o humor não se ilumina, ou se ilumina apenas parcialmente (por exemplo, até 20% – 40% do normal por apenas alguns minutos de cada vez). A “qualidade distinta” do humor

que é característico do especificador “com traços melancólicos” é experienciado como qualitativamente diferente daquele durante um episódio depressivo não melancólico. Um humor deprimido que é descrito como meramente mais grave, duradouro ou presente sem motivo não é considerado distinto em qualidade. As alterações psicomotoras estão quase sempre presentes e são observáveis por outras pessoas.

As características melancólicas exibem apenas uma tendência modesta de repetir os episódios no mesmo indivíduo. São mais frequentes em pacientes internados do que em pacientes ambulatoriais; são menos prováveis de ocorrer em episódios depressivos maiores mais leves do que em episódios mais graves; e são mais prováveis de ocorrer em indivíduos com características psicóticas.

Com características atípicas: Este especificador é aplicado quando essas características predominam durante a maioria dos dias do episódio depressivo maior atual (ou o episódio depressivo maior mais recente se o transtorno bipolar I ou bipolar II estiver atualmente em remissão parcial ou total).

A. Reatividade do humor (ou seja, o humor melhora em resposta a uma reação positiva real ou potencial eventos).

B. Dois (ou mais) dos seguintes:

1. Ganho de peso significativo ou aumento do apetite.
2. Hipersonia.
3. Paralisia de chumbo (isto é, sensações pesadas e pesadas nos braços ou pernas).
4. Um padrão de longa data de sensibilidade à rejeição interpessoal (não limitado a episódios de perturbação do humor) que resulta em prejuízo social ou ocupacional significativo.

C. Os critérios não são atendidos para "com traços melancólicos" ou "com catatonia" durante o mesmo episódio.

Nota: “Depressão atípica” tem significado histórico (ou seja, atípica em contraste com as apresentações mais clássicas agitadas e “endógenas” de depressão que eram a norma quando a depressão raramente era diagnosticada em pacientes ambulatoriais e quase nunca em adolescentes ou adultos jovens) e hoje não conota uma apresentação clínica incomum ou incomum como o termo pode implicar.

A reatividade do humor é a capacidade de se animar diante de eventos positivos (por exemplo, uma visita de crianças, elogios de outras pessoas). O humor pode se tornar eutímico (não triste) mesmo por longos períodos de tempo se as circunstâncias externas permanecerem favoráveis. O aumento do apetite pode se manifestar por um aumento óbvio na ingestão de alimentos ou pelo ganho de peso.

A hipersonia pode incluir um período prolongado de sono noturno ou cochilos diurnos que totalizam pelo menos 10 horas de sono por dia (ou pelo menos 2 horas a mais do que quando não está deprimido). A paralisia de chumbo é definida como sensação de peso, chumbo ou peso, geralmente nos braços ou pernas. Essa sensação geralmente está presente por pelo menos uma hora por dia, mas geralmente dura muitos

horas de cada vez. Ao contrário das outras características atípicas, a sensibilidade patológica à rejeição interpessoal percebida é uma característica que tem início precoce e persiste durante a maior parte da vida adulta. A sensibilidade à rejeição ocorre tanto quando a pessoa está e não está deprimida, embora possa ser exacerbada durante os períodos depressivos.

Com características psicóticas: Delírios ou alucinações estão presentes a qualquer momento no atual episódio maníaco ou depressivo maior no transtorno bipolar I (ou no episódio maníaco ou depressivo maior mais recente se o transtorno bipolar I estiver atualmente em remissão parcial ou total) ou no atual episódio depressivo maior no transtorno bipolar II (ou o episódio depressivo maior mais recente se o transtorno bipolar II estiver atualmente em remissão parcial ou total). Se as características psicóticas estiverem presentes, especifique se são congruentes ou incongruentes com o humor:

Quando aplicado ao episódio maníaco atual ou mais recente (no transtorno bipolar I):

Com características psicóticas congruentes com o humor: O conteúdo de todos os delírios e alucinações é consistente com os temas maníacos típicos de grandiosidade, invulnerabilidade, etc., mas também pode incluir temas de desconfiança ou paranoia, especialmente com relação às dúvidas dos outros sobre as capacidades do indivíduo , realizações e assim por diante.

Com características psicóticas incongruentes com o humor: O conteúdo dos delírios e alucinações não envolve temas maníacos típicos, conforme descrito acima, ou o conteúdo é uma mistura de temas incongruentes e congruentes com o humor.

Quando aplicado ao episódio depressivo maior atual ou mais recente (no transtorno bipolar I ou transtorno bipolar II):

Com características psicóticas congruentes com o humor: O conteúdo de todos os delírios e alucinações é consistente com os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida.

Com características psicóticas incongruentes com o humor: O conteúdo dos delírios e alucinações não envolve temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida, ou o conteúdo é uma mistura de humor incongruente e congruente com o humor temas.

Com catatonia: Este especificador é aplicado ao episódio maníaco ou depressivo maior atual no transtorno bipolar I (ou ao episódio maníaco ou depressivo maior mais recente se o transtorno bipolar I estiver atualmente em remissão parcial ou total) ou ao episódio depressivo maior atual no transtorno bipolar Transtorno II (ou o episódio depressivo maior mais recente se o transtorno bipolar II estiver atualmente em remissão parcial ou total) se características catatônicas estiverem presentes durante a maior parte do episódio. Veja os critérios para catatonia associada a um transtorno mental no capítulo “Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”.

Com início periparto: Este especificador é aplicado ao episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior atual no transtorno bipolar I (ou ao episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior mais recente se o transtorno bipolar I estiver atualmente em remissão parcial ou total) ou para o episódio hipomaníaco ou depressivo maior atual no transtorno bipolar II (ou o episódio hipomaníaco ou depressivo maior mais recente se o transtorno bipolar II estiver atualmente em remissão parcial ou total) se o início dos sintomas de humor ocorrer durante a gravidez ou nas 4 semanas após o parto.

Nota: Os episódios de humor podem ter início durante a gravidez ou no pós-parto. Cerca de 50% dos episódios depressivos maiores pós-parto começam antes do parto. Assim, esses episódios são referidos coletivamente como episódios *periparto*.

Entre a concepção e o nascimento, cerca de 9% das mulheres experimentarão um episódio depressivo maior. A melhor estimativa para a prevalência de um episódio depressivo maior entre o nascimento e 12 meses pós-parto é pouco abaixo de 7%.

Os episódios de humor de início no periparto podem apresentar-se com ou sem características psicóticas. O infanticídio (uma ocorrência rara) é mais frequentemente associado ao pós-parto

174

episódios psicóticos caracterizados por alucinações de comando para matar o bebê ou delírios de que o bebê está possuído, mas os sintomas psicóticos também podem ocorrer em episódios graves de humor pós-parto sem esses delírios ou alucinações específicos.

Episódios de humor pós-parto (depressivo maior ou maníaco) com características psicóticas parecem ocorrer em 1 em 500 a 1 em 1.000 partos e podem ser mais comuns em mulheres primíparas. O risco de episódios pós-parto com características psicóticas é particularmente aumentado para mulheres com episódios de humor psicóticos pós-parto anteriores, mas também é elevado para aquelas com história prévia de transtorno depressivo ou bipolar (especialmente transtorno bipolar I) e aquelas com história familiar de transtorno bipolar.

Uma vez que uma mulher tenha tido um episódio pós-parto com características psicóticas, o risco de recorrência a cada parto subsequente é entre 30% e 50%.

Os episódios pós-parto devem ser diferenciados do delirium que ocorre no período pós-parto, que se distingue por um nível flutuante de consciência ou atenção.

Os transtornos depressivos de início no periparto devem ser diferenciados dos muito mais comuns “maternity blues”, ou o que é conhecido em termos leigos como “baby blues”. A tristeza da maternidade não é considerada um transtorno mental e é caracterizada por mudanças repentinas de humor (por exemplo, o início súbito de choro na ausência de depressão) que não causam prejuízo funcional e provavelmente são causadas por alterações fisiológicas que ocorrem após o parto. É temporário e autolimitado, geralmente melhorando rapidamente

(dentro de uma semana) sem a necessidade de tratamento. Outros sintomas da tristeza da maternidade incluem distúrbios do sono e até confusão que podem ocorrer logo após o parto.

As mulheres perinatais podem estar em maior risco de transtornos depressivos devido a anormalidades da tireoide, bem como outras condições médicas que podem causar sintomas depressivos. Se os sintomas depressivos forem considerados devidos a outra condição médica relacionada ao período perinatal, o transtorno depressivo devido a outra condição médica deve ser diagnosticado em vez de um episódio depressivo maior, com início no periparto.

Com padrão sazonal: Este especificador se aplica ao padrão de vida dos episódios de humor. A característica essencial é um padrão sazonal regular de pelo menos um tipo de episódio (ou seja, mania, hipomania ou depressão). Os outros tipos de episódios podem não seguir esse padrão. Por exemplo, um indivíduo pode ter manias sazonais, mas ter depressões que não ocorrem regularmente em uma época específica do ano.

- A. Tem havido uma relação temporal regular entre o início de episódios maníacos, hipomaníacos ou depressivos maiores e uma determinada época do ano (por exemplo, no outono ou inverno) no transtorno bipolar I ou II.
Nota: Não inclua casos em que haja um efeito óbvio de estressores psicossociais relacionados com a sazonalidade (por exemplo, estar regularmente desempregado todo inverno).
- B. Remissões completas (ou uma mudança de depressão maior para mania ou hipomania ou vice-versa) também ocorrem em uma época característica do ano (por exemplo, a depressão desaparece na primavera).
- C. Nos últimos 2 anos, os episódios maníacos, hipomaníacos ou depressivos maiores do indivíduo demonstraram uma relação temporal sazonal, conforme definido acima, e nenhum episódio não sazonal dessa polaridade ocorreu durante esse período de 2 anos.
- D. Manias, hipomanias ou depressões sazonais (como descrito acima) superam substancialmente quaisquer manias, hipomanias ou depressões não sazonais que possam ter ocorrido ao longo da vida do indivíduo.

Nota: O especificador “com padrão sazonal” pode ser aplicado ao padrão de episódios depressivos maiores no transtorno bipolar I e bipolar II, ao padrão de episódios maníacos

e episódios hipomaníacos no transtorno bipolar I, e ao padrão de episódios hipomaníacos no transtorno bipolar II. A característica essencial é o início e a remissão de episódios depressivos maiores, maníacos ou hipomaníacos em épocas características do ano. Na maioria dos casos, os episódios depressivos maiores sazonais começam no outono ou inverno e regredem na primavera. Menos comumente, pode haver episódios depressivos de verão recorrentes. Esse

O padrão de início e remissão dos episódios deve ter ocorrido durante pelo menos um período de 2 anos, sem que nenhum episódio não sazonal tenha ocorrido durante esse período. Além disso, os episódios depressivos, maníacos ou hipomaníacos sazonais devem superar substancialmente quaisquer episódios depressivos, maníacos ou hipomaníacos não sazonais ao longo da vida do indivíduo.

Este especificador não se aplica às situações em que o padrão é mais bem explicado por estressores psicossociais ligados sazonalmente (por exemplo, desemprego sazonal ou horário escolar). Não está claro se um padrão sazonal de episódios depressivos maiores é mais provável no transtorno depressivo maior recorrente ou no transtorno bipolar. No entanto, dentro do grupo de transtornos bipolares, um padrão sazonal de episódios depressivos maiores 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, com pico sazonal de mania ou hipomania da primavera ao verão.

A prevalência do padrão sazonal do tipo inverno parece variar com a latitude, idade e sexo. A prevalência aumenta com latitudes mais altas. A idade também é um forte preditor de sazonalidade, com pessoas mais jovens com maior risco de episódios depressivos de inverno.

Especificar

se: **Em remissão parcial:** Os sintomas do episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior imediatamente anterior estão presentes, mas os critérios completos não são atendidos, ou há um período com duração inferior a 2 meses sem quaisquer sintomas significativos de maníaco, hipomaníaco ou episódio depressivo maior após o término de tal episódio.

Em remissão completa: Durante os últimos 2 meses, nenhum sinal ou sintoma significativo do distúrbio estava presente.

Especifique a gravidade atual do episódio maníaco: A

gravidade é baseada no número de sintomas de critério, na gravidade desses sintomas e no grau de incapacidade funcional.

Leve: os critérios mínimos de sintomas são atendidos para um episódio maníaco.

Moderado: Aumento muito significativo na atividade ou prejuízo no julgamento.

Grave: É necessária supervisão quase contínua para evitar danos físicos a si mesmo ou a outros.

Especifique a gravidade atual do episódio depressivo maior: A

gravidade é baseada no número de sintomas de critério, na gravidade desses sintomas e no grau de incapacidade funcional.

Leve: Poucos, se houver, sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, a intensidade dos sintomas é angustiante, mas administrável, e os sintomas resultam em menor prejuízo no funcionamento social ou ocupacional.

Moderado: O número de sintomas, intensidade dos sintomas e/ou comprometimento funcional estão entre os especificados para “leve” e “grave”.

Grave: O número de sintomas é substancialmente superior ao necessário para fazer o diagnóstico, a intensidade dos sintomas é seriamente angustiante e

O padrão de início e remissão dos episódios deve ter ocorrido durante pelo menos um período de 2 anos, sem que nenhum episódio não sazonal tenha ocorrido durante esse período. Além disso, os episódios depressivos, maníacos ou hipomaníacos sazonais devem superar substancialmente quaisquer episódios depressivos, maníacos ou hipomaníacos não sazonais ao longo da vida do indivíduo.

Este especificador não se aplica às situações em que o padrão é mais bem explicado por estressores psicossociais ligados sazonalmente (por exemplo, desemprego sazonal ou horário escolar). Não está claro se um padrão sazonal de episódios depressivos maiores é mais provável no transtorno depressivo maior recorrente ou no transtorno bipolar. No entanto, dentro do grupo de transtornos bipolares, um padrão sazonal de episódios depressivos maiores 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, com pico sazonal de mania ou hipomania da primavera ao verão.

A prevalência do padrão sazonal do tipo inverno parece variar com a latitude, idade e sexo. A prevalência aumenta com latitudes mais altas. A idade também é um forte preditor de sazonalidade, com pessoas mais jovens com maior risco de episódios depressivos de inverno.

Especificar

se: **Em remissão parcial:** Os sintomas do episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior imediatamente anterior estão presentes, mas os critérios completos não são atendidos, ou há um período com duração inferior a 2 meses sem quaisquer sintomas significativos de maníaco, hipomaníaco ou episódio depressivo maior após o término de tal episódio.

Em remissão completa: Durante os últimos 2 meses, nenhum sinal ou sintoma significativo do distúrbio estava presente.

Especifique a gravidade atual do episódio maníaco: A

gravidade é baseada no número de sintomas de critério, na gravidade desses sintomas e no grau de incapacidade funcional.

Leve: os critérios mínimos de sintomas são atendidos para um episódio maníaco.

Moderado: Aumento muito significativo na atividade ou prejuízo no julgamento.

Grave: É necessária supervisão quase contínua para evitar danos físicos a si mesmo ou a outros.

Especifique a gravidade atual do episódio depressivo maior: A

gravidade é baseada no número de sintomas de critério, na gravidade desses sintomas e no grau de incapacidade funcional.

Leve: Poucos, se houver, sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, a intensidade dos sintomas é angustiante, mas administrável, e os sintomas resultam em menor prejuízo no funcionamento social ou ocupacional.

Moderado: O número de sintomas, intensidade dos sintomas e/ou comprometimento funcional estão entre os especificados para “leve” e “grave”.

Grave: O número de sintomas é substancialmente superior ao necessário para fazer o diagnóstico, a intensidade dos sintomas é seriamente angustiante e

incontrolável, e os sintomas interferem marcadamente no funcionamento social e ocupacional.

¹Ao distinguir o luto de um episódio depressivo maior (EDM), é útil considerar que no luto o afeto predominante são os sentimentos de vazio e perda, enquanto no EDM é o humor deprimido persistente e a incapacidade de antecipar a felicidade ou o prazer. A disforia no luto tende a diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas e ocorre em ondas, as chamadas dores do luto. Essas ondas tendem a estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido. O humor deprimido de um MDE é mais persistente e não está ligado a pensamentos ou preocupações específicas. A dor do luto pode ser acompanhada por emoções positivas e humor que não são característicos da infelicidade e miséria generalizadas características de um EDM. O conteúdo do pensamento associado ao luto geralmente apresenta uma preocupação com pensamentos e memórias do falecido, em vez das ruminações autocriticas ou pessimistas vistas em um MDE. No luto, a auto-estima é geralmente preservada, enquanto em um MDE, sentimentos de inutilidade e auto-aversão são comuns. Se a ideação autodepreciativa estiver presente no luto, normalmente envolve falhas percebidas em relação ao falecido (por exemplo, não visitar com frequência suficiente, não dizer ao falecido o quanto ele era amado). Se um indivíduo enlutado pensa sobre a morte e o morrer, tais pensamentos são geralmente focados no falecido e possivelmente em “juntar-se” ao falecido, enquanto em um MDE tais pensamentos estão focados em acabar com a própria vida por se sentir inútil, indigno da vida ou incapaz de lidar com a dor da depressão.

¹Ao distinguir o luto de um episódio depressivo maior (EDM), é útil considerar que no luto o afeto predominante são os sentimentos de vazio e perda, enquanto no EDM é o humor deprimido persistente e a incapacidade de antecipar a felicidade ou o prazer. A disforia no luto tende a diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas e ocorre em ondas, as chamadas dores do luto. Essas ondas tendem a estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido. O humor deprimido de um MDE é mais persistente e não está ligado a pensamentos ou preocupações específicas. A dor do luto pode ser acompanhada por emoções positivas e humor que não são característicos da infelicidade e miséria generalizadas características de um EDM. O conteúdo do pensamento associado ao luto geralmente apresenta uma preocupação com pensamentos e memórias do falecido, em vez das ruminações autocriticas ou pessimistas vistas em um MDE. No luto, a auto-estima é geralmente preservada, enquanto em um MDE sentimentos de inutilidade e auto-aversão são comuns. Se a ideação autodepreciativa estiver presente no luto, normalmente envolve falhas percebidas em relação ao falecido (por exemplo, não visitar com frequência suficiente, não dizer ao falecido o quanto ele era amado). Se um indivíduo enlutado pensa sobre a morte e o morrer, tais pensamentos são geralmente focados no falecido e possivelmente em “juntar-se” ao falecido, enquanto em um MDE tais pensamentos estão focados em acabar com a própria vida por se sentir inútil, indigno da vida ou incapaz de lidar com a dor da depressão.

Transtornos Depressivos

Os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado transtorno. A característica comum de todos esses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado por alterações relacionadas que afetam significativamente a capacidade funcional do indivíduo (por exemplo, alterações somáticas e cognitivas no transtorno depressivo maior e no transtorno depressivo persistente). O que difere entre eles são questões de duração, tempo ou etiologia presumida.

A fim de abordar as preocupações nos Estados Unidos e, cada vez mais, internacionalmente sobre o potencial para o sobrediagnóstico e tratamento do transtorno bipolar em crianças, um novo diagnóstico, transtorno disruptivo da desregulação do humor, referindo-se à apresentação de crianças com irritabilidade persistente e episódios frequentes de descontrole comportamental extremo, soma-se aos transtornos depressivos para crianças até 12 anos de idade. Sua colocação neste capítulo reflete a descoberta de que crianças com esse padrão de sintomas geralmente desenvolvem transtornos depressivos unipolares ou transtornos de ansiedade, em vez de transtornos bipolares, à medida que amadurecem na adolescência e na idade adulta.

O transtorno depressivo maior representa a condição clássica neste grupo de transtornos. É caracterizada por episódios discretos de pelo menos 2 semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure consideravelmente mais) envolvendo mudanças claras no afeto, cognição e funções neurovegetativas e remissões interepisódios. Um diagnóstico baseado em um único episódio é possível, embora o distúrbio seja recorrente na maioria dos casos. Uma consideração cuidadosa deve ser dada ao delineamento da tristeza e do luto normais de um episódio depressivo maior.

O luto pode induzir grande sofrimento, mas normalmente não induz um episódio de transtorno depressivo maior. Quando ocorrem juntos, os sintomas depressivos e o comprometimento funcional tendem a ser mais graves e o prognóstico é pior em comparação com o luto que não é acompanhado de transtorno depressivo maior. Episódios depressivos maiores relacionados ao luto tendem a ocorrer em pessoas com outras vulnerabilidades a transtornos depressivos.

Uma forma mais crônica de depressão, o transtorno depressivo persistente, pode ser diagnosticada quando o distúrbio do humor continua por pelo menos 2 anos em adultos ou 1 ano em crianças. Esse diagnóstico, novo no DSM-5, inclui as categorias diagnósticas do DSM-IV de depressão maior crônica e distimia.

Após cuidadosa revisão científica das evidências, o transtorno disfórico pré-menstrual foi movido de um apêndice do DSM-IV (“Conjuntos de Critérios e Eixos Fornecidos para Estudo Adicional”) para a Seção II do DSM-5. Quase 20 anos de pesquisas adicionais sobre essa condição confirmaram uma forma específica e responsiva ao tratamento de transtorno depressivo que começa em algum momento após a ovulação e remite alguns dias após a menstruação e tem um impacto marcante no funcionamento.

Um grande número de substâncias de abuso, alguns medicamentos prescritos e vários medicamentos

condições podem estar associadas a fenômenos semelhantes à depressão. Esse fato é reconhecido nos diagnósticos de transtorno depressivo induzido por substância/medicamento e transtorno depressivo por outra condição médica.

178

Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor

Critério de diagnóstico

F34.81

- A. Explosões de temperamento graves e recorrentes manifestadas verbalmente (por exemplo, raiva verbal) e/ou comportamental (por exemplo, agressão física a pessoas ou propriedades) que são grosseiramente desproporcionais em intensidade ou duração à situação ou provocação.
- B. As explosões de temperamento são inconsistentes com o nível de desenvolvimento.
- C. As explosões de temperamento ocorrem, em média, três ou mais vezes por semana.
- D. O humor entre as explosões de temperamento é persistentemente irritável ou raivoso na maior parte do dia, quase todos os dias, e é observável por outros (por exemplo, pais, professores, colegas).

- E. Os critérios A–D estão presentes há 12 ou mais meses. Ao longo desse tempo, o indivíduo não teve um período com duração de 3 ou mais meses consecutivos sem todos os sintomas nos Critérios A–D.

- F. Os critérios A e D estão presentes em pelo menos dois dos três ambientes (ou seja, em casa, na escola, com colegas) e são graves em pelo menos um deles.
- G. O diagnóstico não deve ser feito pela primeira vez antes dos 6 anos de idade ou após idade 18 anos.
- H. Pela história ou observação, a idade de início dos Critérios A–E é antes dos 10 anos.
- I. Nunca houve um período distinto com duração superior a 1 dia durante o qual todos os critérios de sintomas, exceto a duração, para um episódio maníaco ou hipomaníaco foram atendidos.

Nota: A elevação do humor apropriada ao desenvolvimento, como ocorre no contexto de um evento altamente positivo ou sua antecipação, não deve ser considerada um sintoma de mania ou hipomania.

- J. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante um episódio de transtorno depressivo maior e não são bem explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do espectro autista, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade de separação, transtorno depressivo persistente).

Nota: Este diagnóstico não pode coexistir com transtorno desafiador opositivo, transtorno explosivo intermitente ou transtorno bipolar, embora possa coexistir com outros, incluindo transtorno depressivo maior, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno de conduta e transtornos por uso de substâncias. Indivíduos cujos sintomas atendem aos critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor e

o transtorno desafiador opositivo só deve receber o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor. Se um indivíduo já experimentou um episódio maníaco ou hipomaníaco, o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor não deve ser atribuído.

K. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica ou neurológica.

Características Diagnósticas

A característica central do transtorno disruptivo da desregulação do humor é a irritabilidade crônica grave e persistente. Esta irritabilidade grave tem duas manifestações clínicas proeminentes, a primeira das quais são frequentes explosões de temperamento. Essas explosões geralmente ocorrem em resposta à frustração e podem ser verbais ou comportamentais (o último na forma de agressão contra a propriedade, a si mesmo ou a outros). Devem ocorrer com frequência (ou seja, em média, três ou mais vezes por semana) (Critério C) durante pelo menos 1 ano em pelo menos dois ambientes (Critério E e F), como em casa e na escola, e devem ser inapropriado em termos de desenvolvimento (Critério B). A segunda manifestação de irritabilidade grave consiste em humor crônico, persistentemente irritável ou raivoso que está presente entre as explosões de temperamento severas. Esse humor irritável ou raivoso deve ser característico da criança, estando presente na maior parte do dia, quase todos os dias, e perceptível por outras pessoas no ambiente da criança (Critério D).

179

A apresentação clínica do transtorno disruptivo da desregulação do humor deve ser cuidadosamente diferenciada das apresentações de outras condições relacionadas, particularmente o transtorno bipolar pediátrico. De fato, o transtorno disruptivo da desregulação do humor foi adicionado ao DSM-5 para abordar a preocupação considerável sobre a classificação e o tratamento apropriados de crianças que apresentam irritabilidade crônica e persistente em relação às crianças que apresentam transtorno bipolar clássico (ou seja, episódico).

Alguns pesquisadores veem a irritabilidade grave e não episódica como característica do transtorno bipolar em crianças, embora tanto o DSM-IV quanto o DSM-5 exijam que crianças e adultos tenham episódios distintos de mania ou hipomania para se qualificarem para o diagnóstico de transtorno bipolar I. Durante as últimas décadas do século XX, essa afirmação dos pesquisadores de que a irritabilidade grave e não episódica é uma manifestação da mania pediátrica coincidiu com um aumento nas taxas nas quais os médicos atribuíram o diagnóstico de transtorno bipolar a seus pacientes pediátricos. Esse aumento acentuado nas taxas parece ser atribuível aos médicos que combinam pelo menos duas apresentações clínicas em uma única categoria. Ou seja, tanto as apresentações clássicas e episódicas de mania quanto as apresentações não episódicas de irritabilidade grave foram rotuladas como transtorno bipolar em crianças. No DSM-5, o termo *transtorno bipolar* é explicitamente reservado para apresentações episódicas de sintomas bipolares. O DSM-IV não incluiu um diagnóstico destinado a capturar jovens cujos sintomas característicos consistiam em irritabilidade não episódica muito grave, enquanto o DSM-5, com a inclusão de transtorno disruptivo da desregulação do humor, fornece uma categoria distinta para tais apresentações.

Prevalência

O transtorno disruptivo da desregulação do humor é comum entre crianças que se apresentam à pediatria

clínicas de saúde mental. As estimativas de prevalência do transtorno na comunidade não são claras. Em um estudo de coorte de base populacional com crianças brasileiras de 11 anos que utilizou um módulo específico para transtorno disruptivo da desregulação do humor, a prevalência foi de 2,5%.

Diferenças consistentes de gênero na prevalência não foram relatadas em amostras populacionais, embora as amostras clínicas relatem uma preponderância masculina. Por exemplo, até 80% das crianças que se apresentaram em clínicas na Turquia com características de transtorno disruptivo da desregulação do humor em uma revisão de prontuários eram meninos. Os dados sugerem que o diagnóstico pode ser mais comum em faixas etárias mais jovens (por exemplo, 8,2% em uma amostra comunitária de crianças de 6 anos nos Estados Unidos).

Desenvolvimento e Curso O início

do transtorno disruptivo da desregulação do humor deve ocorrer antes dos 10 anos, e o diagnóstico não deve ser aplicado a crianças com idade de desenvolvimento inferior a 6 anos. Não se sabe se a condição se apresenta apenas dessa forma delimitada por idade. Como os sintomas do transtorno disruptivo da desregulação do humor provavelmente mudam à medida que as crianças amadurecem, o uso do diagnóstico deve ser restrito a faixas etárias semelhantes àquelas em que a validade foi estabelecida (6 a 18 anos). Aproximadamente metade das crianças com transtorno disruptivo da desregulação do humor que vivem em uma área predominantemente rural em um grande estudo nos EUA continuam a ter sintomas que atendem aos critérios para a condição 1 ano depois, embora aquelas crianças cujos sintomas não atendem mais ao limiar para o diagnóstico geralmente apresentam sintomas persistentes., prejudicando clinicamente a irritabilidade. As taxas de conversão de irritabilidade grave não episódica para transtorno bipolar são muito baixas.

Em vez disso, as crianças com transtorno disruptivo da desregulação do humor têm maior risco de desenvolver transtornos depressivos e/ou ansiosos unipolares na idade adulta.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Crianças com irritabilidade crônica geralmente apresentam histórias psiquiátricas complicadas. Nessas crianças, é comum uma história relativamente extensa de irritabilidade crônica, manifestando-se tipicamente antes que todos os critérios para a síndrome sejam atendidos. Tais apresentações pré-diagnósticas podem ter qualificado para um diagnóstico de oposição desafiadora.

180

transtorno. Muitas crianças com transtorno disruptivo da desregulação do humor apresentam sintomas que também atendem aos critérios para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e para transtorno de ansiedade, com esses diagnósticos frequentemente presentes desde uma idade relativamente precoce. Para algumas crianças, os critérios para transtorno depressivo maior também podem ser atendidos.

Ambiental. Fatores associados à vida familiar interrompida, como abuso psicológico ou negligência, transtorno psiquiátrico parental, educação parental limitada, família monoparental, trauma precoce, morte de um dos pais, luto parental, divórcio e desnutrição (por exemplo, deficiência de vitaminas) são associados aos comportamentos centrais do transtorno disruptivo da desregulação do humor.

Genética e fisiológica. Os dados sugerem que uma história familiar de depressão pode ser um fator de risco para transtorno disruptivo da desregulação do humor. Consistente com isso, os dados de gêmeos sugerem que a associação entre irritabilidade precoce e depressão unipolar posterior e ansiedade pode ser, em parte, geneticamente mediada.

Em comparação com crianças com transtorno bipolar pediátrico ou outras doenças mentais, aquelas com

o transtorno disruptivo da desregulação do humor exibe semelhanças e diferenças nos déficits de processamento de informações. Por exemplo, déficits de rotulagem de emoções faciais, bem como tomada de decisão perturbada e controle cognitivo, estão presentes em crianças com transtorno bipolar, bem como naqueles com transtorno disruptivo de desregulação do humor. É importante ressaltar, no entanto, que o mesmo déficit comportamental pode estar associado a diferentes padrões de disfunção neural. Também há evidências de disfunção específica do transtorno, como durante tarefas que avaliam o desdobramento da atenção em resposta a estímulos emocionais, o que demonstrou sinais únicos de disfunção em crianças com irritabilidade crônica.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Os dados relacionados à cultura sobre o transtorno disruptivo da desregulação do humor são limitados. No entanto, fatores socioculturais afetam a apresentação de características psicológicas centrais do transtorno, incluindo impulsividade, bem como emoção, recompensa, ameaça e desregulação de comportamento, especialmente em ambientes caracterizados por graves rupturas sociais, como zonas pós-conflito ou comunidades afetadas por conflitos de longa data, racismo e discriminação. É importante distinguir o transtorno disruptivo da desregulação do humor das respostas adaptativas à adversidade que são dependentes do contexto e transitórias.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero

Existem algumas evidências de estudos com gêmeos de que, embora a irritabilidade tenha um forte componente genético em ambos os sexos, os padrões diferem para meninos e meninas. Para os meninos, os fatores genéticos parecem ser responsáveis por uma quantidade crescente da variação do fenótipo da irritabilidade ao longo da infância. Embora os fatores genéticos sejam responsáveis por uma grande proporção da variação do fenótipo de irritabilidade em meninas em idade escolar, isso diminui na adolescência e na idade adulta jovem, com influências ambientais desempenhando um papel maior. Como esse risco genético de irritabilidade se traduz em risco e prognóstico para transtorno disruptivo da desregulação do humor, por si só, ainda não é conhecido.

Consequências funcionais do transtorno disruptivo da desregulação do humor A irritabilidade crônica

e grave, como a observada no transtorno disruptivo da desregulação do humor, está associada a uma ruptura acentuada nas relações familiares e com os colegas da criança, bem como no desempenho escolar. Por causa de sua tolerância à frustração extremamente baixa, essas crianças geralmente têm dificuldade em ter sucesso na escola; muitas vezes são incapazes de participar das atividades normalmente apreciadas por crianças saudáveis; sua vida familiar é severamente perturbada por suas explosões e irritabilidade; e eles têm problemas para iniciar ou manter amizades. Níveis de disfunção em crianças com transtorno bipolar e humor disruptivo

distúrbio de desregulação são geralmente comparáveis. Ambas as condições causam graves perturbações na vida do indivíduo afetado e de sua família. Tanto no transtorno disruptivo da desregulação do humor quanto no transtorno bipolar pediátrico, a agressão e a hospitalização psiquiátrica são comuns.

Diagnóstico diferencial

Como crianças e adolescentes cronicamente irritáveis geralmente apresentam histórias complexas, o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor deve ser feito considerando a presença ou ausência de várias outras condições. Apesar da necessidade de considerar muitas outras síndromes, a diferenciação do transtorno disruptivo da desregulação do humor do transtorno bipolar e do transtorno desafiador opositivo requer uma avaliação particularmente cuidadosa.

Transtornos bipolares. A característica central que diferencia o transtorno disruptivo da desregulação do humor e o transtorno bipolar em crianças envolve o curso longitudinal dos sintomas centrais. Em crianças, assim como em adultos, o transtorno bipolar I e o transtorno bipolar II se manifestam como uma doença episódica com episódios discretos de perturbação do humor que podem ser diferenciados da apresentação típica da criança. A perturbação do humor que ocorre durante um episódio maníaco é distintamente diferente do humor habitual da criança. Além disso, durante um episódio maníaco, a mudança de humor deve ser acompanhada pelo aparecimento ou agravamento de sintomas cognitivos, comportamentais e físicos associados (p. que é distintamente diferente da linha de base usual da criança. Assim, no caso de um episódio maníaco, os pais (e, dependendo do nível de desenvolvimento, as crianças) devem ser capazes de identificar um período de tempo distinto durante o qual o humor e o comportamento da criança foram marcadamente diferentes do habitual. Em contraste, a irritabilidade do transtorno disruptivo da desregulação do humor é persistente e está presente por muitos meses; embora possa aumentar e diminuir até certo ponto, a irritabilidade grave é característica da criança com transtorno disruptivo da desregulação do humor. Assim, enquanto os transtornos bipolares são condições episódicas, o transtorno disruptivo da desregulação do humor não é. De fato, o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor não pode ser atribuído a uma criança que já experimentou um episódio hipomaníaco ou maníaco de duração total (irritável ou eufórico) ou que já teve um episódio maníaco ou hipomaníaco com duração superior a 1 dia. Outra característica central de diferenciação entre o transtorno bipolar e o transtorno disruptivo da desregulação do humor é a presença de humor elevado ou expansivo e grandiosidade. Esses sintomas são características comuns da mania, mas não são característicos do transtorno disruptivo da desregulação do humor.

Transtorno desafiador opositivo. Embora os sintomas do transtorno desafiador de oposição geralmente ocorram em crianças com transtorno disruptivo da desregulação do humor, os sintomas do transtorno disruptivo da desregulação do humor são relativamente raros em crianças com transtorno desafiador opositivo. As principais características que garantem o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor em crianças cujos sintomas também atendem aos critérios para transtorno desafiador de oposição são a presença de explosões graves e frequentemente recorrentes e uma perturbação persistente no humor entre as explosões. Além disso, o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor requer comprometimento grave em pelo menos um ambiente (ou seja, em casa, escola ou entre colegas) e comprometimento leve a moderado em um segundo ambiente. Por essa razão, enquanto a maioria das crianças cujos sintomas atendem aos critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor também terão uma apresentação que atende aos critérios para transtorno desafiador de oposição, o inverso não é o caso. Ou seja, em apenas aproximadamente 15% dos indivíduos com transtorno desafiador opositivo os critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor seriam atendidos. Além disso, mesmo para crianças em que os critérios para ambos os transtornos são atendidos, apenas o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor deve ser feito. Finalmente, tanto os sintomas de humor proeminentes no transtorno disruptivo da desregulação do humor quanto o alto risco de transtornos depressivos e de ansiedade em estudos de acompanhamento justificam a colocação do transtorno disruptivo da desregulação do humor entre os transtornos depressivos no DSM-5. (O transtorno desafiador opositivo está incluído no capítulo "Disruptivo, Controle de Impulsos e Conduta".)

Distúrbios.") Isso reflete o componente de humor mais proeminente entre indivíduos com transtorno disruptivo da desregulação do humor, em comparação com indivíduos com transtorno desafiador opositivo. No entanto, também deve ser notado que o transtorno disruptivo da desregulação do humor parece acarretar um alto risco de problemas comportamentais, bem como problemas de humor.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno depressivo maior, transtornos de ansiedade e transtorno do espectro autista.

Ao contrário das crianças diagnosticadas com transtorno bipolar ou transtorno desafiador de oposição – para quem um diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor não pode ser dado, mesmo que os sintomas atendam aos critérios diagnósticos para esse transtorno – crianças cujos sintomas atendem aos critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor também podem receber um diagnóstico de comorbidade de TDAH, transtorno depressivo maior e/ou transtorno de ansiedade. No entanto, crianças cuja irritabilidade está presente apenas no contexto de um episódio depressivo maior ou transtorno depressivo persistente devem receber um desses diagnósticos em vez de transtorno disruptivo da desregulação do humor. Crianças com transtorno disruptivo da desregulação do humor podem ter sintomas que também atendem aos critérios para um transtorno de ansiedade e podem receber ambos os diagnósticos, mas crianças cuja irritabilidade se manifesta apenas no contexto de exacerbação de um transtorno de ansiedade devem receber o diagnóstico de transtorno de ansiedade relevante em vez de humor disruptivo transtorno de desregulação. Além disso, crianças com transtornos do espectro do autismo frequentemente apresentam explosões de temperamento quando, por exemplo, suas rotinas são perturbadas. Nesse caso, as explosões de temperamento seriam consideradas secundárias ao transtorno do espectro do autismo, e a criança não deveria receber o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor.

Transtorno explosivo intermitente. Crianças com sintomas sugestivos de transtorno explosivo intermitente apresentam episódios de explosões de temperamento graves, bem como crianças com transtorno disruptivo de desregulação do humor. No entanto, ao contrário do transtorno disruptivo da desregulação do humor, o transtorno explosivo intermitente não exige que o humor do indivíduo seja persistentemente irritável ou irritado entre as explosões. Além disso, um diagnóstico de transtorno explosivo intermitente envolvendo agressão verbal ou agressão física que não resulte em dano à propriedade ou lesão física a animais ou outros indivíduos ocorrendo pelo menos duas vezes por semana pode ser feito após apenas 3 meses de sintomas, em contraste com o Exigência de 12 meses para transtorno disruptivo da desregulação do humor. Assim, esses dois diagnósticos não devem ser feitos na mesma criança. Para crianças com explosões e irritabilidade persistente e intercorrente, apenas o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor deve ser feito.

Comorbidade As

taxas de comorbidade no transtorno disruptivo da desregulação do humor são extremamente altas. É raro encontrar indivíduos cujos sintomas atendam apenas aos critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor. A comorbidade entre transtorno disruptivo da desregulação do humor e outras síndromes definidas pelo DSM parece maior do que para muitas outras doenças mentais pediátricas; a sobreposição mais forte é com o transtorno desafiador opositivo. Não apenas a taxa geral de comorbidade é alta no transtorno disruptivo da desregulação do humor, mas também a gama de doenças comórbidas parece particularmente diversificada. Essas crianças geralmente chegam à clínica com uma ampla gama de comportamentos perturbadores, humor, ansiedade e até sintomas e diagnósticos do espectro do autismo. No entanto, crianças com

o transtorno disruptivo da desregulação do humor não deve apresentar sintomas que atendam aos critérios para transtorno bipolar, pois nesse contexto, apenas o diagnóstico de transtorno bipolar deve ser feito. Se as crianças apresentarem sintomas que atendam aos critérios para transtorno desafiador opositivo ou transtorno explosivo intermitente e transtorno disruptivo da desregulação do humor, apenas o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor deve ser atribuído. Além disso, como observado anteriormente, o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor não deve ser atribuído se os sintomas ocorrerem apenas em um contexto que provoca ansiedade, quando as rotinas de uma criança com transtorno do espectro autista ou transtorno obsessivo-compulsivo são perturbadas, ou no contexto de um episódio depressivo maior.

183

Transtorno Depressivo Maior

Critério de diagnóstico

- A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não inclua sintomas claramente atribuíveis a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste, vazio, sem esperança) ou observação feita por outras pessoas (por exemplo, parece chorosa). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode haver humor irritável.)
2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (como indicado por relato subjetivo ou observação).
3. Perda de peso significativa quando não faz dieta ou ganho de peso (por exemplo, uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Observação:** em crianças, considere a falha em obter o ganho de peso esperado.)
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outros, não apenas sentimentos subjetivos de inquietação ou desaceleração).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não apenas autocensura ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (seja por conta subjetiva ou conforme observado por outros).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente

sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

- B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.

Nota: Os critérios A–C representam um episódio depressivo maior.

Nota: As respostas a uma perda significativa (p. no Critério A, que pode se assemelhar a um episódio depressivo.

Embora tais sintomas possam ser compreensíveis ou considerados adequados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão inevitavelmente exige o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão do sofrimento no contexto da perda.¹

- D. Pelo menos um episódio depressivo maior não é melhor explicado por transtorno esquizoafetivo e não se sobrepõe à esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou outro espectro de esquizofrenia especificado e não especificado e outros transtornos psicóticos.

- E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco forem induzidos por substâncias ou forem atribuíveis aos efeitos fisiológicos de outra condição médica.

184

Procedimentos de codificação e registro

O código diagnóstico para transtorno depressivo maior é baseado em se este é um episódio único ou recorrente, gravidade atual, presença de características psicóticas e estado de remissão. A gravidade atual e as características psicóticas são indicadas apenas se os critérios completos forem preenchidos atualmente para um episódio depressivo maior. Os especificadores de remissão são indicados apenas se os critérios completos não forem atendidos atualmente para um episódio depressivo maior. Os códigos são os seguintes:

Especificador de gravidade/curso	Episódio único	Recorrente episódio*
Leve (pág. 214)	F32.0	F33.0
Moderado (pág. 214)	F32.1	F33.1
Grave (pág. 214)	F32.2	F33.2
Com características psicóticas** (pp. 212–213)	F32.3	F33.3
Em remissão parcial (p. 214)	F32.4	F33.41

Em remissão total (pág. 214)	F32.5	F33.42
Não especificado	F32.9	F33.9

*Para que um episódio seja considerado recorrente, deve haver um intervalo de pelo menos 2 meses consecutivos entre episódios separados em que os critérios não sejam atendidos para um episódio depressivo maior. As definições de especificadores encontram-se nas páginas indicadas.

**Se características psicóticas estiverem presentes, codifique o especificador "com características psicóticas", independentemente da gravidade do episódio.

Ao registrar o nome de um diagnóstico, os termos devem ser listados na seguinte ordem: transtorno depressivo maior, episódio único ou recorrente, especificadores de gravidade/psicótico/remissão, seguidos por tantos dos seguintes especificadores sem códigos que se apliquem ao episódio atual (ou o episódio mais recente se o transtorno depressivo maior estiver em remissão parcial ou total). **Nota:** O especificador "com padrão sazonal" descreve o padrão de episódios recorrentes de depressão maior.

Especifique

se: **Com angústia ansiosa** (pp. 210–211)

Com recursos mistos (p. 211)

Com traços melancólicos (pp. 211–212)

185

Com características atípicas (pág. 212)

Com características psicóticas congruentes com o humor (p. 213)

Com características psicóticas incongruentes com o humor (p. 213)

Com catatonia (p. 213). **Nota de codificação:** Use o código adicional F06.1.

Com início no periparto (p. 213)

Com padrão sazonal (aplica-se ao padrão de episódios recorrentes de depressão maior) (p. 214)

Características Diagnósticas

O transtorno depressivo maior é definido pela presença de pelo menos um episódio depressivo maior ocorrendo na ausência de história de episódios maníacos ou hipomaníacos. A característica essencial de um episódio depressivo maior é um período com duração de pelo menos 2 semanas durante o qual há humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias (Critério A). O indivíduo também deve apresentar pelo menos quatro sintomas adicionais durante o mesmo período de 2 semanas, extraídos de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; energia diminuída; sentimentos de inutilidade ou culpa; dificuldade em pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos de morte, ideação suicida, tentativa de suicídio ou um plano específico para comportamento suicida. Para contar para o diagnóstico de um episódio depressivo maior, um sintoma deve estar presente recentemente ou ter piorado claramente em comparação com o estado pré-episódio do indivíduo. Além disso, os sintomas devem ocorrer quase todos os dias, por pelo menos 2 semanas consecutivas, com exceção de pensamentos de morte e ideação suicida, que devem ser recorrentes, e tentativa de suicídio ou planejamento específico, que só precisa

ocorrer uma vez. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento. Para alguns indivíduos com episódios mais leves, o funcionamento pode parecer normal, mas requer um esforço acentuadamente maior. A queixa apresentada geralmente é insônia ou fadiga, em vez de humor deprimido ou perda de interesse; assim, a falha em investigar sintomas depressivos concomitantes pode resultar em subdiagnóstico. Fadiga e distúrbios do sono estão presentes em alta proporção de casos; os distúrbios psicomotores são muito menos comuns, mas são indicativos de maior gravidade geral, assim como a presença de culpa delirante ou quase delirante.

O humor em um episódio depressivo maior é frequentemente descrito pelo indivíduo como deprimido, triste, sem esperança, desanimado ou “deprimido” (Critério A1). Em alguns casos, a tristeza pode ser negada no início, mas posteriormente pode ser evocada pela entrevista (por exemplo, ao apontar que o indivíduo parece estar prestes a chorar). Em alguns indivíduos que se queixam de sentir-se “blah”, não ter sentimentos ou sentir-se ansiosos, a presença de um humor deprimido pode ser inferida pela expressão facial e comportamento do indivíduo. Alguns indivíduos enfatizam queixas somáticas (por exemplo, dores corporais) em vez de relatar sentimentos de tristeza. Muitos indivíduos relatam ou exibem irritabilidade aumentada (por exemplo, raiva persistente, tendência a responder a eventos com explosões de raiva ou culpar os outros, uma sensação exagerada de frustração por questões menores). Em crianças e adolescentes, um humor irritável ou mal-humorado pode se desenvolver em vez de um humor triste ou abatido. Essa apresentação deve ser diferenciada de um padrão de irritabilidade quando frustrado.

A diminuição do interesse ou prazer nas atividades habituais está quase sempre presente, pelo menos até certo ponto. Os indivíduos podem relatar sentir-se menos interessados em hobbies, “não se importar mais” ou não sentir prazer em atividades que antes eram consideradas prazerosas (Critério A2). Os membros da família muitas vezes percebem retraiamento social ou negligência de atividades prazerosas (por exemplo, um ex-jogador de golfe ávido não joga mais, uma criança que costumava gostar de futebol encontra desculpas para não praticar). Em alguns indivíduos, há uma redução significativa em relação aos níveis anteriores de interesse ou desejo sexual.

A mudança de apetite pode envolver uma redução ou um aumento. Alguns indivíduos deprimidos relatam que precisam se forçar a comer. Outros podem comer mais e desejar alimentos específicos (por exemplo, doces ou outros carboidratos). Quando as alterações do apetite são graves (em qualquer direção), pode haver uma perda ou ganho de peso significativo ou, em crianças, pode-se notar uma falha em obter os ganhos de peso esperados (Critério A3).

O distúrbio do sono pode assumir a forma de dificuldade para dormir ou dormir excessivamente (Critério A4). Quando a insônia está presente, ela normalmente assume a forma de insônia intermediária (isto é, acordar durante a noite e depois ter dificuldade em voltar a dormir) ou insônia terminal (isto é, acordar cedo demais e não conseguir voltar a dormir). Insônia inicial (ou seja, dificuldade em adormecer) também pode ocorrer. Indivíduos que apresentam sono excessivo (hipersônia) podem apresentar episódios prolongados de sono à noite ou aumento do sono diurno. Às vezes, o motivo pelo qual o indivíduo procura tratamento é o sono perturbado.

As alterações psicomotoras incluem agitação (p. responder; fala que é diminuída em

volume, inflexão, quantidade ou variedade de conteúdo, ou mudez) (Critério A5). A agitação ou retardo psicomotor deve ser grave o suficiente para ser observável por outros e não representar sentimentos meramente subjetivos. Indivíduos que apresentam qualquer distúrbio psicomotor (isto é, agitação ou retardo psicomotor) provavelmente têm histórias do outro.

Energia diminuída, cansaço e fadiga são comuns (Critério A6). Um indivíduo pode relatar fadiga sustentada sem esforço físico. Mesmo as menores tarefas parecem exigir um esforço substancial. A eficiência com que as tarefas são realizadas pode ser reduzida. Por exemplo, um indivíduo pode reclamar que lavar e se vestir pela manhã é exaustivo e demora o dobro do normal. Esse sintoma é responsável por grande parte do comprometimento resultante do transtorno depressivo maior, tanto durante os episódios agudos quanto quando a remissão é incompleta.

A sensação de inutilidade ou culpa associada a um episódio depressivo maior pode incluir avaliações negativas irreais do próprio valor ou preocupações culpadas ou ruminações sobre pequenas falhas passadas (Critério A7). Esses indivíduos muitas vezes interpretam erroneamente os eventos neutros ou triviais do dia-a-dia como evidência de defeitos pessoais e têm um senso exagerado de responsabilidade por eventos desagradáveis. A sensação de inutilidade ou culpa pode ser de proporções delirantes (por exemplo, um indivíduo que está convencido de que é pessoalmente responsável pela pobreza mundial). Culpar-se por estar doente e por não cumprir responsabilidades ocupacionais ou interpessoais em decorrência da depressão é muito comum e, a menos que delirante, não é considerado suficiente para atender a esse critério.

Muitos indivíduos relatam capacidade prejudicada de pensar, concentrar-se ou até mesmo tomar decisões menores (Critério A8). Eles podem parecer facilmente distraídos ou reclamar de dificuldades de memória. Aqueles envolvidos em atividades cognitivamente exigentes geralmente são incapazes de funcionar. Em crianças, uma queda abrupta nas notas pode refletir a falta de concentração. Em indivíduos idosos, as dificuldades de memória podem ser a queixa principal e podem ser confundidas com os primeiros sinais de demência ("pseudodemência"). Quando o episódio depressivo maior é tratado com sucesso, os problemas de memória geralmente diminuem completamente. No entanto, em alguns indivíduos, particularmente idosos, um episódio depressivo maior pode, às vezes, ser a apresentação inicial de uma demência irreversível.

Pensamentos de morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio (Critério A9) são comuns. Eles podem variar de um desejo passivo de não acordar de manhã ou uma crença de que os outros estariam melhor se o indivíduo estivesse morto, a pensamentos transitórios, mas recorrentes de morrer por suicídio, a um plano específico de suicídio. Indivíduos suicidas mais graves podem ter colocado seus assuntos em ordem (por exemplo, testamentos atualizados, dívidas liquidadas), adquirido os materiais necessários (por exemplo, uma corda ou uma arma) e escolhido um local e hora para realizar o suicídio. As motivações para o suicídio podem incluir o desejo de desistir diante de obstáculos intransponíveis,

um desejo intenso de acabar com o que é percebido como um estado emocional interminável e dolorosamente doloroso, uma incapacidade de prever qualquer prazer na vida ou o desejo de não ser um fardo para os outros. A resolução de tal pensamento pode ser uma medida mais significativa da diminuição do risco de suicídio do que a negação de novos planos de suicídio.

O grau de comprometimento associado a um episódio depressivo maior varia, mas mesmo em casos mais leves, deve haver sofrimento clinicamente significativo ou alguma interferência no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério B). Se o comprometimento for grave, o indivíduo pode perder a capacidade de funcionar socialmente ou ocupacionalmente. Em casos extremos, o

o indivíduo pode ser incapaz de realizar o autocuidado mínimo (por exemplo, alimentar-se e vestir-se) ou manter uma higiene pessoal mínima.

O relato de sintomas do indivíduo pode ser comprometido por dificuldades de concentração, memória prejudicada ou tendência a negar, descontar ou explicar os sintomas. Informações de informantes adicionais podem ser especialmente úteis para esclarecer o curso de episódios depressivos maiores atuais ou anteriores e para avaliar se houve algum episódio maníaco ou hipomaníaco.

Como os episódios depressivos maiores podem começar gradualmente, uma revisão das informações clínicas que se concentra na pior parte do episódio atual pode ter maior probabilidade 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 tem outra condição médica (por exemplo, câncer, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, diabetes, gravidez). Alguns dos sinais e sintomas critérios de um episódio depressivo maior são idênticos aos de outra condição médica (p. Eses sintomas contam para um diagnóstico de depressão maior, exceto quando são clara e totalmente atribuíveis a outra condição médica. Sintomas não vegetativos de disforia, anedonia, culpa ou inutilidade, concentração prejudicada ou indecisão e pensamentos suicidas devem ser avaliados com cuidado especial nesses casos. As definições de episódios depressivos maiores que foram modificadas para incluir apenas esses sintomas não vegetativos parecem identificar quase os mesmos indivíduos que os critérios completos.

Recursos associados

O transtorno depressivo maior está associado a alta mortalidade, em grande parte devido ao suicídio; no entanto, não é a única causa. Por exemplo, indivíduos deprimidos internados em lares de idosos têm uma probabilidade significativamente maior de morte no primeiro ano. Os indivíduos frequentemente apresentam choro, irritabilidade, ruminação obsessiva, ansiedade, fobias, preocupação excessiva com a saúde física e queixas de dor (por exemplo, dores de cabeça; dores nas articulações, abdominais ou outras). Em crianças, pode ocorrer ansiedade de separação.

Embora exista uma extensa literatura descrevendo correlatos neuroanatômicos, neuroendocrinológicos e neurofisiológicos do transtorno depressivo maior, nenhum teste laboratorial produziu resultados com sensibilidade e especificidade suficientes para serem usados como ferramenta diagnóstica para esse transtorno. Até recentemente, a hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal era a anormalidade mais extensivamente investigada associada a episódios depressivos maiores e parece estar associada à melancolia (um tipo particularmente grave de depressão), características psicóticas e riscos de eventual suicídio. Estudos moleculares também implicaram fatores periféricos, incluindo variantes genéticas em fatores neurotróficos e citocinas pró-inflamatórias. Além disso, estudos de ressonância magnética volumétrica e funcional fornecem evidências de anormalidades em sistemas neurais específicos que apoiam o processamento de emoções, a busca de recompensas e a regulação de emoções em adultos com depressão maior.

Prevalência

A prevalência em doze meses de transtorno depressivo maior nos Estados Unidos é de aproximadamente 7%, com diferenças marcantes por faixa etária, de modo que a prevalência em indivíduos de 18 a 29 anos

é três vezes maior do que a prevalência em indivíduos com 60 anos ou mais. O achado mais reproduzível na epidemiologia do transtorno depressivo maior tem sido a maior prevalência no sexo feminino, efeito que atinge o pico na adolescência e depois se estabiliza. As mulheres apresentam taxas aproximadamente duas vezes maiores do que os homens, especialmente entre a menarca e a menopausa. As mulheres relatam mais sintomas atípicos de depressão caracterizados por hipersonia, aumento do apetite e paralisia de chumbo em comparação com os homens.

Revisões sistemáticas mostram que a prevalência pontual e de 12 meses do transtorno depressivo maior varia de oito a nove vezes nas regiões geográficas globais. Nos Estados Unidos, a prevalência aumentou de 2005 a 2015, com taxas de aumento mais acentuadas para os jovens em comparação com os grupos mais velhos. Após a estratificação por grupos etnoraciais, os brancos não hispânicos mostraram um aumento significativo na prevalência após o ajuste para características demográficas, enquanto nenhuma mudança significativa na taxa de depressão foi observada entre os negros ou hispânicos não hispânicos.

Desenvolvimento e Curso O transtorno

depressivo maior pode aparecer pela primeira vez em qualquer idade, mas a probabilidade de início aumenta acentuadamente com a puberdade. Nos Estados Unidos, a incidência parece atingir o pico na década de 20; no entanto, o primeiro aparecimento no final da vida não é incomum.

O curso do transtorno depressivo maior é bastante variável, de modo que alguns indivíduos raramente, ou nunca, experimentam remissão (um período de 2 ou mais meses sem sintomas, ou apenas um ou dois sintomas até um grau leve), enquanto outros experiência de muitos anos com poucos ou nenhum sintoma entre episódios discretos. O curso da depressão pode refletir adversidades socioestruturais associadas à pobreza, racismo e marginalização.

É importante distinguir os indivíduos que se apresentam para tratamento durante uma exacerbação de uma doença depressiva crônica daqueles cujos sintomas se desenvolveram recentemente. A cronicidade dos sintomas depressivos aumenta substancialmente a probabilidade de transtornos subjacentes de personalidade, ansiedade e uso de substâncias e diminui a probabilidade de que o tratamento seja seguido pela resolução completa dos sintomas. Portanto, é útil pedir aos indivíduos que apresentam sintomas depressivos que identifiquem o último período de pelo menos 2 meses durante o qual estiveram totalmente livres de sintomas depressivos. Casos em que os sintomas depressivos estão presentes por mais dias do que o normal podem justificar um diagnóstico adicional de transtorno depressivo persistente.

A recuperação de um episódio depressivo maior começa dentro de 3 meses após o início para 40% dos indivíduos com depressão maior e dentro de 1 ano para 80% dos indivíduos. A recorrência do início é um forte determinante da probabilidade de recuperação a curto prazo, e pode-se esperar que muitos indivíduos que estiveram deprimidos por apenas vários meses se recuperem espontaneamente. Características associadas a taxas de recuperação mais baixas, além da duração do episódio atual, incluem características psicóticas, ansiedade proeminente, transtornos de personalidade e gravidade dos sintomas.

O risco de recorrência torna-se progressivamente menor ao longo do tempo à medida que a duração da remissão aumenta. O risco é maior em indivíduos cujo episódio anterior foi grave, em indivíduos mais jovens e em indivíduos que já experimentaram múltiplos episódios. A persistência de sintomas depressivos mesmo leves durante a remissão é um poderoso preditor de recorrência.

Muitas doenças bipolares começam com um ou mais episódios depressivos, e uma proporção substancial de indivíduos que inicialmente parecem ter transtorno depressivo maior provará, em

tempo, em vez de ter um transtorno bipolar. Isso é mais provável em indivíduos com início da doença na adolescência, aqueles com características psicóticas e aqueles com história familiar de doença bipolar. A presença de um especificador “com características mistas” também aumenta o risco de futuros diagnósticos maníacos ou hipomaníacos. O transtorno depressivo maior, particularmente com características psicóticas, também pode fazer a transição para a esquizofrenia, uma mudança muito mais frequente do que o inverso.

189

Não há efeitos claros da idade atual no curso ou na resposta ao tratamento do transtorno depressivo maior. No entanto, existem algumas diferenças de sintomas, como hipersonia e hiperfagia são mais prováveis em indivíduos mais jovens, e sintomas melancólicos, particularmente distúrbios psicomotores, são mais comuns em indivíduos mais velhos. Depressões com idades mais precoces no início são mais familiares e mais propensas a envolver distúrbios de personalidade. O curso do transtorno depressivo maior dentro dos indivíduos geralmente não muda com o envelhecimento. Os tempos médios de recuperação não mudam ao longo de vários episódios, e a probabilidade de estar em um episódio geralmente não aumenta ou diminui com o tempo.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental.

A afetividade negativa (neuroticismo) é um fator de risco bem estabelecido para o aparecimento do transtorno depressivo maior, e níveis elevados parecem tornar os indivíduos mais propensos a desenvolver episódios depressivos em resposta a eventos estressantes da vida.

Ambiental.

As experiências adversas na infância, principalmente quando são múltiplas e de diversos tipos, constituem um conjunto de potentes fatores de risco para o transtorno depressivo maior. As mulheres podem estar desproporcionalmente em risco de experiências adversas na infância, incluindo abuso sexual, que podem contribuir para o aumento da prevalência de depressão nesse grupo. Outros determinantes sociais da saúde mental, como baixa renda, educação formal limitada, racismo e outras formas de discriminação, estão associados a maior risco de transtorno depressivo maior. Eventos de vida estressantes são bem reconhecidos como precipitantes de episódios depressivos maiores, mas a presença ou ausência de eventos adversos de vida próximos ao início dos episódios não parece fornecer um guia útil para o prognóstico ou seleção de tratamento. Etiologicamente, as mulheres são desproporcionalmente afetadas pelos principais fatores de risco para depressão ao longo da vida, incluindo trauma interpessoal.

Genética e fisiológica.

Familiares de primeiro grau de indivíduos com transtorno depressivo maior têm um risco de transtorno depressivo maior de duas a quatro vezes maior do que o da população geral. Os riscos relativos parecem ser maiores para formas precoces e recorrentes. A herdabilidade é de aproximadamente 40%, e o neuroticismo do traço de personalidade é responsável por uma parcela substancial dessa responsabilidade genética.

As mulheres também podem estar em risco de transtornos depressivos em relação à vida reprodutiva específica fases, inclusive no período pré-menstrual, pós-parto e na perimenopausa.

Modificadores de curso. Essencialmente, todos os principais transtornos não do humor (ou seja, ansiedade, uso de substâncias, trauma e relacionados a estressores, alimentação e alimentação e transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados) aumentam o risco de um indivíduo desenvolver depressão. Episódios depressivos maiores que se desenvolvem no contexto de outro transtorno geralmente seguem um curso mais refratário. Uso de substâncias, ansiedade e transtornos de personalidade borderline estão entre os mais comuns, e os sintomas depressivos apresentados podem obscurecer e retardar seu reconhecimento. No entanto, sustentado

a melhora clínica dos sintomas depressivos pode depender do tratamento adequado das doenças subjacentes. Condições médicas crônicas ou incapacitantes também aumentam os riscos de episódios depressivos maiores. Doenças prevalentes como diabetes, obesidade mórbida e doenças cardíacas são frequentemente complicadas por episódios depressivos, e esses episódios têm maior probabilidade de se tornarem crônicos do que episódios depressivos em indivíduos clinicamente saudáveis.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Embora haja uma variação transcultural substancial na prevalência, curso e sintomatologia da depressão, uma síndrome semelhante ao transtorno depressivo maior pode ser identificada em diversos contextos culturais. Os sintomas comumente associados à depressão em contextos culturais, não listados nos critérios do DSM, incluem isolamento social ou solidão, raiva, choro e dor difusa. Uma ampla gama de outras queixas somáticas são

190

comuns e variam de acordo com o contexto cultural. Compreender o significado desses sintomas requer explorar seu significado em contextos sociais locais.

Os sintomas do transtorno depressivo maior podem ser subdetectados ou subnotificados, levando potencialmente a erros de diagnóstico, incluindo sobrediagnóstico de transtornos do espectro da esquizofrenia em alguns grupos étnicos e raciais que enfrentam discriminação. Em todo o país, níveis mais altos de desigualdade de renda em uma sociedade estão associados a uma maior prevalência de transtorno depressivo maior. Nos Estados Unidos, a cronicidade do transtorno depressivo maior parece ser maior entre afro-americanos e negros caribenhos em comparação com brancos não latinos, possivelmente devido ao impacto do racismo, discriminação, maior adversidade socioestrutural e falta de acesso à saúde mental de qualidade Cuidado.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero Não

há diferenças claras entre os sexos na resposta ao tratamento ou nas consequências funcionais. Existem algumas evidências de diferenças de sexo e gênero na fenomenologia e no curso da doença. As mulheres tendem a apresentar mais distúrbios no apetite e no sono, incluindo características atípicas, como hiperfagia e hipersonia, e são mais propensas a apresentar sensibilidade interpessoal e sintomas gastrointestinais. Os homens com depressão, no entanto, podem ser mais propensos do que as mulheres deprimidas a relatar maiores frequências e intensidades de estratégias de auto-enfrentamento e resolução de problemas mal-adaptativas, incluindo uso indevido de álcool ou outras drogas, tomada de risco e controle inadequado dos impulsos.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas As

taxas de suicídio ajustadas à idade nos Estados Unidos aumentaram de 10,5 para 14,0 por 100.000 nas últimas duas décadas. Uma revisão anterior da literatura indicou que indivíduos com doença depressiva têm um risco 17 vezes maior de suicídio em relação à taxa da população geral ajustada por idade e sexo. A probabilidade de tentativas de suicídio diminui na meia-idade e no final da vida, embora o risco de morte por suicídio não. A possibilidade de comportamento suicida existe em todos os momentos durante episódios depressivos maiores. O fator de risco mais consistentemente descrito é uma história pregressa de tentativas ou ameaças de suicídio, mas deve-se lembrar que a maioria das mortes por suicídio não é precedida por

tentativas não fatais. A anedonia tem uma associação particularmente forte com a ideação suicida. Outras características associadas a um risco aumentado de morte por suicídio incluem ser solteiro, morar sozinho, desconexão social, adversidade no início da vida, disponibilidade de métodos letais, como arma de fogo, distúrbios do sono, déficits cognitivos e de tomada de decisão e ter sentimentos proeminentes de desesperança. . As mulheres tentam o suicídio em uma taxa maior do que os homens, enquanto os homens são mais propensos a cometer suicídio. A diferença na taxa de suicídio entre homens e mulheres com transtornos depressivos é menor do que na população como um todo, no entanto. Comorbidades, incluindo traços agressivos-impulsivos, transtorno de personalidade limítrofe, transtorno por uso de substâncias, ansiedade, outras condições médicas e comprometimento funcional, aumentam o risco de comportamento suicida futuro.

Consequências funcionais do transtorno depressivo maior

Muitas das consequências funcionais do transtorno depressivo maior derivam de sintomas individuais. O comprometimento pode ser muito leve, de modo que muitos dos que interagem com o indivíduo afetado desconhecem os sintomas depressivos. O comprometimento pode, no entanto, ir até a incapacidade completa, de tal forma que o indivíduo deprimido é incapaz de atender às necessidades básicas de autocuidado ou fica mudo ou catatônico. Para indivíduos atendidos em ambientes médicos gerais, aqueles com transtorno depressivo maior têm mais dor e doença física e maiores diminuições no funcionamento físico, social e de papéis. Mulheres deprimidas relatam maior prejuízo funcional em seus relacionamentos do que homens.

191

Diagnóstico Diferencial Episódios

maníacos com humor irritável ou com características mistas. Episódios depressivos maiores com humor irritável proeminente podem ser difíceis de distinguir de episódios maníacos com humor irritável ou com características mistas. Essa distinção requer uma avaliação clínica cuidadosa da presença de sintomas maníacos suficientes para atender aos critérios de limiar (ou seja, três se o humor for maníaco, quatro se o humor for irritável, mas não maníaco).

Transtorno bipolar I, transtorno bipolar II ou outro transtorno bipolar especificado e relacionado. Episódios depressivos maiores juntamente com uma história de um episódio maníaco ou hipomaníaco impedem o diagnóstico de transtorno depressivo maior. Episódios depressivos maiores com história de episódios hipomaníacos e sem história de episódios maníacos indicam um diagnóstico de transtorno bipolar II, enquanto episódios depressivos maiores com história de episódios maníacos (com ou sem episódios hipomaníacos) indicam um diagnóstico de transtorno bipolar I. Por outro lado, as apresentações de episódios depressivos maiores com história de períodos de hipomania que não atendem aos critérios para um episódio hipomaníaco podem ser diagnosticadas como outro transtorno bipolar especificado e relacionado ou transtorno depressivo maior, dependendo de onde o clínico julga a apresentação. melhor queda. Por exemplo, a apresentação pode ser melhor considerada outro transtorno bipolar especificado e relacionado devido ao significado clínico dos sintomas hipomaníacos subliminares, ou a apresentação pode ser melhor considerada um caso de transtorno depressivo maior com alguns sintomas hipomaníacos subliminares entre os episódios.

Transtorno depressivo devido a outra condição médica. Um diagnóstico de transtorno depressivo devido a outra condição médica requer a presença de uma condição médica etiológica. Formar-se

o transtorno depressivo não é diagnosticado se os episódios do tipo depressivo maior são todos atribuíveis à consequência fisiopatológica direta de uma condição médica específica (por exemplo, esclerose múltipla, acidente vascular cerebral, hipotireoidismo).

Transtorno depressivo induzido por substância/medicamento. Esse transtorno se distingue do transtorno depressivo maior pelo fato de que uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento, uma toxina) parece estar etiologicamente relacionada ao distúrbio do humor. Por exemplo, o humor deprimido que ocorre apenas no contexto de abstinência da cocaína seria diagnosticado como transtorno depressivo induzido por cocaína.

Transtorno depressivo persistente. O transtorno depressivo persistente é caracterizado por humor deprimido, mais dias do que não, por pelo menos 2 anos. Se os critérios forem preenchidos tanto para transtorno depressivo maior quanto para transtorno depressivo persistente, ambos podem ser diagnosticados.

Transtorno disfórico pré-menstrual. O transtorno disfórico pré-menstrual é caracterizado por humor disfórico que está presente na última semana antes do início da menstruação, que começa a melhorar alguns dias após o início da menstruação e que se torna mínimo ou ausente na semana pós-menstrual.

Em contraste, os episódios de transtorno depressivo maior não estão temporalmente ligados ao ciclo menstrual.

Transtorno disruptivo da desregulação do humor. O transtorno disruptivo da desregulação do humor é caracterizado por crises de temperamento graves e recorrentes manifestadas verbalmente e/ou comportamentalmente, acompanhadas de humor persistente ou lábil, na maior parte do dia, quase todos os dias, entre as explosões. Em contraste, no transtorno depressivo maior, a irritabilidade está confinada aos episódios depressivos maiores.

Episódios depressivos maiores sobrepostos à esquizofrenia, transtorno delirante, transtorno esquizofreniforme ou outro espectro de esquizofrenia especificado ou não especificado e outro transtorno psicótico.

Os sintomas depressivos podem estar presentes durante a esquizofrenia, transtorno delirante, transtorno esquizofreniforme ou outro espectro de esquizofrenia especificado ou não especificado e outro transtorno psicótico. Mais comumente, tais sintomas depressivos podem ser considerados características associadas a esses transtornos e não merecem

diagnóstico separado. No entanto, quando os sintomas depressivos atendem a todos os critérios para um episódio depressivo maior, um diagnóstico de outro transtorno depressivo especificado pode ser feito além do diagnóstico do transtorno psicótico.

Transtorno esquizoafetivo. O transtorno esquizoafetivo difere do transtorno depressivo maior, com características psicóticas, pelo requisito de que no transtorno esquizoafetivo, delírios ou alucinações estejam presentes por pelo menos 2 semanas na ausência de um episódio depressivo maior.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. A distração e a baixa tolerância à frustração podem ocorrer tanto no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) quanto em um episódio depressivo maior; se os critérios forem atendidos para ambos, o TDAH pode ser diagnosticado além do transtorno do humor. No entanto, o clínico deve ser cauteloso para não superdiagnosticar um episódio depressivo maior em crianças com TDAH cuja perturbação do humor é caracterizada por irritabilidade e não por tristeza ou perda de interesse.

Transtorno de ajustamento com humor deprimido. Um episódio depressivo maior que ocorre em resposta a um estressor psicosocial é diferenciado do transtorno de ajustamento, com humor deprimido, pela

fato de que os critérios completos para um episódio depressivo maior não são preenchidos no transtorno de ajustamento.

Luto.

O luto é a experiência de perder um ente querido para a morte. Geralmente desencadeia uma resposta de luto que pode ser intensa e pode envolver muitas características que se sobrepõem aos sintomas característicos de um episódio depressivo maior, como tristeza, dificuldade para dormir e falta de concentração. As características que ajudam a diferenciar uma resposta de luto relacionada ao luto de um episódio depressivo maior incluem o seguinte: os afetos predominantes no luto são sentimentos de vazio e perda, enquanto que em um episódio depressivo maior são humor deprimido persistente e uma capacidade diminuída de sentir prazer. Além disso, o humor disfórico do luto tende a diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas e ocorre em ondas que tendem a estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido, enquanto o humor deprimido em um episódio depressivo maior é mais persistente e não está vinculado a pensamentos ou preocupações específicas. É importante notar que em um indivíduo vulnerável (por exemplo, alguém com histórico de transtorno depressivo maior), o luto pode desencadear não apenas uma resposta de luto, mas também o desenvolvimento de um episódio de depressão ou o agravamento de um episódio existente.

Tristeza.

Finalmente, os períodos de tristeza são aspectos inerentes à experiência humana. Esses períodos não devem ser diagnosticados como um episódio depressivo maior, a menos que os critérios sejam atendidos para gravidade (ou seja, cinco dos nove sintomas), duração (ou seja, a maior parte do dia, quase todos os dias por pelo menos 2 semanas) e sofrimento clinicamente significativo ou deficiência. O diagnóstico de outro transtorno depressivo especificado pode ser apropriado para apresentações de humor deprimido com comprometimento clinicamente significativo que não atendem aos critérios de duração ou gravidade.

Comorbidade

Outros transtornos com os quais o transtorno depressivo maior frequentemente co-ocorre são transtornos relacionados a substâncias, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de personalidade limítrofe.

Enquanto as mulheres são mais propensas do que os homens a relatar transtornos de ansiedade comórbidos, bulimia nervosa e transtorno somatoformes (sintomas somáticos e transtornos relacionados), os homens são mais propensos a relatar abuso de álcool e substâncias comórbidas.

193

Transtorno Depressivo Persistente

Critério de diagnóstico

F34.1

Esse transtorno representa uma consolidação do transtorno depressivo maior crônico definido pelo DSM-IV e do transtorno distímico.

- A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, conforme indicado por relato subjetivo ou observação de outros, por pelo menos 2 anos.

Nota: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável e a duração deve ser de pelo menos 1 ano.

- B. Presença, enquanto deprimido, de dois (ou mais) dos seguintes:

1. Falta de apetite ou comer demais.
 2. Insônia ou hipersonia.
 3. Baixa energia ou fadiga.
 4. Baixa auto-estima.
 5. Pouca concentração ou dificuldade em tomar decisões.
 6. Sentimentos de desesperança.
- C. Durante o período de 2 anos (1 ano para crianças ou adolescentes) do distúrbio, o indivíduo nunca esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de 2 meses de cada vez.
- D. Os critérios para um transtorno depressivo maior podem estar continuamente presentes por 2 anos.
- E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.
- F. A perturbação não é melhor explicada por um transtorno esquizoafetivo persistente, esquizofrenia, transtorno delirante ou outro espectro de esquizofrenia especificado ou não especificado e outro transtorno psicótico.
- G. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica (por exemplo, hipotireoidismo).
- H. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Nota: Se os critérios forem suficientes para o diagnóstico de um episódio depressivo maior em qualquer momento durante o período de 2 anos de humor deprimido, então um diagnóstico separado de depressão maior deve ser feito além do diagnóstico de transtorno depressivo persistente juntamente com os especificador (por exemplo, com episódios depressivos maiores intermitentes, com episódio atual).

Especifique

se: **Com angústia ansiosa** (pp. 210–211)

Com características atípicas (pág. 212)

Especifique

se: **Em remissão parcial** (p. 214)

Em remissão total (pág. 214)

Especifique

se: **Início precoce:** Se o início ocorrer antes dos 21 anos.

Início tardio: se o início for aos 21 anos ou mais.

Especifique se (para os 2 anos mais recentes de transtorno depressivo persistente):

Com síndrome distímica pura: os critérios completos para um episódio depressivo maior não foram preenchidos pelo menos nos 2 anos anteriores.

Com episódio depressivo maior persistente: Todos os critérios para um episódio depressivo maior foram preenchidos durante o período anterior de 2 anos.

Com episódios depressivos maiores intermitentes, com episódio atual: Os critérios completos para um episódio depressivo maior são atualmente preenchidos, mas houve períodos de pelo menos 8 semanas em pelo menos 2 anos anteriores com sintomas abaixo do limiar para um episódio depressivo maior completo.

Com episódios depressivos maiores intermitentes, sem episódio atual: Critérios completos para um episódio depressivo maior não são preenchidos atualmente, mas houve um ou mais episódios depressivos maiores em pelo menos 2 anos anteriores.

Especifique a gravidade

atual: **Leve** (p. 214)

Moderado (pág. 214)

Grave (pág. 214)

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno depressivo persistente é um humor deprimido que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos 2 anos, ou pelo menos 1 ano para crianças e adolescentes (Critério A). Esse transtorno representa uma consolidação do transtorno depressivo maior crônico definido pelo DSM-IV e do transtorno distímico. A depressão maior pode preceder o transtorno depressivo persistente, e episódios depressivos maiores podem ocorrer durante o transtorno depressivo persistente. Indivíduos cujos sintomas atendem aos critérios de transtorno depressivo maior por 2 anos devem receber um diagnóstico de transtorno depressivo persistente, bem como de transtorno depressivo maior.

Indivíduos com transtorno depressivo persistente descrevem seu humor como triste ou “deprimido”.

Durante os períodos de humor deprimido, pelo menos dois dos seis sintomas do Critério B estão presentes. Como esses sintomas se tornaram parte da experiência diária do indivíduo, particularmente no caso de início precoce (por exemplo, “sempre fui assim”), eles podem não ser relatados a menos que o indivíduo seja diretamente solicitado. Durante o período de 2 anos (1 ano para crianças ou adolescentes), quaisquer intervalos sem sintomas ocorridos não duraram mais de 2 meses (Critério C).

Prevalência

O transtorno depressivo persistente é efetivamente um amálgama do transtorno distímico do DSM-IV e do episódio depressivo maior crônico. A prevalência em 12 meses nos Estados Unidos é de aproximadamente 0,5% para transtorno distímico e 1,5% para transtorno depressivo maior crônico, com prevalência entre mulheres aproximadamente 1,5 e 2 vezes maior que a prevalência entre homens para cada um desses diagnósticos, respectivamente. Com base em estudos usando procedimentos de averiguação comparáveis, as estimativas de tempo de vida e de 12 meses da distimia do DSM-IV podem ser maiores em países de alta renda do que em países de baixa e média renda. No entanto, o transtorno está associado a um risco elevado de desfechos suicidas e níveis comparáveis de incapacidade onde quer que ocorra.

Desenvolvimento e Curso O

transtorno depressivo persistente geralmente tem um início precoce e insidioso (ou seja, na infância, adolescência ou início da vida adulta) e, por definição, um curso crônico. O transtorno de personalidade borderline é um fator de risco particularmente robusto para transtorno depressivo persistente. Quando persistente

transtorno depressivo e transtorno de personalidade borderline coexistem, a covariância das características correspondentes ao longo do tempo sugere a operação de um mecanismo comum. O início precoce (ou seja, antes dos 21 anos) está associado a uma maior probabilidade de transtornos de personalidade comórbidos e transtornos por uso de substâncias.

Quando os sintomas atingem o nível de um episódio depressivo maior, é provável que voltem a um nível mais baixo. No entanto, os sintomas depressivos são muito menos propensos a resolver completamente em um determinado período de tempo no contexto de transtorno depressivo persistente do que em um episódio depressivo maior não crônico.

195

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Os fatores preditivos de pior resultado a longo prazo incluem níveis mais altos de afetividade negativa (neuroticismo), maior gravidade dos sintomas, pior funcionamento global e presença de transtornos de ansiedade ou transtorno de conduta.

Ambiental. Os fatores de risco na infância incluem perda ou separação dos pais e adversidade.

Genética e fisiológica. Não há diferenças claras no desenvolvimento da doença, curso ou história familiar entre o transtorno distímico do DSM-IV e o transtorno depressivo maior crônico. Os achados anteriores relativos a qualquer transtorno são, portanto, provavelmente aplicáveis ao transtorno depressivo persistente. Assim, é provável que indivíduos com transtorno depressivo persistente tenham uma proporção maior de parentes de primeiro grau com transtorno depressivo persistente do que indivíduos com transtorno depressivo maior não crônico e mais transtornos depressivos em geral.

Várias regiões do cérebro (por exemplo, córtex pré-frontal, cingulado anterior, amígdala, hipocampo) têm sido implicadas no transtorno depressivo persistente. Também existem possíveis anormalidades polissonográficas.

Problemas de diagnóstico relacionados à

cultura A anormalidade percebida ou a tolerância dos sintomas depressivos crônicos podem variar entre as culturas, afetando a detecção de sintomas e a aceitação do tratamento. Por exemplo, alguns grupos sociais ou grupos de idade podem considerar sintomas depressivos de longa data como reações normais à adversidade.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

O transtorno depressivo persistente está associado a um risco elevado de desfechos suicidas e níveis comparáveis de incapacidade, quer o transtorno ocorra em países de alta, média ou baixa renda.

Consequências Funcionais do Transtorno Depressivo Persistente

O grau em que o transtorno depressivo persistente afeta o funcionamento social e ocupacional provavelmente varia muito, mas os efeitos podem ser tão grandes ou maiores do que os do transtorno depressivo maior.

Diagnóstico diferencial

Transtorno depressivo maior. Se houver um humor deprimido por mais dias do que não mais dois ou mais sintomas de transtorno depressivo persistente Critério B por 2 anos ou mais, então o diagnóstico de transtorno depressivo persistente é feito. Se os critérios dos sintomas forem suficientes para o diagnóstico de um episódio depressivo maior em qualquer momento durante esse período, o diagnóstico adicional de depressão maior deve ser feito. A presença comórbida de episódios depressivos maiores durante este período também deve ser observada atribuindo o especificador de curso apropriado para o diagnóstico de transtorno depressivo persistente como segue: Se os sintomas do indivíduo atualmente satisfazem todos os critérios para um episódio depressivo maior, e houve períodos de menos 8 semanas em pelo menos 2 anos anteriores com sintomas abaixo do limiar para um episódio depressivo maior completo, então o especificador “com episódios depressivos maiores intermitentes, com episódio atual” seria atribuído. Se os critérios completos para um episódio depressivo maior não forem atendidos atualmente, mas houver um ou mais episódios depressivos maiores nos últimos 2 anos, então o especificador “com episódios depressivos maiores intermitentes, sem episódio atual” é atribuído. Se um episódio depressivo maior

196

persistiu por pelo menos 2 anos e permanece presente, então o especificador “com episódio depressivo maior persistente” é usado. Se o indivíduo não teve um episódio de depressão maior nos últimos 2 anos, então o especificador “com síndrome distímica pura” é usado.

Outro transtorno depressivo especificado. Porque os critérios para um episódio depressivo maior incluem sintomas (ou seja, interesse ou prazer acentuadamente diminuído em atividades; agitação ou retardo psicomotor; pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, tentativa ou plano de suicídio) que estão ausentes da lista de sintomas para transtorno depressivo persistente (ou seja, humor deprimido e dois dos seis sintomas do Critério B), um número muito limitado de indivíduos terá sintomas depressivos que persistiram por mais de 2 anos, mas que não atendem aos critérios para transtorno depressivo persistente.

Se todos os critérios para um episódio depressivo maior foram preenchidos em algum momento durante o episódio atual da doença, um diagnóstico de transtorno depressivo maior se aplicaria. Caso contrário, um diagnóstico de outro transtorno depressivo especificado ou transtorno depressivo não especificado deve ser dado.

Transtornos Bipolar I e Bipolar II. Uma história de um episódio maníaco ou hipomaníaco impede o diagnóstico de transtorno depressivo persistente. Uma história de episódios maníacos (com ou sem episódios hipomaníacos) indica um diagnóstico de transtorno bipolar I. Uma história de episódios hipomaníacos (sem qualquer história de episódios maníacos em indivíduos com apresentações depressivas persistentes durante as quais os critérios foram preenchidos para um episódio depressivo maior) garante um diagnóstico de transtorno bipolar II. Outro transtorno bipolar especificado se aplica a indivíduos cujas apresentações incluem uma história de episódios hipomaníacos juntamente com apresentação depressiva persistente que nunca preencheu todos os critérios para um episódio depressivo maior.

Distúrbio ciclotímico. Um diagnóstico de transtorno ciclotímico exclui o diagnóstico de transtorno depressivo persistente. Assim, se durante o período com duração de pelo menos 2 anos de humor deprimido na maior parte do dia, por mais dias do que não, 1) existem vários períodos com sintomas hipomaníacos que não atendem aos critérios para um episódio hipomaníaco, 2) não houve períodos sem sintomas de mais de 2 meses de cada vez, e 3) os critérios nunca foram atendidos para um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco, então o diagnóstico seria transtorno ciclotímico em vez de

transtorno depressivo persistente.

Transtornos psicóticos. Os sintomas depressivos são uma característica comum associada aos transtornos psicóticos crônicos (por exemplo, transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno delirante). Um diagnóstico separado de transtorno depressivo persistente não é feito se os sintomas ocorrerem apenas durante o curso do transtorno psicótico (incluindo fases residuais).

Transtorno depressivo ou bipolar e relacionado devido a outra condição médica. O transtorno depressivo deve ser diferenciado de um transtorno depressivo ou bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica. O diagnóstico é transtorno depressivo ou bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica se o distúrbio do humor for julgado, com base na história, exame físico ou achados laboratoriais, como atribuível aos efeitos fisiopatológicos diretos de uma condição médica específica, geralmente crônica. ex., esclerose múltipla). Se for julgado que os sintomas depressivos não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de outra condição médica, então o transtorno mental primário (p. melito).

Transtorno depressivo ou bipolar induzido por substância/medicamento e relacionado. Uma substância/medicamento transtorno depressivo induzido ou transtorno bipolar e relacionado é diferenciado do transtorno depressivo persistente quando uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento, uma toxina) é considerada etiologicamente relacionada ao distúrbio do humor.

Distúrbios de personalidade. Um transtorno de personalidade é caracterizado por um padrão duradouro de experiência e comportamento que se desvia marcadamente das expectativas do

197

cultura do indivíduo, com início na adolescência ou início da idade adulta. Os transtornos de personalidade comumente ocorrem concomitantemente com o transtorno depressivo persistente. Se os critérios forem preenchidos para transtorno depressivo persistente e transtorno de personalidade, ambos podem ser diagnosticados.

Comorbidade Em

comparação com indivíduos com transtorno depressivo maior, aqueles com transtorno depressivo persistente apresentam maior risco de comorbidade psiquiátrica em geral e de transtornos de ansiedade, transtornos por uso de substâncias e transtornos de personalidade em particular. O transtorno depressivo persistente de início precoce está fortemente associado aos transtornos de personalidade do Grupo B e C do DSM-5.

Transtorno disfórico pré-menstrual

Critério de diagnóstico

F32.81

- A. Na maioria dos ciclos menstruais, pelo menos cinco sintomas devem estar presentes na última semana antes do início da menstruação, começar a *melhorar* alguns dias após o início da menstruação e tornar-se *mínimos* ou ausentes na semana pós-menstrual.
- B. Um (ou mais) dos seguintes sintomas deve estar presente:

1. Marcada labilidade afetiva (p. ex., mudanças de humor; sensação repentina de tristeza ou choro, ou aumento da sensibilidade à rejeição).
 2. Irritabilidade ou raiva acentuada ou aumento de conflitos interpessoais.
 3. Humor deprimido acentuado, sentimentos de desesperança ou autodepreciação pensamentos.
 4. Ansiedade acentuada, tensão e/ou sentimentos de estar tenso ou no limite.
- C. Um (ou mais) dos seguintes sintomas deve estar presente adicionalmente, para atingir um total de *cinco* sintomas quando combinados com os sintomas do Critério B acima.
1. Diminuição do interesse em atividades habituais (por exemplo, trabalho, escola, amigos, hobbies).
 2. Dificuldade subjetiva de concentração.
 3. Letargia, fadiga fácil ou acentuada falta de energia.
 4. Mudança acentuada no apetite; comer demais; ou desejos alimentares específicos.
 5. Hipersonia ou insônia.
 6. Uma sensação de estar sobrecarregado ou fora de controle.
 7. Sintomas físicos, como sensibilidade ou inchaço nos seios, articulações ou músculos dor, sensação de “inchaço” ou ganho de peso.
- Nota:** Os sintomas nos Critérios A–C devem ter sido atendidos para a maioria dos ciclos menstruais ocorridos no ano anterior.
- D. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou interferência no trabalho, escola, atividades sociais habituais ou relacionamentos com outras pessoas (por exemplo, evitar atividades sociais; diminuição da produtividade e eficiência no trabalho, na escola ou em casa).
- E. O distúrbio não é meramente uma exacerbção dos sintomas de outro transtorno, como transtorno depressivo maior, transtorno do pânico, transtorno depressivo persistente ou transtorno de personalidade (embora possa ocorrer concomitantemente com qualquer um desses transtornos).
- F. O critério A deve ser confirmado por avaliações diárias prospectivas durante pelo menos dois ciclos sintomáticos. (**Nota:** O diagnóstico pode ser feito provisoriamente antes desta confirmação.)
- G. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento, outro tratamento) ou outra condição médica (por exemplo, hipertireoidismo).

Procedimentos de registro Se os sintomas não foram confirmados por avaliações diárias prospectivas de pelo menos dois ciclos sintomáticos, “provisório” deve ser anotado após o nome do diagnóstico (ou seja, “transtorno disfórico pré-menstrual, provisório”).

Recursos de diagnóstico

As características essenciais do transtorno disfórico pré-menstrual são a expressão de labilidade do humor, irritabilidade, disforia e sintomas de ansiedade que ocorrem repetidamente durante a fase pré-menstrual do ciclo e regredem no início da menstruação ou logo após. Esses sintomas podem ser acompanhados por sintomas comportamentais e físicos. Os sintomas devem ter ocorrido na maioria dos ciclos menstruais durante o ano anterior e devem ter um efeito adverso no trabalho ou no funcionamento social. A intensidade e/ou expressividade dos sintomas acompanhantes podem estar intimamente relacionadas às características sociais e culturais, bem como crenças religiosas, tolerância social, atitude em relação ao ciclo reprodutivo feminino e questões de papel de gênero feminino em geral.

Normalmente, os sintomas atingem o pico na época do início da menstruação. Embora não seja incomum que os sintomas persistam nos primeiros dias da menstruação, o indivíduo deve ter um período livre de sintomas na fase folicular após o início do período menstrual. Embora os sintomas principais incluam sintomas de humor e ansiedade, sintomas comportamentais e somáticos geralmente também ocorrem. No entanto, a presença de sintomas somáticos e/ou comportamentais na ausência de sintomas de humor e/ou ansiedade não é suficiente para o diagnóstico. Os sintomas são de gravidade comparável (mas não de duração) aos de outros transtornos mentais, como um episódio depressivo maior ou transtorno de ansiedade generalizada. Para confirmar um diagnóstico provisório, são necessárias avaliações diárias de sintomas prospectivos para pelo menos dois ciclos sintomáticos.

Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo e/ou uma prejuízo na capacidade de funcionar socialmente ou ocupacionalmente na semana anterior à menstruação.

Recursos associados

Delírios e alucinações foram descritos na fase lútea tardia do ciclo menstrual, mas são raros.

Prevalência

A prevalência de 12 meses de transtorno disfórico pré-menstrual na comunidade foi estimada em 5,8% com base em um grande estudo da Alemanha. Outro estudo que analisou a prevalência em dois ciclos menstruais encontrou 1,3% das mulheres menstruadas com o distúrbio nos Estados Unidos. As estimativas baseadas em relatórios retrospectivos são frequentemente mais altas do que aquelas baseadas em avaliações diárias prospectivas. No entanto, as estimativas baseadas em um registro diário de sintomas por 1 a 2 meses podem não ser totalmente representativas, porque aqueles com os sintomas mais graves podem ser incapazes de sustentar o processo de classificação. A estimativa mais rigorosa da prevalência de transtorno disfórico pré-menstrual nos Estados Unidos usando avaliações prospectivas de dois ciclos menstruais consecutivos foi de 1,3% para mulheres cujos sintomas preenchiam os critérios diagnósticos, que apresentavam comprometimento funcional e não apresentavam transtorno mental concomitante. A prevalência de sintomas de transtorno disfórico pré-menstrual em meninas adolescentes pode ser maior do que a observada em mulheres adultas.

Desenvolvimento e Curso O início

do transtorno disfórico pré-menstrual pode ocorrer em qualquer ponto após a menarca. A incidência de novos casos em um período de acompanhamento de 40 meses na Alemanha é de 2,5% (intervalo de confiança de 95% = 1,7–3,7). Os sintomas cessam após a menopausa, embora a reposição hormonal cíclica possa desencadear a reexpressão dos sintomas.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. Os fatores ambientais associados à expressão do transtorno disfórico pré-menstrual incluem estresse, história de trauma interpessoal, mudanças sazonais e aspectos socioculturais do comportamento sexual feminino em geral e papéis de gênero feminino em particular.

Genética e fisiológica. Nenhum estudo examinou especificamente a hereditariedade no transtorno disfórico pré-menstrual. As estimativas de herdabilidade dos sintomas disfôricos pré-menstruais variam entre 30% e 80%, embora ainda não esteja claro se os sintomas em si são hereditários ou se estão simplesmente associados a outros fatores ou traços hereditários.

Questões de diagnóstico relacionadas à

cultura O transtorno disfórico pré-menstrual foi observado em indivíduos nos Estados Unidos, Europa, Índia, Nigéria, Brasil e Ásia, com uma ampla faixa de prevalência. No entanto, como na maioria dos transtornos mentais, frequência, intensidade e expressividade dos sintomas; consequências percebidas; padrões de busca de ajuda; e o manejo pode ser significativamente influenciado por fatores sociais e culturais, como histórico de abuso sexual ou violência doméstica, apoio social limitado e variações culturais nas atitudes em relação à menstruação.

Marcadores de diagnóstico

Conforme indicado anteriormente, o diagnóstico de transtorno disfórico pré-menstrual é adequadamente confirmado por 2 meses de avaliações prospectivas de sintomas. Várias escalas, incluindo a Avaliação Diária da Gravidade dos Problemas e as Escalas Análogas Visuais para Sintomas de Humor Pré-menstruais, passaram por validação e são comumente usadas em ensaios clínicos para transtorno disfórico pré-menstrual. A Premenstrual Tension Syndrome Rating Scale tem uma versão de autorrelato e uma versão de observador, ambas validadas e amplamente utilizadas para medir a gravidade da doença em mulheres com transtorno disfórico pré-menstrual.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas A

fase pré-menstrual tem sido considerada por alguns como um período de risco para o suicídio.

Consequências funcionais do transtorno disfórico pré-menstrual O prejuízo no funcionamento social pode se manifestar por discórdia no relacionamento com o parceiro íntimo e problemas com filhos, outros membros da família ou amigos que ocorrem apenas em associação com o transtorno disfórico pré-menstrual (ou seja, em oposição a problemas interpessoais crônicos).). Prejuízos no trabalho e na qualidade de vida relacionada à saúde também são proeminentes. Há evidências de que o transtorno disfórico pré-menstrual pode estar associado a prejuízos na função e na qualidade de vida relacionada à saúde que são semelhantes aos observados no transtorno depressivo maior e no transtorno depressivo persistente.

Diagnóstico diferencial Síndrome

pré-menstrual. A síndrome pré-menstrual difere do transtorno disfórico pré-menstrual em

que a síndrome pré-menstrual não requer um mínimo de cinco sintomas nem sintomatologia relacionada ao humor, e geralmente é considerada menos grave que o transtorno disfórico pré-menstrual. A síndrome pré-menstrual pode ser mais comum que o transtorno disfórico pré-menstrual; sua prevalência estimada varia com números que giram em torno de 20%. Enquanto a síndrome pré-menstrual compartilha a característica de expressão de sintomas durante a fase pré-menstrual do ciclo menstrual, a presença de sintomas somáticos ou

200

sintomas comportamentais, sem os sintomas afetivos necessários, provavelmente atende aos critérios para síndrome pré-menstrual e não para transtorno disfórico pré-menstrual.

Dismenorreia. A dismenorreia é uma síndrome de menstruação dolorosa, mas é distinta de uma síndrome caracterizada por alterações afetivas. Além disso, os sintomas da dismenorreia começam com o início da menstruação, enquanto os sintomas do transtorno disfórico pré-menstrual, por definição, começam antes do início da menstruação, mesmo que persistam nos primeiros dias da menstruação.

Transtorno bipolar, transtorno depressivo maior e transtorno depressivo persistente Muitas mulheres com transtorno bipolar ou transtorno depressivo maior (de ocorrência natural ou induzido por substância/medicamento) ou transtorno depressivo persistente acreditam que têm transtorno disfórico pré-menstrual. No entanto, quando mapeiam os sintomas, percebem que os sintomas não seguem um padrão pré-menstrual. Como o início da menstruação constitui um evento memorável, eles podem relatar que os sintomas ocorrem apenas durante o pré-menstruum ou que os sintomas pioram no período pré-menstrual. Esta é uma das razões para a exigência de que os sintomas sejam confirmados por avaliações prospectivas diárias. O processo de diagnóstico diferencial, particularmente se o clínico se basear apenas em sintomas retrospectivos, é dificultado devido à sobreposição entre os sintomas do transtorno disfórico pré-menstrual e alguns outros diagnósticos. A sobreposição de sintomas é particularmente importante para diferenciar transtorno disfórico pré-menstrual de episódios depressivos maiores, transtorno depressivo persistente, transtorno bipolar e transtorno de personalidade limítrofe.

Uso de tratamentos hormonais. Algumas mulheres que apresentam sintomas pré-menstruais moderados a graves podem estar usando tratamentos hormonais, incluindo contraceptivos hormonais. Se tais sintomas ocorrerem após o início do uso de hormônios exógenos, os sintomas podem ser atribuídos ao uso de hormônios e não à condição subjacente do transtorno disfórico pré-menstrual.

Se a mulher interromper os hormônios e os sintomas desaparecerem, isso é consistente com transtorno depressivo induzido por substância/medicamento.

Outras condições médicas. Mulheres com condições médicas crônicas podem apresentar sintomas de disforia pré-menstrual. Como em qualquer transtorno depressivo, condições médicas que possam explicar melhor os sintomas devem ser descartadas, como deficiência de tireoide e anemia.

Comorbidade Um

episódio depressivo maior é o transtorno prévio mais frequentemente relatado em indivíduos que apresentam transtorno disfórico pré-menstrual. Uma ampla gama de condições médicas (por exemplo, enxaqueca, asma, alergias, distúrbios convulsivos) ou outros transtornos mentais (por exemplo, transtornos depressivos e bipolares, transtornos de ansiedade, bulimia nervosa, transtornos por uso de substâncias) podem piorar no

fase pré-menstrual; entretanto, a ausência de um período livre de sintomas durante o intervalo pós-menstrual evita o diagnóstico de transtorno disfórico pré-menstrual. Essas condições são melhor consideradas como exacerbação pré-menstrual de um transtorno mental atual ou condição médica. Embora o diagnóstico de transtorno disfórico pré-menstrual não deva ser atribuído em situações em que um indivíduo experimenta apenas uma exacerbação pré-menstrual de outro transtorno mental ou físico, ele pode ser considerado além do diagnóstico de outro transtorno mental ou condição médica se o indivíduo apresentar sintomas e mudanças no nível de funcionamento que são características do transtorno disfórico pré-menstrual e marcadamente diferentes dos sintomas experimentados como parte do transtorno em curso.

201

Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicação

Critério de diagnóstico

- A. Um distúrbio proeminente e persistente do humor que predomina no quadro clínico e é caracterizado por humor deprimido ou interesse ou prazer acentuadamente diminuído em todas ou quase todas as atividades.
- B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de (1) e (2): 1. Os sintomas no Critério A se desenvolveram durante ou logo após a intoxicação ou abstinência de substância ou após exposição ou abstinência de um medicamento .
- 2. A substância/medicamento envolvida é capaz de produzir os sintomas em Critério A.
- C. A perturbação não é melhor explicada por um transtorno depressivo que não seja induzido por substância/medicamento. Essa evidência de um transtorno depressivo independente pode incluir o seguinte: Os sintomas precederam o início do uso da substância/medicamento; os sintomas persistem por um período de tempo substancial (por exemplo, cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação grave; ou há outras evidências sugerindo a existência de um transtorno depressivo independente induzido por não-substância/medicamento (por exemplo, uma história de episódios recorrentes relacionados a não-substância/medicamento).
- D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírio.
- E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Nota: Este diagnóstico deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância somente quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e quando são suficientemente graves para justificar

atenção clínica.

Nota de codificação: Os códigos CID-10-CM para a substância induzida por [substância específica/medicamento] transtornos depressivos estão indicados na tabela abaixo. Observe que o código ICD-10-CM depende se há ou não um transtorno por uso de substância comórbido presente para mesma classe de substância. Em qualquer caso, um diagnóstico separado adicional de um transtorno por uso de substâncias não é dado. Se um transtorno leve por uso de substâncias for comórbido com o transtorno depressivo induzido por substância, o caractere da 4^a posição é “1”, e o médico deve registrar “transtorno de uso de [substância] leve” antes do transtorno depressivo induzido por substância (por exemplo, “transtorno de uso de cocaína leve com desordem depressiva”). Se um transtorno por uso de substâncias moderado ou grave é comórbido com o transtorno depressivo induzido por substância, o caractere da 4^a posição é “2”, e o médico deve registrar “transtorno por uso moderado de [substância]” ou “transtorno grave transtorno por uso de [substância]”, dependendo da gravidade do uso de substância comórbida transtorno. Se não houver transtorno por uso de substância comórbido (por exemplo, após uma única vez uso da substância), então o caractere da 4^a posição é “9”, e o clínico deve registrar apenas o transtorno depressivo induzido por substância.

202

	CID-10-CM		
	Com uso suave transtorno	Com moderado ou uso severo transtorno	Sem uso transtorno
Álcool	F10.14	F10.24	F10.94
Fenciclidina	F16.14	F16.24	F16.94
Outro alucinógeno	F16.14	F16.24	F16.94
Inalante	F18.14	F18.24	F18.94
opióide	F11.14	F11.24	F11.94
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	F13.14	F13.24	F13.94
Substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	F14.14	F14.24	F14.94
Outra substância (ou desconhecida)	F19.14	F19.24	F19.94

Especifique (consulte a [Tabela 1](#) no capítulo “Transtornos relacionados a substâncias e vícios”, que indica se “com início durante a intoxicação” e/ou “com início durante retirada” se aplica a uma determinada classe de substâncias; ou especificar “com início após uso de medicamentos”):

Com início durante intoxicação: Se os critérios forem preenchidos para intoxicação com o substância e os sintomas se desenvolvem durante a intoxicação.

Com início durante a retirada: Se os critérios forem atendidos para a retirada do substância e os sintomas se desenvolvem durante ou logo após a abstinência.

Com início após o uso da medicação: Se os sintomas se desenvolveram no início da medicação, com mudança de uso de medicação, ou durante a retirada de

medicamento.

Procedimentos de registro O

nome do transtorno depressivo induzido por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, cocaína, dexametasona) que se presume estar causando os sintomas depressivos. O código diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída no conjunto de critérios, que se baseia na classe do medicamento e na presença ou ausência de um transtorno por uso de substância comórbido. Para substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes (por exemplo, dexametasona), deve-se usar o código para “outra substância (ou desconhecida)”; e nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas a classe específica da substância é desconhecida, o mesmo código também deve ser usado.

Ao registrar o nome do transtorno, o transtorno por uso de substância comórbido (se houver) é listado primeiro, seguido pela palavra “com”, seguida pelo nome do transtorno depressivo induzido por substância, seguido pela especificação do início (ou seja, início durante a intoxicação, início durante a abstinência). Por exemplo, no caso de sintomas depressivos que ocorrem durante a abstinência em um homem com transtorno por uso de cocaína grave, o diagnóstico é F14.24 transtorno por uso de cocaína grave com transtorno depressivo induzido por cocaína, com início durante a abstinência. Um diagnóstico separado do transtorno por uso de cocaína grave comórbido não é fornecido. Se o transtorno depressivo induzido por substância ocorrer sem um transtorno por uso de substância comórbido (p. durante a intoxicação). Quando mais de uma substância é considerada como tendo um papel significativo no desenvolvimento de depressão

203

sintomas de humor, cada um deve ser listado separadamente (por exemplo, F15.24 transtorno por uso de metilfenidato grave com transtorno depressivo induzido por metilfenidato, com início durante a abstinência; F19.94 transtorno depressivo induzido por dexametasona, com início durante intoxicação).

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno depressivo induzido por substância/medicamento é um distúrbio proeminente e persistente do humor que predomina no quadro clínico e é caracterizado por humor deprimido ou interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase todas as atividades (Critério A) que se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento ou uma exposição a uma toxina) (Critério B). Para atender aos critérios para o diagnóstico, os sintomas depressivos devem ter se desenvolvido durante ou logo após a intoxicação ou abstinência de substância ou após exposição ou abstinência de um medicamento, conforme evidenciado pela história clínica, exame físico ou achados laboratoriais (Critério B1), e a substância/medicamento envolvida deve ser capaz de produzir os sintomas depressivos (Critério B2). Além disso, os sintomas depressivos não são melhor explicados por um transtorno depressivo induzido por não-substância/medicamento.

A evidência de um transtorno depressivo independente inclui a observação de que os sintomas depressivos precederam o início do uso de substância/medicamento, os sintomas depressivos persistem além de um período de tempo substancial após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação grave,

ou há outra evidência que sugere a existência de um transtorno depressivo independente não induzido por substância/medicamento (Critério C), como uma história de episódios depressivos recorrentes não induzidos por substância. Este diagnóstico não deve ser feito quando os sintomas ocorrem exclusivamente durante o curso de um delirium (Critério D). Finalmente, o diagnóstico requer que os sintomas depressivos induzidos por substância/medicamento causem sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério E). O diagnóstico de transtorno depressivo induzido por substância deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância somente quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

As duas categorias de drogas de abuso com maior probabilidade de causar transtorno depressivo induzido por substância/medicamento são os depressores (por exemplo, intoxicação por álcool, benzodiazepínicos e outras drogas sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas) e estimulantes (por exemplo, abstinência de substâncias do tipo anfetamina e cocaína). Alguns medicamentos (por exemplo, esteroides; medicamentos anti-hipertensivos, como clonidina, guanetidina, metildopoa e reserpina; interferon; L-dopa) são especialmente propensos a causar síndromes depressivas induzidas por substâncias/medicamentos. Substâncias implicadas no transtorno depressivo induzido por medicamentos, com vários graus de evidência, incluem antibióticos, agentes antivirais (efavirenz), agentes cardiovasculares (betabloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio, derivados do ácido retinóico (isotretinoína), antidepressivos, anticonvulsivantes, agentes antienxaqueca (triptanos)), antipsicóticos, agentes hormonais (corticosteróides, contraceptivos orais, agonistas do hormônio liberador de gonadotrofinas, tamoxifeno), quimioterápicos e agentes para parar de fumar (vareniclina). Essa lista provavelmente aumentará à medida que novos compostos forem sintetizados.

Histórias clínicas claras e julgamento cuidadoso são essenciais para determinar se a substância de abuso ou medicação está realmente associada a sintomas depressivos induzidos ou se os sintomas são mais bem compreendidos como constituindo um transtorno depressivo independente. Um diagnóstico de transtorno depressivo induzido por substância/medicamento é mais provável se o indivíduo estiver tomando altas doses de uma droga de abuso ou medicação relevante e não houver história anterior de episódios depressivos independentes. Por exemplo, um episódio depressivo que se desenvolveu no contexto de uso intenso de uma substância de abuso relevante ou nas primeiras semanas após o início da alfa-metildopoa (um agente anti-hipertensivo) em um indivíduo sem histórico de transtorno depressivo maior se qualificaria para o diagnóstico de transtorno depressivo induzido por substância ou medicamento. Em alguns casos, uma condição previamente estabelecida (por exemplo, transtorno depressivo maior, recorrente) pode recorrer enquanto o indivíduo está

coincidentemente tomar uma droga ou medicamento que tenha a capacidade de causar sintomas depressivos (por exemplo, álcool e/ou estimulantes em contexto de uso intenso, L-dopa, contraceptivos orais). Em todos esses casos, o clínico deve avaliar se o medicamento é causador dessa situação específica.

Um transtorno depressivo induzido por substância/medicamento é diferenciado de um transtorno depressivo independente pelo início ou curso, ou por outros fatores associados ao uso de substância ou medicamento. Deve haver evidência da história, exame físico ou achados laboratoriais do uso de uma droga de abuso ou medicamento capaz de produzir sintomas depressivos após exposição, abstinência ou intoxicação com essa substância antes do

início do transtorno depressivo. As alterações neuroquímicas associadas aos estados de intoxicação e abstinência de algumas substâncias podem ser relativamente prolongadas e, portanto, sintomas depressivos intensos podem durar mais tempo após a cessação do uso da substância e ainda ser consistentes com um diagnóstico de transtorno depressivo induzido por substância/medicamento.

Prevalência

A taxa de episódios depressivos induzidos por álcool e estimulantes ao longo da vida foi relatada como sendo de 40% ou mais entre indivíduos com transtornos por uso de substâncias relevantes. No entanto, em uma população adulta dos EUA representativa nacionalmente, a prevalência ao longo da vida de transtorno depressivo induzido por substância/medicamento na ausência de uma história de vida de transtorno depressivo não induzido por substância foi de apenas 0,26%. Esses dados indicam que cuidados especiais devem ser tomados na busca e tratamento de condições induzidas por substâncias em indivíduos com transtornos por uso de álcool e estimulantes.

Desenvolvimento e Curso Um

transtorno depressivo associado ao uso de substâncias (p. há uma síndrome de abstinência associada à substância. Na maioria das vezes, o transtorno depressivo tem seu início nas primeiras semanas ou 1 mês de uso intenso da substância. Uma vez que a substância é descontinuada, os sintomas depressivos geralmente desaparecem dentro de dias a várias semanas, dependendo da meia-vida da substância/medicamento e da presença de uma síndrome de abstinência. Se os sintomas persistirem 4 semanas além do tempo esperado de retirada de uma determinada substância/medicamento, outras causas para os sintomas de humor depressivo devem ser consideradas.

Existem vários estudos prospectivos controlados examinando a associação de sintomas depressivos com o uso de um medicamento prescrito, mas a maioria dos relatos sobre esse tópico envolve séries retrospectivas de indivíduos que iniciam o tratamento ou participantes de grandes estudos transversais. Existem mais estudos sobre o curso clínico de depressões induzidas por álcool e drogas ilícitas, e a maioria apóia a afirmação de que as condições induzidas por substâncias provavelmente desaparecerão dentro de um tempo relativamente curto após a abstinência. Igualmente importantes são as indicações de que indivíduos com sintomas depressivos residuais significativos após tratamento para transtornos por uso de substâncias têm maior probabilidade de recaída no uso de substâncias.

Fatores de risco e prognóstico Os fatores

de risco para transtorno depressivo induzido por substância incluem história de transtorno de personalidade antissocial, esquizofrenia e transtorno bipolar; história de eventos de vida estressantes nos últimos 12 meses; uma história de depressões induzidas por drogas anteriores; e uma história familiar de transtornos por uso de substâncias. Além disso, as alterações neuroquímicas associadas ao álcool e outras drogas de abuso muitas vezes contribuem para sintomas depressivos e de ansiedade durante a abstinência que subsequentemente influenciam o uso contínuo de substâncias e reduzem a probabilidade de remissão de transtornos por uso de substâncias. O curso do transtorno depressivo induzido por substâncias pode ser agravado pela adversidade estrutural social associada à pobreza, racismo e marginalização.

Problemas diagnósticos relacionados ao sexo e ao gênero

Entre os indivíduos com transtorno por uso de substâncias, o risco de desenvolver um transtorno depressivo induzido por substâncias parece ser semelhante em homens e mulheres.

Marcadores de diagnóstico

Ensaios laboratoriais da substância suspeita no sangue ou na urina são de valor limitado na identificação do transtorno depressivo induzido por substância porque os níveis sanguíneos e urinários são frequentemente negativos quando um indivíduo vem para avaliação, refletindo o fato de que as depressões induzidas pela substância podem durar até 4 semanas após o uso da droga de abuso ou medicação ter cessado.

Portanto, um valor de teste positivo significa apenas que um indivíduo teve experiência recente com uma substância, mas por si só não estabelece um curso de tempo ou outras características que provavelmente estão associadas ao transtorno depressivo induzido por substância. No entanto, como acontece com a maioria dos transtornos mentais, os dados mais importantes no diagnóstico dessas condições vêm de uma história clínica detalhada e do exame do estado mental.

Associação com Pensamentos ou Comportamentos Suicidas O risco

de tentativas de suicídio é maior entre indivíduos com possível transtorno por uso de álcool experimentando episódios depressivos, induzidos ou independentes de substâncias, em comparação com indivíduos controle.

Diagnóstico diferencial

Intoxicação e abstinência de substâncias. Os sintomas depressivos ocorrem comumente na intoxicação e abstinência de substâncias. Um diagnóstico de transtorno depressivo induzido por substância deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância quando os sintomas de humor são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente. Por exemplo, o humor disfórico é uma característica da abstinência de cocaína. O transtorno depressivo induzido por substância com início durante a abstinência deve ser diagnosticado em vez da abstinência de cocaína somente se o distúrbio do humor no Critério A predominar no quadro clínico e for suficientemente grave para ser um foco separado de atenção e tratamento.

Transtorno depressivo independente. Um transtorno depressivo induzido por substância/medicamento é diferenciado de um transtorno depressivo independente pelo fato de que, mesmo que uma substância seja ingerida em quantidades suficientemente altas para possivelmente estar etiologicamente relacionada aos sintomas, se a síndrome depressiva for observada em momentos diferentes do substância ou medicamento está sendo usado, deve ser diagnosticado como um transtorno depressivo independente.

Transtorno depressivo devido a outra condição médica. Como os indivíduos com condições médicas geralmente tomam medicamentos para essas condições, o clínico deve considerar a possibilidade de que os sintomas de humor sejam causados pelas consequências fisiológicas da condição médica e não pela medicação, caso em que o transtorno depressivo devido a outra condição médica é diagnosticado. A história muitas vezes fornece a base primária para tal julgamento. Às vezes, uma mudança no tratamento para a condição médica (por exemplo, substituição ou descontinuação do medicamento) pode ser necessária para determinar empiricamente se o medicamento é o agente causador. Se o médico se certificar de que o distúrbio é uma função tanto de outra condição médica quanto do uso ou abstinência de substâncias, então ambos os diagnósticos (isto é, transtorno depressivo devido a outro

condição e transtorno depressivo induzido por substância/medicamento). Quando não há evidência suficiente para determinar se os sintomas depressivos estão associados à ingestão ou abstinência de substância (incluindo um medicamento) ou a outra condição médica ou são independentes (ou seja, não são uma função de uma substância ou outra condição médica), um diagnóstico de outro transtorno depressivo especificado ou transtorno depressivo não especificado é indicado.

206

Comorbidade Em

um estudo usando o DSM-IV, comparando indivíduos com transtorno depressivo maior independente e sem transtorno por uso de substância comórbido e indivíduos com transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, aqueles com transtorno depressivo induzido por substância/medicamento apresentaram maiores taxas de comorbidade com qualquer DSM -IV transtorno mental; eram mais propensos a ter transtornos específicos de transtorno por uso de tabaco, transtorno de jogo e transtorno de personalidade antissocial; e eram menos propensos a ter transtorno depressivo persistente. Em comparação com indivíduos com transtorno depressivo maior e transtorno por uso de substância comórbido, indivíduos com transtorno depressivo induzido por substância/medicamento são mais propensos a ter transtorno por uso de álcool ou outra substância; no entanto, eles são menos propensos a ter transtorno de

Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica

Critério de diagnóstico

- A. Um distúrbio proeminente e persistente do humor que predomina no quadro clínico e é caracterizado por humor deprimido ou interesse ou prazer acentuadamente diminuído em todas ou quase todas as atividades.
- B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o distúrbio é a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
- C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno de adaptação, com humor deprimido, no qual o estressor é uma condição médica grave).
- D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírio.
- E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Nota de codificação: O código ICD-10-CM depende do especificador (veja abaixo).

Especifique

se: **F06.31 Com características depressivas:** Não são preenchidos todos os critérios para um episódio depressivo maior.

F06.32 Com episódio tipo depressivo maior: São preenchidos todos os critérios (exceto Critério C) para um episódio depressivo maior.

F06.34 Com características mistas: Sintomas de mania ou hipomania também estão presentes, mas não predominam no quadro clínico.

Nota de codificação: inclua o nome da outra condição médica no nome do transtorno mental (por exemplo, F06.31 transtorno depressivo devido a hipotireoidismo, com características depressivas). A outra condição médica também deve ser codificada e listada separadamente imediatamente antes do transtorno depressivo devido à condição médica (por exemplo, E03.9 hipotireoidismo; F06.31 transtorno depressivo devido ao hipotireoidismo, com características depressivas).

Características

Diagnósticas A característica essencial do transtorno depressivo devido a outra condição médica é um período proeminente e persistente de humor deprimido ou interesse ou prazer acentuadamente diminuído em todas ou quase todas as atividades que predominam no quadro clínico (Critério A) e que se pensa ser devido aos efeitos fisiológicos de outra condição médica (Critério B). Ao determinar se o distúrbio do humor é devido a outra condição médica, o clínico deve primeiro estabelecer a presença de outra condição médica. Além disso, o clínico deve estabelecer que o distúrbio do humor está etiologicamente relacionado a outra condição médica por meio de uma avaliação fisiológica.

207

mecanismo. Uma avaliação cuidadosa e abrangente de múltiplos fatores é necessária para fazer esse julgamento. Embora não existam diretrizes infalíveis para determinar se a relação entre o distúrbio do humor e outra condição médica é etiológica, várias considerações fornecem algumas orientações nessa área. Uma consideração é a presença de uma associação temporal entre o início, exacerbação ou remissão de outra condição médica e o distúrbio do humor. Uma segunda consideração é a presença de características atípicas de transtornos depressivos independentes (por exemplo, idade atípica de início ou curso ou ausência de história familiar). Evidências da literatura que sugerem que pode haver uma associação direta entre outra condição médica em questão e o desenvolvimento de sintomas de humor podem fornecer um contexto útil na avaliação de uma situação particular.

Recursos associados

A etiologia (ou seja, uma relação causal com outra condição médica baseada na melhor evidência clínica) é a variável chave no transtorno depressivo devido a outra condição médica. A lista das condições médicas que se diz serem capazes de induzir a depressão maior nunca é completa, e o melhor julgamento do clínico é a essência desse diagnóstico.

Existem associações claras, bem como alguns correlatos neuroanatômicos, de depressão com acidente vascular cerebral (AVC), doença de Huntington, doença de Parkinson e lesão cerebral traumática (TCE). Entre as condições neuroendócrinas mais associadas à depressão estão a síndrome de Cushing e o hipotireoidismo. Distúrbios autoimunes, como lúpus eritematoso sistêmico, e deficiências de certas vitaminas, como vitamina B12, também têm sido associados à depressão. outras condições que se acredita estarem associadas à depressão, como a esclerose múltipla. No entanto, o suporte da literatura para uma associação causal é maior

com algumas condições do que com outras. Atualmente, há suporte para um mecanismo fisiopatológico direto para sintomas depressivos em lesões focais (AVC, TCE, neoplasia) que afetam certas regiões do cérebro, doença de Parkinson, doença de Huntington, hipotireoidismo, síndrome de Cushing e câncer de pâncreas.

Prevalência

As diferenças sexuais na prevalência dependem um pouco da diferença sexual associada à condição médica (por exemplo, lúpus eritematoso sistêmico é mais comum em mulheres; acidente vascular cerebral é um pouco mais comum em homens de meia-idade em comparação com mulheres).

Desenvolvimento e Curso

Após o AVC, o início da depressão parece ser agudo, ocorrendo poucos dias após o AVC na maior série de casos. No entanto, em alguns casos, o início da depressão ocorre semanas a meses após o AVC. Na maior série, a duração do episódio depressivo maior após o AVC foi de 9 a 11 meses em média. Com a doença de Parkinson e a doença de Huntington, a depressão geralmente precede as principais deficiências motoras e cognitivas associadas a cada condição. Este é o caso mais proeminente da doença de Huntington, na qual a depressão é considerada o primeiro sintoma neuropsiquiátrico. Há alguma evidência observacional de que a depressão é menos comum à medida que o transtorno neurocognitivo devido à doença de Huntington progride. Em alguns indivíduos com lesões cerebrais estáticas e outras doenças do sistema nervoso central, os sintomas de humor podem ser episódicos (ou seja, recorrentes) ao longo do curso do distúrbio. Na síndrome de Cushing e no hipotireoidismo, a depressão pode ser uma manifestação precoce da doença. No câncer de pâncreas, a depressão geralmente precede outras características.

Fatores de risco e prognóstico

O risco de início agudo de um transtorno depressivo maior após um AVE (dentro de 1 dia a uma semana do evento) parece estar fortemente correlacionado com a localização da lesão, com maior risco associado a AVCs frontais esquerdos e menor risco aparentemente associado a lesões frontais direitas

208

naqueles indivíduos que apresentam dentro de dias do AVC. A associação com regiões frontais e lateralidade não é observada em estados depressivos que ocorrem nos 2-6 meses após o AVC, talvez indicativo de sintomas depressivos posteriores representando transtorno depressivo maior, transtorno de adaptação ou desmoralização. Em indivíduos com doença de Parkinson, idade precoce de início, maior carga de sintomas motores e maior duração da doença têm sido associados à depressão. O risco de depressão após TCE tem sido associado ao sexo feminino, transtorno depressivo prévio, sintomas psiquiátricos precoces após lesão, menor volume cerebral e desemprego.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero As

mulheres podem ter um risco diferencialmente maior de desenvolver depressão no contexto de doenças cardiovasculares, particularmente pós-AVC.

Marcadores de diagnóstico

Os marcadores de diagnóstico pertencem àqueles associados à condição médica (por exemplo, níveis de esteróides no sangue ou na urina para ajudar a corroborar o diagnóstico da doença de Cushing, que pode estar associada a síndromes maníacas ou depressivas).

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas Não há

estudos epidemiológicos que forneçam evidências para diferenciar o risco de suicídio de um episódio depressivo maior devido a outra condição médica em comparação com o risco de um episódio depressivo maior em geral. Há relatos de casos de suicídios associados a episódios depressivos maiores associados a outra condição médica. Existe uma clara associação entre doenças médicas graves e suicídio, particularmente logo após o início ou diagnóstico da doença. Assim, seria prudente supor que o risco de suicídio para episódios depressivos maiores associados a condições médicas não é menor do que para outras formas de episódio depressivo maior, e pode até ser maior.

Diagnóstico Diferencial

Transtornos depressivos não decorrentes de outra condição médica

Determinar se uma condição médica que acompanha um transtorno depressivo está causando o transtorno depende: a) da ausência de episódio(s) de episódios depressivos antes do início da condição médica, b) da probabilidade de que a condição médica associada tenha um potencial para promover ou causar um transtorno depressivo, e c) um curso dos sintomas depressivos logo após o início ou agravamento da condição médica, especialmente se os sintomas depressivos desaparecerem perto do momento em que o transtorno médico é efetivamente tratado ou remite.

Transtorno depressivo induzido por medicamentos

Uma advertência importante é que algumas condições médicas são tratadas com medicamentos (por exemplo, esteróides ou alfa-interferon) que podem induzir sintomas depressivos ou maníacos. Nesses casos, o julgamento clínico, baseado em todas as evidências disponíveis, é a melhor maneira de tentar separar o mais provável e/ou o mais importante de dois fatores etiológicos (ou seja, associação com a condição médica vs. síndrome).

Delirium e transtorno neurocognitivo maior ou leve

Um diagnóstico separado de transtorno depressivo devido a outra condição médica não é dado se o transtorno depressivo ocorrer exclusivamente durante o curso de um delirium. No entanto, um diagnóstico de transtorno depressivo devido a outra condição médica pode ser dado além de um diagnóstico de transtorno neurocognitivo maior ou leve se o transtorno depressivo for considerado uma consequência fisiológica do processo patológico que causa o transtorno neurocognitivo e se os sintomas de depressão são uma parte proeminente da apresentação clínica.

Distúrbios de ajuste.

É importante diferenciar um episódio depressivo de um transtorno de ajustamento, pois o início da condição médica é em si um estressor de vida que pode

causar um transtorno de ajustamento ou um episódio de depressão maior. Os principais elementos diferenciadores são a abrangência do quadro depressivo e o número e a qualidade dos sintomas depressivos que o indivíduo relata ou demonstra no quadro mental.

exame de estado. O diagnóstico diferencial das condições médicas associadas é relevante, mas muito além do escopo deste manual.

Desmoralização. A desmoralização é uma reação comum à doença médica crônica. É marcado por uma sensação de incompetência subjetiva, desamparo e desesperança, e um desejo de desistir. Muitas vezes é acompanhada por sintomas depressivos, como mau humor e fadiga. A desmoralização normalmente não tem a anedonia associada ao transtorno depressivo devido a outra condição médica, e os indivíduos geralmente encontrarão prazer em atividades anteriormente significativas e poderão experimentar momentos de felicidade.

Comorbidade

Condições comórbidas com transtorno depressivo devido a outra condição médica são aquelas associadas às condições médicas de relevância etiológica. Observou-se que o delirium pode ocorrer antes ou junto com sintomas depressivos em indivíduos com uma variedade de condições médicas, como a doença de Cushing. A associação de sintomas de ansiedade, geralmente sintomas generalizados, é comum nos transtornos depressivos, independentemente da causa.

Outro Transtorno Depressivo Especificado

F32.89

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno depressivo que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos depressivos e não preenchem os critérios para transtorno de ajustamento com humor deprimido ou transtorno de ajustamento com ansiedade e humor deprimido mistos. A categoria de outro transtorno depressivo especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não atende aos critérios para qualquer transtorno depressivo específico. Isso é feito registrando “outro transtorno depressivo especificado” seguido do motivo específico (por exemplo, “episódio depressivo de curta duração”).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação “outro especificado” incluem o seguinte:

- 1. Depressão breve recorrente:** presença concomitante de humor deprimido e pelo menos quatro outros sintomas de depressão por 2 a 13 dias pelo menos uma vez por mês (não associado com o ciclo menstrual) por pelo menos 12 meses consecutivos em um indivíduo cuja apresentação nunca atendeu aos critérios para qualquer outro transtorno depressivo ou bipolar e atualmente não atende aos critérios ativos ou residuais para qualquer transtorno psicótico.

- 2. Episódio depressivo de curta duração (4-13 dias):** afeto deprimido e pelo menos quatro dos outros oito sintomas de um episódio depressivo maior associado a sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo que persiste por mais de 4 dias, mas menos de 14 dias , em um indivíduo cuja apresentação nunca atendeu aos critérios para qualquer outro transtorno depressivo ou bipolar, atualmente não atende

critérios residuais para qualquer transtorno psicótico e não atende aos critérios para depressão breve recorrente.

3. **Episódio depressivo com sintomas insuficientes:** afeto deprimido e pelo menos um dos outros oito sintomas de um episódio depressivo maior associado a sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo que persiste por pelo menos 2 semanas em um indivíduo cuja apresentação nunca atendeu aos critérios para qualquer outro transtorno depressivo ou bipolar, atualmente não atende aos critérios ativos ou residuais para qualquer transtorno psicótico e não atende aos critérios para sintomas mistos de ansiedade e transtorno depressivo.

210

4. **Episódio depressivo maior sobreposto** à esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou outro espectro de esquizofrenia especificado e não especificado e outro transtorno psicótico. **Nota:** Episódios depressivos maiores que fazem parte do transtorno esquizoafetivo não merecem um diagnóstico adicional de outro transtorno depressivo especificado.

Transtorno Depressivo Não Especificado

F32.A

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno depressivo que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos depressivos e não preenchem os critérios para transtorno de ajustamento com humor deprimido ou transtorno de ajustamento com ansiedade e humor deprimido mistos. A categoria de transtorno depressivo não especificado é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno depressivo específico e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico (p. configurações da sala de emergência).

Transtorno de humor não especificado

F39

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno de humor que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não satisfazem no momento da avaliação todos os critérios para qualquer um dos transtornos nas classes diagnósticas dos transtornos bipolares ou depressivos e nas quais é difícil

escolha entre transtorno bipolar não especificado e transtorno relacionado e transtorno depressivo não especificado (por exemplo, agitação aguda).

Especificadores para Transtornos Depressivos

Especifique se:

Com angústia ansiosa: A angústia ansiosa é definida como a presença de pelo menos dois dos seguintes sintomas durante a maioria dos dias do episódio depressivo maior atual (ou o episódio depressivo maior mais recente se o transtorno depressivo maior estiver atualmente em remissão parcial ou total) ou transtorno depressivo persistente atual:

1. Sentindo-se tenso ou tenso.
2. Sentindo-se incomumente inquieto.
3. Dificuldade de concentração por causa da preocupação.
4. Medo de que algo terrível possa acontecer.
5. Sensação de que o indivíduo pode perder o controle de si mesmo.

Especifique a gravidade atual:

Leve: Dois sintomas.

Moderado: Três sintomas.

Moderado-grave: Quatro ou cinco sintomas.

Grave: Quatro ou cinco sintomas e com agitação motora.

Nota: A angústia ansiosa foi observada como uma característica proeminente tanto do transtorno bipolar quanto do transtorno depressivo maior, tanto na atenção primária quanto na saúde mental especializada

211

definições. Altos níveis de ansiedade têm sido associados a maior risco de suicídio, maior duração da doença e maior probabilidade de não resposta ao tratamento. Como resultado, é clinicamente útil especificar com precisão a presença e os níveis de gravidade da angústia ansiosa para o planejamento do tratamento e o monitoramento da resposta ao tratamento.

Com recursos mistos:

- A. Pelo menos três dos seguintes sintomas maníacos/hipomaníacos estão presentes durante a maioria dos dias do episódio depressivo maior atual (ou o episódio depressivo maior mais recente se o transtorno depressivo maior estiver atualmente em remissão parcial ou total): 1. Elevado, humor expansivo.
2. Auto-estima inflada ou grandiosidade.
3. Mais falante do que o normal ou pressão para continuar falando.

4. Vôo de idéias ou experiência subjetiva que os pensamentos estão correndo.
 5. Aumento da energia ou atividade direcionada a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, ou sexualmente).
 6. Envolvimento aumentado ou excessivo em atividades com alto potencial de consequências dolorosas (por exemplo, envolvimento em compras desenfreadas, indiscrições sexuais ou investimentos comerciais tolos).
 7. Diminuição da necessidade de sono (sentir-se descansado apesar de dormir menos do que o habitual; contrastar com a insônia).
- B. Os sintomas mistos são observáveis por outras pessoas e representam uma mudança do comportamento habitual da pessoa.
- C. Para indivíduos cujos sintomas preenchem todos os critérios para mania ou hipomania, o diagnóstico deve ser transtorno bipolar I ou bipolar II.
- D. Os sintomas mistos não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento ou outro tratamento).

Nota: Características mistas associadas a um episódio depressivo maior foram consideradas um fator de risco significativo para o desenvolvimento de transtorno bipolar I ou bipolar II. Como resultado, é clinicamente útil observar a presença desse especificador para o planejamento do tratamento e monitoramento da resposta ao tratamento.

Com traços melancólicos:

- A. Um dos seguintes está presente durante o período mais grave do episódio depressivo maior atual (ou o episódio depressivo maior mais recente se o transtorno depressivo maior estiver atualmente em remissão parcial ou total):
1. Perda de prazer em todos, ou quase todas as atividades.
 2. Falta de reatividade a estímulos geralmente prazerosos (não se sente muito melhor, mesmo temporariamente, quando algo de bom acontece).
- B. Três (ou mais) dos seguintes:
1. Uma qualidade distinta de humor deprimido caracterizado por profundo desânimo, desespero e/ou melancolia ou pelo chamado humor vazio.
 2. Depressão que piora regularmente pela manhã.
 3. Despertar de manhã cedo (ou seja, pelo menos 2 horas antes do despertar habitual).
 4. Agitação ou retardo psicomotor acentuado.
 5. Anorexia significativa ou perda de peso.
 6. Culpa excessiva ou inadequada.

Nota: O especificador “com traços melancólicos” é aplicado se esses traços estiverem presentes na fase mais grave do episódio. Há uma quase total ausência de

da reatividade do humor é que mesmo os eventos altamente desejados não estão associados a um acentuado clareamento do humor. Ou o humor não se ilumina, ou se ilumina apenas parcialmente (por exemplo, até 20%–40% do normal por apenas alguns minutos de cada vez). A “qualidade distinta” do humor que é característica do especificador “com traços melancólicos” é experienciada como qualitativamente diferente daquela durante um episódio depressivo não melancólico. Um humor deprimido que é descrito como meramente mais grave, duradouro ou presente sem motivo não é considerado distinto em qualidade. As alterações psicomotoras estão quase sempre presentes e são observáveis por outras pessoas.

As características melancólicas exibem apenas uma tendência modesta de repetir os episódios no mesmo indivíduo. São mais frequentes em pacientes internados do que em pacientes ambulatoriais; são menos prováveis de ocorrer em episódios depressivos maiores mais leves do que em episódios mais graves; e são mais prováveis de ocorrer em indivíduos com características psicóticas.

Com características atípicas: Este especificador é aplicado quando essas características predominam durante a maioria dos dias do episódio depressivo maior atual (ou o episódio depressivo maior mais recente se o transtorno depressivo maior estiver atualmente em remissão parcial ou total) ou transtorno depressivo persistente atual.

A. Reatividade do humor (ou seja, o humor melhora em resposta a uma reação positiva real ou potencial eventos).

B. Dois (ou mais) dos seguintes:

1. Ganho de peso significativo ou aumento do apetite.
2. Hipersonia.
3. Paralisia de chumbo (isto é, sensações pesadas e pesadas nos braços ou pernas).
4. Um padrão de longa data de sensibilidade à rejeição interpessoal (não limitado a episódios de perturbação do humor) que resulta em prejuízo social ou ocupacional significativo.

C. Os critérios não são atendidos para "com traços melancólicos" ou "com catatonias" durante o mesmo episódio.

Nota: “Depressão atípica” tem significado histórico (ou seja, atípica em contraste com as apresentações mais clássicas agitadas e “endógenas” de depressão que eram a norma quando a depressão raramente era diagnosticada em pacientes ambulatoriais e quase nunca em adolescentes ou adultos jovens) e hoje não conota uma apresentação clínica incomum ou incomum como o termo pode implicar.

A reatividade do humor é a capacidade de se animar diante de eventos positivos (por exemplo, uma visita de crianças, elogios de outras pessoas). O humor pode se tornar eutímico (não triste) mesmo por longos períodos de tempo se as circunstâncias externas permanecerem favoráveis. O aumento do apetite pode se manifestar por um aumento óbvio na ingestão de alimentos ou pelo ganho de peso. A hipersonia pode incluir um período prolongado de sono noturno ou cochilos diurnos que totalizam pelo menos 10 horas de sono por dia (ou pelo menos 2 horas a mais do que quando não

depressivo). A paralisia de chumbo é definida como sensação de peso, chumbo ou peso, geralmente nos braços ou pernas. Essa sensação geralmente está presente por pelo menos uma hora por dia, mas geralmente dura muitas horas de cada vez. Ao contrário das outras características atípicas, a sensibilidade patológica à rejeição interpessoal percebida é uma característica que tem início precoce e persiste durante a maior parte da vida adulta. A sensibilidade à rejeição ocorre quando a pessoa está ou não deprimida, embora possa ser exacerbada durante os períodos depressivos.

Com características psicóticas: Delírios e/ou alucinações estão presentes a qualquer momento no episódio depressivo maior atual (ou no episódio depressivo maior mais recente se o transtorno depressivo maior estiver atualmente em remissão parcial ou total). Se as características psicóticas estiverem presentes, especifique se são congruentes ou incongruentes com o humor:

213

Com características psicóticas congruentes com o humor: O conteúdo de todos os delírios e alucinações é consistente com os temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida.

Com características psicóticas incongruentes com o humor: O conteúdo dos delírios ou alucinações não envolve temas depressivos típicos de inadequação pessoal, culpa, doença, morte, niilismo ou punição merecida, ou o conteúdo é uma mistura de humor incongruente e congruente com o humor temas.

Com catatonia: Este especificador é aplicado ao episódio depressivo maior atual (ou ao episódio depressivo maior mais recente se o transtorno depressivo maior estiver atualmente em remissão parcial ou total) se características catatônicas estiverem presentes durante a maior parte do episódio. Veja os critérios para catatonia associada a um transtorno mental no capítulo “Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”.

Com início periparto: Este especificador é aplicado ao episódio depressivo maior atual (ou ao episódio depressivo maior mais recente se o transtorno depressivo maior estiver atualmente em remissão parcial ou total) se o início dos sintomas de humor ocorrer durante a gravidez ou nas 4 semanas após o parto.

Nota: Os episódios de humor podem ter início durante a gravidez ou no pós-parto. Cerca de 50% dos episódios depressivos maiores pós-parto começam antes do parto. Assim, esses episódios são referidos coletivamente como episódios *periparto*.

Entre a concepção e o nascimento, cerca de 9% das mulheres experimentarão um episódio depressivo maior. A melhor estimativa para a prevalência de um episódio depressivo maior entre o nascimento e 12 meses pós-parto é pouco abaixo de 7%.

Os episódios de humor de início no periparto podem apresentar-se com ou sem características psicóticas. O infanticídio (uma ocorrência rara) é mais frequentemente associado a episódios psicóticos pós-parto caracterizados por alucinações de comando para matar o bebê ou delírios de que o bebê está possuído, mas os sintomas psicóticos também podem ocorrer em episódios graves de humor pós-parto

sem tais delírios ou alucinações específicas.

Episódios de humor pós-parto (depressivo maior ou maníaco) com características psicóticas parecem ocorrer em 1 em 500 a 1 em 1.000 partos e podem ser mais comuns em mulheres primíparas. O risco de episódios pós-parto com características psicóticas é particularmente aumentado para mulheres com episódios de humor psicóticos pós-parto anteriores, mas também é elevado para aquelas com história prévia de transtorno depressivo ou bipolar (especialmente transtorno bipolar I) e aquelas com história familiar de transtorno bipolar .

Uma vez que uma mulher tenha tido um episódio pós-parto com características psicóticas, o risco de recorrência a cada parto subsequente é entre 30% e 50%.

Os episódios pós-parto devem ser diferenciados do delirium que ocorre no período pós-parto, que se distingue por um nível flutuante de consciência ou atenção.

Os transtornos depressivos de início no periparto devem ser diferenciados dos muito mais comuns “maternity blues”, ou o que é conhecido em termos leigos como “baby blues”. A tristeza da maternidade não é considerada um transtorno mental e é caracterizada por mudanças repentinas de humor (por exemplo, o início súbito de choro na ausência de depressão) que não causam prejuízo funcional e provavelmente são causadas por alterações fisiológicas que ocorrem após o parto. É temporária e autolimitada, geralmente melhorando rapidamente (dentro de uma semana) sem a necessidade de tratamento. Outros sintomas da tristeza da maternidade incluem distúrbios do sono e até confusão que podem ocorrer logo após o parto.

As mulheres perinatais podem estar em maior risco de transtornos depressivos devido a anormalidades da tireoide, bem como outras condições médicas que podem causar sintomas depressivos. Se os sintomas depressivos forem considerados devidos a outra condição médica relacionada ao período perinatal, o transtorno depressivo devido a outra condição médica deve ser diagnosticado em vez de um episódio depressivo maior, com início no periparto.

214

Com padrão sazonal: Este especificador se aplica ao transtorno depressivo maior recorrente.

A. Tem havido uma relação temporal regular entre o início de episódios depressivos maiores no transtorno depressivo maior e uma determinada época do ano (por exemplo, no outono ou inverno).

Nota: Não inclua casos em que haja um efeito óbvio de estressores psicossociais relacionados com a sazonalidade (por exemplo, estar regularmente desempregado todo inverno).

B. Remissões completas também ocorrem em uma época característica do ano (por exemplo, depressão desaparece na primavera).

C. Nos últimos 2 anos, ocorreram dois episódios depressivos maiores que

demonstram as relações sazonais temporais definidas acima e nenhum episódio depressivo maior não sazonal ocorreu durante o mesmo período.

- D. Os episódios depressivos maiores sazonais (como descritos acima) superam substancialmente os episódios depressivos maiores não sazonais que podem ter ocorrido ao longo da vida do indivíduo.

Nota: O especificador “com padrão sazonal” pode ser aplicado ao padrão de episódios depressivos maiores no transtorno depressivo maior, recorrente. A característica essencial é o início e a remissão de episódios depressivos maiores em épocas características do ano. Na maioria dos casos, os episódios começam no outono ou inverno e remitem na primavera. Menos comumente, pode haver episódios depressivos de verão recorrentes. Esse padrão de início e remissão de episódios deve ter ocorrido durante pelo menos um período de 2 anos, sem que nenhum episódio não sazonal ocorra durante esse período. Além disso, os episódios depressivos sazonais devem superar substancialmente quaisquer episódios depressivos não sazonais ao longo da vida do indivíduo.

Este especificador não se aplica às situações em que o padrão é mais bem explicado por estressores psicossociais ligados sazonalmente (por exemplo, desemprego sazonal ou horário escolar). Episódios depressivos maiores que ocorrem em um padrão sazonal são frequentemente caracterizados por perda de energia, hipersonia, excessos alimentares, ganho de peso e desejo por carboidratos.

A prevalência do padrão sazonal do tipo inverno parece variar com a latitude, idade e sexo. A prevalência aumenta com latitudes mais altas. A idade também é um forte preditor de sazonalidade, com pessoas mais jovens com maior risco de episódios depressivos de inverno.

Especificar

se: **Em remissão parcial:** Os sintomas do episódio depressivo maior imediatamente anterior estão presentes, mas os critérios completos não são atendidos, ou há um período com duração inferior a 2 meses sem quaisquer sintomas significativos de um episódio depressivo maior após o término de tal episódio .

Em remissão completa: Durante os últimos 2 meses, nenhum sinal ou sintoma significativo do distúrbio estava presente.

Especifique a gravidade

atual: A gravidade é baseada no número de sintomas de critério, na gravidade desses sintomas e no grau de incapacidade funcional.

Leve: Poucos, se houver, sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, a intensidade dos sintomas é angustiante, mas administrável, e os sintomas resultam em menor prejuízo no funcionamento social ou ocupacional.

Moderado: O número de sintomas, intensidade dos sintomas e/ou comprometimento funcional estão entre os especificados para “leve” e “grave”.

Grave: O número de sintomas é substancialmente maior do que o necessário para fazer o diagnóstico, a intensidade dos sintomas é seriamente angustiante e incontrolável, e os sintomas interferem marcadamente na vida social e social.

funcionamento ocupacional.

¹Ao distinguir o luto de um episódio depressivo maior (EDM), é útil considerar que no luto o afeto predominante são os sentimentos de vazio e perda, enquanto no EDM é o humor deprimido persistente e a incapacidade de antecipar a felicidade ou o prazer. A disforia no luto tende a diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas e ocorre em ondas, as chamadas dores do luto. Essas ondas tendem a estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido. O humor deprimido de um MDE é mais persistente e não está ligado a pensamentos ou preocupações específicas. A dor do luto pode ser acompanhada por emoções positivas e humor que não são característicos da infelicidade e miséria generalizadas características de um EDM. O conteúdo do pensamento associado ao luto geralmente apresenta uma preocupação com pensamentos e memórias do falecido, em vez das ruminações autocriticas ou pessimistas vistas em um MDE. No luto, a auto-estima é geralmente preservada, enquanto em um MDE sentimentos de inutilidade e auto-aversão são comuns. Se a ideação autodepreciativa estiver presente no luto, normalmente envolve falhas percebidas em relação ao falecido (por exemplo, não visitar com frequência suficiente, não dizer ao falecido o quanto ele era amado). Se um indivíduo enlutado pensa sobre a morte e o morrer, tais pensamentos são geralmente focados no falecido e possivelmente em “juntar-se” ao falecido, enquanto em um MDE tais pensamentos estão focados em acabar com a própria vida por se sentir inútil, indigno da vida ou incapaz de lidar com a dor da depressão.

Transtornos de Ansiedade

Os transtornos de [ansiedade](#) incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e distúrbios comportamentais relacionados. O *medo* é a resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, enquanto a *ansiedade* é a antecipação de uma ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também diferem, com o medo mais frequentemente associado a surtos de excitação autonômica necessários para lutar ou fugir, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e ansiedade mais frequentemente associada à tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos cautelosos ou evitativos. Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos de evitação generalizados. Os *ataques de pânico* aparecem com destaque nos transtornos de ansiedade como um tipo específico de resposta ao medo. Os ataques de pânico não se limitam a transtornos de ansiedade, mas também podem ser vistos em outros transtornos mentais.

Os transtornos de ansiedade diferem uns dos outros nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de evitação e a cognição associada. Assim, embora os transtornos de ansiedade tendam a ser altamente comórbidos entre si, eles podem ser diferenciados por meio de um exame minucioso dos tipos de situações temidas ou evitadas e do conteúdo dos pensamentos ou crenças associados.

Os transtornos de ansiedade diferem do medo ou ansiedade normativos do desenvolvimento por serem excessivos ou persistirem além dos períodos apropriados ao desenvolvimento. Eles diferem do medo ou ansiedade transitórios, muitas vezes induzidos pelo estresse, por serem persistentes (por exemplo, geralmente com duração de 6 meses ou mais), embora o critério de duração pretenda ser um guia geral com permissão para algum grau de flexibilidade e, às vezes, de menor duração. duração em crianças (como no transtorno de ansiedade de separação e mutismo seletivo). Como os indivíduos com transtornos de ansiedade geralmente superestimam o perigo em situações que temem ou evitam, a determinação primária se o medo ou a ansiedade é excessivo ou desproporcional é feita pelo clínico, levando em consideração fatores contextuais culturais. Muitos dos transtornos de ansiedade se desenvolvem na infância e tendem a persistir se não forem tratados.

A maioria ocorre com mais frequência em meninas do que em meninos (proporção de aproximadamente 2:1). Cada transtorno de ansiedade é diagnosticado apenas quando os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância/medicamento ou a outra condição médica ou não são melhor explicados por outro transtorno mental.

O capítulo está organizado de acordo com o desenvolvimento, com os distúrbios sequenciados de acordo com a idade típica de início. O indivíduo com transtorno de ansiedade de separação tem medo ou ansiedade sobre a separação de figuras de apego em um grau que é inapropriado para o desenvolvimento. Há medo ou ansiedade persistente sobre danos causados às figuras de apego e eventos que podem levar à perda ou separação das figuras de apego e relutância em se afastar das figuras de apego, bem como pesadelos e sintomas físicos de angústia. Embora os sintomas geralmente se desenvolvam na infância, eles podem ser expressos ao longo da vida adulta, bem como na ausência de uma história de transtorno de ansiedade de separação na infância.

O mutismo seletivo é caracterizado por uma falha consistente em falar em situações sociais nas quais

há uma expectativa de falar (por exemplo, escola) mesmo que o indivíduo fale em outras situações. A falha em falar tem consequências significativas no desempenho acadêmico ou profissional ou interfere na comunicação social normal.

216

Indivíduos com fobia específica têm medo ou ansiedade ou evitam objetos ou situações circunscritas. Uma cognição específica não é apresentada neste transtorno, como ocorre em outros transtornos de ansiedade. O medo, a ansiedade ou a evitação são quase sempre induzidos imediatamente pela situação fóbica, em um grau persistente e desproporcional ao risco real representado. Existem vários tipos de fobias específicas: animal; ambiente natural; sangue-injeção-lesão; situacional; e outras situações.

No transtorno de ansiedade social, o indivíduo tem medo ou ansiedade ou evita interações sociais e situações que envolvem a possibilidade de ser examinado. Isso inclui interações sociais, como conhecer pessoas desconhecidas, situações em que o indivíduo pode ser observado comendo ou bebendo e situações em que o indivíduo se apresenta na frente de outras pessoas.

A cognição é ser avaliado negativamente pelos outros, sendo constrangido, humilhado, rejeitado ou ofendido.

No transtorno de pânico, o indivíduo experimenta ataques de pânico inesperados recorrentes e está persistentemente preocupado ou preocupado em ter mais ataques de pânico ou muda seu comportamento de maneira mal-adaptativa por causa dos ataques de pânico (por exemplo, evitar exercícios ou locais desconhecidos). Os ataques de pânico são surtos abruptos de medo intenso ou desconforto intenso que atingem um pico em minutos, acompanhados de sintomas físicos e/ou cognitivos. Os ataques de pânico com sintomas limitados incluem menos de quatro sintomas. Ataques de pânico podem ser esperados, como em resposta a um objeto ou situação tipicamente temida, ou *inesperados*, o que significa que o ataque de pânico ocorre sem motivo aparente. Os ataques de pânico funcionam como um marcador e fator prognóstico para a gravidade do diagnóstico, curso e comorbidade em uma série de transtornos, incluindo, entre outros, ansiedade, uso de substâncias, transtornos depressivos e psicóticos. O especificador “com ataques de pânico” pode, portanto, ser usado para ataques de pânico que ocorrem no contexto de qualquer transtorno de ansiedade, bem como outros transtornos mentais (por exemplo, transtornos depressivos, transtorno de estresse pós-traumá

Indivíduos com agorafobia são medrosos e ansiosos em muitas situações diferentes, e os critérios diagnósticos requerem sintomas em dois ou mais dos seguintes: usar transporte público, estar em espaços abertos, estar em lugares fechados, ficar em fila ou estar em uma multidão, ou estar fora de casa sozinho em outras situações. O indivíduo teme essas situações por causa de pensamentos que podem ser difíceis de escapar ou que a ajuda pode não estar disponível no caso de desenvolver sintomas semelhantes ao pânico ou outros sintomas incapacitantes ou embaralhos. Essas situações induzem consistentemente medo ou ansiedade e muitas vezes são evitadas ou exigem a presença de um acompanhante.

As principais características do transtorno de ansiedade generalizada são ansiedade persistente e excessiva e preocupação com vários domínios, incluindo trabalho e desempenho escolar, que o indivíduo acha difícil controlar. Além disso, o indivíduo experimenta sintomas físicos, incluindo inquietação ou sensação de tensão ou nervosismo; ser facilmente fatigado; dificuldade de concentração ou mente em branco; irritabilidade; tensão muscular; e distúrbios do sono.

O transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento envolve ansiedade devido à intoxicação ou abstinência de substância ou a um tratamento medicamentoso. No transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, os sintomas de ansiedade são a consequência fisiológica de outra condição médica.

doença.

Escalas específicas de transtorno estão disponíveis para melhor caracterizar a gravidade de cada transtorno de ansiedade e para capturar a mudança na gravidade ao longo do tempo. Para facilidade de uso, particularmente para indivíduos com mais de um transtorno de ansiedade, essas escalas foram desenvolvidas para ter o mesmo formato (mas com foco diferente) em todos os transtornos de ansiedade, com classificações de sintomas comportamentais, sintomas cognitivos e sintomas físicos relevantes para cada um. transtorno.

Indivíduos com ansiedade podem ser mais propensos a ter pensamentos suicidas, tentar suicídio e morrer por suicídio do que aqueles sem ansiedade. O transtorno do pânico, o transtorno de ansiedade generalizada e a fobia específica foram identificados como os transtornos de ansiedade mais fortemente associados à transição de pensamentos suicidas para tentativa de suicídio.

217

Transtorno de Ansiedade de Separação

Critério de diagnóstico	F93.0
A. Medo ou ansiedade excessivo e inapropriado para o desenvolvimento em relação à separação daqueles a quem o indivíduo está ligado, evidenciado por pelo menos três dos seguintes: 1. Sofrimento excessivo recorrente ao antecipar ou vivenciar a separação de casa ou de grandes figuras de apego.	
2. Preocupação persistente e excessiva com a perda de figuras importantes de apego ou com possíveis danos a elas, como doenças, ferimentos, desastres ou morte.	
3. Preocupação persistente e excessiva sobre experimentar um evento desagradável (por exemplo, perder-se, ser sequestrado, sofrer um acidente, adoecer) que causa a separação de uma figura importante de apego.	
4. Relutância ou recusa persistente em sair, fora de casa, na escola, no trabalho ou em qualquer outro lugar por medo da separação.	
5. Medo persistente e excessivo ou relutância em ficar sozinho ou sem principais figuras de apego em casa ou em outros ambientes.	
6. Relutância ou recusa persistente em dormir fora de casa ou em ir dormir sem estar perto de uma grande figura de apego.	
7. Pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação.	
8. Queixas repetidas de sintomas físicos (por exemplo, dores de cabeça, dores de estômago, náuseas, vômitos) quando ocorre ou é antecipada a separação das principais figuras de apego.	
B. O medo, ansiedade ou evitação é persistente, durando pelo menos 4 semanas em crianças e adolescentes e tipicamente 6 meses ou mais em adultos.	
C. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.	

D. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental, como recusar-se a sair de casa por causa da resistência excessiva à mudança no transtorno do espectro autista; delírios ou alucinações sobre separação em transtornos psicóticos; recusa de sair sem um companheiro de confiança na agorafobia; preocupa-se com problemas de saúde ou outros danos que possam acontecer a outras pessoas significativas no transtorno de ansiedade generalizada; ou preocupações sobre ter uma doença no transtorno de ansiedade da doença.

Características

Diagnósticas A característica essencial do transtorno de ansiedade de separação é o medo ou ansiedade excessivos em relação à separação do lar ou das figuras de apego. A ansiedade excede o que pode ser esperado dado o nível de desenvolvimento do indivíduo (Critério A). Indivíduos com transtorno de ansiedade de separação apresentam sintomas que atendem a pelo menos três dos seguintes critérios: Eles experimentam angústia excessiva recorrente quando a separação do lar ou de grandes figuras de apego é antecipada ou ocorre (Critério A1). Preocupam-se com o bem-estar ou a morte das figuras de apego, principalmente quando separadas delas, e precisam saber o paradeiro de suas figuras de apego e querem manter contato com elas (Critério A2). Eles também se preocupam com eventos desagradáveis para si mesmos, como se perder, ser sequestrado ou sofrer um acidente, que os impediria de se reunir com sua principal figura de apego (Critério A3). Indivíduos com transtorno de ansiedade de separação são relutantes ou se recusam a sair sozinhos por causa do medo da separação (Critério A4). Eles têm

218

medo ou relutância persistente e excessivo em ficar sozinho ou sem grandes figuras de apego em casa ou em outros ambientes. As crianças com transtorno de ansiedade de separação podem ser incapazes de ficar ou entrar em um quarto sozinhas e podem apresentar comportamento de “apego”, ficar perto ou “sombra” dos pais pela casa ou exigir que alguém esteja com eles ao ir para outro quarto dentro de casa (Critério A5). Eles têm relutância ou recusa persistente em ir dormir sem estar perto de uma figura importante de apego ou em dormir fora de casa (Critério A6).

As crianças com esse distúrbio geralmente têm dificuldade na hora de dormir e podem insistir que alguém fique com elas até adormecerem. Durante a noite, eles podem ir para a cama dos pais (ou de um outro significativo, como um irmão). As crianças podem relutar ou recusar-se a ir ao acampamento, dormir na casa de amigos ou fazer recados. Os adultos podem se sentir desconfortáveis ao viajar de forma independente (por exemplo, dormir em um quarto de hotel longe de casa ou de figuras de apego).

Pode haver pesadelos repetidos nos quais o conteúdo expressa a ansiedade de separação do indivíduo (por exemplo, destruição da família por meio de incêndio, assassinato ou outra catástrofe) (Critério A7).

Sintomas físicos (por exemplo, dores de cabeça, queixas abdominais, náuseas, vômitos) são comuns em crianças quando ocorre ou é antecipada a separação das principais figuras de apego (Critério A8).

Sintomas cardiovasculares como palpitações, tonturas e sensação de desmaio são raros em crianças pequenas, mas podem ocorrer em adolescentes e adultos.

A perturbação deve durar por um período de pelo menos 4 semanas em crianças e adolescentes com menos de 18 anos e geralmente é de 6 meses ou mais em adultos (Critério B). No entanto, o critério de duração para adultos deve ser usado como um guia geral, com permissão para algum grau de

flexibilidade. A perturbação deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério C).

Recursos associados

Quando separados das principais figuras de apego, crianças e adultos com transtorno de ansiedade de separação podem apresentar retraimento social, apatia, tristeza ou dificuldade de concentração no trabalho ou lazer. Dependendo de sua idade, os indivíduos podem ter medo de animais, monstros, escuro, ladrões, ladrões, sequestradores, acidentes de carro, viagens de avião e outras situações que são percebidas como perigosas para a família ou para eles mesmos. Algumas pessoas ficam com saudades de casa e extremamente desconfortáveis quando estão fora de casa. O transtorno de ansiedade de separação em crianças pode levar à recusa escolar, que por sua vez pode levar a dificuldades acadêmicas e isolamento social. Quando extremamente aborrecidas com a perspectiva de separação, as crianças podem mostrar raiva ou, ocasionalmente, agressão em relação a alguém que está forçando a separação. Quando estão sozinhas, especialmente à noite ou no escuro, as crianças pequenas podem relatar experiências perceptivas incomuns (por exemplo, ver pessoas espiando em seu quarto, criaturas assustadoras tentando alcançá-las, sentir olhos olhando para elas). As crianças com esse transtorno podem ser descritas como exigentes, intrusivas e com necessidade de atenção constante e, como adultos, podem parecer dependentes e superprotetores como pais. Os adultos com o transtorno tendem a enviar mensagens de texto ou telefonar para suas principais figuras de apego ao longo do dia e verificar repetidamente seu paradeiro. As demandas excessivas do indivíduo muitas vezes se tornam uma fonte de frustração para os membros da família, levando a ressentimentos e conflitos dentro da família.

Prevalência

A prevalência de 6 a 12 meses de transtorno de ansiedade de separação em crianças é estimada em aproximadamente 4%. Em uma amostra comunitária de crianças pequenas, o transtorno de ansiedade de separação parece estar igualmente representado entre meninas e meninos; entretanto, as meninas em idade escolar parecem ter taxas de prevalência mais altas do que os meninos em idade escolar. Em adolescentes nos Estados Unidos, a prevalência em 12 meses é de 1,6%. O transtorno de ansiedade de separação diminui em prevalência desde a infância até a adolescência e a idade adulta. Em amostras clínicas de crianças, o transtorno é igualmente comum em meninos e meninas em contraste com amostras da comunidade, onde o

219

transtorno é mais frequente em meninas. Relatos de crianças tendem a gerar taxas mais altas de transtorno de ansiedade de separação do que relatos de pais sobre os sintomas da criança.

Para adultos, a prevalência de 12 meses de transtorno de ansiedade de separação nos Estados Unidos varia de 0,9% a 1,9%. Entre os adultos com transtorno de ansiedade de separação, as mulheres tendem a ter maiores taxas de prevalência do transtorno em estudos clínicos e comunitários. Em 18 países, a prevalência média de 12 meses em adultos é de 1,0%, com uma faixa de < 0,1% a 2,7% (por exemplo, 0,3% na Romênia, 2,7% na Colômbia). Uma maior prevalência foi observada em mulheres em comparação com homens nesta amostra total (1,3% contra 0,8%).

Desenvolvimento e Curso Períodos de

ansiedade de separação elevada de figuras de apego fazem parte do desenvolvimento inicial normal e podem indicar o desenvolvimento de relacionamentos de apego seguros (p.

1 ano de idade, quando os bebês podem sentir ansiedade por estranhos). O início do transtorno de ansiedade de separação pode ocorrer já na idade pré-escolar e pode ocorrer a qualquer momento durante a infância e adolescência. Em 18 países, a idade média de início relatada por adultos (18 anos ou mais) com o transtorno é no final da adolescência em países de alta e média renda e em meados dos anos 20 em baixa e média-baixa renda países. A maioria dos adultos relata um curso flutuante do distúrbio ao longo da vida e pode relatar alguns sintomas na infância.

Normalmente, há períodos de exacerbação e remissão. Em alguns casos, tanto a ansiedade sobre uma possível separação quanto a evitação de situações envolvendo a separação do lar ou da família nuclear (por exemplo, ir para a faculdade, afastar-se das figuras de apego) podem persistir até a idade adulta. No entanto, a maioria das crianças com transtorno de ansiedade de separação estão livres de transtornos de ansiedade prejudiciais ao longo de suas vidas.

As manifestações do transtorno de ansiedade de separação variam com a idade. As crianças mais novas são mais relutantes em ir à escola ou podem evitar a escola completamente. As crianças mais novas podem não expressar preocupações ou medos específicos de ameaças definitivas aos pais, ao lar ou a si mesmas, e a ansiedade se manifesta apenas quando a separação é vivenciada. À medida que as crianças envelhecem, surgem preocupações; estas são muitas vezes preocupações sobre perigos específicos (por exemplo, acidentes, sequestro, assalto, morte) ou preocupações vagas sobre não se reunir com figuras de apego. Em adultos, o transtorno de ansiedade de separação pode limitar sua capacidade de lidar com mudanças nas circunstâncias (por exemplo, mudança, casamento). Os adultos com o transtorno geralmente se preocupam demais com seus filhos, cônjuges, pais e animais de estimação e experimentam um desconforto acentuado quando separados deles. Eles também podem sofrer uma interrupção significativa no trabalho ou nas experiências sociais devido à necessidade de verificar continuamente o paradeiro de um outro significativo.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental.

O transtorno de ansiedade de separação geralmente se desenvolve após o estresse da vida, especialmente uma perda (p. desastre que envolveu períodos de separação de figuras de apego). Foi demonstrado que sofrer bullying durante a infância é um fator de risco para o desenvolvimento do transtorno de ansiedade de separação. Em adultos jovens, outros exemplos de estresse na vida incluem deixar a casa dos pais, entrar em um relacionamento romântico e se tornar pai. Uma história de superproteção e intrusão dos pais pode estar associada ao transtorno de ansiedade de separação na infância e na idade adulta.

Genética e fisiológica.

Há evidências de que o transtorno de ansiedade de separação pode ser hereditário. A herdabilidade foi estimada em 73% em uma amostra da comunidade de gêmeos de 6 anos de idade, com taxas mais altas encontradas em meninas. Crianças com transtorno de ansiedade de separação apresentam sensibilidade particularmente aumentada à estimulação respiratória usando ar enriquecido com CO₂. O transtorno de ansiedade de separação também parece se agrigar nas famílias.

Questões de diagnóstico relacionadas

à cultura Existem variações culturais no grau em que se considera desejável tolerar a separação, de modo que demandas e oportunidades de separação entre pais e filhos sejam evitadas em alguns contextos culturais. Por exemplo, há uma grande variação entre países e

contextos culturais em relação à idade em que se espera que os filhos deixem a casa dos pais. Os jovens variam em seus auto-relatos de sintomas de ansiedade de separação; por exemplo, os jovens taiwaneses endossam sintomas mais altos de ansiedade de separação em comparação com os jovens americanos. É importante diferenciar o transtorno de ansiedade de separação do alto valor que algumas comunidades culturais atribuem à forte interdependência entre os membros da família.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas O

transtorno de ansiedade de separação em crianças e adolescentes pode estar associado a um risco aumentado de suicídio, embora essa associação não seja específica do transtorno de ansiedade de separação e seja encontrada em outros transtornos de ansiedade onde há comorbidade significativa. Um grande estudo com gêmeos mostrou que ser intimidado durante a infância era um fator de risco para pensamentos suicidas durante a idade adulta jovem.

Consequências Funcionais do Transtorno de Ansiedade de Separação Indivíduos

com transtorno de ansiedade de separação muitas vezes limitam as atividades independentes fora de casa ou de figuras de apego (p. adultos, não sair da casa dos pais, não viajar longas distâncias sem seus vínculos próximos, não trabalhar fora de casa). Os sintomas em adultos são muitas vezes debilitantes e afetam várias áreas de suas vidas. Por exemplo, adultos com transtorno de ansiedade de separação podem reorganizar deliberadamente seus horários de trabalho e outras atividades por causa de suas ansiedades sobre possíveis separações de figuras próximas de apego; eles podem muitas vezes expressar frustração com as limitações em suas vidas por causa de sua necessidade de manter a proximidade, ou pelo menos contato virtual com suas principais figuras de apego (por exemplo, enviando mensagens de texto ou telefonando repetidamente ao longo do dia). O transtorno de ansiedade de separação está associado a maiores prejuízos relatados em indivíduos de países de alta e média renda em comparação com aqueles de países de baixa e média-baixa renda.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de ansiedade generalizada.

O transtorno de ansiedade de separação é diferenciado do transtorno de ansiedade generalizada, pois a ansiedade no transtorno de ansiedade de separação diz respeito predominantemente à separação real ou imaginária de figuras de apego. Além disso, se ocorrerem outras preocupações, elas não são excessivas.

Síndrome do pânico. No transtorno de ansiedade de separação, ameaças de separação de apegos próximos podem levar a ansiedade extrema e ataques de pânico. Em contraste com o transtorno de pânico, onde os ataques de pânico ocorrem inesperadamente e geralmente são acompanhados por medos de morrer ou enlouquecer, os ataques de pânico no transtorno de ansiedade de separação ocorrem em antecipação a separações reais ou imaginárias de figuras de apego ou locais de segurança e proteção, ou de preocupações de que eventos desagradáveis recaiam sobre os apegos íntimos do indivíduo.

Agorafobia. Ao contrário dos indivíduos com agorafobia, aqueles com transtorno de ansiedade de separação não estão ansiosos por ficarem presos ou incapacitados em situações das quais a fuga é percebida como difícil no caso de sintomas semelhantes ao pânico ou outros sintomas incapacitantes. Em vez disso, eles temem estar longe de locais de segurança associados às suas principais figuras de apego.

Transtorno de conduta. A evasão escolar é comum no transtorno de conduta, mas a ansiedade sobre a separação não é responsável pelas faltas à escola, e a criança ou adolescente geralmente fica longe de casa, em vez de voltar para casa.

Transtorno de ansiedade social. A recusa escolar pode ser atribuída ao transtorno de ansiedade social. Nesses casos, a evasão escolar deve-se ao medo de ser julgado negativamente pelos outros, e não devido a preocupações em ser separado das figuras de apego.

Transtorno de estresse pós-traumático. O medo da separação de entes queridos é comum após um evento traumático, como um grande desastre, principalmente quando períodos de separação de entes queridos são vivenciados durante o evento traumático. No transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), os sintomas centrais dizem respeito a intrusões e evitação de memórias associadas ao próprio evento traumático, enquanto no transtorno de ansiedade de separação, as preocupações e a evitação dizem respeito ao bem-estar das figuras de apego e à separação delas.

Transtorno de ansiedade de doença. O transtorno de ansiedade de separação diz respeito às preocupações com a saúde e o bem-estar dos apegos íntimos. Em contraste, os indivíduos com transtorno de ansiedade da doença se preocupam com doenças médicas específicas que eles próprios possam ter, não com a separação de seus apegos íntimos.

Transtorno de luto prolongado. Anseio intenso ou saudade pelo falecido, tristeza intensa e dor emocional e preocupação com o falecido ou as circunstâncias da morte são respostas esperadas que ocorrem no transtorno de luto prolongado, enquanto o medo de uma possível separação de figuras-chave de apego é central no transtorno de ansiedade de separação.

Transtornos depressivos e bipolares. Esses distúrbios podem estar associados à relutância em sair de casa, mas a principal preocupação não é a preocupação ou o medo de eventos adversos que acontecem com as figuras de apego, mas a baixa motivação para se envolver com o mundo exterior. No entanto, indivíduos com transtorno de ansiedade de separação podem ficar deprimidos enquanto estão separados ou em antecipação à separação.

Transtorno desafiador opositivo. Crianças e adolescentes com transtorno de ansiedade de separação podem ser opositores no contexto de serem forçados a se separar de figuras de apego. O transtorno desafiador opositivo deve ser considerado apenas quando há comportamento de oposição persistente não relacionado à antecipação ou ocorrência de separação das figuras de apego.

Transtornos psicóticos. Ao contrário das alucinações nos transtornos psicóticos, as experiências perceptivas incomuns que podem ocorrer no transtorno de ansiedade de separação são geralmente baseadas em uma percepção errônea de um estímulo real, ocorrem apenas em certas situações (por exemplo, à noite) e são revertidas pela presença de uma figura de apego. .

Distúrbios de personalidade. O transtorno de personalidade dependente é caracterizado por uma tendência indiscriminada de confiar nos outros, enquanto o transtorno de ansiedade de separação envolve preocupação com a proximidade e a segurança das principais figuras de apego. O transtorno de personalidade limítrofe é caracterizado pelo medo de abandono por entes queridos, mas problemas de identidade, autodireção, funcionamento interpessoal e impulsividade também são centrais para esse transtorno, enquanto não são centrais para o transtorno de ansiedade de separação.

Comorbidade

Em crianças, o transtorno de ansiedade de separação é altamente comórbido com transtorno de ansiedade generalizada e

fobia específica. Em adultos, as comorbidades comuns incluem fobia específica, TEPT, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social, agorafobia, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de luto prolongado e transtornos de personalidade. Entre os transtornos de personalidade, os transtornos de personalidade dependente, esquivo e obsessivo-compulsivo (Grupo C) podem ser comórbidos com transtorno de ansiedade de separação. Transtornos depressivos e bipolares também são comórbidos com transtorno de ansiedade de separação em adultos.

222

Mutismo seletivo

Critério de diagnóstico	F94.0
<ul style="list-style-type: none"> A. Falha consistente em falar em situações sociais específicas nas quais há expectativa de falar (por exemplo, na escola) apesar de falar em outras situações. B. A perturbação interfere no desempenho educacional ou ocupacional ou na comunicação social. C. A duração do distúrbio é de pelo menos 1 mês (não limitado ao primeiro mês Da escola). D. A incapacidade de falar não é atribuível à falta de conhecimento ou conforto com a linguagem falada exigida na situação social. E. O distúrbio não é melhor explicado por um distúrbio de comunicação (por exemplo, distúrbio de fluência com início na infância) e não ocorre exclusivamente durante o curso de um distúrbio do espectro autista, esquizofrenia ou outro distúrbio psicótico. 	

Características Diagnósticas

Ao encontrar outros indivíduos em interações sociais, as crianças com mutismo seletivo não iniciam a fala ou respondem reciprocamente quando falam com outras pessoas. A falta de fala ocorre em interações sociais com crianças ou adultos. As crianças com mutismo seletivo falam em casa na presença de familiares imediatos, mas muitas vezes nem na frente de amigos próximos ou parentes de segundo grau, como avós ou primos. A perturbação é mais frequentemente marcada por alta ansiedade social. As crianças com mutismo seletivo muitas vezes se recusam a falar na escola, levando a deficiências acadêmicas ou educacionais, pois os professores muitas vezes têm dificuldade em avaliar habilidades como a leitura. A falta de fala pode interferir na comunicação social, embora as crianças com esse transtorno às vezes usem meios não falados ou não verbais (por exemplo, grunhindo, apontando, escrevendo) para se comunicar e possam estar dispostas ou ansiosas para realizar ou se envolver em encontros sociais quando a fala não é necessária (por exemplo, papéis não verbais em peças escolares).

Recursos associados

As características associadas ao mutismo seletivo podem incluir timidez excessiva, medo de

constrangimento, isolamento social e retraimento, apego, traços compulsivos, negativismo, acessos de raiva ou comportamento de oposição leve. Embora as crianças com esse transtorno geralmente tenham habilidades de linguagem normais, ocasionalmente pode haver um transtorno de comunicação associado, embora nenhuma associação particular com um transtorno de comunicação específico tenha sido identificada. Mesmo quando esses distúrbios estão presentes, a ansiedade também está presente. Em ambientes clínicos, crianças com mutismo seletivo quase sempre recebem um diagnóstico adicional de outro transtorno de ansiedade – mais comumente, transtorno de ansiedade social.

Prevalência

O mutismo seletivo é um transtorno relativamente raro e não foi incluído como categoria diagnóstica em estudos epidemiológicos de prevalência de transtornos infantis. A prevalência pontual usando várias amostras de clínicas ou escolas nos Estados Unidos, Europa e Israel varia entre 0,03% e 1,9%, dependendo do cenário e da idade da amostra. Estudos em amostras baseadas na comunidade e em busca de tratamento sugerem uma distribuição igual de gênero para o mutismo seletivo, embora também haja evidências de que o mutismo seletivo seja mais comum entre meninas do que meninos. A prevalência não parece variar de acordo com a raça/etnia, mas os indivíduos que precisam falar em uma língua não nativa (por exemplo, filhos de famílias de imigrantes) correm maior risco de desenvolver o transtorno. O distúrbio é mais provável de se manifestar em crianças pequenas do que em adolescentes e adultos.

223

Desenvolvimento e Curso O início

do mutismo seletivo geralmente ocorre antes dos 5 anos de idade, mas o distúrbio pode não chegar à atenção clínica até a entrada na escola, onde há um aumento na interação social e no desempenho de tarefas, como ler em voz alta. A persistência do distúrbio é variável. Embora os relatórios clínicos sugiram que muitos indivíduos “superam” o mutismo seletivo, o curso longitudinal do distúrbio é amplamente desconhecido. Na maioria dos casos, o mutismo seletivo pode desaparecer, mas os sintomas do transtorno de ansiedade social geralmente permanecem.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Fatores de risco temperamentais para mutismo seletivo não são bem identificados. Afetividade negativa (neuroticismo) ou inibição comportamental podem desempenhar um papel, assim como a história parental de timidez, isolamento social e ansiedade social. Crianças com mutismo seletivo podem ter dificuldades sutis de linguagem receptiva em comparação com seus pares, embora a linguagem receptiva ainda esteja dentro da faixa normal.

Ambiental. A inibição social por parte dos pais pode servir de modelo para a reticência social e o mutismo seletivo nas crianças. Além disso, pais de crianças com mutismo seletivo foram descritos como superprotetores ou mais controladores do que pais de crianças com outros transtornos de ansiedade ou nenhum transtorno.

Genética e fisiológica. Devido à sobreposição significativa entre mutismo seletivo e transtorno de ansiedade social, pode haver fatores genéticos compartilhados entre essas condições. Há também evidências de aumento de anormalidades na atividade neural eferente auditiva durante a vocalização em indivíduos com mutismo seletivo, o que poderia levar a peculiaridades na percepção de seus

própria voz e, portanto, uma reticência para falar.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Crianças em famílias que migraram para um país onde um idioma diferente é falado podem parecer ter mutismo seletivo porque podem se recusar a falar o novo idioma devido à falta de conhecimento do idioma. Essas crianças não se qualificariam para o diagnóstico porque tais casos são explicitamente excluídos do diagnóstico.

Consequências funcionais do mutismo seletivo

O mutismo seletivo pode resultar em prejuízo social, pois as crianças podem estar muito ansiosas para se envolver em interação social recíproca com outras crianças. À medida que as crianças com mutismo seletivo amadurecem, elas podem enfrentar um isolamento social crescente. Em ambientes escolares, essas crianças podem sofrer deficiências acadêmicas, porque muitas vezes não se comunicam com os professores sobre suas necessidades acadêmicas ou pessoais (por exemplo, não entender uma tarefa de aula, não pedir para usar o banheiro). É comum o comprometimento grave no funcionamento escolar e social, incluindo o resultado de provocações dos colegas. Em certos casos, o mutismo seletivo pode servir como uma estratégia compensatória para diminuir a excitação ansiosa em encontros sociais.

Diagnóstico diferencial

Período de silêncio em crianças imigrantes aprendendo uma segunda língua. O mutismo seletivo deve ser distinguido do típico “período de silêncio” associado à aquisição de uma nova língua em crianças pequenas. Se a compreensão da nova língua for adequada, mas a recusa em falar persistir em ambas as línguas, em vários ambientes desconhecidos e por um período prolongado, um diagnóstico de mutismo seletivo pode ser garantido.

Distúrbios da comunicação. O mutismo seletivo deve ser diferenciado de distúrbios da fala que são melhor explicados por um distúrbio de comunicação, como distúrbio de linguagem, distúrbio de som da fala (anteriormente distúrbio fonológico), início na infância

224

distúrbio da fluência (gagueira) ou distúrbio da comunicação social (pragmática). Diferentemente do mutismo seletivo, o distúrbio de fala nessas condições não se restringe a uma situação social específica.

Transtornos do neurodesenvolvimento e esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Indivíduos com transtorno do espectro do autismo, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico ou transtorno grave do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) podem ter problemas de comunicação social e ser incapazes de falar adequadamente em situações sociais. Em contraste, o mutismo seletivo deve ser diagnosticado apenas quando a criança tem uma capacidade estabelecida de falar em algumas situações sociais (por exemplo, normalmente em casa).

Transtorno de ansiedade social. A ansiedade social e a esquiva social no transtorno de ansiedade social podem estar associadas ao mutismo seletivo. Nesses casos, ambos os diagnósticos podem ser dados.

Comorbidade

As condições comórbidas mais comuns são outros transtornos de ansiedade, mais frequentemente ansiedade social

transtorno de ansiedade de separação e fobia específica. Em ambientes clínicos, o mutismo seletivo e o transtorno do espectro autista também foram observados como condições que ocorrem frequentemente. Comportamentos de oposição podem ser observados em uma minoria substancial de crianças com mutismo seletivo, embora esse comportamento de oposição possa ser limitado a situações que exigem fala. Atrasos ou distúrbios de comunicação também podem aparecer em algumas crianças com mutismo seletivo.

Fobia Específica

Critério de diagnóstico

- A. Medo ou ansiedade acentuados sobre um objeto ou situação específica (por exemplo, voar, alturas, animais, receber uma injeção, ver sangue).
Nota: Nas crianças, o medo ou a ansiedade podem ser expressos por choro, acessos de raiva, congelamento ou apego.
- B. O objeto ou situação fóbica quase sempre provoca medo ou ansiedade imediata.
- C. O objeto ou situação fóbica é ativamente evitado ou suportado com intenso medo ou ansiedade.
- D. O medo ou ansiedade é desproporcional ao perigo real representado pelo objeto ou situação específica e ao contexto sociocultural.
- E. O medo, ansiedade ou evitação é persistente, geralmente durando 6 meses ou mais.
- F. O medo, a ansiedade ou a evitação causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- G. A perturbação não é melhor explicada pelos sintomas de outro transtorno mental, incluindo medo, ansiedade e evitação de situações associadas a sintomas semelhantes ao pânico ou outros sintomas incapacitantes (como na agorafobia); objetos ou situações relacionadas a obsessões (como no transtorno obsessivo-compulsivo); lembranças de eventos traumáticos (como no transtorno de estresse pós-traumático); separação de casa ou figuras de apego (como no transtorno de ansiedade de separação); ou situações sociais (como no transtorno de ansiedade social).

Especifique

se: Código baseado no estímulo fóbico:

F40.218 Animal (por exemplo, aranhas, insetos, cachorros).

F40.228 Ambiente natural (por exemplo, alturas, tempestades, água).

F40.23x Sangue-injeção-lesão (por exemplo, agulhas, procedimentos médicos invasivos).

cuidados médicos; ou **F40.233 medo de lesão.**

F40.248 Situacional (por exemplo, aviões, elevadores, locais fechados).

F40.298 Outros (por exemplo, situações que podem levar a engasgos ou vômitos; em crianças, por exemplo, sons altos ou personagens fantasiados).

Nota de codificação: Quando mais de um estímulo fóbico estiver presente, codifique todos os códigos CID-10-CM aplicáveis (por exemplo, para medo de cobras e de voar, F40.218 fobia específica, animal e F40.248 fobia específica, situacional).

Especificadores

É comum que os indivíduos tenham múltiplas fobias específicas. O indivíduo médio com fobia específica tem medo de três objetos ou situações, e aproximadamente 75% dos indivíduos com fobia específica temem mais de uma situação ou objeto. Nesses casos, vários diagnósticos de fobia específica, cada um com seu próprio código de diagnóstico refletindo o estímulo fóbico, precisariam ser dados. Por exemplo, se um indivíduo tem medo de tempestades e de voar, então dois diagnósticos seriam dados: fobia específica, ambiente natural e fobia específica, situacional.

Características Diagnósticas

Uma característica chave desse transtorno é que o medo ou a ansiedade estão circunscritos à presença de uma situação ou objeto particular (Critério A), que pode ser denominado *estímulo fóbico*. As categorias de situações ou objetos temidos são fornecidas como especificadores. Muitos indivíduos temem objetos ou situações de mais de uma categoria, ou estímulo fóbico. Para o diagnóstico de fobia específica, a resposta deve diferir dos medos normais e transitórios que comumente ocorrem na população. Para atender aos critérios para um diagnóstico, o medo ou a ansiedade devem ser intensos ou graves (ou seja, “marcados”) (Critério A). A quantidade de medo experimentada pode variar com a proximidade do objeto ou situação temida e pode ocorrer em antecipação ou na presença real do objeto ou situação. Além disso, o medo ou a ansiedade podem assumir a forma de um ataque de pânico com sintomas completos ou limitados (ou seja, ataque de pânico esperado). Outra característica das fobias específicas é que o medo ou a ansiedade são evocados quase sempre que o indivíduo entra em contato com o estímulo fóbico (Critério B). Assim, um indivíduo que fica ansioso apenas ocasionalmente ao ser confrontado com a situação ou objeto (por exemplo, fica ansioso ao voar apenas em um em cada cinco voos de avião) não seria diagnosticado com fobia específica. No entanto, o grau de medo ou ansiedade expresso pode variar (de ansiedade antecipatória a um ataque de pânico total) em diferentes ocasiões de encontro com o objeto ou situação fóbica devido a vários fatores contextuais, como a presença de outras pessoas, duração da exposição e outras ameaças. Elementos como turbulência em um voo para indivíduos que temem voar. O medo e a ansiedade são frequentemente expressos de forma diferente entre crianças e adultos. Além disso, o medo ou a ansiedade ocorrem assim que o objeto ou situação fóbica é encontrado (ou seja, imediatamente, em vez de ser adiado).

O indivíduo evita ativamente a situação, ou se for incapaz ou decidir não evitá-la, a situação ou objeto evoca intenso medo ou ansiedade (Critério C). A evitação ativa significa que o indivíduo se comporta intencionalmente de maneira a prevenir ou minimizar o contato com objetos ou situações fóbicas (por exemplo, usa túneis em vez de pontes no deslocamento diário para o trabalho por medo de altura; evita entrar em um quarto escuro por medo de aranhas; evita aceitar um emprego em um local onde um estímulo fóbico é mais comum). Comportamentos de evitação são frequentemente

óbvios (por exemplo, um indivíduo que tem medo de sangue se recusando a ir ao médico), mas às vezes são menos óbvios (por exemplo, um indivíduo que tem medo de cobras se recusa a olhar para fotos que se assemelham à forma ou formato de cobras). Muitos indivíduos com fobias específicas sofreram ao longo de muitos anos e mudaram suas circunstâncias de vida em

226

maneiras projetadas para evitar o objeto ou situação fóbica tanto quanto possível (por exemplo, um indivíduo diagnosticado com fobia específica, animal, que se muda para residir em uma área desprovida do animal temido em particular). Portanto, eles não sentem mais medo ou ansiedade em sua vida diária. Nesses casos, comportamentos de evitação ou recusa contínua de se envolver em atividades que envolvam exposição ao objeto ou situação fóbica (por exemplo, recusa repetida de aceitar ofertas de viagens relacionadas ao trabalho por medo de voar) podem ser úteis para confirmar o diagnóstico em ausência de ansiedade ou pânico evidentes.

O medo ou ansiedade é desproporcional ao perigo real que o objeto ou situação representa, ou mais intenso do que o necessário (Critério D). Embora os indivíduos com fobia específica muitas vezes reconheçam suas reações como desproporcionais, eles tendem a superestimar o perigo em suas situações temidas e, portanto, o julgamento de estar fora de proporção é feito pelo clínico. O contexto sociocultural do indivíduo também deve ser considerado. Por exemplo, o medo do escuro pode ser razoável em um contexto de violência contínua, e o grau de medo de insetos considerado desproporcional seria maior em ambientes onde os insetos são consumidos na dieta. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando 6 meses ou mais (Critério E), o que ajuda a distinguir o transtorno de medos transitórios que são comuns na população, particularmente entre crianças. A fobia específica deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento para que o transtorno seja diagnosticado (Critério F).

Recursos associados

Indivíduos com fobia específica geralmente experimentam um aumento na excitação fisiológica em antecipação ou durante a exposição a um objeto ou situação fóbica. No entanto, a resposta fisiológica à situação ou objeto temido varia. Enquanto os indivíduos com fobias situacionais, ambientais e específicas de animais tendem a mostrar excitação do sistema nervoso simpático, indivíduos com fobia específica de lesão por injeção de sangue frequentemente demonstram uma resposta vasovagal de desmaio ou quase desmaio que é marcada por uma breve aceleração inicial da frequência cardíaca, elevação da pressão arterial seguida de desaceleração da frequência cardíaca e queda da pressão arterial.

Além disso, a fobia específica é mais consistentemente associada à atividade anormal na amígdala, córtex cingulado anterior, tálamo e ínsula em resposta ao objeto/situação fóbica.

Prevalência

Nos Estados Unidos, a estimativa de prevalência de 12 meses na comunidade para fobia específica é de aproximadamente 8% a 12%. As taxas de prevalência nos países europeus são muito semelhantes às dos Estados Unidos (por exemplo, cerca de 6%), mas as taxas são geralmente mais baixas nos países asiáticos, africanos e latino-americanos (2%–4%). As estimativas de prevalência em crianças são em média de aproximadamente 5%

em vários países, com uma faixa de 3% a 9%, e são aproximadamente 16% em adolescentes de 13 a 17 anos nos Estados Unidos. As estimativas de prevalência são menores em indivíduos mais velhos (cerca de 3% a 5%), possivelmente refletindo a diminuição da gravidade para níveis subclínicos. As mulheres são mais frequentemente afetadas do que os homens em todos os subtipos, a uma taxa de aproximadamente 2:1.

Desenvolvimento e Curso A fobia

específica às vezes se desenvolve após um evento traumático (por exemplo, ser atacado por um animal ou ficar preso em um elevador), observação de outras pessoas passando por um evento traumático (por exemplo, ver alguém se afogar), um ataque de pânico inesperado no futuro. situação temida (por exemplo, um ataque de pânico inesperado no metrô) ou transmissão de informações (por exemplo, ampla cobertura da mídia de um acidente de avião). No entanto, muitos indivíduos com fobia específica são incapazes de lembrar o motivo específico para o início de suas fobias. A fobia específica geralmente se desenvolve na primeira infância, com a maioria dos casos se desenvolvendo antes dos 10 anos de idade. A idade média de início é entre 7 e 11 anos, com a média de cerca de 10 anos.

227

As fobias específicas situacionais tendem a ter uma idade de início mais tardia do que as fobias específicas de ambiente natural, animal ou lesão por injeção de sangue. Fobias específicas que se desenvolvem na infância e adolescência tendem a aumentar e diminuir durante esse período. No entanto, é improvável que as fobias que persistem na idade adulta tenham remissão para a maioria dos indivíduos.

Quando a fobia específica está sendo diagnosticada em crianças, duas questões devem ser consideradas. Primeiro, as crianças pequenas podem expressar seu medo e ansiedade por meio de choro, birras, congelamento ou apego. Em segundo lugar, as crianças pequenas normalmente não são capazes de entender o conceito de evasão. Portanto, o clínico deve reunir informações adicionais de pais, professores ou outras pessoas que conheçam bem a criança. Medos excessivos são bastante comuns em crianças pequenas, mas geralmente são transitórios e apenas levemente prejudiciais e, portanto, considerados apropriados para o desenvolvimento. Nesses casos, um diagnóstico de fobia específica não seria feito. Quando o diagnóstico de fobia específica está sendo considerado em uma criança, é importante avaliar o grau de comprometimento e a duração do medo, ansiedade ou evitação, e se é típico para o estágio de desenvolvimento específico da criança.

Embora a prevalência de fobia específica seja menor em populações mais velhas, continua sendo um dos distúrbios mais comumente experimentados no final da vida. Várias questões devem ser consideradas ao diagnosticar fobia específica em populações mais velhas. Primeiro, os indivíduos mais velhos podem ser mais propensos a endossar fobias específicas do ambiente natural, bem como fobias de queda. Em segundo lugar, a fobia específica (como todos os transtornos de ansiedade) tende a ocorrer concomitantemente com preocupações médicas em indivíduos mais velhos, incluindo doença coronariana, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença de Parkinson. Terceiro, os indivíduos mais velhos podem ser mais propensos a atribuir os sintomas de ansiedade a condições médicas. Em quarto lugar, os indivíduos mais velhos podem ser mais propensos a manifestar ansiedade de forma atípica (por exemplo, envolvendo sintomas de ansiedade e depressão) e, portanto, ser mais propensos a justificar um diagnóstico de transtorno de ansiedade não especificado. Além disso, a presença de fobia específica em idosos está associada à diminuição da qualidade de vida e pode servir como fator de risco para transtorno neurocognitivo maior.

Embora as fobias mais específicas se desenvolvam na infância e adolescência, é possível que um

fobia específica para se desenvolver em qualquer idade, muitas vezes como resultado de experiências traumáticas. Por exemplo, fobias de asfixia quase sempre seguem um evento de quase asfixia em qualquer idade.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Fatores de risco temperamentais para fobia específica, como afetividade negativa

(neuroticismo) ou inibição comportamental, também são fatores de risco para outros transtornos de ansiedade.

Ambiental.

Fatores de risco ambientais para fobias específicas, como superproteção dos pais, perda e separação dos pais e abuso físico e sexual, tendem a prever outros transtornos de ansiedade também. Como observado anteriormente, encontros negativos ou traumáticos com o objeto ou situação temida às vezes (mas nem sempre) precedem o desenvolvimento da fobia específica.

Genética e fisiológica. Pode haver uma suscetibilidade genética a uma certa categoria de fobia específica (por exemplo, um indivíduo com um parente de primeiro grau com uma fobia específica de animais é significativamente mais propenso a ter o mesmo tipo de fobia específica do que qualquer outra categoria de fobia). Estudos com gêmeos examinaram a hereditariedade de subtipos individuais de medos e fobias, sugerindo que a fobia animal tem aproximadamente 32% de herdabilidade, a fobia de injeção de sangue tem 33% e a fobia situacional tem 25%.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Nos Estados Unidos, indivíduos de ascendência asiática e latina relatam menor prevalência de fobia específica do que brancos não latinos e afro-americanos. A prevalência de subtipos específicos de fobia varia de país para país.

228

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero As fobias

de animais, ambiente natural e situacionais específicas são predominantemente experimentadas por mulheres, enquanto a fobia de injeção de sangue-lesão é experimentada quase igualmente entre mulheres e homens. A idade média de início da fobia específica durante a infância não difere entre meninas/mulheres e meninos/homens.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

A fobia específica está associada tanto a pensamentos suicidas quanto a tentativas de suicídio com base em dados de pesquisas nacionais dos EUA. A fobia específica também está associada a uma transição da ideação para a tentativa.

Para indivíduos da comunidade com idades entre 14 e 24 anos, um grande estudo prospectivo durante um período de 10 anos na Alemanha descobriu que 30% das primeiras tentativas de suicídio podem ser atribuídas a fobia específica.

Consequências funcionais da fobia específica

Indivíduos com fobia específica apresentam padrões semelhantes de prejuízo no funcionamento psicossocial e diminuição da qualidade de vida como indivíduos com outros transtornos de ansiedade e transtornos por uso de álcool e substâncias, incluindo prejuízos no funcionamento ocupacional e interpessoal. Em adultos mais velhos, o comprometimento pode ser visto nas tarefas de cuidado e atividades voluntárias. Também o medo de

quedas em idosos podem levar à redução da mobilidade e do funcionamento físico e social, e podem levar ao recebimento de apoio domiciliar formal ou informal. A angústia e o prejuízo causados por fobias específicas tendem a aumentar com o número de objetos e situações temidos. Assim, um indivíduo que teme quatro objetos ou situações provavelmente terá mais prejuízo em seus papéis ocupacionais e sociais e uma qualidade de vida menor do que um indivíduo que teme apenas um objeto ou situação. Indivíduos com fobia específica de lesão por injeção de sangue geralmente relutam em obter assistência médica, mesmo quando uma preocupação médica está presente. Além disso, o medo de vomitar e engasgar pode reduzir substancialmente a ingestão alimentar.

Diagnóstico Diferencial Agorafobia.

A fobia específica situacional pode assemelhar-se à agorafobia em sua apresentação clínica, dada a sobreposição de situações temidas (por exemplo, voar, lugares fechados, elevadores). Se um indivíduo teme apenas uma das situações agorafóbicas, então a fobia específica, situacional, pode ser diagnosticada. Se duas ou mais situações agorafóbicas são temidas, um diagnóstico de agorafobia é provavelmente garantido. Por exemplo, um indivíduo que teme aviões e elevadores (que se sobreponem à situação agorafóbica de "transporte público"), mas não teme outras situações agorafóbicas, seria diagnosticado com fobia específica, situacional, enquanto um indivíduo que teme aviões, elevadores e multidões (que se sobreponem a duas situações agorafóbicas, "usar transporte público" e "ficar na fila ou estar na multidão") seriam diagnosticadas com agorafobia. O critério B de agorafobia (as situações são temidas ou evitadas "por causa de pensamentos que podem ser difíceis de escapar ou que a ajuda pode não estar disponível no caso de desenvolver sintomas semelhantes ao pânico ou outros sintomas incapacitantes ou embaraçosos") também pode ser útil na diferenciação da agorafobia da fobia específica. Se as situações são temidas por outros motivos além de não conseguir escapar ou obter ajuda, como medo de ser ferido diretamente pelo objeto ou situação (por exemplo, medo da queda do avião, medo da mordida do animal), um diagnóstico de fobia específica pode ser mais apropriado.

Transtorno de ansiedade social. Se as situações são temidas por causa da avaliação negativa, o transtorno de ansiedade social deve ser diagnosticado em vez de fobia específica.

Transtorno de ansiedade de separação. Se as situações são temidas por causa da separação de um cuidador principal ou figura de apego, o transtorno de ansiedade de separação deve ser diagnosticado em vez de fobia específica.

Síndrome do pânico. Indivíduos com fobia específica podem experimentar ataques de pânico quando confrontados com sua situação ou objeto temido. Um diagnóstico de fobia específica seria dado se os ataques de pânico ocorressem apenas em resposta ao objeto ou situação específica, enquanto um diagnóstico de transtorno de pânico seria dado se o indivíduo também experimentasse ataques de pânico inesperados (ou seja, não em resposta ao objeto ou situação específica de fobia).

Transtorno obsessivo-compulsivo. Se o medo ou ansiedade primário de um indivíduo é de um objeto ou situação como resultado de obsessões (por exemplo, medo de sangue devido a pensamentos obsessivos sobre contaminação por patógenos transmitidos pelo sangue [ou seja, HIV]; medo de dirigir devido a imagens obsessivas de danos outros), e se outros critérios diagnósticos para transtorno obsessivo-compulsivo forem atendidos, o transtorno obsessivo-compulsivo deve ser diagnosticado.

Transtornos relacionados a traumas e estressores. Se a fobia se desenvolver após um evento traumático, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) deve ser considerado como diagnóstico. No entanto, eventos traumáticos podem preceder o início do TEPT e da fobia específica. Nesse caso, um diagnóstico de fobia específica seria atribuído apenas se todos os critérios para TEPT não fossem atendidos.

Distúrbios alimentares. Um diagnóstico de fobia específica não é dado se o comportamento de evitação é exclusivamente limitado à evitação de alimentos e pistas relacionadas a alimentos, caso em que um diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa deve ser considerado.

Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Quando o medo e a evitação são atribuíveis ao pensamento delirante (como na esquizofrenia ou outro espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos), o diagnóstico de fobia específica não é garantido.

Comorbidade A

fobia específica raramente é observada em ambientes médico-clínicos na ausência de outra psicopatologia e é mais frequentemente observada em ambientes de saúde mental não médicos. A fobia específica é frequentemente associada a uma série de outros distúrbios. Por causa do início precoce, a fobia específica é tipicamente o transtorno temporalmente primário. Indivíduos com fobia específica têm risco aumentado para o desenvolvimento de outros transtornos, incluindo outros transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e bipolares, transtornos relacionados a substâncias, sintomas somáticos e transtornos relacionados e transtornos de personalidade (particularmente transtorno de personalidade dependente).

Transtorno de ansiedade social

Critério de diagnóstico	F40.10
A. Medo ou ansiedade acentuados sobre uma ou mais situações sociais nas quais o indivíduo é exposto a um possível escrutínio de outros. Exemplos incluem interações sociais (por exemplo, conversar, conhecer pessoas desconhecidas), ser observado (por exemplo, comer ou beber) e atuar na frente de outras pessoas (por exemplo, fazer um discurso).	
Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em ambientes de pares e não apenas durante interações com adultos.	
B. O indivíduo teme agir de uma forma ou apresentar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (ou seja, será humilhante ou constrangedor; levará à rejeição ou ofenderá os outros).	
C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade.	
Nota: Nas crianças, o medo ou a ansiedade podem ser expressos por choro, acessos de raiva, congelamento, apego, encolher ou deixar de falar em situações sociais.	
D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.	
E. O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real representada pelo social situação e ao contexto sociocultural.	

- F. O medo, ansiedade ou evitação é persistente, geralmente durando 6 meses ou mais.
- G. O medo, a ansiedade ou a evitação causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- H. O medo, a ansiedade ou a evitação não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica.
- I. O medo, a ansiedade ou a evitação não são melhor explicados pelos sintomas de outro transtorno mental, como transtorno do pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista.
- J. Se outra condição médica (por exemplo, doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) estiver presente, o medo, a ansiedade ou a evitação claramente não estão relacionados ou são excessivos.

Especifique

se: **Apenas desempenho:** se o medo está restrito a falar ou atuar em público.

Especificadores

Indivíduos com o tipo de transtorno de ansiedade social apenas para desempenho têm medos de desempenho que normalmente são mais prejudiciais em suas vidas profissionais (por exemplo, músicos, dançarinos, artistas, atletas) ou em papéis que exigem falar em público regularmente. Medos de desempenho também podem se manifestar em ambientes de trabalho, escola ou acadêmicos nos quais são necessárias apresentações públicas regulares.

Indivíduos com transtorno de ansiedade social apenas de desempenho não temem ou evitam situações sociais de não desempenho.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de ansiedade social é um medo ou ansiedade marcante ou intenso de situações sociais nas quais o indivíduo pode ser examinado por outros. Nas crianças, o medo ou a ansiedade devem ocorrer em ambientes de pares e não apenas durante as interações com adultos (Critério A). Quando exposto a tais situações sociais, o indivíduo teme ser avaliado negativamente.

O indivíduo está preocupado que ele ou ela será julgado como ansioso, fraco, louco, estúpido, chato, intimidador, sujo ou desagradável. O indivíduo tem medo de agir ou aparecer de determinada forma ou apresentar sintomas de ansiedade, como rubor, tremor, sudorese, tropeço nas palavras ou olhar fixo, que serão avaliados negativamente pelos outros (Critério B). Alguns indivíduos temem ofender os outros ou serem rejeitados como resultado. O medo de ofender os outros – por exemplo, por um olhar ou por apresentar sintomas de ansiedade – pode ser o medo predominante em indivíduos de culturas com fortes orientações coletivistas. Um indivíduo com medo de tremer as mãos pode evitar beber, comer, escrever ou apontar em público; um indivíduo com medo de suar pode evitar apertar as mãos ou comer alimentos condimentados; e um indivíduo com medo de corar pode evitar apresentações públicas, luzes fortes ou discussões sobre assuntos íntimos. Alguns indivíduos temem e evitam urinar em banheiros públicos quando outros indivíduos estão presentes (ou seja, parurese ou “síndrome da bexiga tímida”).

As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade (Critério C). Assim, um indivíduo que se torna ansioso apenas ocasionalmente na(s) situação(ões) social(is) não seria diagnosticado com

transtorno de ansiedade social. No entanto, o grau e o tipo de medo e ansiedade podem variar (por exemplo, ansiedade antecipatória, um ataque de pânico) em diferentes ocasiões. A ansiedade antecipatória pode ocorrer às vezes muito antes de situações futuras (por exemplo, preocupar-se todos os dias por semanas antes de participar de um evento social, repetir um discurso com dias de antecedência). Nas crianças, o medo ou a ansiedade podem ser expressos por choro, acessos de raiva, congelamento, apego ou encolhimento em situações sociais. O indivíduo muitas vezes evitará as situações sociais temidas. Alternativamente, as situações são suportadas com intenso medo ou ansiedade (Critério D). A evitação pode ser extensa (por exemplo, não ir a festas, recusar a escola) ou util (por exemplo, preparar demais o texto de um discurso, desviar a atenção para os outros, limitar o contato visual).

O medo ou ansiedade é considerado desproporcional ao risco real de ser avaliado negativamente ou às consequências de tal avaliação negativa (Critério E).

231

Às vezes, a ansiedade pode não ser considerada excessiva, porque está relacionada a um perigo real (por exemplo, ser intimidado ou atormentado por outras pessoas). No entanto, indivíduos com transtorno de ansiedade social muitas vezes superestimam as consequências negativas de situações sociais e, portanto, o julgamento de estar fora de proporção é feito pelo clínico. O contexto sociocultural do indivíduo precisa ser levado em consideração quando esse julgamento está sendo feito. Por exemplo, em certas culturas, o comportamento que pode parecer socialmente ansioso pode ser considerado apropriado em situações sociais (por exemplo, pode ser visto como um sinal de respeito).

A duração do distúrbio é tipicamente de pelo menos 6 meses (Critério F). Esse limite de duração ajuda a distinguir o transtorno de medos sociais transitórios que são comuns, principalmente entre crianças e na comunidade. O medo, a ansiedade e a evitação devem interferir significativamente na rotina normal do indivíduo, no funcionamento ocupacional ou acadêmico, ou nas atividades ou relacionamentos sociais, ou devem causar sofrimento clinicamente significativo (Critério G). Por exemplo, um indivíduo que tem medo de falar em público não receberia um diagnóstico de transtorno de ansiedade social se essa atividade não for rotineiramente encontrada no trabalho ou em sala de aula, e se o indivíduo não estiver significativamente angustiado com isso. No entanto, se o indivíduo evita, ou é preterido, o trabalho ou a educação que realmente deseja por causa dos sintomas de ansiedade social, o Critério G é atendido.

Recursos associados

Indivíduos com transtorno de ansiedade social podem ser inadequadamente assertivos ou excessivamente submissos ou, menos comumente, altamente controladores da conversa. Eles podem mostrar uma postura corporal excessivamente rígida ou contato visual inadequado, ou falar com uma voz excessivamente suave. Esses indivíduos podem ser tímidos ou retraídos, e podem ser menos abertos nas conversas e revelar pouco sobre si mesmos. Eles podem procurar emprego em empregos que não exijam contato social, embora esse não seja o caso de indivíduos com transtorno de ansiedade social, apenas desempenho. Eles podem viver em casa por mais tempo. Os homens podem demorar a se casar e ter uma família, enquanto as mulheres que desejam trabalhar fora de casa podem viver uma vida sem nunca fazê-lo. A automedicação com substâncias é comum (por exemplo, beber antes de ir a uma festa). A ansiedade social entre os idosos também pode incluir a exacerbão dos sintomas de doenças médicas, como aumento do tremor ou taquicardia. O rubor é uma resposta física marcante do transtorno de ansiedade social.

Prevalência

A estimativa de prevalência de 12 meses de transtorno de ansiedade social para os Estados Unidos é de aproximadamente 7%. Estimativas de prevalência de 12 meses mais baixas são observadas em grande parte do mundo usando o mesmo instrumento de diagnóstico, agrupando em torno de 0,5%–2,0%; a prevalência média na Europa é de 2,3%. A prevalência parece estar aumentando nos Estados Unidos e nos países do Leste Asiático. As taxas de prevalência de doze meses em adolescentes jovens (com idades entre 13 e 17 anos) são aproximadamente metade daquelas em adultos. As taxas de prevalência de doze meses diminuem após os 65 anos. A prevalência de 12 meses para idosos na América do Norte, Europa e Austrália varia de 2% a 5%. Em geral, taxas mais altas de transtorno de ansiedade social são encontradas em mulheres do que em homens na população geral (com odds ratios variando de 1,5 a 2,2), e a diferença de gênero na prevalência é mais pronunciada em adolescentes e adultos jovens. As taxas de gênero são equivalentes ou ligeiramente mais altas para homens em amostras clínicas, e supõe-se que os papéis de gênero e as expectativas sociais desempenham um papel significativo na explicação do aumento do comportamento de procura de ajuda nos homens. A prevalência nos Estados Unidos foi menor em indivíduos de ascendência asiática, latina, afro-americana e negra caribenha em comparação com brancos não hispânicos.

Desenvolvimento e Curso A

idade média de início do transtorno de ansiedade social nos Estados Unidos é de 13 anos, e 75% dos indivíduos têm uma idade de início entre 8 e 15 anos. O distúrbio às vezes surge

232

de uma história infantil de inibição social ou timidez em estudos americanos e europeus. O início também pode ocorrer na primeira infância. O início do transtorno de ansiedade social pode ocorrer após uma experiência estressante ou humilhante (p. O primeiro início na idade adulta é relativamente raro e é mais provável que ocorra após um evento estressante ou humilhante ou após mudanças na vida que exijam novos papéis sociais (por exemplo, casar com alguém de uma classe social diferente, receber uma promoção no emprego). O transtorno de ansiedade social pode diminuir depois que um indivíduo com medo de namorar se casa e pode ressurgir após o divórcio. Entre os indivíduos que se apresentam ao atendimento clínico, o distúrbio tende a ser particularmente persistente.

Os adolescentes endossam um padrão mais amplo de medo e evitação, incluindo namoro, em comparação com crianças mais novas. Os adultos mais velhos expressam ansiedade social em níveis mais baixos, mas em uma gama mais ampla de situações, enquanto os adultos mais jovens expressam níveis mais altos de ansiedade social para situações específicas. Em adultos mais velhos, a ansiedade social pode se referir à incapacidade devido ao declínio do funcionamento sensorial (audição,visão) ou constrangimento com a própria aparência (por exemplo, tremor como sintoma da doença de Parkinson) ou funcionamento devido a condições médicas, incontinência ou deficiência cognitiva (por exemplo, esquecer os nomes das pessoas). A detecção do transtorno de ansiedade social em idosos pode ser desafiadora devido a vários fatores, incluindo o foco em sintomas somáticos, doença médica comórbida, percepção limitada, mudanças no ambiente social ou papéis que podem obscurecer o prejuízo no funcionamento social ou reticência em descrever o sofrimento psicológico . Há grande variação nas taxas de remissão do transtorno de ansiedade social, sugestivas de diferentes trajetórias (curta, flutuante e crônica).

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Traços subjacentes que predispõem os indivíduos ao transtorno de ansiedade social incluem inibição comportamental e medo de avaliação negativa, bem como evitação de danos. Traços de personalidade consistentemente associados ao transtorno de ansiedade social são alta afetividade negativa (neuroticismo) e baixa extroversão.

Ambiental. Há evidências de que experiências sociais negativas, particularmente a vitimização de pares, estão associadas ao desenvolvimento do transtorno de ansiedade social, embora as vias causais permaneçam desconhecidas. Maus-tratos e adversidades na infância são fatores de risco para transtorno de ansiedade social. Entre afro-americanos e negros caribenhos nos Estados Unidos, as formas cotidianas de discriminação étnica e racismo estão associadas ao transtorno de ansiedade social.

Genética e fisiológica. Traços que predispõem os indivíduos ao transtorno de ansiedade social, como inibição comportamental, são fortemente influenciados geneticamente. A influência genética está sujeita à interação gene-ambiente; ou seja, crianças com alta inibição comportamental são mais suscetíveis a influências ambientais, como modelagem socialmente ansiosa pelos pais. Além disso, o transtorno de ansiedade social é hereditário. Parentes de primeiro grau têm uma chance duas a seis vezes maior de ter transtorno de ansiedade social, e a responsabilidade pelo transtorno envolve a interação de fatores genéticos específicos do transtorno (por exemplo, medo de avaliação negativa) e não específicos (por exemplo, afetividade negativa [neuroticismo]). Verificou-se que a contribuição genética para o transtorno de ansiedade social é maior para transtorno de ansiedade social em crianças do que transtorno de ansiedade social em adultos e maior para sintomas de ansiedade social do que um diagnóstico clínico de transtorno de ansiedade social.

Questões diagnósticas relacionadas à cultura A

natureza e os tipos de situações sociais que precipitam os sintomas do transtorno de ansiedade social são semelhantes entre os grupos étnico-raciais dos EUA, incluindo medo de performance/falar em público, interação social e ser observado. Brancos não latinos dos EUA relatam uma idade de início do transtorno de ansiedade social mais precoce do que os latinos dos EUA, mas os últimos descrevem maior prejuízo nos domínios de casa, trabalho e relacionamento associados ao transtorno.

233

O status de imigrante está associado a taxas mais baixas de transtorno de ansiedade social em grupos brancos latinos e não latinos. A síndrome do *taijin kyofusho* (p. . então eles desviam o olhar e me evitam"), um medo que às vezes é vivenciado com intensidade delirante. Outras apresentações de *taijin kyofusho* podem preencher os critérios para transtorno dismórfico corporal ou transtorno delirante.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero A

idade de início do transtorno de ansiedade social não difere de acordo com o gênero. Mulheres com transtorno de ansiedade social relatam um número maior de medos sociais e transtorno depressivo maior comórbido e outros transtornos de ansiedade, enquanto os homens são mais propensos a temer o namoro; tem transtorno desafiador opositivo, transtorno de conduta ou transtorno de personalidade antisocial; e usar álcool e drogas ilícitas para

aliviar os sintomas do transtorno. A parurese é mais comum em homens.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas Entre adolescentes americanos, o transtorno de ansiedade social tem sido relatado como aumentando o risco de pensamentos suicidas ativos e tentativas de suicídio em latinos, mas não em brancos não latinos, independentemente do efeito da depressão maior e da renda familiar.

Consequências Funcionais do Transtorno de Ansiedade Social O transtorno de ansiedade social está associado a taxas elevadas de abandono escolar e à diminuição do bem-estar, emprego, produtividade no local de trabalho, status socioeconômico e qualidade de vida. O transtorno de ansiedade social também está associado a ser solteiro, solteiro ou divorciado e não ter filhos, principalmente entre os homens, enquanto as mulheres são mais propensas a estarem desempregadas. O transtorno de ansiedade social também está negativamente associado à qualidade da amizade, de modo que indivíduos com transtorno de ansiedade social relatam ter amizades menos próximas e menos solidárias do que pessoas sem o transtorno. Em adultos mais velhos, pode haver prejuízo nas tarefas de cuidado e atividades voluntárias. O transtorno de ansiedade social também impede as atividades de lazer. Apesar da extensão do sofrimento e do comprometimento social associado ao transtorno de ansiedade social, apenas cerca de metade dos indivíduos com o transtorno em sociedades de alta renda procuram tratamento e tendem a fazê-lo somente após 15 a 20 anos de sintomas. Não estar empregado é um forte preditor para a persistência do transtorno de ansiedade social.

Diagnóstico Diferencial

Timidez normativa. A timidez (ou seja, a reticência social) é um traço de personalidade comum e não é, por si só, patológico. Em algumas sociedades, a timidez é até avaliada positivamente. No entanto, quando há um impacto adverso significativo no funcionamento social, ocupacional e em outras áreas importantes do funcionamento, um diagnóstico de transtorno de ansiedade social deve ser considerado e, quando todos os critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade social são atendidos, o transtorno deve ser diagnosticado. Apenas uma minoria (12%) de indivíduos tímidos auto-identificados nos Estados Unidos têm sintomas que atendem aos critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade social.

Agorafobia. Indivíduos com agorafobia podem temer e evitar situações sociais (p. por outros. Além disso, os indivíduos com transtorno de ansiedade social tendem a ficar calmos quando deixados inteiramente sozinhos, o que geralmente não é o caso da agorafobia.

Síndrome do pânico. Indivíduos com transtorno de ansiedade social podem ter ataques de pânico, mas os ataques de pânico são sempre provocados por situações sociais e não ocorrem "do nada". Além disso, indivíduos com transtorno de ansiedade social são mais propensos a serem angustiados pelo medo da avaliação negativa decorrente de um ataque de pânico do que pelos próprios ataques de pânico.

Distúrbio de ansiedade generalizada. Preocupações sociais são comuns no transtorno de ansiedade generalizada, mas o foco está mais na natureza dos relacionamentos em andamento do que no medo da avaliação negativa.

Indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada, particularmente crianças, podem ter preocupações excessivas com a qualidade de seu desempenho social, mas essas preocupações também se referem ao desempenho não social e quando o indivíduo não está sendo avaliado por outras pessoas. No transtorno de ansiedade social, as preocupações se concentram no desempenho social e na avaliação dos outros.

Transtorno de ansiedade de separação. Indivíduos com transtorno de ansiedade de separação podem evitar ambientes sociais (incluindo recusa escolar) devido a preocupações sobre serem separados de figuras de apego ou, em crianças, sobre exigir a presença de um dos pais quando não for apropriado para o desenvolvimento.

Indivíduos com transtorno de ansiedade de separação geralmente se sentem confortáveis em ambientes sociais quando sua figura de apego está presente ou quando estão em casa, enquanto aqueles com transtorno de ansiedade social podem se sentir desconfortáveis quando situações sociais ocorrem em casa ou na presença de figuras de apego.

Fobias específicas. Indivíduos com fobias específicas podem temer constrangimento ou humilhação (p.

Mutismo seletivo. Indivíduos com mutismo seletivo podem deixar de falar por medo da avaliação negativa, mas não temem a avaliação negativa em situações sociais em que não é necessário falar (por exemplo, brincadeiras não verbais).

Transtorno depressivo maior. Indivíduos com transtorno depressivo maior podem estar preocupados em serem avaliados negativamente pelos outros porque sentem que são ruins ou não merecem ser apreciados.

Em contraste, indivíduos com transtorno de ansiedade social estão preocupados em serem avaliados negativamente por causa de certos comportamentos sociais ou sintomas físicos.

Transtorno dismórfico corporal. Indivíduos com transtorno dismórfico corporal estão preocupados com um ou mais defeitos ou falhas percebidas em sua aparência física que não são observáveis ou parecem leves para os outros; essa preocupação muitas vezes causa ansiedade e evitação social. Se seus medos sociais e evitação são causados apenas por suas crenças sobre sua aparência, um diagnóstico separado de transtorno de ansiedade social não é garantido.

Transtorno delirante. Indivíduos com transtorno delirante podem ter delírios não bizarros e/ou alucinações relacionadas ao tema delirante que se concentra em ser rejeitado ou ofender os outros.

Embora a extensão da percepção das crenças sobre situações sociais possa variar, muitos indivíduos com transtorno de ansiedade social têm uma boa percepção de que suas crenças são desproporcionais à ameaça real representada pela situação social.

Transtorno do espectro do autismo. A ansiedade social e os déficits de comunicação social são características do transtorno do espectro autista. Indivíduos com transtorno de ansiedade social normalmente têm relacionamentos sociais adequados à idade e capacidade de comunicação social, embora possam parecer ter comprometimento nessas áreas quando interagem pela primeira vez com colegas ou adultos desconhecidos.

Distúrbios de personalidade. Dado seu início frequente na infância e sua persistência na vida adulta, o transtorno de ansiedade social pode se assemelhar a um transtorno de personalidade. A sobreposição mais aparente é com o transtorno de personalidade esquiva. Indivíduos com transtorno de personalidade esquiva têm um padrão de esquiva mais amplo e taxas mais altas de comprometimento do que aqueles com transtorno de ansiedade social. Além disso, os indivíduos com transtorno de personalidade esquiva têm um autoconceito forte e penetrantemente negativo, uma visão de rejeição como equivalente a uma avaliação global do eu como sendo de pouco valor e um sentimento de não se encaixar

socialmente que data da primeira infância. No entanto, o transtorno de ansiedade social é tipicamente mais comórbido com transtorno de personalidade esquiva do que com qualquer outro transtorno de personalidade, e o transtorno de personalidade esquiva é mais comórbido com transtorno de ansiedade social do que com qualquer outro transtorno de ansiedade.

Outros transtornos mentais. Medos e desconfortos sociais podem ocorrer como parte da esquizofrenia, mas outras evidências de sintomas psicóticos geralmente estão presentes. Em indivíduos com transtorno alimentar, é importante determinar que o medo da avaliação negativa sobre sintomas ou comportamentos do transtorno alimentar (por exemplo, purgação e vômito) não é a única fonte de ansiedade social antes de aplicar um diagnóstico de transtorno de ansiedade social. Da mesma forma, o transtorno obsessivo-compulsivo pode estar associado à ansiedade social, mas o diagnóstico adicional de transtorno de ansiedade social é usado apenas quando os medos sociais e a evitação são independentes dos focos das obsessões e compulsões.

Outras condições médicas. Condições médicas podem produzir sintomas que podem ser embaraçosos (por exemplo, tremores na doença de Parkinson). Quando o medo da avaliação negativa devido a outras condições médicas é considerado excessivo, o diagnóstico de transtorno de ansiedade social deve ser considerado.

Transtorno desafiador opositivo. A recusa em falar por oposição a figuras de autoridade deve ser diferenciado de não falar por medo de avaliação negativa.

Comorbidade O

transtorno de ansiedade social é frequentemente comórbido com outros transtornos de ansiedade, transtorno depressivo maior e transtornos por uso de substâncias, e o início do transtorno de ansiedade social geralmente precede o dos outros transtornos, exceto fobia específica e transtorno de ansiedade de separação. O isolamento social crônico no curso do transtorno de ansiedade social pode resultar em transtorno depressivo maior. A comorbidade com depressão é alta também em adultos mais velhos. As substâncias podem ser usadas como automedicação para medos sociais, mas os sintomas de intoxicação ou abstinência de substâncias, como tremores, também podem ser uma fonte de (mais) medo social. O transtorno de ansiedade social é frequentemente comórbido com o transtorno dismórfico corporal, e o transtorno de ansiedade social generalizada é frequentemente comórbido com o transtorno de personalidade esquiva. Em crianças, comorbidades com transtorno do espectro autista de alto funcionamento e mutismo seletivo são comuns.

Síndrome do pânico

Critério de diagnóstico	F41.0
A. Ataques de pânico inesperados recorrentes. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que atinge um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas: Nota: O surto abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou ansioso . 1. Palpitações, batimentos cardíacos acelerados ou batimentos cardíacos acelerados.	

2. Sudorese.
3. Tremendo ou tremendo.
4. Sensações de falta de ar ou sufocamento.
5. Sensação de asfixia.
6. Dor ou desconforto no peito.
7. Náusea ou desconforto abdominal.
8. Sensação de tontura, instabilidade, tontura ou desmaio.
9. Calafrios ou sensações de calor.

236

10. Parestesias (sensações de dormência ou formigamento).
11. Desrealização (sentimentos de irrealidade) ou despersonalização (ser desapegado de si mesmo).
12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”.
13. Medo de morrer.

Nota: Sintomas específicos da cultura (por exemplo, zumbido, dor no pescoço, dor de cabeça, gritos ou choro incontroláveis) podem ser observados. Esses sintomas não devem contar como um dos quatro sintomas necessários.

- B. Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de um ou ambos os seguintes: 1.

Preocupação persistente ou preocupação com ataques de pânico adicionais ou suas consequências (por exemplo, perder o controle, ter um ataque cardíaco, “enlouquecer”).

2. Uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionado aos ataques (por exemplo, comportamentos projetados para evitar ataques de pânico, como evitar exercícios ou situações desconhecidas).

- C. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica (por exemplo, hipertireoidismo, distúrbios cardiopulmonares).

- D. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por exemplo, os ataques de pânico não ocorrem apenas em resposta a situações sociais temidas, como no transtorno de ansiedade social; em resposta a objetos ou situações fóbicas circunscritas, como na fobia específica; em resposta a obsessões, como no transtorno obsessivo-compulsivo; em resposta a lembranças de eventos traumáticos, como no transtorno de estresse pós-traumático; ou em resposta à separação de figuras de apego, como no transtorno de ansiedade de separação).

Características Diagnósticas

O transtorno do pânico é caracterizado por ataques de pânico inesperados e recorrentes (Critério A). (Para uma descrição detalhada dos sintomas e do curso que caracteriza um ataque de pânico, veja Ataque de Pânico

Especificador, seção “Recursos”, após este texto sobre transtorno do pânico.) Um *ataque de pânico* é uma onda abrupta de medo intenso ou desconforto intenso que atinge um pico em minutos e durante o qual 4 ou mais de uma lista de 13 sintomas físicos e cognitivos sintomas ocorrem. O termo *recorrente* significa mais de um ataque de pânico inesperado. O termo *inesperado* refere-se a um ataque de pânico para o qual não há uma pista ou gatilho óbvio no momento da ocorrência - ou seja, o ataque parece ocorrer do nada, como quando o indivíduo está relaxando ou acordando do sono. ataque de pânico). Em contraste, os ataques de pânico *esperados* são aqueles para os quais há uma pista ou gatilho óbvio, como uma situação em que os ataques de pânico normalmente ocorreram. A determinação se os ataques de pânico são esperados ou inesperados é feita pelo clínico, que faz esse julgamento com base em uma combinação de questionamento cuidadoso quanto à sequência de eventos que precedem ou conduzem ao ataque e o próprio julgamento do indivíduo sobre se o ataque parecia ocorrer sem motivo aparente. As interpretações culturais podem influenciar a atribuição de ataques de pânico como esperados ou inesperados (consulte a seção “Questões de diagnóstico relacionadas à cultura” para esse transtorno). Nos Estados Unidos e na Europa, aproximadamente metade dos indivíduos com transtorno de pânico esperava ataques de pânico, bem como ataques de pânico inesperados. Assim, a presença de ataques de pânico esperados não exclui o diagnóstico de transtorno de pânico.

A frequência e a gravidade dos ataques de pânico variam amplamente. Em termos de frequência, pode haver ataques moderadamente frequentes (por exemplo, um por semana) por meses de cada vez, ou rajadas curtas de ataques mais frequentes (por exemplo, diariamente) separados por semanas ou meses sem ataques ou com ataques menos frequentes. ex., dois por mês) ao longo de muitos anos. Indivíduos que têm ataques de pânico infrequentes se assemelham àqueles com ataques de pânico mais frequentes em termos de sintomas de ataque de pânico, características demográficas, comorbidade com outros transtornos, família

237

história e dados biológicos. Em termos de gravidade, os indivíduos com transtorno de pânico podem ter ataques com sintomas completos (quatro ou mais sintomas) e com sintomas limitados (menos de quatro sintomas), e o número e o tipo de sintomas de ataque de pânico frequentemente diferem de um ataque de pânico para o outro. Next. No entanto, mais de um ataque de pânico inesperado com sintomas completos é necessário para o diagnóstico de transtorno de pânico.

Um ataque de pânico *noturno* (ou seja, acordar do sono em estado de pânico) difere do pânico depois de acordar completamente do sono. Nos Estados Unidos, estima-se que o ataque de pânico noturno ocorra pelo menos uma vez em cerca de um quarto a um terço dos indivíduos com transtorno de pânico, dos quais a maioria também apresenta ataques de pânico diurnos. Indivíduos com ataques de pânico diurnos e noturnos tendem a ter transtorno de pânico mais grave em geral.

As preocupações com os ataques de pânico ou suas consequências geralmente dizem respeito a preocupações físicas, como a preocupação de que os ataques de pânico refletem a presença de doenças com risco de vida (por exemplo, doença cardíaca, distúrbio convulsivo); preocupações sociais, como vergonha ou medo de ser julgado negativamente pelos outros por causa de sintomas de pânico visíveis; e preocupações com o funcionamento mental, como “enlouquecer” ou perder o controle (Critério B). Indivíduos que relatam medo de morrer em seus ataques de pânico tendem a ter apresentações mais graves de transtorno de pânico (por exemplo, ataques de pânico envolvendo mais sintomas). As mudanças desadaptativas no comportamento representam tentativas de minimizar ou evitar ataques de pânico ou suas consequências. Os exemplos incluem evitar o esforço físico, reorganizar a vida diária para garantir que a ajuda esteja disponível no caso de um ataque de pânico, restringir as atividades diárias habituais e evitar situações do tipo agorafobia, como sair de casa, usar

transporte público ou compras. Se a agorafobia estiver presente, um diagnóstico separado de agorafobia é dado.

Recursos associados

Além de se preocupar com os ataques de pânico e suas consequências, muitos indivíduos com transtorno do pânico relatam sentimentos de ansiedade constantes ou intermitentes que estão mais amplamente relacionados a problemas de saúde e saúde mental. Por exemplo, indivíduos com transtorno do pânico geralmente antecipam um resultado catastrófico de um sintoma físico leve ou efeito colateral de medicação (por exemplo, pensar que podem ter doença cardíaca ou que uma dor de cabeça significa a presença de um tumor cerebral). Esses indivíduos geralmente são relativamente intolerantes aos efeitos colaterais dos medicamentos. Além disso, pode haver preocupações generalizadas sobre a capacidade de completar tarefas diárias ou resistir a estressores diários, uso excessivo de drogas (por exemplo, álcool, medicamentos prescritos ou drogas ilícitas) para controlar ataques de pânico ou comportamentos extremos destinados a controlar ataques de pânico (por exemplo, restrições severas na ingestão de alimentos ou evitar alimentos ou medicamentos específicos devido a preocupações com sintomas físicos que provocam ataques de pânico).

Prevalência

Na população geral, a estimativa de prevalência de 12 meses para transtorno do pânico nos Estados Unidos e em vários países europeus é de cerca de 2% a 3% em adultos e adolescentes. A prevalência global ao longo da vida é estimada em 1,7%, com um risco de vida projetado de 2,7% nas Pesquisas Mundiais de Saúde Mental. Nos Estados Unidos, estimativas de prevalência significativamente mais baixas de transtorno do pânico são relatadas entre latinos, afro-americanos, negros caribenhos e asiáticos-americanos, em comparação com brancos não latinos. As estimativas de prevalência de transtorno do pânico em índios americanos variam de 2,6% a 4,1%. Estimativas mais baixas foram relatadas para países asiáticos, africanos e latino-americanos, variando de 0,1% a 0,8%. As mulheres são mais frequentemente afetadas do que os homens, em uma taxa de aproximadamente 2:1. A diferenciação de gênero ocorre na adolescência e já é observável antes dos 14 anos. Embora os ataques de pânico ocorram em crianças, a prevalência geral do transtorno do pânico é baixa antes dos 14 anos (<0,4%). As taxas de transtorno de pânico mostram um aumento gradual durante a adolescência e possivelmente após o início da puberdade, e atingem o pico durante a idade adulta. A prevalência diminui em indivíduos mais velhos (ou seja, 1,2% em adultos com mais de 55 anos, 0,7% em adultos com mais de 64 anos), possivelmente refletindo a diminuição da gravidade para níveis subclínicos.

238

Desenvolvimento e Curso A

idade média de início do transtorno do pânico nos Estados Unidos é de 20 a 24 anos, e em todo o país é de 32 anos. A idade média de início é de 34,7 anos. Um pequeno número de casos começa na infância e o início após os 55 anos é incomum, mas pode ocorrer. O curso usual, se o distúrbio não for tratado, é crônico, mas crescente e minguante. Alguns indivíduos podem ter surtos episódicos com anos de remissão entre eles, e outros podem ter sintomatologia grave contínua. De acordo com um estudo longitudinal na Holanda, cerca de um quarto dos indivíduos com transtorno do pânico apresentaram recorrência dos sintomas no período inicial de acompanhamento de 2 anos.

Apenas uma minoria de indivíduos tem remissão completa sem recaída subsequente dentro de alguns anos. O curso do transtorno do pânico normalmente é complicado por uma série de outros transtornos, em

particular outros transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e transtornos por uso de substâncias (ver seção “Comorbidade” para este transtorno). Foi relatado que adultos afro-americanos têm um curso mais crônico de transtorno de pânico em comparação com adultos brancos não latinos, possivelmente devido ao impacto duradouro do racismo e discriminação, estigma devido a doença mental e acesso limitado a cuidados adequados.

Embora o transtorno do pânico seja muito raro na infância, a primeira ocorrência de “crises de medo” é muitas vezes datada retrospectivamente até a infância. Assim como em adultos, o transtorno do pânico em adolescentes tende a ter um curso crônico e é frequentemente comórbido com outros transtornos ansiosos, depressivos e bipolares. Até o momento, não foram encontradas diferenças na apresentação clínica entre adolescentes e adultos. No entanto, os adolescentes podem estar menos preocupados com ataques de pânico adicionais do que os adultos jovens. A menor prevalência de transtorno de pânico em adultos mais velhos parece ser atribuível ao “amortecimento” relacionado à idade da resposta do sistema nervoso autônomo. Muitos indivíduos mais velhos com “sentimentos de pânico” são observados como tendo um “híbrido” de ataques de pânico de sintomas limitados e ansiedade generalizada. Além disso, os idosos tendem a atribuir seus ataques de pânico a certas situações estressantes, como um procedimento médico ou ambiente social. Indivíduos mais velhos podem endossar retrospectivamente explicações para o ataque de pânico (o que impedia o diagnóstico de transtorno de pânico), mesmo que um ataque possa realmente ter sido inesperado no momento (e, portanto, qualificar-se como base para um diagnóstico de transtorno de pânico). Isso pode resultar em sub-aprovação de ataques de pânico inesperados em indivíduos mais velhos. Assim, é necessário um questionamento cuidadoso dos idosos para avaliar se os ataques de pânico eram esperados antes de entrar na situação, para que ataques de pânico inesperados e o diagnóstico de transtorno do pânico não sejam negligenciados.

Embora a baixa taxa de transtorno de pânico em crianças possa estar relacionada a dificuldades no relato de sintomas, isso parece improvável, uma vez que as crianças são capazes de relatar medo ou pânico intenso em relação à separação e a objetos ou situações fóbicas. Os adolescentes podem estar menos dispostos do que os adultos a discutir abertamente os ataques de pânico. Portanto, os médicos devem estar cientes de que ataques de pânico inesperados ocorrem em adolescentes, assim como em adultos, e estar atentos a essa possibilidade ao encontrar adolescentes apresentando episódios de medo ou angústia intensos.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Afetividade negativa (neuroticismo) (ou seja, propensão a experimentar emoções negativas), sensibilidade à ansiedade (ou seja, a disposição de acreditar que os sintomas de ansiedade são prejudiciais), inibição comportamental e prevenção de danos são fatores de risco para o aparecimento de ataques de pânico e transtorno do pânico. A história de “crises de medo” (isto é, ataques de sintomas limitados que não atendem a todos os critérios para um ataque de pânico) pode ser um fator de risco para ataques de pânico posteriores e transtorno de pânico, particularmente quando a primeira experiência de pânico é avaliada como negativa. Embora a ansiedade de separação na infância, especialmente quando grave, possa preceder o desenvolvimento posterior do transtorno do pânico, não é um fator de risco consistente.

Ambiental. A maioria dos indivíduos relata estressores identificáveis nos meses anteriores ao seu primeiro pânico ataque (por exemplo, estressores interpessoais e estressores relacionados ao bem-estar físico,

Além disso, o estresse de vida mais crônico está associado a uma maior gravidade do transtorno do pânico. Entre 10% e 60% dos indivíduos com transtorno de pânico endossam uma história de trauma, e experiências de vida estressantes e adversidades na infância estão associadas a patologia de pânico mais grave. A superproteção dos pais e o baixo calor emocional também são fatores de risco para o transtorno do pânico. Indivíduos com poucos recursos econômicos são mais propensos a apresentar sintomas que atendem aos critérios para transtorno do pânico. O tabagismo é um fator de risco para ataques de pânico e transtorno do pânico.

Genética e fisiológica. Múltiplos genes provavelmente conferem vulnerabilidade ao transtorno do pânico; no entanto, os genes exatos, produtos gênicos ou funções relacionadas às regiões genéticas implicadas permanecem desconhecidos. Há um risco aumentado de transtorno do pânico entre filhos de pais com transtornos ansiosos, depressivos e bipolares.

Indivíduos com transtorno de pânico apresentam sensibilidade particularmente aumentada à estimulação respiratória usando ar enriquecido com CO₂. Distúrbios respiratórios, como asma, podem estar associados ao transtorno do pânico, em termos de história pregressa, comorbidade e história familiar.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura A

taxa de medos sobre sintomas mentais e somáticos de ansiedade parece variar entre contextos culturais e pode influenciar a taxa de ataques de pânico e transtorno do pânico. Além disso, as expectativas culturais podem influenciar a classificação dos ataques de pânico como esperados ou inesperados. Por exemplo, um vietnamita que tem um ataque de pânico depois de sair em um ambiente ventoso (*trúng gió*; “atingido pelo vento”) pode atribuir o ataque de pânico à exposição ao vento como resultado da síndrome cultural que liga essas duas experiências , resultando na classificação do ataque de pânico como esperado. Vários outros conceitos culturais de angústia estão associados ao transtorno do pânico, incluindo *ataque de nervos* (“ataque de nervos”) entre latino-americanos e ataques de *khyâl* e “perda de alma” entre os cambojanos. O *ataque de nervos* pode envolver tremores, gritos ou choros incontroláveis, comportamento agressivo ou suicida e despersonalização ou desrealização, que podem ser experimentados por mais tempo do que os poucos minutos típicos dos ataques de pânico.

Algumas apresentações clínicas do *ataque de nervos* atendem aos critérios para outras condições além do ataque de pânico (por exemplo, transtorno de sintomas neurológicos funcionais). Esses conceitos de angústia têm impacto nos sintomas e na frequência do transtorno de pânico, incluindo a atribuição de imprevisibilidade do indivíduo, pois os conceitos culturais de angústia podem criar medo de certas situações, desde discussões interpessoais (associadas ao *ataque de nervos*) até tipos de esforço (associado a ataques de *khyâl*), ao vento atmosférico (associado a ataques de *trúng gió*).

O esclarecimento dos detalhes das atribuições culturais pode ajudar a distinguir os ataques de pânico esperados e inesperados. Para obter mais informações sobre os conceitos culturais de angústia, consulte o capítulo “Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico” na Seção III.

As preocupações específicas sobre ataques de pânico ou suas consequências provavelmente variam entre grupos etnoraciais e contextos culturais (e entre diferentes faixas etárias e gêneros). Entre asiático-americanos, hispano-americanos e afro-americanos nos Estados Unidos, o transtorno do pânico está associado a relatos de discriminação étnica e racismo, após levar em conta o efeito de fatores demográficos. Para o transtorno do pânico, amostras da comunidade americana de brancos não latinos têm significativamente menos prejuízo funcional do que os afro-americanos. Há também taxas mais altas de gravidade definida objetivamente em negros caribenhos não latinos com transtorno de pânico, e taxas mais baixas relatadas de transtorno de pânico em geral tanto em afro-americanos quanto em negros caribenhos, sugerindo que entre as amostras da comunidade americana de descendência africana, o pânico

os critérios de transtorno podem ser endossados somente quando houver gravidade e comprometimento substanciais. A taxa de uso de serviços de saúde mental para transtorno do pânico varia entre os grupos etnoraciais.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero A taxa de transtorno de pânico é quase duas vezes maior em mulheres do que em homens. A recaída do transtorno do pânico também ocorre com mais frequência em mulheres adultas do que em homens.

240

sugerindo que as mulheres têm um curso de doença mais instável. Diferenças de gênero no curso clínico também são encontradas entre os adolescentes. O transtorno do pânico tem um impacto maior na qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres do que em homens, o que pode ser atribuído à maior sensibilidade à ansiedade em algumas mulheres ou maior comorbidade com agorafobia e depressão. Há alguma evidência de dimorfismo sexual, com alta expressão de alelos MAOA-uVNTR potencialmente atuando como um fator de risco feminino específico para transtorno do pânico.

Marcadores diagnósticos

Indivíduos com transtorno de pânico exibem um viés de atenção a estímulos ameaçadores. Ataques de pânico podem ser provocados por agentes com mecanismos de ação dispares, como lactato de sódio, cafeína, isoproterenol, ioimrina, CO₂ e colecistoquinina, em uma extensão muito maior. Existem evidências de que indivíduos com transtorno do pânico respondem de forma mais intensa a esses agentes que provocam o pânico. Embora nenhum dos dados sugira utilidade diagnóstica, os dados de sensibilidade à estimulação respiratória refletem algum nível de especificidade para transtorno de pânico e condições relacionadas, como transtorno de ansiedade de separação.

Hiperventilação basal cronicamente mais alta e taxa de suspiros podem ocorrer entre indivíduos com transtorno do pânico. No entanto, nenhum desses achados laboratoriais é considerado diagnóstico de transtorno do pânico.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas Ataques de pânico e diagnóstico de transtorno de pânico nos últimos 12 meses estão relacionados a uma maior taxa de comportamento suicida e pensamentos suicidas nos últimos 12 meses, mesmo quando há comorbidade e histórico de abuso infantil e outros fatores de risco de suicídio São levados em consideração. Aproximadamente 25% dos pacientes de cuidados primários com transtorno do pânico relatam pensamentos suicidas. O transtorno do pânico pode aumentar o risco de futuros comportamentos suicidas, mas não de mortes.

Dados de pesquisas epidemiológicas de sintomas de ataques de pânico mostram que os sintomas cognitivos de pânico (por exemplo, desrealização) podem estar associados a pensamentos suicidas, enquanto sintomas físicos (por exemplo, tontura, náusea) podem estar associados a comportamentos suicidas.

Consequências Funcionais do Transtorno do Pânico

O transtorno do pânico está associado a altos níveis de incapacidade social, ocupacional e física; custos econômicos consideráveis; e o maior número de consultas médicas entre os transtornos de ansiedade, embora os efeitos sejam mais fortes com a presença de agorafobia. Indivíduos com transtorno do pânico podem estar frequentemente ausentes do trabalho ou da escola para ir ao médico e ao pronto-socorro

visitas, o que pode levar ao desemprego ou ao abandono da escola. Em idosos, o comprometimento pode ser observado nas tarefas de cuidador ou nas atividades voluntárias, e o transtorno do pânico está relacionado à menor qualidade de vida relacionada à saúde e maior recebimento de serviços de emergência. Ataques de pânico com sintomas completos geralmente estão associados a maior morbidade (por exemplo, maior utilização de cuidados de saúde, mais incapacidade, pior qualidade de vida) do que ataques de sintomas limitados.

Diagnóstico diferencial

Apenas ataques de pânico com sintomas limitados O transtorno do pânico não deve ser diagnosticado se ataques de pânico com sintomas completos (inesperados) nunca foram experimentados. No caso de ataques de pânico inesperados com sintomas limitados, um outro transtorno de ansiedade especificado ou diagnóstico de transtorno de ansiedade não especificado deve ser considerado.

Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica. O transtorno do pânico não é diagnosticado se os ataques de pânico forem considerados uma consequência fisiológica direta de outra condição médica.

Exemplos de condições médicas que podem causar ataques de pânico incluem hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, disfunções vestibulares, convulsões

241

distúrbios e condições cardiopulmonares (por exemplo, arritmias, taquicardia supraventricular, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica [DPOC]). Exames laboratoriais apropriados (por exemplo, níveis séricos de cálcio para hiperparatireoidismo; monitor Holter para arritmias) ou exames físicos (por exemplo, para doenças cardíacas) podem ser úteis para determinar o papel etiológico de outra condição médica. Características como início após os 45 anos de idade ou a presença de sintomas atípicos durante um ataque de pânico (por exemplo, vertigem, perda de consciência, perda do controle da bexiga ou do intestino, fala arrastada, amnésia) sugerem a possibilidade de que outra condição médica ou uma substância possa estar causando os sintomas do ataque de pânico.

Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento. O transtorno do pânico não é diagnosticado se os ataques de pânico são considerados uma consequência fisiológica direta de uma substância. A intoxicação com estimulantes do sistema nervoso central (por exemplo, cocaína, substâncias do tipo anfetamina, cafeína) ou cannabis e a abstinência de depressores do sistema nervoso central (por exemplo, álcool, barbitúricos) podem precipitar um ataque de pânico.

No entanto, se os ataques de pânico continuarem a ocorrer fora do contexto do uso da substância (por exemplo, muito tempo após o término dos efeitos da intoxicação ou abstinência), um diagnóstico de transtorno de pânico deve ser considerado. Além disso, como o transtorno do pânico pode preceder o uso de substâncias em alguns indivíduos e pode estar associado ao aumento do uso de substâncias, especialmente para fins de automedicação, uma história detalhada deve ser feita para determinar se o indivíduo teve ataques de pânico antes do uso excessivo de substâncias. Se este for o caso, um diagnóstico de transtorno de pânico deve ser considerado, além de um diagnóstico de transtorno por uso de substâncias. Características como início após os 45 anos de idade ou a presença de sintomas atípicos durante um ataque de pânico (por exemplo, vertigem, perda de consciência, perda do controle da bexiga ou do intestino, fala arrastada, amnésia) sugerem a possibilidade de que outra condição médica ou uma substância possa estar causando os sintomas do ataque de pânico.

Outros transtornos mentais com ataques de pânico como característica associada (por exemplo, outros transtornos de ansiedade e transtornos psicóticos).

Ataques de pânico que ocorrem como sintoma de outros transtornos de ansiedade são esperados (p.

situações sociais no transtorno de ansiedade social, por objetos fóbicos ou situações em fobia específica ou agorafobia, por preocupação no transtorno de ansiedade generalizada, por separação de casa ou figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação) e, portanto, não preencheria os critérios para transtorno de pânico.

(Nota: Às vezes, um ataque de pânico inesperado está associado ao início de outro transtorno de ansiedade, mas então os ataques se tornam esperados, enquanto o transtorno de pânico é caracterizado por ataques de pânico inesperados recorrentes.) Se os ataques de pânico ocorrem apenas em resposta a gatilhos específicos, então apenas o transtorno de ansiedade relevante é atribuído. No entanto, se o indivíduo também experimentar ataques de pânico inesperados e mostrar preocupação e preocupação persistentes ou mudança de comportamento por causa dos ataques, um diagnóstico adicional de transtorno de pânico deve ser considerado.

Comorbidade O

transtorno do pânico raramente ocorre em ambientes clínicos na ausência de outra psicopatologia. Na população geral, 80% dos indivíduos com transtorno de pânico tiveram um diagnóstico mental comórbido ao longo da vida. A prevalência de transtorno do pânico é elevada em indivíduos com outros transtornos, particularmente outros transtornos de ansiedade (e especialmente agorafobia), transtorno depressivo maior, transtorno bipolar I e bipolar II e possivelmente transtorno leve por uso de álcool. Embora o transtorno do pânico ocasionalmente tenha uma idade de início mais precoce do que o(s) transtorno(s) comórbido(s), o início geralmente ocorre após o transtorno comórbido e pode ser visto como um marcador de gravidade da doença comórbida.

As taxas de comorbidade relatadas ao longo da vida entre transtorno depressivo maior e transtorno do pânico variam amplamente, variando de 10% a 65% em indivíduos com transtorno do pânico. Em aproximadamente um terço dos indivíduos com ambos os transtornos, a depressão precede o início do transtorno do pânico. Nos dois terços restantes, a depressão ocorre coincidentemente ou após o início do transtorno do pânico. Um subconjunto de indivíduos com transtorno de pânico desenvolve um

242

transtorno relacionado a substâncias, que para alguns representa uma tentativa de tratar sua ansiedade com álcool ou medicamentos. A comorbidade com outros transtornos de ansiedade e transtorno de ansiedade de doença também é comum.

O transtorno do pânico é significativamente comórbido com vários sintomas e condições médicas gerais, incluindo, mas não limitado a, tontura, arritmias cardíacas, hipertireoidismo, asma, DPOC e síndrome do intestino irritável. No entanto, a natureza da associação (por exemplo, causa e efeito) entre o transtorno do pânico e essas condições permanece incerta. Embora o prolapsos da válvula mitral e a doença da tireoide sejam mais comuns entre indivíduos com transtorno de pânico do que na população geral, os aumentos na prevalência não são consistentes.

Especificador de Ataque de Pânico

Nota: Os sintomas são apresentados com a finalidade de identificar um ataque de pânico; no entanto, o ataque de pânico não é um transtorno mental e não pode ser codificado. Ataques de pânico podem ocorrer no contexto de qualquer transtorno de ansiedade, bem como outros transtornos mentais (por exemplo, transtornos depressivos, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos por uso de substâncias) e algumas condições médicas (por exemplo, cardíacas, respiratórias, vestibulares, gastrointestinais).

Quando a presença de um ataque de pânico é identificada, deve-se anotar como especificador

(por exemplo, “transtorno de estresse pós-traumático com ataques de pânico”). Para o transtorno de pânico, a presença de ataque de pânico está contida nos critérios para o transtorno e o ataque de pânico não é usado como especificador.

Uma onda abrupta de medo intenso ou desconforto intenso que atinge um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas: **Nota:** A onda abrupta pode ocorrer a partir de um estado calmo ou ansioso. 1.

1. Palpitações, batimentos cardíacos acelerados ou batimentos cardíacos acelerados.
2. Sudorese.
3. Tremendo ou tremendo.
4. Sensações de falta de ar ou sufocamento.
5. Sensação de asfixia.
6. Dor ou desconforto no peito.
7. Náusea ou desconforto abdominal.
8. Sensação de tontura, instabilidade, tontura ou desmaio.
9. Calafrios ou sensações de calor.
10. Parestesias (sensações de dormência ou formigamento).
11. Desrealização (sentimentos de irrealidade) ou despersonalização (ser desapegado de si mesmo).
12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”.
13. Medo de morrer.

Nota: Sintomas específicos da cultura (por exemplo, zumbido, dor no pescoço, dor de cabeça, gritos ou choro incontroláveis) podem ser observados. Esses sintomas não devem contar como um dos quatro sintomas necessários.

Recursos

A característica essencial de um ataque de pânico é uma onda abrupta de medo intenso ou desconforto intenso que atinge um pico em minutos e durante o qual ocorrem 4 ou mais de 13 sintomas físicos e cognitivos. Onze desses 13 sintomas são físicos (por exemplo, palpitações, sudorese), enquanto 2 são cognitivos (ou seja, medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer). “Medo de enlouquecer” é um coloquialismo frequentemente usado por indivíduos com ataques de pânico e não pretende ser um termo pejorativo ou diagnóstico. O termo *em minutos* significa que o tempo para atingir o pico de intensidade é literalmente apenas alguns minutos. Um ataque de pânico pode surgir de um estado calmo ou de um

estado ansioso e o tempo para atingir o pico de intensidade devem ser avaliados independentemente de qualquer ansiedade anterior. Ou seja, o início do ataque de pânico é o ponto em que há um aumento abrupto do desconforto, e não o ponto em que a ansiedade se desenvolve. Da mesma forma, um ataque de pânico pode retornar a um estado ansioso ou calmo e possivelmente atingir o pico novamente. Um ataque de pânico se distingue de uma ansiedade contínua pelo tempo de pico de intensidade, que ocorre em minutos; sua natureza discreta; e sua gravidade tipicamente maior. Os ataques que atendem a todos os outros critérios, mas têm menos de quatro sintomas físicos e/ou cognitivos, são chamados de *ataques de sintomas limitados*.

Existem dois tipos característicos de ataques de pânico: esperados e inesperados. Os ataques de *pânico esperados* são ataques para os quais há uma pista ou gatilho óbvio, como situações em que os ataques de pânico normalmente ocorreram. *Ataques de pânico inesperados* são aqueles para os quais não há uma pista ou gatilho óbvio no momento da ocorrência (por exemplo, ao relaxar ou dormir [ataque de pânico noturno]). A determinação se os ataques de pânico são esperados ou inesperados é feita pelo clínico, que faz esse julgamento com base em uma combinação de questionamento cuidadoso quanto à sequência de eventos que precedem ou conduzem ao ataque e o próprio julgamento do indivíduo sobre se o ataque parecia ocorrer sem motivo aparente. Os ataques de pânico podem ocorrer no contexto de qualquer transtorno mental (p. cardíaca, respiratória, vestibular, gastrointestinal), com a maioria das apresentações nunca preenchendo os critérios para transtorno do pânico.

Ataques de pânico inesperados recorrentes são necessários para um diagnóstico de transtorno de pânico.

Recursos associados

Um tipo de ataque de pânico inesperado é um *ataque de pânico noturno* (isto é, acordar do sono em estado de pânico), que difere do pânico depois de acordar completamente do sono.

Prevalência

Na população geral, as estimativas de prevalência de ataques de pânico em 12 meses na Espanha e nos Estados Unidos variam de 9,5% a 11,2% em adultos. As estimativas de prevalência de doze meses não parecem diferir significativamente entre afro-americanos, asiáticos-americanos e latinos.

Aproximadamente 8,5% dos índios americanos relatam uma história de ataques de pânico ao longo da vida. As taxas de prevalência de ataques de pânico ao longo da vida em todo o país são de 13,2%. As mulheres são mais frequentemente afetadas do que os homens, embora essa diferença de gênero seja mais pronunciada para o transtorno do pânico. Ataques de pânico podem ocorrer em crianças, mas são relativamente raros até a puberdade, quando as taxas de prevalência aumentam. A prevalência diminui em indivíduos mais velhos, possivelmente refletindo a diminuição da gravidade para níveis subclínicos.

Desenvolvimento e Curso A idade média

de início dos ataques de pânico nos Estados Unidos é de aproximadamente 22-23 anos entre os adultos. No entanto, o curso dos ataques de pânico é provavelmente influenciado pelo curso de qualquer transtorno mental concomitante e eventos estressantes da vida. Ataques de pânico são incomuns, e ataques de pânico inesperados são raros em crianças pré-adolescentes. Os adolescentes podem estar menos dispostos do que os adultos a discutir abertamente os ataques de pânico, mesmo que apresentem episódios de intenso medo ou desconforto. A menor prevalência de ataques de pânico em indivíduos mais velhos pode estar relacionada a uma resposta autonômica mais fraca aos estados emocionais em relação aos indivíduos mais jovens. Indivíduos mais velhos podem estar menos inclinados a usar a palavra "medo" e mais inclinados a usar a palavra "desconforto" para descrever ataques de pânico. Indivíduos mais velhos com "sentimentos de pânico" podem ter um híbrido de ataques de sintomas limitados e ansiedade generalizada. Além disso, os indivíduos mais velhos tendem a atribuir os ataques de pânico a certas situações estressantes (por exemplo, procedimentos médicos, ambientes sociais) e podem endossar retrospectivamente explicações para o ataque de pânico, mesmo que tenha sido inesperado no momento. Isso pode resultar em sub-aprovação de ataques de pânico inesperados em indivíduos mais velhos.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental.

Aletividade negativa (neuroticismo) (ou seja, propensão a experimentar emoções negativas), sensibilidade à ansiedade (ou seja, a disposição de acreditar que os sintomas de ansiedade são prejudiciais), inibição comportamental e evitação de danos são fatores de risco para o aparecimento de ataques de pânico. A história de "crises de medo" (ou seja, ataques de sintomas limitados que não atendem a todos os critérios para um ataque de pânico) pode ser um fator de risco para ataques de pânico posteriores.

Ambiental.

Fumar é um fator de risco para ataques de pânico. A maioria dos indivíduos relata estressores identificáveis nos meses anteriores ao primeiro ataque de pânico (por exemplo, estressores interpessoais e estressores relacionados ao bem-estar físico, como experiências negativas com drogas ilícitas ou prescritas, doença ou morte na família). Separação dos pais, pais superprotetores e rejeição dos pais são fatores de risco para ataques de pânico.

Genética e fisiológica.

Indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica que relatam baixa percepção de controle sobre a doença e crenças negativas sobre as consequências de ataques imprevisíveis de falta de ar são mais propensos a apresentar sintomas de pânico.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

As interpretações culturais podem influenciar a determinação de ataques de pânico como esperados ou inesperados. Sintomas específicos da cultura (por exemplo, zumbido, dor no pescoço, dor de cabeça e gritos ou choro incontroláveis) podem ser observados; no entanto, esses sintomas não devem contar como um dos quatro sintomas necessários. A frequência de cada um dos 13 sintomas varia culturalmente (por exemplo, taxas mais altas de parestesias em afro-americanos, tontura em vários grupos asiáticos e tremores em brancos não latinos). Os conceitos culturais de angústia também influenciam a apresentação transcultural dos ataques de pânico, resultando em diferentes perfis de sintomas em diferentes grupos culturais. Exemplos incluem ataques de *khyâl* (vento), uma síndrome cultural cambojana envolvendo tontura, zumbido e dor no pescoço; e ataques de *trúng gió* (relacionados ao vento), uma síndrome cultural vietnamita associada a dores de cabeça. Modelos explicativos culturais podem aumentar a importância de sintomas específicos de pânico. Por exemplo, as visões tradicionais do Camboja sobre a circulação anormal de *khyâl* no corpo estão associadas à percepção da periculosidade de alguns sintomas (por exemplo, dor no pescoço), que podem desencadear cognições catastróficas e ataques de pânico. *Ataque de nervos* (ataque de nervos) é uma síndrome cultural entre os latino-americanos que pode envolver tremores, gritos ou choros incontroláveis, comportamento agressivo ou suicida, despersonalização ou desrealização, e que pode ser experimentado por mais de alguns minutos. Algumas apresentações clínicas do *ataque de nervios* atendem aos critérios para outras condições além do ataque de pânico (por exemplo, outro transtorno dissociativo especificado). Além disso, as expectativas culturais podem influenciar a classificação dos ataques de pânico como esperados ou inesperados, pois as síndromes culturais podem criar medo de certas situações, desde discussões interpessoais (associadas a ataques de *nervios*), a tipos de esforço (associados a ataques de *khyâl*), a vento atmosférico (associado a ataques de *trúng gió*). O esclarecimento dos detalhes das atribuições culturais pode ajudar a distinguir os ataques de pânico esperados e inesperados. Para obter mais informações sobre conceitos culturais de angústia, consulte o capítulo "Cultura e diagnóstico psiquiátrico" na Seção III.

Problemas de diagnóstico relacionados ao sexo e ao gênero Os

ataques de pânico são mais comuns em mulheres do que em homens. Entre aqueles que relatam ataques de pânico, as mulheres são mais propensas a endossar sintomas de falta de ar e náusea, mas menos propensas a endossar sudorese do que os homens.

Marcadores de diagnóstico

Registros fisiológicos de ataques de pânico que ocorrem naturalmente em indivíduos com transtorno de pânico indicam picos abruptos de excitação, geralmente da frequência cardíaca, que atingem um pico dentro de

245

minutos e desaparecem em minutos, e para uma proporção desses indivíduos o ataque de pânico pode ser precedido por instabilidades cardiorrespiratórias. Os ataques de pânico são caracterizados pelo aumento da frequência cardíaca e do volume corrente e uma queda na pCO₂.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas Os ataques

de pânico estão relacionados a uma maior taxa de tentativas de suicídio e pensamentos suicidas, mesmo quando a comorbidade e outros fatores de risco de suicídio são levados em consideração.

Consequências Funcionais dos Ataques de Pânico No contexto

de transtornos mentais concomitantes, incluindo transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtorno bipolar, transtornos por uso de substâncias, transtornos psicóticos e transtornos de personalidade, os ataques de pânico estão associados ao aumento da gravidade dos sintomas, maiores taxas de comorbidade, e pior resposta ao tratamento. Ataques de pânico recorrentes, em particular, estão associados a maiores chances de muitos diagnósticos de saúde mental. Além disso, ataques de pânico mais graves estão associados a uma maior probabilidade de desenvolver transtorno de pânico e uma variedade de outras condições de saúde mental, bem como maior persistência de doença mental e funcionamento prejudicado. Além disso, ataques de pânico com sintomas completos geralmente estão associados a maior morbidade (por exemplo, maior utilização de cuidados de saúde, mais incapacidade, pior qualidade de vida) do que ataques de sintomas limitados.

Diagnóstico Diferencial Outros

episódios paroxísticos (por exemplo, “ataques de raiva”)

Os ataques de pânico não devem ser diagnosticados se os episódios não envolverem a característica essencial de uma onda abrupta de medo intenso ou desconforto intenso, mas sim outros estados emocionais (por exemplo, raiva, tristeza).

Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica

As condições médicas que podem causar ou ser diagnosticadas erroneamente como ataques de pânico incluem hipertensão arterial, distúrbios cardíacos e funcionais, cardiopulmonares (por exemplo, arritmias, taquicardia supraventricular, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica).

Exames laboratoriais apropriados (por exemplo, níveis séricos de cálcio para hiperparatireoidismo; monitor Holter para arritmias) ou exames físicos (por exemplo, para doenças cardíacas) podem ser úteis para determinar o papel etiológico de outra condição médica.

Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento. A intoxicação com estimulantes do sistema nervoso central (por exemplo, cocaína, substâncias do tipo anfetamina, cafeína) ou cannabis e a abstinência de depressores do sistema nervoso central (por exemplo, álcool, barbitúricos) podem precipitar um ataque de pânico. Uma história detalhada deve ser feita para determinar se o indivíduo teve ataques de pânico antes do uso excessivo da substância. Características como início após os 45 anos de idade ou a presença de sintomas atípicos durante um ataque de pânico (por exemplo, vertigem, perda de consciência, perda do controle da bexiga ou do intestino, fala arrastada ou amnésia) sugerem a possibilidade de que uma condição médica ou uma substância pode estar causando os sintomas do ataque de pânico.

Síndrome do pânico. Ataques de pânico inesperados repetidos são necessários, mas não são suficientes para o diagnóstico de transtorno de pânico (ou seja, critérios diagnósticos completos para transtorno de pânico devem ser preenchidos).

Comorbidade Os

ataques de pânico estão associados ao aumento da probabilidade de vários transtornos mentais comórbidos, incluindo transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos bipolares, transtornos de controle de impulsos e transtornos por uso de substâncias. Os ataques de pânico estão associados a uma maior probabilidade de desenvolvimento posterior de transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos bipolares, transtorno por uso de álcool e possivelmente outros transtornos.

246

Agorafobia

Critério de diagnóstico	F40,00
<p>A. Medo ou ansiedade acentuados em relação a duas (ou mais) das cinco situações a seguir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usando transporte público (por exemplo, automóveis, ônibus, trens, navios, aviões). 2. Estar em espaços abertos (por exemplo, estacionamentos, mercados, pontes). 3. Estar em locais fechados (por exemplo, lojas, teatros, cinemas). 4. Ficar na fila ou no meio da multidão. 5. Estar fora de casa sozinho. <p>B. O indivíduo teme ou evita essas situações por causa de pensamentos que podem ser difíceis de escapar ou que a ajuda pode não estar disponível no caso de desenvolver sintomas semelhantes ao pânico ou outros sintomas incapacitantes ou embaraçosos (por exemplo, medo de cair em idosos; medo de incontinência).</p> <p>C. As situações agorafóbicas quase sempre provocam medo ou ansiedade.</p> <p>D. As situações agorafóbicas são evitadas ativamente, requerem a presença de um companheiro, ou são suportados com intenso medo ou ansiedade.</p> <p>E. O medo ou ansiedade é desproporcional ao perigo real representado pelo situações agorafóbicas e ao contexto sociocultural.</p> <p>F. O medo, ansiedade ou evitação é persistente, geralmente durando 6 meses ou</p>	

mais.

- G. O medo, a ansiedade ou a evitação causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- H. Se outra condição médica (por exemplo, doença inflamatória intestinal, doença de Parkinson) estiver presente, o medo, a ansiedade ou a evitação são claramente excessivos.
- I. O medo, a ansiedade ou a evitação não são mais bem explicados pelos sintomas de outro transtorno mental — por exemplo, os sintomas não se limitam à fobia específica, tipo situacional; não envolvem apenas situações sociais (como no transtorno de ansiedade social); e não estão relacionados exclusivamente a obsessões (como no transtorno obsessivo-compulsivo), defeitos percebidos ou falhas na aparência física (como no transtorno dismórfico corporal), lembranças de eventos traumáticos (como no transtorno de estresse pós-traumático) ou medo da separação (como na separação). transtorno de ansiedade).

Nota: A agorafobia é diagnosticada independentemente da presença de transtorno do pânico. Se a apresentação de um indivíduo atende aos critérios para transtorno de pânico e agorafobia, ambos os diagnósticos devem ser atribuídos.

Características

Diagnósticas A característica essencial da agorafobia é o medo ou a ansiedade marcantes desencadeados pela exposição real ou antecipada a uma ampla gama de situações (Critério A). O diagnóstico requer o endosso dos sintomas que ocorrem em pelo menos duas das cinco situações a seguir: 1) uso de transporte público, como automóveis, ônibus, trens, navios ou aviões; 2) estar em espaços abertos, como estacionamentos, mercados ou pontes; 3) estar em espaços fechados, como lojas, teatros ou cinemas; 4) ficar na fila ou estar na multidão; ou 5) estar sozinho fora de casa. Os exemplos para cada situação não são exaustivos; outras situações podem ser temidas. Ao sentir medo e ansiedade provocados por tais situações, os indivíduos normalmente têm pensamentos de que algo terrível pode acontecer (Critério B). Os indivíduos frequentemente acreditam que escapar de tais situações pode ser difícil (por exemplo, "não consigo sair daqui") ou que a ajuda pode não estar disponível (por exemplo, "não há ninguém para me ajudar") quando sintomas de pânico ou outros sintomas incapacitantes ou sintomas embaraçosos ocorrem. "Sintomas de pânico" referem-se a qualquer um dos 13 sintomas incluídos nos critérios para ataque de pânico, com "Outros sintomas incapacitantes ou embaraçosos" incluem

sintomas como vômitos e sintomas inflamatórios intestinais, bem como, em adultos mais velhos, medo de cair ou, em crianças, sensação de desorientação e de se perder.

A quantidade de medo experimentada pode variar com a proximidade da situação temida e pode ocorrer em antecipação ou na presença real da situação agorafóbica. Além disso, o medo ou a ansiedade podem assumir a forma de um ataque de pânico com sintomas completos ou limitados (ou seja, um ataque de pânico esperado). O medo ou a ansiedade são evocados quase sempre que o indivíduo entra em contato com a situação temida (Critério C). Assim, um indivíduo que fica ansioso apenas ocasionalmente em uma situação agorafóbica (por exemplo, fica ansioso quando fica na fila em apenas uma em cada cinco ocasiões) não seria diagnosticado com agorafobia. O indivíduo evita ativamente o

situação, requer a presença de um acompanhante, ou, se ele não puder ou decidir não evitá-la, a situação evoca intenso medo ou ansiedade (Critério D). A evitação ativa significa que o indivíduo está se comportando de maneira intencionalmente projetada para prevenir ou minimizar o contato com situações agorafóbicas. A evitação pode ser comportamental (por exemplo, mudar rotinas diárias, escolher um emprego próximo para evitar o uso de transporte público, providenciar a entrega de alimentos para evitar entrar em lojas e supermercados), bem como cognitiva (por exemplo, usar distração para passar por situações agorafóbicas) na natureza. A evasão pode se tornar tão grave que o indivíduo fica completamente preso em casa. Muitas vezes, um indivíduo é mais capaz de enfrentar uma situação temida quando acompanhado por um companheiro, como companheiro, amigo ou profissional de saúde. Além disso, o indivíduo pode empregar comportamentos de segurança (por exemplo, sentar-se perto de saídas ao usar transporte público ou no cinema) para suportar melhor tais situações.

O medo, ansiedade ou evitação devem ser desproporcionais ao perigo real representado pelas situações agorafóbicas e ao contexto sociocultural (Critério E). Diferenciar medos agorafóbicos desproporcionais e clinicamente significativos de medos razoáveis (p. é importante por vários motivos. Primeiro, o que constitui a evitação pode ser difícil de julgar entre culturas e contextos socioculturais (por exemplo, é socioculturalmente apropriado que mulheres muçulmanas ortodoxas em certas partes do mundo evitem sair de casa sozinhas e, portanto, tal evitação não seria considerada indicativa de agorafobia). Em segundo lugar, os adultos mais velhos tendem a atribuir seus medos a restrições relacionadas à idade e são menos propensos a julgar seus medos como desproporcionais ao risco real. Terceiro, os indivíduos com agorafobia tendem a superestimar o perigo em relação ao pânico ou outros sintomas corporais. A agorafobia deve ser diagnosticada apenas se o medo, ansiedade ou evitação for persistente (Critério F) e se causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério G). A duração de “normalmente com duração de 6 meses ou mais” destina-se a excluir indivíduos com problemas transitórios de curta duração.

Recursos associados

Em suas formas mais graves, a agorafobia pode fazer com que os indivíduos se tornem completamente confinados em casa, incapazes de sair de casa e dependentes de outros para serviços ou assistência, mesmo para necessidades básicas. Desmoralização e sintomas depressivos, bem como abuso de álcool e medicação sedativa como estratégias inadequadas de automedicação, são comuns.

Prevalência

Todos os anos, aproximadamente 1% a 1,7% dos adolescentes e adultos em todo o mundo apresentam sintomas que atendem aos critérios diagnósticos para agorafobia. As mulheres são duas vezes mais propensas que os homens a experimentar agorafobia. A agorafobia pode ocorrer na infância, mas a incidência atinge o pico no final da adolescência e início da idade adulta. Estudos mostraram que a prevalência em 12 meses em indivíduos residentes nos Estados Unidos com mais de 65 anos é de 0,4% e 0,5% entre indivíduos na Europa e América do Norte com mais de 55 anos. Aproximadamente 0,2%-0,8% de

a população adulta em vários países tem um diagnóstico de agorafobia nos últimos 12 meses sem transtorno de pânico.

Desenvolvimento e Curso A

porcentagem de indivíduos com agorafobia relatando ataques de pânico ou transtorno de pânico precedendo o início da agorafobia varia de 30% em amostras da comunidade a mais de 50% em amostras clínicas.

Em dois terços de todos os casos de agorafobia, o início inicial ocorre antes dos 35 anos, sendo 21 anos a idade média de início, embora a idade de início da agorafobia sem ataques de pânico anteriores ou transtorno de pânico seja de 25 a 29 anos. O primeiro início na infância é raro. Existe um risco de incidência substancial na adolescência e início da idade adulta, com indicações para uma segunda fase de risco de alta incidência após os 40 anos. Aproximadamente 10% dos idosos com agorafobia relataram seu primeiro episódio de agorafobia ocorrendo após os 65 anos.

O curso da agorafobia é tipicamente persistente e crônico. A remissão completa é rara (10%), a menos que a agorafobia seja tratada. Indivíduos com transtorno de pânico comórbido e agorafobia são mais propensos a apresentar recorrência dos sintomas após um período de remissão se tiverem uma idade de início mais precoce (< 20 anos). Com agorafobia mais grave, as taxas de remissão total diminuem, enquanto as taxas de recaída e cronicidade aumentam. Aproximadamente 36% dos indivíduos com agorafobia que atingem a remissão eventualmente experimentam uma recaída. Uma série de outros transtornos, em particular outros transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos por uso de substâncias e transtornos de personalidade, podem complicar o curso da agorafobia. O curso a longo prazo e o resultado da agorafobia estão associados a um risco substancialmente elevado de transtorno depressivo maior secundário, transtorno depressivo persistente e transtornos por uso de substâncias.

As características clínicas da agorafobia são relativamente consistentes ao longo da vida, embora o tipo de situações agorafóbicas que desencadeiam medo, ansiedade ou evitação, bem como o tipo de cognições, possam variar. Por exemplo, em crianças, ficar sozinho fora de casa é a situação mais temida, enquanto em adultos mais velhos, estar em lojas, ficar na fila e estar em espaços abertos são os mais temidos. Além disso, as cognições geralmente se referem a se perder (em crianças), a experimentar sintomas semelhantes ao pânico (em adultos), a cair (em adultos mais velhos).

A aparente baixa prevalência de agorafobia em crianças pode refletir dificuldades no relato de sintomas e, portanto, avaliações em crianças pequenas podem exigir a solicitação de informações de várias fontes, incluindo pais ou professores. Os adolescentes, particularmente os meninos, podem estar menos dispostos do que os adultos a discutir abertamente medos e evitações agorafóbicas; entretanto, a agorafobia pode ocorrer antes da idade adulta e deve ser avaliada em crianças e adolescentes. Em adultos mais velhos, transtorno de sintomas somáticos comórbidos, complicações médicas e distúrbios motores (por exemplo, sensação de queda) são frequentemente mencionados pelos indivíduos como o motivo de seu medo e evitação. Nesses casos, deve-se ter cuidado ao avaliar se o medo e a evitação são desproporcionais ao perigo real envolvido.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental

Inibição comportamental, afetividade negativa (neuroticismo), sensibilidade à ansiedade e ansiedade-traço estão intimamente associadas à agorafobia, mas são relevantes para a maioria dos transtornos de ansiedade (fobia específica, transtorno de ansiedade social, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada). A sensibilidade à ansiedade (a disposição de acreditar que os sintomas de ansiedade são prejudiciais) também é característica.

de indivíduos com agorafobia.

Ambiental. Eventos negativos na infância (por exemplo, separação, morte dos pais) e outros eventos estressantes, como ser atacado ou assaltado, estão associados ao início da agorafobia. Além disso, indivíduos com agorafobia descrevem o clima familiar e o comportamento de criação dos filhos como sendo caracterizados por calor reduzido e superproteção aumentada.

249

Genética e fisiológica. A herdabilidade para agorafobia é de 61%. Das várias fobias, a agorafobia tem a associação mais forte e específica com o fator genético que representa a propensão a fobias. A história familiar de transtornos de ansiedade está associada a uma idade mais precoce de início da agorafobia (< 27 anos), e a história familiar de transtorno do pânico em particular está associada à agorafobia.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero As

mulheres têm padrões diferentes de transtornos comórbidos do que os homens. Consistente com as diferenças de gênero na prevalência de transtornos mentais, os homens têm taxas mais altas de transtornos por uso de substâncias comórbidas.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Aproximadamente 15% dos indivíduos com agorafobia relatam pensamentos ou comportamentos suicidas. Para indivíduos com transtorno do pânico, os sintomas de agorafobia podem ser um fator de risco para pensamentos suicidas.

Consequências funcionais da agorafobia Como a maioria dos

outros transtornos de ansiedade, a agorafobia está associada a considerável prejuízo e incapacidade em termos de desempenho de papéis, produtividade no trabalho e dias de incapacidade. A gravidade da agorafobia é um forte determinante do grau de incapacidade, independentemente da presença de transtorno de pânico comórbido, ataques de pânico e outras condições comórbidas. Indivíduos com agorafobia podem ficar completamente presos em casa ou incapazes de trabalhar. Indivíduos com transtorno do pânico com agorafobia que têm início precoce (< 20 anos de idade) são menos propensos a serem casados.

Diagnóstico Diferencial Fobia

específica, tipo situacional.

Diferenciar agorafobia de fobia situacional específica pode ser desafiador em alguns casos, porque essas condições compartilham várias características e critérios de sintomas. Fobia específica, tipo situacional, deve ser diagnosticada versus agorafobia se o medo, ansiedade ou evitação estiverem limitados a uma das situações agorafóbicas. Exigir medos de duas ou mais das situações agorafóbicas é um meio robusto para diferenciar a agorafobia de fobias específicas, particularmente o subtipo situacional. Características de diferenciação adicionais incluem o conteúdo das cognições do indivíduo. Assim, se a situação é temida por outras razões que não sintomas semelhantes ao pânico ou outros sintomas incapacitantes ou embarassados (por exemplo, medo de ser diretamente prejudicado pela própria situação, como medo da queda do avião para indivíduos que temem

voando), então um diagnóstico de fobia específica pode ser mais apropriado.

Transtorno de ansiedade de separação. O transtorno de ansiedade de separação pode ser melhor diferenciado da agorafobia examinando as cognições do indivíduo. No transtorno de ansiedade de separação, os pensamentos são sobre distanciamento de outros significativos e do ambiente doméstico (ou seja, pais ou outras figuras de apego), enquanto na agorafobia o foco está em sintomas semelhantes ao pânico ou outros sintomas incapacitantes ou embaraçosos nas situações temidas.

Transtorno de ansiedade social. A agorafobia deve ser diferenciada do transtorno de ansiedade social com base principalmente nos agrupamentos situacionais que desencadeiam medo, ansiedade ou esquiva e nas cognições do indivíduo. No transtorno de ansiedade social, o foco está no medo de ser avaliado negativamente.

Síndrome do pânico. Quando os critérios para transtorno de pânico são atendidos, a agorafobia não deve ser diagnosticada se os comportamentos de evitação associados aos ataques de pânico não se estenderem à evitação de duas ou mais situações agorafóbicas.

250

Transtorno de estresse agudo e transtorno de estresse pós-traumático. O transtorno de estresse agudo e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) podem ser diferenciados da agorafobia examinando se o medo, a ansiedade ou a esquiva estão relacionados apenas a situações que lembram o indivíduo de um evento traumático. Se o medo, a ansiedade ou a evitação estiverem restritos a lembranças de trauma, e se o comportamento de evitação não se estender a duas ou mais situações agorafóbicas, o diagnóstico de agorafobia não é garantido.

Transtorno depressivo maior. No transtorno depressivo maior, o indivíduo pode evitar sair de casa devido à apatia, perda de energia, baixa autoestima e anedonia. Se a evitação não estiver relacionada a medos de pânico ou outros sintomas incapacitantes ou embaraçosos, a agorafobia não deve ser diagnosticada.

Evitação relacionada a outras condições médicas. Indivíduos com certas condições médicas podem evitar situações devido a preocupações realistas sobre serem incapacitados (por exemplo, desmaio em um indivíduo com ataques isquêmicos transitórios) ou vergonha (por exemplo, diarréia em um indivíduo com doença de Crohn). O diagnóstico de agorafobia deve ser dado apenas quando o medo ou a evitação é claramente superior ao geralmente associado a essas condições médicas.

Comorbidade

Cerca de 90% dos indivíduos com agorafobia também apresentam outros transtornos mentais. Os diagnósticos adicionais mais frequentes são outros transtornos de ansiedade (por exemplo, fobias específicas, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade social), transtornos depressivos (transtorno depressivo maior), TEPT e transtorno por uso de álcool. Enquanto outros transtornos de ansiedade (por exemplo, transtorno de ansiedade de separação, fobias específicas, transtorno de pânico) freqüentemente precedem o início da agorafobia, transtornos depressivos e transtornos por uso de substâncias geralmente ocorrem secundários à agorafobia. Em alguns indivíduos, um transtorno por uso de substâncias precede a agorafobia. Indivíduos com agorafobia comórbida e transtorno depressivo maior tendem a ter um curso de agorafobia mais resistente ao tratamento em relação aos indivíduos com agorafobia isolada.

Distúrbio de ansiedade generalizada

Critério de diagnóstico	F41.1
<p>A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses, sobre uma série de eventos ou atividades (como trabalho ou desempenho escolar).</p> <p>B. O indivíduo acha difícil controlar a preocupação.</p> <p>C. A ansiedade e a preocupação estão associadas a três (ou mais) dos seis sintomas a seguir (com pelo menos alguns sintomas presentes há mais dias do que não nos últimos 6 meses): Nota: Apenas um item é necessário em crianças.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Inquietação ou sensação de nervosismo ou nervosismo. 2. Cansar-se facilmente. 3. Dificuldade de concentração ou mente em branco. 4. Irritabilidade. 5. Tensão muscular. 6. Distúrbio do sono (dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo, ou inquieto, insatisfatório dorme). <p>D. A ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.</p> <p>E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica (por exemplo, hipertireoidismo).</p> <p>F. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (por exemplo, ansiedade ou preocupação em ter ataques de pânico no transtorno do pânico, avaliação negativa no transtorno de ansiedade social, contaminação ou outras obsessões no transtorno obsessivo compulsivo, separação de figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação , lembranças de eventos traumáticos no transtorno de estresse pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas no transtorno de sintomas somáticos, falhas de aparência percebidas no transtorno dismórfico corporal, ter uma doença grave no transtorno de ansiedade da doença ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou delirante transtorno).</p>	251

Características

Diagnósticas A característica essencial do transtorno de ansiedade generalizada é ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) sobre uma série de eventos ou atividades. A intensidade, duração

a frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional à probabilidade real ou impacto do evento previsto. O indivíduo acha difícil controlar a preocupação e evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas em mãos. Os adultos com transtorno de ansiedade generalizada geralmente se preocupam com as circunstâncias da vida cotidiana, como possíveis responsabilidades no trabalho, saúde e finanças, a saúde dos membros da família, infortúnio para seus filhos ou assuntos menores (por exemplo, fazer tarefas domésticas ou atrasar-se para compromissos). Crianças com transtorno de ansiedade generalizada tendem a se preocupar excessivamente com sua competência ou com a qualidade de seu desempenho. Durante o curso do transtorno, o foco da preocupação pode mudar de uma preocupação para outra.

Várias características distinguem o transtorno de ansiedade generalizada da ansiedade não patológica. Primeiro, as preocupações associadas ao transtorno de ansiedade generalizada são excessivas e geralmente interferem significativamente no funcionamento psicossocial, enquanto as preocupações da vida cotidiana não são excessivas e são percebidas como mais gerenciáveis e podem ser adiadas quando surgem questões mais urgentes. Em segundo lugar, as preocupações associadas ao transtorno de ansiedade generalizada são mais abrangentes, pronunciadas e angustiantes; têm maior duração; e freqüentemente ocorrem sem precipitantes.

Quanto maior a gama de circunstâncias da vida com as quais uma pessoa se preocupa (por exemplo, finanças, segurança dos filhos, desempenho no trabalho), maior a probabilidade de seus sintomas atenderem aos critérios para transtorno de ansiedade generalizada. Terceiro, as preocupações cotidianas são muito menos propensas a serem acompanhadas por sintomas físicos (por exemplo, inquietação ou sensação de nervosismo ou nervosismo). Indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada relatam sofrimento subjetivo como resultado de preocupação constante e prejuízo relacionado no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

A ansiedade e a preocupação são acompanhadas por pelo menos três dos seguintes sintomas adicionais: inquietação ou sensação de nervosismo, fadiga fácil, dificuldade de concentração ou mente vazia, irritabilidade, tensão muscular e sono perturbado, embora apenas um sintoma adicional é necessária em crianças.

Recursos associados

Associado à tensão muscular, pode haver tremores, espasmos, sensação de tremores e dores ou dores musculares. Muitos indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada também apresentam sintomas somáticos (por exemplo, sudorese, náusea, diarreia) e uma resposta de sobressalto exacerbada. Os sintomas de hiperexcitação autonômica (por exemplo, frequência cardíaca acelerada, falta de ar, tontura) são menos proeminentes no transtorno de ansiedade generalizada do que em outros transtornos de ansiedade, como o transtorno do pânico.

Outras condições que podem estar associadas ao estresse (por exemplo, síndrome do intestino irritável, dores de cabeça) frequentemente acompanham o transtorno de ansiedade generalizada.

Prevalência

A prevalência de 12 meses de transtorno de ansiedade generalizada é de 0,9% entre adolescentes e 2,9% entre adultos na comunidade geral dos Estados Unidos. A média de 12 meses

a prevalência do transtorno em todo o mundo é de 1,3%, com variação de 0,2% a 4,3%. O risco mórbido ao longo da vida nos Estados Unidos é de 9,0%. Mulheres e meninas adolescentes são pelo menos duas vezes mais propensas que homens e meninos adolescentes a apresentar transtorno de ansiedade generalizada. Os 12 meses

a prevalência em idosos, incluindo indivíduos com 75 anos ou mais, varia de 2,8% a 3,1% nos Estados Unidos, Israel e países europeus.

Indivíduos de ascendência europeia tendem a ter sintomas que atendem aos critérios para transtorno de ansiedade generalizada com mais frequência do que indivíduos de ascendência asiática e africana. Além disso, indivíduos de países de alta renda são mais propensos do que indivíduos de países de baixa e média renda a relatar que experimentaram sintomas que atendem aos critérios para transtorno de ansiedade generalizada em sua vida.

Desenvolvimento e Curso

Muitos indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada relatam que se sentiram ansiosos e nervosos durante toda a vida. A idade média de início do transtorno de ansiedade generalizada na América do Norte é de 35 anos, mais tarde do que para os outros transtornos de ansiedade; o distúrbio raramente ocorre antes da adolescência. No entanto, a idade de início está espalhada por uma faixa muito ampla e tende a ser mais velha em países de baixa renda em todo o mundo. Os sintomas de preocupação e ansiedade excessivas podem ocorrer no início da vida, mas depois se manifestam como um temperamento ansioso. Os sintomas do transtorno de ansiedade generalizada tendem a ser crônicos e aumentam e diminuem ao longo da vida, flutuando entre as formas sindrômica e subsindrômica do transtorno. O curso é mais persistente em países de baixa renda, mas o comprometimento tende a ser maior em países de alta renda. As taxas de remissão total são muito baixas.

Quanto mais cedo na vida os indivíduos apresentam sintomas que atendem aos critérios para transtorno de ansiedade generalizada, mais comorbidade e comprometimento eles tendem a ter. Os adultos mais jovens apresentam maior gravidade dos sintomas do que os adultos mais velhos.

A expressão clínica do transtorno de ansiedade generalizada é relativamente consistente ao longo da vida. A principal diferença entre as faixas etárias está no conteúdo da preocupação do indivíduo; assim, o conteúdo da preocupação de um indivíduo tende a ser apropriado para a idade.

Em crianças e adolescentes com transtorno de ansiedade generalizada, as ansiedades e preocupações muitas vezes dizem respeito à qualidade de seu desempenho ou competência na escola ou em eventos esportivos, mesmo quando seu desempenho não está sendo avaliado por outras pessoas. Pode haver preocupações excessivas com a pontualidade. Eles também podem se preocupar com eventos catastróficos, como terremotos ou guerra nuclear. As crianças com o transtorno podem ser excessivamente conformadas, perfeccionistas e inseguras de si mesmas e podem tender a refazer tarefas devido à insatisfação excessiva com o desempenho menos que perfeito. Eles podem ser excessivamente zelosos em buscar segurança e aprovação e exigir segurança excessiva sobre seu desempenho e outras coisas com as quais estão preocupados.

Nos idosos, o advento da doença física crônica pode ser um problema potente para a preocupação excessiva. Nos idosos frágeis, as preocupações com a segurança – e especialmente com as quedas – podem limitar as atividades.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Inibição comportamental, afetividade negativa (neuroticismo), evitação de danos, dependência de recompensa e viés de atenção para ameaça têm sido associados ao transtorno de ansiedade generalizada.

Ambiental. Adversidades na infância e práticas parentais (por exemplo, superproteção, supercontrole, reforço da evitação) têm sido associados ao transtorno de ansiedade generalizada.

Genética e fisiológica. Um terço do risco de apresentar transtorno de ansiedade generalizada é genético, e esses fatores genéticos se sobrepõem ao risco de afetividade negativa (neuroticismo) e são compartilhados com outros transtornos de ansiedade e humor, particularmente o transtorno depressivo maior.

253

Questões Diagnósticas Relacionadas à Cultura

Existe uma variação cultural considerável na expressão do transtorno de ansiedade generalizada. Por exemplo, em alguns contextos culturais, os sintomas somáticos predominam na expressão do transtorno, enquanto em outros contextos culturais os sintomas cognitivos tendem a predominar. Essa diferença pode ser mais evidente na apresentação inicial do que posteriormente, pois mais sintomas são relatados ao longo do tempo. Não há informações se a propensão à preocupação excessiva está relacionada à origem cultural, embora o tópico com o qual se preocupe possa ser culturalmente específico. É importante considerar o contexto social e cultural ao avaliar se as preocupações com determinadas situações são excessivas. Nos Estados Unidos, a maior prevalência está associada à exposição ao racismo e à discriminação étnica e, para alguns grupos etnoraciais, ao nascimento nos Estados Unidos.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero

Em contextos clínicos, o transtorno de ansiedade generalizada é diagnosticado com um pouco mais de frequência em mulheres do que em homens (cerca de 55% a 60% dos que apresentam o transtorno são mulheres). Em estudos epidemiológicos, aproximadamente dois terços são mulheres. Mulheres e homens que sofrem de transtorno de ansiedade generalizada parecem ter sintomas semelhantes, mas demonstram padrões diferentes de comorbidade consistentes com diferenças de gênero na prevalência de transtornos. Nas mulheres, a comorbidade está amplamente confinada aos transtornos de ansiedade e à depressão unipolar, enquanto nos homens, a comorbidade é mais provável de se estender também aos transtornos por uso de substâncias.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

transtorno de ansiedade generalizada está associado ao aumento de pensamentos e comportamentos suicidas, mesmo após ajuste para transtornos comórbidos e eventos estressantes da vida. Estudos de autópsia psicológica mostram que o transtorno de ansiedade generalizada é o transtorno de ansiedade mais frequente diagnosticado em suicídios. Tanto o transtorno de ansiedade generalizada subliminar quanto o limiar que ocorreu no último ano podem estar associados a pensamentos suicidas.

Consequências Funcionais do Transtorno de Ansiedade Generalizada

A preocupação excessiva prejudica a capacidade do indivíduo de fazer as coisas com rapidez e eficiência, seja em casa ou no trabalho. A preocupação leva tempo e energia; os sintomas associados de tensão muscular e sensação de nervosismo, cansaço, dificuldade de concentração e sono perturbado contribuem para a deficiência. É importante ressaltar que a preocupação excessiva pode prejudicar a capacidade dos indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada de estimular a confiança em seus filhos.

O transtorno de ansiedade generalizada está associado a incapacidade e sofrimento significativos que independem de transtornos comórbidos, e a maioria dos adultos não institucionalizados com o transtorno apresenta deficiência moderada a grave. Transtorno de ansiedade generalizada é responsável por 110 milhões

dias de incapacidade por ano na população dos EUA. O transtorno de ansiedade generalizada também está ligado à diminuição do desempenho no trabalho, aumento do uso de recursos médicos e aumento do risco de morbidade coronariana.

Diagnóstico Diferencial Transtorno de

ansiedade devido a outra condição médica.

O diagnóstico de transtorno de ansiedade devido a outra condição médica deve ser atribuído se a ansiedade e a preocupação do indivíduo forem julgadas, com base na história, achados laboratoriais ou exame físico, como um efeito fisiológico de outra condição médica específica (por exemplo, feocromocitoma, hipertireoidismo) .

254

Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento. Um transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento é diferenciado do transtorno de ansiedade generalizada pelo fato de que uma substância ou medicamento (por exemplo, uma droga de abuso, exposição a uma toxina) é considerada etiologicamente relacionada à ansiedade. Por exemplo, a ansiedade severa que ocorre apenas no contexto do consumo pesado de café seria diagnosticada como transtorno de ansiedade induzido por cafeína.

Transtorno de ansiedade social. Indivíduos com transtorno de ansiedade social geralmente têm ansiedade antecipatória focada em situações sociais futuras nas quais devem se apresentar ou ser avaliados por outros, enquanto indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada se preocupam, estejam ou não sendo avaliados.

Transtorno de ansiedade de separação. Indivíduos com transtorno de ansiedade de separação se preocupam excessivamente apenas com a separação de figuras de apego, enquanto indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada podem se preocupar com a separação, mas também apresentam outras preocupações de preocupação excessiva.

Síndrome do pânico. Os ataques de pânico que são desencadeados pela preocupação no transtorno de ansiedade generalizada não se qualificam para o transtorno do pânico. No entanto, se o indivíduo também experimentar ataques de pânico inesperados e mostrar preocupação e preocupação persistentes ou mudança de comportamento por causa dos ataques, um diagnóstico adicional de transtorno de pânico deve ser considerado.

Transtorno de ansiedade de doença e transtorno de sintomas somáticos. Indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada se preocupam com vários eventos, situações ou atividades, dos quais apenas um pode envolver sua saúde. Se o único medo do indivíduo é sua própria doença, então o transtorno de ansiedade da doença deve ser diagnosticado. A preocupação com o foco nos sintomas somáticos é característica do transtorno de sintomas somáticos.

Transtorno obsessivo-compulsivo. Várias características distinguem a preocupação excessiva do transtorno de ansiedade generalizada dos pensamentos obsessivos do transtorno obsessivo-compulsivo. No transtorno de ansiedade generalizada, o foco da preocupação é com problemas futuros, e é o excesso de preocupação com eventos futuros que é anormal. No transtorno obsessivo-compulsivo, as obsessões são ideias inadequadas que assumem a forma de pensamentos, impulsos ou imagens intrusivas e indesejados.

Transtorno de estresse pós-traumático e transtornos de ajustamento. no transtorno de estresse pós-traumático, a ansiedade é pós-traumática, geralmente presente generalizada não é diagnosticado se a ansiedade e a preocupação são melhor explicadas pelos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático. Embora a ansiedade possa se manifestar em transtorno de ajustamento, essa categoria residual deve ser usada apenas quando os critérios não forem atendidos para qualquer outro transtorno mental (incluindo transtorno de ansiedade generalizada). Além disso, em

Nos transtornos de ajustamento, a ansiedade ocorre em resposta a um estressor identificável dentro de 3 meses após o início do estressor e não persiste por mais de 6 meses após o término do estressor ou de suas consequências.

Transtornos depressivos, bipolares e psicóticos Embora a ansiedade/preocupação generalizada seja uma característica comum associada aos transtornos depressivos, bipolares e psicóticos, o transtorno de ansiedade generalizada pode ser diagnosticado com comorbidade se a ansiedade/preocupação for suficientemente grave para justificar atenção clínica.

Comorbidade

Indivíduos cuja apresentação atende aos critérios para transtorno de ansiedade generalizada provavelmente preencheram, ou atendem atualmente, critérios para outros transtornos de ansiedade e depressivos unipolares. A afetividade negativa (neuroticismo) ou responsabilidade emocional que sustenta esse padrão de comorbidade está associada a antecedentes temperamentais e fatores de risco genéticos e ambientais compartilhados entre esses transtornos, embora caminhos independentes também sejam possíveis. A comorbidade com uso de substâncias, conduta, transtornos psicóticos, neurodesenvolvimentais e neurocognitivos é menor comum.

255

Transtorno de Ansiedade Induzido por Substâncias/Medicamentos

Critério de diagnóstico

- A. Ataques de pânico ou ansiedade são predominantes no quadro clínico.
- B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de (1) e (2): 1. Os sintomas no Critério A se desenvolveram durante ou logo após a intoxicação ou abstinência de substância ou após exposição ou abstinência de um medicamento .
- 2. A substância/medicamento envolvida é capaz de produzir os sintomas em Critério A.
- C. A perturbação não é melhor explicada por um transtorno de ansiedade que não seja induzido por substância/medicamento. Essa evidência de um transtorno de ansiedade independente pode incluir o seguinte:

Os sintomas precedem o início do uso da substância/medicamento; os sintomas persistem por um período de tempo substancial (por exemplo, cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação grave; ou há outras evidências sugerindo a existência de um transtorno de ansiedade independente não induzido por substâncias/medicamentos (por exemplo, uma história de episódios recorrentes não relacionados a substâncias/medicamentos).
- D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírio.

E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo na vida social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento.

Nota: Este diagnóstico deve ser feito em vez de um diagnóstico de substância intoxicação ou abstinência de substância somente quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e são suficientemente graves para justificar atenção.

Nota de codificação: Os códigos CID-10-CM para a substância induzida por [substância específica/medicamento] transtornos de ansiedade estão indicados na tabela abaixo. Observe que o código ICD-10-CM depende se há ou não um transtorno por uso de substância comórbido presente para mesma classe de substância. Em qualquer caso, um diagnóstico separado adicional de um transtorno por uso de substâncias não é dado. Se um transtorno leve por uso de substâncias for comórbido com o transtorno de ansiedade induzido por substância, o caractere da 4^a posição é “1” e o médico deve registrar “transtorno de uso de [substância] leve” antes do transtorno de ansiedade induzido por substância (por exemplo, “transtorno de uso de cocaína leve com transtorno de ansiedade”). Se um transtorno por uso de substâncias moderado ou grave é comórbido com o transtorno de ansiedade induzido por substância, o caractere da 4^a posição é “2”, e o médico deve registrar “transtorno por uso de [substância] moderado” ou “transtorno por uso de [substância] grave” transtorno por uso”, dependendo da gravidade do transtorno por uso de substância comórbido. Se não há transtorno por uso de substância comórbido (por exemplo, após um uso pesado único da substância), então o caractere da 4^a posição é “9”, e o clínico deve registrar apenas o transtorno de ansiedade induzido por substância.

256

CID-10-CM

	Com uso suave transtorno	Com moderado ou transtorno de uso grave	Sem uso transtorno
Álcool	F10.180	F10.280	F10.980
Cafeína	N / D	N / D	F15.980
Cannabis	F12.180	F12.280	F12.980
Fenciclidina	F16.180	F16.280	F16.980
Outro alucinógeno	F16.180	F16.280	F16.980
Inalante	F18.180	F18.280	F18.980
opióide	F11.188	F11.288	F11.988
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	F13.180	F13.280	F13.980
Substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)	F15.180	F15.280	F15.980
Cocaína	F14.180	F14.280	F14.980
Outra substância (ou desconhecida)	F19.180	F19.280	F19.980

Especifique (consulte a Tabela 1 no capítulo “Transtornos relacionados a substâncias e vícios”, que indica se “com início durante a intoxicação” e/ou “com início durante retirada” se aplica a uma determinada classe de substâncias; ou especificar “com início após uso de medicamentos”):

Com início durante intoxicação: Se os critérios forem preenchidos para intoxicação com o

substância e os sintomas se desenvolvem durante a intoxicação.

Com início durante a abstinência: Se os critérios para abstinência da substância forem atendidos e os sintomas se desenvolverem durante ou logo após a abstinência.

Com início após o uso da medicação: se os sintomas se desenvolveram no início da medicação, com uma mudança no uso da medicação ou durante a retirada da medicação.

Procedimentos de registro O

nome do transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, cocaína, salbutamol) que se presume estar causando os sintomas de ansiedade. O código diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída no conjunto de critérios, que se baseia na classe do medicamento e na presença ou ausência de um transtorno por uso de substância comórbido. Para substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes (por exemplo, salbutamol), deve-se usar o código para "outra substância (ou desconhecida)"; e nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas a classe específica da substância é desconhecida, o mesmo código também deve ser usado.

Para registrar o nome do transtorno, o transtorno por uso de substância comórbido (se houver) é listado primeiro, seguido de "com transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento" (incorporando o nome da substância/medicamento etiológico específico), seguido da especificação de início (ou seja, início durante a intoxicação, início durante a abstinência, com início após o uso da medicação). Por exemplo, no caso de sintomas de ansiedade que ocorrem durante a abstinência em um homem com transtorno grave por uso de lorazepam, o diagnóstico é F13.280 transtorno grave por uso de lorazepam com transtorno de ansiedade induzido por lorazepam, com início durante a abstinência. Um diagnóstico separado do transtorno grave por uso de lorazepam comórbido não é fornecido. Se o transtorno de ansiedade induzido por substância ocorrer sem um transtorno por uso de substância comórbido (p.

257

uso pesado da substância), nenhum transtorno de uso de substância acompanhante é observado (por exemplo, transtorno de ansiedade induzido por psilocibina F16.980, com início durante intoxicação). Quando mais de uma substância é considerada como tendo um papel significativo no desenvolvimento dos sintomas de ansiedade, cada uma deve ser listada separadamente (por exemplo, F15.280 transtorno por uso de metilfenidato grave com transtorno de ansiedade induzido por metilfenidato, com início durante intoxicação; F19.980 salbutamol transtorno de ansiedade induzida, com início após o uso de medicação).

Características diagnósticas

As características essenciais do transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento são sintomas proeminentes de pânico ou ansiedade (Critério A) que são considerados devidos aos efeitos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento ou uma toxina). exposição). Os sintomas de pânico ou ansiedade devem ter se desenvolvido durante ou logo após a intoxicação ou abstinência da substância ou após a exposição ou abstinência de um medicamento, e as substâncias ou medicamentos devem ser capazes de produzir os sintomas (Critério B2). O transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento devido a um tratamento prescrito para um transtorno mental ou outra condição médica deve ter seu início enquanto o indivíduo está recebendo a medicação (ou durante a abstinência, se a abstinência estiver associada a

o medicamento). Uma vez que o tratamento é descontinuado, os sintomas de pânico ou ansiedade geralmente melhoram ou desaparecem dentro de dias a várias semanas a um mês (dependendo da meia-vida da substância/medicamento e da presença de abstinência). O diagnóstico de transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento não deve ser dado se o início dos sintomas de pânico ou ansiedade preceder a intoxicação ou abstinência da substância/medicamento, ou se os sintomas persistirem por um período de tempo substancial (ou seja, geralmente mais de 1 mês) a partir do momento da intoxicação grave ou abstinência. Se os sintomas de pânico ou ansiedade persistirem por períodos substanciais de tempo, outras causas para os sintomas devem ser consideradas.

O diagnóstico de transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância somente quando os sintomas do Critério A são predominantes no quadro clínico e são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Recursos associados

Pânico ou ansiedade podem ocorrer em associação com intoxicação com as seguintes classes de substâncias: álcool, cafeína, cannabis, fenciclidina, outros alucinógenos, inalantes, estimulantes (incluindo cocaína) e outras substâncias (ou desconhecidas). Pânico ou ansiedade podem ocorrer em associação com a abstinência das seguintes classes de substâncias: álcool; opióides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (incluindo cocaína); e outras substâncias (ou desconhecidas). Alguns medicamentos que evocam sintomas de ansiedade incluem anestésicos e analgésicos, simpaticomiméticos ou outros broncodilatadores, anticolinérgicos, insulina, preparações da tireoide, contraceptivos orais, anti-histamínicos, medicamentos antiparkinsonianos, corticosteroides, medicamentos anti-hipertensivos e cardiovasculares, anticonvulsivantes, carbonato de lítio, medicamentos antipsicóticos e medicamentos antidepressivos. Metais pesados e toxinas (por exemplo, inseticida organofosforado, gases nervosos, monóxido de carbono, CO₂, substâncias tóxicas como gasolina, tinta) também podem causar sintomas

Prevalência

A prevalência de transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento não é clara. Dados da população geral sugerem que pode ser raro, com uma prevalência de 12 meses nos Estados Unidos de aproximadamente 0,002%. No entanto, em populações clínicas, é provável que a prevalência seja maior.

Marcadores de diagnóstico

As avaliações laboratoriais (por exemplo, toxicologia da urina) podem ser úteis para medir a intoxicação por substância como parte de uma avaliação para transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento.

258

Diagnóstico diferencial

Intoxicação por substância e abstinência de substância.

Os sintomas de ansiedade geralmente ocorrem na

intoxicação e abstinência de substâncias. O diagnóstico de intoxicação específica de substância ou abstinência específica de substância geralmente será suficiente para categorizar a apresentação dos sintomas. Um diagnóstico de transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento com início durante a intoxicação

ou com início durante a abstinência deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância quando os sintomas de pânico ou ansiedade são predominantes no quadro clínico e são suficientemente graves para justificar atenção clínica. Por exemplo, sintomas de pânico ou ansiedade são característicos da abstinência de álcool.

Transtorno de ansiedade independente (ou seja, não induzido por uma substância/medicamento) (ou seja, transtorno de ansiedade independente que ocorre concomitantemente com o uso de substância/medicamento é diferenciado de um transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento pelo fato de que, embora uma substância/medicamento possa ser ingerida em quantidades suficientemente altas para possivelmente estar etiologicamente relacionada aos sintomas de ansiedade, os sintomas de ansiedade são observados em momentos diferentes do uso de substância/medicamento (ou seja, precedendo o início do uso de substância/medicamento ou persistindo por um período de tempo substancial após intoxicação por substância, abstinência de substância ou uso de medicamento) e justificariam o diagnóstico de um transtorno de ansiedade independente.

Delírio. Se os sintomas de pânico ou ansiedade ocorrerem exclusivamente durante o delirium, eles são considerados como uma característica associada ao delirium e não são diagnosticados separadamente.

Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica Se os sintomas de pânico ou ansiedade forem atribuídos às consequências fisiológicas de outra condição médica (ou seja, ao invés da medicação tomada para a condição médica), o transtorno de ansiedade devido a outra condição médica deve ser diagnosticado. A história muitas vezes fornece a base para tal julgamento. Às vezes, uma mudança no tratamento para outra condição médica (por exemplo, substituição ou descontinuação da medicação) pode ser necessária para determinar se a medicação é o agente causador (nesse caso, os sintomas podem ser mais bem explicados pela ansiedade induzida por substância/medicamento). transtorno). Se a perturbação for atribuível tanto a outra condição médica quanto ao uso de substância, ambos os diagnósticos (isto é, transtorno de ansiedade devido a outra condição médica e transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento) podem ser dados. Quando não há evidência suficiente para determinar se os sintomas de pânico ou ansiedade são atribuíveis a uma substância/medicamento ou a outra condição médica ou são primários (ou seja, não atribuíveis a uma substância ou outra condição médica), um diagnóstico de outra condição especificada ou não especificada transtorno de ansiedade seria indicado.

Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica

Critério de diagnóstico

F06.4

- A. Ataques de pânico ou ansiedade são predominantes no quadro clínico.
- B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o distúrbio é a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
- C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental.
- D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírio.
- E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Nota de codificação: Inclua o nome da outra condição médica no nome do

transtorno mental (por exemplo, transtorno de ansiedade F06.4 devido a feocromocitoma). O outro

259

a condição médica deve ser codificada e listada separadamente imediatamente antes do transtorno de ansiedade devido à condição médica (por exemplo, D35.00 feocromocitoma; F06.4 transtorno de ansiedade devido ao feocromocitoma).

Características diagnósticas

A característica essencial do transtorno de ansiedade devido a outra condição médica é a ansiedade clinicamente significativa que é considerada melhor explicada como um efeito fisiológico de outra condição médica.

Os sintomas podem incluir sintomas proeminentes de ansiedade ou ataques de pânico (Critério A). O julgamento de que os sintomas são melhor explicados pela condição física associada deve ser baseado em evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais (Critério B).

Além disso, deve-se julgar que os sintomas não são melhor explicados por outro transtorno mental (Critério C) — em particular, transtorno de adaptação com ansiedade, no qual o estressor é a condição médica. Nesse caso, um indivíduo com transtorno de adaptação fica especialmente angustiado com o significado ou as consequências da condição médica associada. Por outro lado, muitas vezes há um componente físico proeminente na ansiedade (por exemplo, falta de ar) quando a ansiedade é devida a outra condição médica. O diagnóstico não é feito se os sintomas de ansiedade ocorrerem apenas durante o curso de um delirium (Critério D). Os sintomas de ansiedade devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério E).

Ao determinar se os sintomas de ansiedade são atribuíveis a outra condição médica, o clínico deve primeiro estabelecer a presença da condição médica. Além disso, deve-se estabelecer que os sintomas de ansiedade podem ser etiologicamente relacionados à condição médica por meio de um mecanismo fisiológico antes de se julgar que essa é a melhor explicação para os sintomas em um indivíduo específico. Uma avaliação cuidadosa e abrangente de múltiplos fatores é necessária para fazer esse julgamento. Vários aspectos da apresentação clínica devem ser considerados: 1) a presença de uma clara associação temporal entre o início, exacerbação ou remissão do quadro clínico e os sintomas de ansiedade; 2) a presença de características atípicas de um transtorno de ansiedade independente (por exemplo, idade atípica de início ou evolução); e 3) evidências na literatura de que um mecanismo fisiológico conhecido (por exemplo, hipertireoidismo) causa ansiedade. Além disso, a perturbação não deve ser melhor explicada por um transtorno de ansiedade independente, um transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento ou outro transtorno mental (por exemplo, transtorno de adaptação).

Uma série de condições médicas são conhecidas por incluir a ansiedade como manifestação sintomática. Exemplos incluem doenças endócrinas (por exemplo, hipertireoidismo, feocromocitoma, hipoglicemia, hiperadrenocortisolismo), distúrbios cardiovasculares (por exemplo, insuficiência cardíaca congestiva, embolia pulmonar, arritmia como fibrilação atrial), doenças respiratórias (por exemplo, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, pneumonia), distúrbios metabólicos (por exemplo, deficiência de vitamina B12 , porfiria) e doenças neurológicas (por exemplo, neoplasias, disfunção vestibular, encefalite, distúrbios convulsivos).

Prevalência

A prevalência de transtorno de ansiedade devido a outra condição médica não é clara. Parece haver uma prevalência elevada de transtornos de ansiedade entre indivíduos com uma variedade de condições médicas, incluindo asma, hipertensão, úlceras e artrite. No entanto, esse aumento da prevalência pode ser devido a outros motivos que não o transtorno de ansiedade que causa diretamente a condição médica.

Desenvolvimento e Curso O

desenvolvimento e curso do transtorno de ansiedade devido a outra condição médica geralmente segue o curso da doença subjacente. Este diagnóstico não pretende incluir transtornos de ansiedade primários que surgem no contexto de doenças médicas crônicas. Isso é

260

importante considerar com adultos mais velhos, que podem apresentar doenças médicas crônicas e, em seguida, desenvolver transtornos de ansiedade independentes secundários à doença médica crônica.

Marcadores de

diagnóstico Avaliações laboratoriais e/ou exames médicos são necessários para confirmar o diagnóstico da condição médica associada.

Diagnóstico Diferencial Delirium e

transtorno neurocognitivo maior ou leve.

Um diagnóstico separado de transtorno de ansiedade

devido a outra condição médica não é dado se o transtorno de ansiedade ocorrer exclusivamente durante o curso de um delirium. No entanto, um diagnóstico de transtorno de ansiedade devido a outra condição médica pode ser dado, além de um diagnóstico de transtorno neurocognitivo maior ou leve, se a ansiedade for considerada uma consequência fisiológica do processo patológico que causa o transtorno neurocognitivo e se a ansiedade for uma causa proeminente. parte da apresentação clínica.

Apresentação mista de sintomas (por exemplo, humor e ansiedade).

Se a apresentação incluir uma mistura de diferentes

tipos de sintomas, o transtorno mental específico devido a outra condição médica depende de quais sintomas predominam no quadro clínico.

Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento Se houver evidência 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/medicamento deve ser considerado. Certos medicamentos são conhecidos por aumentar a ansiedade (p. a própria doença médica. Quando um diagnóstico de ansiedade induzida por substância está sendo feito em relação a drogas recreativas ou não prescritas, pode ser útil obter uma triagem de drogas na urina ou no sangue ou outra avaliação laboratorial apropriada. Os sintomas que se desenvolvem durante ou logo após a intoxicação ou abstinência da substância ou após o uso da medicação podem ser especialmente indicativos de um transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, dependendo do tipo, duração ou quantidade da substância usada. Se a perturbação estiver associada a outra condição médica e uso de substância, ambos

diagnósticos (isto é, transtorno de ansiedade devido a outra condição médica e transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento) podem ser dados. Características como início após os 45 anos de idade ou a presença de sintomas atípicos durante um ataque de pânico (por exemplo, vertigem, perda de consciência, perda do controle da bexiga ou do intestino, fala arrastada, amnésia) sugerem a possibilidade de que outra condição médica ou uma substância possa estar causando os sintomas do ataque de pânico.

Transtorno de ansiedade (não devido a uma condição médica conhecida). O transtorno de ansiedade devido a outra condição médica deve ser diferenciado de outros transtornos de ansiedade (especialmente transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada). Em outros transtornos de ansiedade, nenhum mecanismo fisiológico causal específico e direto associado a outra condição médica pode ser demonstrado. Idade tardia de início, sintomas atípicos e ausência de história pessoal ou familiar de transtornos de ansiedade sugerem a necessidade de uma avaliação completa para descartar o diagnóstico de transtorno de ansiedade devido a outra condição médica. Os transtornos de ansiedade podem exacerbar ou aumentar o risco de condições médicas, como eventos cardiovasculares e infarto do miocárdio, e não devem ser diagnosticados como transtorno de ansiedade devido a outra condição médica nesses casos.

Transtorno de ansiedade de doença. O transtorno de ansiedade devido a outra condição médica deve ser diferenciado do transtorno de ansiedade de doença. O transtorno de ansiedade da doença é caracterizado pela preocupação com a doença, preocupação com a dor e preocupações corporais. No caso de transtorno de ansiedade de doença, os indivíduos podem ou não ter condições médicas diagnosticadas. Embora

261

um indivíduo com transtorno de ansiedade de doença e uma condição médica diagnosticada provavelmente experimentará ansiedade sobre a condição médica, a condição médica não está fisiologicamente relacionada aos sintomas de ansiedade.

Distúrbios de ajuste. O transtorno de ansiedade devido a outra condição médica deve ser diferenciado dos transtornos de ajustamento com ansiedade ou transtornos de ajustamento com ansiedade e humor deprimido. O transtorno de ajustamento é justificado quando os indivíduos experimentam uma resposta mal-adaptativa ao estresse de ser diagnosticado ou ter que gerenciar a condição médica. A reação ao estresse geralmente diz respeito ao significado ou consequências da condição médica, em contraste com a experiência de ansiedade ou sintomas de humor que ocorrem como consequência fisiológica da condição médica. No transtorno de adaptação, os sintomas de ansiedade geralmente estão relacionados ao enfrentamento do estresse de ter a condição médica, enquanto no transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, os indivíduos são mais propensos a ter sintomas físicos proeminentes e a se concentrar em outras questões além do estresse. da própria doença.

Outro Transtorno de Ansiedade Especificado

F41.8

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno de ansiedade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos de ansiedade. , e

não preenchem os critérios para transtorno de ajustamento com ansiedade ou transtorno de ajustamento com ansiedade mista e humor deprimido. A outra categoria de transtorno de ansiedade especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não atende aos critérios para qualquer transtorno de ansiedade específico. Isso é feito registrando “outro transtorno de ansiedade especificado” seguido do motivo específico (por exemplo, “ansiedade generalizada ocorrendo com menos frequência do que ‘mais dias do que não’”).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação “outros especificados” incluem o seguinte: 1. **Ataques de sintomas limitados.**

2. **Ansiedade generalizada ocorrendo com menos frequência do que “mais dias do que não”.**

3. ***Khyāl cap (ataques de vento)*:** Veja “Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico” na Seção III.

4. **Ataque de nervos:** Ver “Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico” na Seção III.

Transtorno de ansiedade não especificado

F41.9

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno de ansiedade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos de ansiedade., e não atendem aos critérios para transtorno de ajustamento com ansiedade ou transtorno de ajustamento com ansiedade mista e humor deprimido. A categoria de transtorno de ansiedade não especificado é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno de ansiedade específico e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico (p. configurações da sala).

Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados

Transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados incluem transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno dismórfico corporal, transtorno de acumulação, tricotilomania (transtorno de puxar o cabelo), transtorno de escoriação (skin-picking), transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado, transtorno obsessivo - transtorno compulsivo e relacionado devido a outra condição médica, outro transtorno obsessivo-compulsivo especificado e transtorno relacionado (por exemplo, roer unhas, morder os lábios, mastigar bochechas, ciúme obsessivo, transtorno de referência olfativa [síndrome de referência olfativa]) e transtorno obsessivo-compulsivo não especificado e transtorno relacionado.

O TOC é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. As *obsessões* são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são experimentados como intrusivos e indesejados, enquanto as *compulsões* são comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente impelido a realizar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente. Alguns outros transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados também são caracterizados por preocupações e por comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta às preocupações. Outros transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados são caracterizados principalmente por comportamentos repetitivos recorrentes focados no corpo (p.

A inclusão de um capítulo sobre transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados no DSM-5 reflete a crescente evidência da relação desses transtornos entre si em termos de uma série de validadores diagnósticos, bem como a utilidade clínica de agrupar esses transtornos no mesmo capítulo. Os médicos são incentivados a rastrear essas condições em indivíduos que apresentam uma delas e estar cientes das sobreposições entre essas condições. Ao mesmo tempo, existem diferenças importantes nos validadores de diagnóstico e nas abordagens de tratamento entre esses distúrbios. Além disso, existem relações estreitas entre os transtornos de ansiedade e alguns dos transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados (p.

Os transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados diferem das preocupações e rituais normativos do desenvolvimento por serem excessivos ou persistirem além dos períodos apropriados ao desenvolvimento. A distinção entre a presença de sintomas subclínicos e um distúrbio clínico requer a avaliação de vários fatores, incluindo o nível de sofrimento do indivíduo e o prejuízo no funcionamento.

O capítulo começa com TOC. Em seguida, abrange transtorno dismórfico corporal e transtorno de acumulação, que são caracterizados por sintomas cognitivos, como defeitos percebidos ou falhas na aparência física ou a necessidade percebida de economizar bens, respectivamente. O capítulo então cobre a tricotilomania e o transtorno de escoriação, que são caracterizados por comportamentos repetitivos recorrentes focados no corpo. Finalmente, abrange transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por substância/medicamento, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica, outro transtorno obsessivo-compulsivo especificado e transtorno relacionado e não especificado

transtorno obsessivo-compulsivo e afins.

264

Embora o conteúdo específico das obsessões e compulsões varie entre os indivíduos, certas dimensões dos sintomas são comuns no TOC, incluindo as de limpeza (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza); simetria (obsessões de simetria e compulsões de repetição, ordenação e contagem); pensamentos proibidos ou tabus (por exemplo, obsessões agressivas, sexuais e religiosas e compulsões relacionadas); e danos (por exemplo, medos de danos a si mesmo ou a outros e compulsões de verificação relacionadas). O especificador de TOC relacionado a tiques é usado quando um indivíduo tem uma história atual ou passada de um transtorno de tiques.

O transtorno dismórfico corporal é caracterizado pela preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidas na aparência física que não são observáveis ou parecem apenas leves para os outros, e por comportamentos repetitivos (por exemplo, olhar no espelho, higiene excessiva, cutucar a pele ou buscar segurança) ou atos mentais (por exemplo, comparar a própria aparência com a de outras pessoas) em resposta às preocupações com a aparência. As preocupações com a aparência não são melhor explicadas por preocupações com gordura corporal ou peso em um indivíduo com transtorno alimentar. A dismorfia muscular é uma forma de transtorno dismórfico corporal que se caracteriza pela crença de que o corpo é muito pequeno ou insuficientemente musculoso.

O transtorno de acumulação é caracterizado pela dificuldade persistente em descartar ou se desfazer de bens, independentemente de seu valor real, como resultado de uma forte percepção da necessidade de guardar os itens e da angústia associada ao descartá-los. A desordem de acumulação difere da coleta normal. Por exemplo, os sintomas do transtorno de acumulação resultam no acúmulo de um grande número de bens que congestionam e desordenam as áreas de vida ativas, na medida em que seu uso pretendido fica substancialmente comprometido. A forma de aquisição excessiva do transtorno de acumulação, que caracteriza a maioria, mas não todos os indivíduos com transtorno de acumulação, consiste na coleta, compra ou roubo excessivo de itens que não são necessários ou para os quais não há espaço disponível.

A tricotilomania é caracterizada por arrancar o cabelo recorrentemente, resultando em perda de cabelo e tentativas repetidas de diminuir ou parar de puxar o cabelo. O transtorno de escoriação é caracterizado por escoriações recorrentes na pele, resultando em lesões na pele e tentativas repetidas de diminuir ou interromper a escoriação. Os comportamentos repetitivos focados no corpo que caracterizam esses dois transtornos não são desencadeados por obsessões ou preocupações; no entanto, eles podem ser precedidos ou acompanhados por vários estados emocionais, como sentimentos de ansiedade ou tédio. Eles também podem ser precedidos por uma sensação crescente de tensão ou podem levar a gratificação, prazer ou sensação de alívio quando o cabelo é arrancado ou a pele é arrancada. Indivíduos com esses transtornos podem ter vários graus de percepção consciente do comportamento enquanto se envolvem nele, com alguns indivíduos exibindo uma atenção mais focada no comportamento (com tensão anterior e alívio subsequente) e outros indivíduos exibindo um comportamento mais automático (com os comportamentos parecendo ocorrem sem plena consciência).

O transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por substância/medicamento consiste em sintomas característicos dos transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados desenvolvidos no contexto de intoxicação ou abstinência de substância ou após exposição ou abstinência de um medicamento. O transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado devido a outra condição médica envolve sintomas característicos de transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados que são os

consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.

Outros transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados especificados (p. que não atendem aos critérios para um transtorno obsessivo-compulsivo específico e transtorno relacionado no DSM-5 devido à apresentação atípica ou etiologia incerta. Essas categorias também são usadas para outras síndromes específicas que não estão listadas na Seção II e quando informações insuficientes estão disponíveis para diagnosticar a apresentação como outro transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado.

Aqueles transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados que têm um componente cognitivo (ou seja, TOC, transtorno dismórfico corporal e transtorno de acumulação) incluem um especificador para

265

indicando o grau de insight do indivíduo em relação às crenças relacionadas ao transtorno, que varia de “insight bom ou razoável” a “insight ruim” a “insight ausente/crenças delirantes”. Aqueles indivíduos cujo grau de insight está na faixa de “insight ausente/crenças delirantes” não devem receber um diagnóstico adicional de um transtorno psicótico, a menos que suas crenças delirantes envolvam conteúdo que se estenda além do que é característico de seu transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado (p. , um indivíduo com transtorno dismórfico corporal que está convencido de que sua comida foi envenenada).

Transtorno obsessivo-compulsivo

Critério de diagnóstico	F42.2
<p>A. Presença de obsessões, compulsões ou ambos: As obsessões são definidas por (1) e (2): 1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são experimentados, em algum momento durante a perturbação, como intrusivos e indesejados, e que na maioria dos indivíduos causa ansiedade ou angústia acentuada.</p> <p>2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação (isto é, realizando uma compulsão).</p> <p>As compulsões são definidas por (1) e (2): 1.</p> <p>Comportamentos repetitivos (p. uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente.</p> <p>2. Os comportamentos ou atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou angústia, ou prevenir algum evento ou situação temida; no entanto, estes</p>	

comportamentos ou atos mentais não estão conectados de forma realista com o que se destinam a neutralizar ou prevenir, ou são claramente excessivos.

Nota: As crianças pequenas podem não ser capazes de articular os objetivos desses comportamentos ou atos mentais.

- B. As obsessões ou compulsões consomem tempo (por exemplo, levam mais de 1 hora por dia) ou causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- C. Os sintomas obsessivo-compulsivos não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica.
- D. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (p. puxar, como na tricotilomania [distúrbio de puxar o cabelo]; cutucar a pele, como no distúrbio de escoriação [skin picking]; estereotipias, como no distúrbio de movimento estereotipado; comportamento alimentar ritualizado, como nos distúrbios alimentares; preocupação com substâncias ou jogos de azar, como em substância - transtornos relacionados e aditivos; preocupação em ter uma doença, como no transtorno de ansiedade da doença; impulsos ou fantasias sexuais, como nos transtornos parafílicos; impulsos, como nos transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta; ruminações culpadas, como no transtorno depressivo maior ; inserção de pensamento ou preocupações delirantes, como no espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; ou padrões repetitivos de comportamento, como no autismo transtorno do espectro m).

266

Especifique

se: **Com insight bom ou razoável:** O indivíduo reconhece que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são definitivamente ou provavelmente falsas ou que podem ou não ser verdadeiras.

Com insight pobre: O indivíduo pensa que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são provavelmente verdadeiras.

Com insight ausente/crenças delirantes: O indivíduo está completamente convencido de que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são verdadeiras.

Especifique

se: **Relacionado a tiques:** O indivíduo tem uma história atual ou passada de um transtorno de tiques.

Especificadores

Indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) variam no grau de percepção que têm sobre a precisão das crenças que fundamentam seus sintomas obsessivo-compulsivos. Muitos indivíduos têm *uma visão boa ou razoável* (por exemplo, o indivíduo acredita que a casa definitivamente não vai, provavelmente não vai, ou pode ou não queimar se o fogão não for verificado 30 vezes). Algum

têm pouca percepção (por exemplo, o indivíduo acredita que a casa provavelmente vai queimar se o fogão não for verificado 30 vezes), e alguns (4% ou menos) têm percepção ausente/crenças delirantes (por exemplo, o indivíduo está convencido de que a casa vai queimar se o fogão não for verificado 30 vezes). O insight pode variar dentro de um indivíduo ao longo da doença. Uma percepção mais pobre tem sido associada a um pior resultado a longo prazo.

Até 30% dos indivíduos com TOC têm um transtorno de tiques ao longo da vida. Isso é mais comum em homens com início de TOC na infância. Esses indivíduos tendem a diferir daqueles sem histórico de transtornos de tiques nos temas de seus sintomas de TOC, comorbidade, curso e padrão de transmissão familiar.

Características Diagnósticas

Os sintomas característicos do TOC são a presença de obsessões e compulsões (Critério A). As obsessões são pensamentos repetitivos e persistentes (por exemplo, de contaminação), imagens (por exemplo, de cenas violentas ou horríveis) ou impulsos (por exemplo, esfaquear alguém). É importante ressaltar que as obsessões não são prazerosas ou experimentadas como voluntárias: são intrusivas e indesejadas e causam angústia ou ansiedade acentuada na maioria dos indivíduos. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir essas obsessões (por exemplo, evitar gatilhos ou usar a supressão de pensamentos) ou neutralizá-las com outro pensamento ou ação (por exemplo, realizar uma compulsão). Compulsões (ou rituais) são comportamentos repetitivos (por exemplo, lavar, checar) ou atos mentais (por exemplo, contar, repetir palavras silenciosamente) que o indivíduo se sente impelido a realizar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente. A maioria dos indivíduos com TOC tem obsessões e compulsões.

Obsessões e compulsões são tipicamente relacionadas tematicamente (por exemplo, pensamentos de contaminação associados a rituais de lavagem; pensamentos de dano associados a verificações repetidas).

Os indivíduos geralmente relatam que realizam compulsões para reduzir o sofrimento desencadeado por obsessões ou para evitar um evento temido (por exemplo, adoecer). No entanto, essas compulsões ou não estão conectadas de maneira realista ao evento temido (por exemplo, organizar itens simetricamente para evitar danos a um ente querido) ou são claramente excessivas (por exemplo, tomar banho por horas todos os dias).

As compulsões não são feitas por prazer, embora os indivíduos possam experimentar alívio temporário da ansiedade ou angústia.

O conteúdo específico das obsessões e compulsões varia entre os indivíduos. No entanto, certos temas, ou dimensões, são comuns, incluindo os de limpeza (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza); simetria (obsessões de simetria e compulsões de repetição, ordenação e contagem); pensamentos proibidos ou tabus (por exemplo, obsessões agressivas, sexuais ou religiosas e compulsões relacionadas); e danos (por exemplo, medos de danos a si mesmo ou a outros e verificação de compulsões). Alguns indivíduos também têm dificuldades em descartar e acumular objetos como consequência de obsessões e

compulsões (por exemplo, medo de prejudicar os outros); tais compulsões devem ser diferenciadas dos comportamentos primários de acumulação observados no transtorno de acumulação, discutidos mais adiante neste capítulo. Esses temas ocorrem em diferentes culturas, são relativamente consistentes ao longo do tempo em adultos com o transtorno e podem estar associados a diferentes substratos neurais. É importante ressaltar que os indivíduos geralmente apresentam sintomas em mais de uma dimensão.

O critério B enfatiza que obsessões e compulsões devem consumir tempo (por exemplo, mais de 1 hora por dia) ou causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo para justificar o diagnóstico de TOC. Este critério ajuda a distinguir o transtorno de pensamentos intrusivos ocasionais ou comportamentos repetitivos que são comuns na população em geral (por exemplo, verificar novamente se uma porta está trancada). A frequência e a gravidade das obsessões e compulsões variam entre os indivíduos com TOC (por exemplo, alguns apresentam sintomas leves a moderados, passando de 1 a 3 horas por dia obcecado ou fazendo compulsões, enquanto outros têm pensamentos intrusivos ou compulsões quase constantes que podem ser incapacitantes).

Recursos associados

Fenômenos sensoriais, definidos como experiências físicas (por exemplo, sensações físicas, sensações corretas e sentimentos de incompletude) que precedem as compulsões, são comuns no TOC. Até 60% dos indivíduos com TOC relatam esses fenômenos.

Indivíduos com TOC experimentam uma série de respostas afetivas quando confrontados com situações que desencadeiam obsessões e compulsões. Por exemplo, muitos indivíduos experimentam uma ansiedade acentuada que pode incluir ataques de pânico recorrentes. Outros relatam fortes sentimentos de desgosto.

Ao realizar compulsões, alguns indivíduos relatam uma sensação angustiante de “incompletude” ou desconforto até que as coisas pareçam, sintam ou soem “corretamente”.

É comum que os indivíduos com o transtorno evitem pessoas, lugares e coisas que desencadeiam obsessões e compulsões. Por exemplo, indivíduos com preocupações de contaminação podem evitar situações públicas (por exemplo, restaurantes, banheiros públicos) para reduzir a exposição a contaminantes temidos; indivíduos com pensamentos intrusivos sobre causar danos podem evitar interações sociais.

Muitos indivíduos com TOC têm crenças disfuncionais. Essas crenças podem incluir um senso de responsabilidade inflado e a tendência de superestimar a ameaça; perfeccionismo e intolerância à incerteza; e superimportância dos pensamentos (por exemplo, acreditar que ter um pensamento proibido é tão ruim quanto agir sobre ele) e a necessidade de controlar os pensamentos. Essas crenças, no entanto, não são específicas do TOC. O envolvimento de familiares ou amigos em rituais compulsivos, denominados *acomodação*, pode exacerbar ou manter os sintomas e é um alvo importante no tratamento, principalmente em crianças.

Prevalência

A prevalência de 12 meses de TOC nos Estados Unidos é de 1,2%, com prevalência semelhante internacionalmente (incluindo Canadá, Porto Rico, Alemanha, Taiwan, Coréia e Nova Zelândia; 1,1%–1,8%). As mulheres são afetadas em uma taxa ligeiramente maior do que os homens na idade adulta, embora os homens sejam mais comumente afetados na infância.

Desenvolvimento e Curso Nos

Estados Unidos, a idade média de início do TOC é de 19,5 anos, e 25% dos casos começam aos 14 anos. O início após os 35 anos é incomum, mas ocorre. Os homens têm uma idade de início mais precoce do que as mulheres: quase 25% dos homens têm início antes dos 10 anos de idade. O início dos sintomas é tipicamente gradual; no entanto, o início agudo também pode ocorrer.

Se o TOC não for tratado, o curso geralmente é crônico, muitas vezes com sintomas de aumento e diminuição. Alguns indivíduos têm um curso episódico e uma minoria tem um curso de deterioração. Sem tratamento, as taxas de remissão em adultos são baixas (por exemplo, 20% para aqueles reavaliados 40 anos depois). Início

na infância ou adolescência pode levar a uma vida de TOC.

268

No entanto, 40% dos indivíduos com início do TOC na infância ou adolescência podem apresentar remissão no início da idade adulta. O curso do TOC é muitas vezes complicado pela coocorrência de outros transtornos (ver seção "Comorbidade" para este transtorno).

As compulsões são mais facilmente diagnosticadas em crianças do que as obsessões porque as compulsões são geralmente observáveis. No entanto, a maioria das crianças tem obsessões e compulsões (assim como a maioria dos adultos). O padrão de sintomas em adultos pode ser estável ao longo do tempo, mas é mais variável em crianças. Algumas diferenças no conteúdo de obsessões e compulsões foram relatadas quando amostras de crianças e adolescentes são comparadas com amostras de adultos. Essas diferenças provavelmente refletem conteúdo apropriado para diferentes estágios de desenvolvimento (por exemplo, taxas mais altas de obsessões sexuais e religiosas em adolescentes do que em crianças; taxas mais altas de obsessões por danos [por exemplo, medo de eventos catastróficos, como morte ou doença para si mesmo ou para entes queridos] em crianças e adolescentes do que em adultos).

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Maiores sintomas internalizantes, maior emotionalidade negativa e inibição comportamental na infância são possíveis fatores de risco temperamentais.

Ambiental. Diferentes fatores ambientais podem aumentar o risco de TOC. Estes incluem eventos perinatais adversos, parto prematuro, uso materno de tabaco durante a gravidez, abuso físico e sexual na infância e outros eventos estressantes ou traumáticos. Algumas crianças podem desenvolver o início súbito de sintomas obsessivo-compulsivos, que têm sido associados a diferentes fatores ambientais, incluindo vários agentes infecciosos e uma síndrome autoimune pós-infecciosa.

Genética e fisiológica. A taxa de TOC entre parentes de primeiro grau de adultos com TOC é aproximadamente duas vezes maior que entre parentes de primeiro grau daqueles sem o transtorno; entretanto, entre parentes de primeiro grau de indivíduos com início de TOC na infância ou adolescência, a taxa é aumentada em 10 vezes. A transmissão familiar se deve em parte a fatores genéticos (por exemplo, uma taxa de concordância de 0,57 para monozigóticos versus 0,22 para gêmeos dizigóticos). Estudos com gêmeos sugerem que os efeitos genéticos aditivos são responsáveis por ~40% da variação nos sintomas obsessivo-compulsivos. Disfunção no córtex orbitofrontal, córtex cingulado anterior e corpo estriado foram as mais fortemente implicadas; alterações nas redes frontolímbica, frontoparietal e cerebelar também foram relatadas.

Problemas de diagnóstico relacionados à

cultura O TOC ocorre em todo o mundo. Há semelhança substancial entre as culturas na distribuição de gênero, idade de início e comorbidade do TOC. Além disso, em todo o mundo, há uma estrutura de sintomas semelhante envolvendo limpeza, simetria, acumulação, pensamentos tabus e medo de danos. No entanto, existe variação regional na expressão dos sintomas e fatores culturais podem moldar o conteúdo de obsessões e compulsões. Por exemplo, obsessões relacionadas a conteúdo sexual podem ser relatadas com menos frequência em alguns grupos religiosos e culturais, e obsessões relacionadas à violência e agressão podem ser mais comuns em ambientes com maior prevalência de violê-

violência. As atribuições dos sintomas do TOC variam culturalmente, incluindo causas físicas, sociais, espirituais e sobrenaturais; compulsões específicas e opções de busca de ajuda podem ser reforçadas por essas atribuições culturais.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero Os

homens têm uma idade de início do TOC mais precoce do que as mulheres, geralmente na infância, e são mais propensos a ter transtornos de tiques comórbidos. O início nas meninas é mais típico na adolescência; entre os adultos, o TOC é ligeiramente mais comum em mulheres do que em homens. Diferenças de gênero no padrão das dimensões dos sintomas foram relatadas, com, por exemplo, as mulheres mais propensas a ter sintomas na dimensão de limpeza e os homens mais propensos a ter

269

sintomas nos pensamentos proibidos e dimensões de simetria. O início ou exacerbação do TOC, bem como sintomas que podem interferir na relação mãe-bebê (p. Algumas mulheres também relatam exacerbação dos sintomas de TOC antes da menstruação.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas Uma

revisão sistemática da literatura sobre ideação suicida e tentativas de suicídio em amostras clínicas com TOC de vários países encontrou uma taxa média de tentativas de suicídio ao longo da vida de 14,2%, uma taxa média de ideação suicida ao longo da vida de 44,1% e uma média taxa de ideação suicida atual de 25,9%.

Os preditores de maior risco de suicídio foram a gravidade do TOC, a dimensão dos sintomas de pensamentos inaceitáveis, gravidade dos sintomas depressivos e ansiosos comórbidos e história pregressa de suicídio. Outra revisão sistemática internacional de 48 estudos encontrou uma associação significativa moderada a alta entre ideação suicida/tentativas de suicídio e TOC.

Um estudo transversal com 582 pacientes ambulatoriais com TOC do Brasil constatou que 36% relataram pensamentos suicidas ao longo da vida, 20% fizeram planos de suicídio, 11% já tentaram suicídio e 10% apresentaram pensamentos suicidas atuais. A dimensão sexual/religiosa do TOC e transtornos por uso de substâncias comórbidos foram associados a pensamentos suicidas e planos suicidas, transtornos de controle de impulsos foram associados a pensamentos suicidas atuais e a planos e tentativas de suicídio, e transtorno depressivo maior comórbido ao longo da vida e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).) foram associados a todos os aspectos dos comportamentos suicidas.

Em um estudo usando dados do registro nacional sueco envolvendo 36.788 indivíduos com TOC e controles da população geral pareados, os indivíduos com TOC apresentaram maior risco de morte por suicídio ($OR = 9,8$) e tentativa de suicídio ($OR = 5,5$), e o risco aumentado para ambos os resultados permaneceram substanciais mesmo após o ajuste para comorbidades psiquiátricas. Comorbidade de personalidade ou transtorno por uso de substâncias aumentou o risco de suicídio, enquanto sexo feminino, maior escolaridade dos pais e transtorno de ansiedade comórbido foram fatores protetores.

Consequências Funcionais do Transtorno Obsessivo-Compulsivo O TOC está associado

à redução da qualidade de vida, bem como a altos níveis de comprometimento social e ocupacional. O comprometimento ocorre em muitos domínios diferentes da vida e está associado a

gravidade dos sintomas. O comprometimento pode ser causado pelo tempo gasto na obsessão e na execução de compulsões. Evitar situações que podem desencadear obsessões ou compulsões também pode prejudicar gravemente o funcionamento. Além disso, sintomas específicos podem criar obstáculos específicos. Por exemplo, obsessões sobre danos podem fazer com que os relacionamentos com a família e os amigos pareçam perigosos; o resultado pode ser evitar esses relacionamentos. Obsessões sobre simetria podem atrapalhar a conclusão oportuna de projetos escolares ou de trabalho, porque o projeto nunca parece “certo”, potencialmente resultando em fracasso escolar ou perda de emprego. Consequências para a saúde também podem ocorrer. Por exemplo, indivíduos com preocupações de contaminação podem evitar consultórios médicos e hospitais (por exemplo, por medo de exposição a germes) ou desenvolver problemas dermatológicos (por exemplo, lesões na pele devido à lavagem excessiva). Às vezes, os sintomas do distúrbio interferem no próprio tratamento (por exemplo, quando os medicamentos são considerados contaminados). Quando o transtorno se inicia na infância ou adolescência, os indivíduos podem apresentar dificuldades de desenvolvimento. Por exemplo, os adolescentes podem evitar socializar com os pares; os jovens adultos podem ter dificuldades quando saem de casa para viver de forma independente. O resultado pode ser poucos relacionamentos significativos fora da família e falta de autonomia e independência financeira da família de origem. Além disso, alguns indivíduos com TOC tentam impor regras e proibições aos familiares por causa de suas obsessões

270

(por exemplo, ninguém da família pode receber visitas na casa por medo de contaminação), e isso pode levar à disfunção familiar.

Diagnóstico diferencial

Transtornos de ansiedade. Pensamentos recorrentes, comportamentos de evitação e pedidos repetitivos de segurança também podem ocorrer em transtornos de ansiedade. No entanto, os pensamentos recorrentes que estão presentes no transtorno de ansiedade generalizada (ou seja, preocupações) geralmente são sobre preocupações da vida real, enquanto as obsessões do TOC geralmente não envolvem preocupações da vida real e podem incluir conteúdo estranho, irracional ou de uma natureza aparentemente mágica; além disso, as compulsões costumam estar presentes e geralmente ligadas às obsessões. Assim como indivíduos com TOC, indivíduos com fobia específica podem ter uma reação de medo a objetos ou situações específicas; no entanto, na fobia específica, o objeto temido geralmente é muito mais circunscrito e os rituais não estão presentes. No transtorno de ansiedade social, os objetos ou situações temidos são limitados a interações sociais ou situações de desempenho, e a evitação ou busca de reafirmação é focada na redução de sentimentos de constrangimento.

Transtorno depressivo maior. O TOC precisa ser diferenciado da ruminação do transtorno depressivo maior, no qual os pensamentos são geralmente congruentes com o humor e não necessariamente experimentados como intrusivos ou angustiantes; além disso, as ruminações não estão ligadas a compulsões, como é típico no TOC.

Outros transtornos obsessivo-compulsivos e afins. No transtorno dismórfico corporal, as obsessões e compulsões limitam-se às preocupações com a aparência física; e na tricotilomania (distúrbio de puxar o cabelo), o comportamento compulsivo limita-se a puxar o cabelo na ausência de obsessões. Os sintomas do transtorno de acumulação concentram-se exclusivamente na dificuldade persistente de descartar ou se desfazer de bens, sofrimento acentuado associado ao descarte de itens e acúmulo excessivo de objetos. No entanto, se um indivíduo tem obsessões típicas do TOC (por exemplo, preocupações com

incompletude ou dano), e essas obsessões levam à acumulação compulsiva (por exemplo, adquirir todos os objetos em um conjunto para obter uma sensação de completude ou não descartar jornais velhos porque podem conter informações que podem evitar danos), um diagnóstico de TOC deve ser dado em vez de.

Distúrbios alimentares. O TOC pode ser diferenciado da anorexia nervosa, pois no TOC as obsessões e compulsões não se limitam a preocupações com peso e comida.

Tiques (no transtorno do tique) e movimentos estereotipados. Um *tique* é um movimento motor ou vocalização súbito, rápido, recorrente e não rítmico (p. ex., piscar os olhos, pigarrear). Um *movimento estereotipado* é um comportamento motor repetitivo, aparentemente dirigido e não funcional (por exemplo, bater a cabeça, balançar o corpo, morder a si mesmo). Tiques e movimentos estereotipados são tipicamente menos complexos do que compulsões e não visam neutralizar obsessões. No entanto, distinguir entre tiques complexos e compulsões pode ser difícil. Enquanto as compulsões são geralmente precedidas por obsessões, os tiques são frequentemente precedidos por impulsos sensoriais premonitórios. Alguns indivíduos apresentam sintomas de TOC e transtorno de tiques, caso em que ambos os diagnósticos podem ser garantidos.

Transtornos psicóticos. Alguns indivíduos com TOC têm pouca percepção ou até mesmo crenças delirantes de TOC. No entanto, eles têm obsessões e compulsões (distinguindo sua condição de transtorno delirante) e não têm outras características de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo (por exemplo, alucinações ou fala desorganizada). Para indivíduos cujos sintomas de TOC justificam o especificador “com insight ausente/crenças delirantes”, esses sintomas não devem ser diagnosticados como um transtorno psicótico.

Outros comportamentos do tipo compulsivo Certos comportamentos são às vezes descritos como “compulsivos”, incluindo comportamento sexual (no caso de parafiliais), jogos de azar (ou seja, transtorno de jogo) e uso de substâncias (por exemplo, transtorno por uso de álcool). No entanto, esses comportamentos diferem

das compulsões do TOC, na medida em que a pessoa geralmente obtém prazer da atividade e pode desejar resistir a ela apenas por causa de suas consequências deletérias.

Transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo. Embora o transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo e o TOC tenham nomes semelhantes, as manifestações clínicas desses transtornos são bastante diferentes. O transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo não é caracterizado por pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos ou por comportamentos repetitivos que são realizados em resposta a esses sintomas intrusivos; em vez disso, envolve um padrão desadaptativo duradouro e generalizado de perfeccionismo excessivo e controle rígido. Se um indivíduo manifesta sintomas de TOC e transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva, ambos os diagnósticos podem ser dados.

Comorbidade

Indivíduos com TOC frequentemente apresentam outras psicopatologias. Muitos adultos com o transtorno nos Estados Unidos têm um diagnóstico vitalício de transtorno de ansiedade (76%; por exemplo, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade generalizada, fobia específica) ou transtorno depressivo ou bipolar (63% para qualquer transtorno depressivo ou transtorno bipolar, sendo o mais comum o transtorno depressivo maior [41%]); um diagnóstico ao longo da vida de um transtorno do controle de impulsos (56%) ou um transtorno por uso de substâncias (39%) também é comum. O início do TOC é geralmente mais tardio do que para a maioria

transtornos de ansiedade comórbidos (com exceção do transtorno de ansiedade de separação) e TEPT, mas geralmente precede o dos transtornos depressivos. Em um estudo de 214 adultos em busca de tratamento nos Estados Unidos com TOC do DSM-IV na admissão, o transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo comórbido foi encontrado em 23% a 32% dos indivíduos acompanhados longitudinalmente.

Até 30% dos indivíduos com TOC também têm um transtorno de tique ao longo da vida. Um transtorno de tique comórbido é mais comum em homens com início de TOC na infância. Esses indivíduos tendem a diferir daqueles sem histórico de transtornos de tiques nos temas de seus sintomas de TOC, comorbidade, curso e padrão de transmissão familiar. Uma tríade de TOC, transtorno de tiques e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade também pode ser observada em crianças.

Vários transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados, incluindo transtorno dismórfico corporal, tricotilomania e transtorno de escoriação (skin-picking), também ocorrem com mais frequência em indivíduos com TOC do que naqueles sem TOC.

O TOC também é muito mais comum em indivíduos com certos outros transtornos do que seria esperado com base em sua prevalência na população geral; quando um desses outros distúrbios é diagnosticado, o indivíduo também deve ser avaliado para TOC. Por exemplo, em indivíduos com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, a prevalência de TOC é de aproximadamente 12%. As taxas de TOC também são elevadas no transtorno bipolar; distúrbios alimentares, como anorexia nervosa e bulimia nervosa; transtorno dismórfico corporal; e transtorno de Tourette.

Transtorno Dismórfico Corporal

Critério de diagnóstico

F45.22

- A. Preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidas na aparência que não são observáveis ou parecem leves para os outros.
- B. Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo executou comportamentos repetitivos (por exemplo, verificação no espelho, limpeza excessiva, cutucar a pele, busca de segurança) ou atos mentais (por exemplo, comparar sua aparência com a de outras pessoas) em resposta às preocupações de aparência.
- C. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- D. A preocupação com a aparência não é melhor explicada por preocupações com gordura corporal ou peso em um indivíduo cujos sintomas atendem aos critérios diagnósticos para um transtorno alimentar.

272

Especifique

se: **Com dismorfia muscular:** O indivíduo está preocupado com a ideia de que seu corpo é muito pequeno ou insuficientemente muscular. Este especificador é usado mesmo que o indivíduo esteja preocupado com outras áreas do corpo, o que geralmente é o caso.

Especifique

se: Indique o grau de percepção sobre as crenças do transtorno dismórfico corporal (por exemplo, "Eu pareço feio" ou "Eu pareço deformado").

Com insight bom ou razoável: O indivíduo reconhece que as crenças do transtorno dismórfico corporal são definitivamente ou provavelmente falsas ou que podem ou não ser verdadeiras.

Com insight pobre: O indivíduo pensa que as crenças do transtorno dismórfico corporal são provavelmente verdadeiras.

Com insight ausente/crenças delirantes: O indivíduo está completamente convencido de que as crenças do transtorno dismórfico corporal são verdadeiras.

Especificadores

A *dismorfia muscular*, uma forma de transtorno dismórfico corporal que ocorre quase exclusivamente em homens e meninos adolescentes, consiste na preocupação com a ideia de que o corpo é muito pequeno ou insuficientemente magro ou musculoso. Indivíduos com esta forma do distúrbio realmente têm um corpo de aparência normal ou são até mesmo muito musculosos. Eles também podem estar preocupados com outras áreas do corpo, como pele ou cabelo. A maioria (mas não todos) faz dieta, faz exercícios e/ou levanta pesos excessivamente, às vezes causando danos corporais. Alguns usam esteróides anabolizantes androgênicos potencialmente perigosos e outras substâncias para tentar tornar seu corpo maior e mais musculoso.

Indivíduos com transtorno dismórfico corporal variam no grau de percepção que têm sobre a precisão de suas crenças de transtorno dismórfico corporal (por exemplo, "eu pareço feio", "eu pareço deformado"). O insight sobre as crenças do transtorno dismórfico corporal pode variar de bom a ausente/delirante (ou seja, crenças delirantes que consistem em completa convicção de que a visão do indivíduo sobre sua aparência é precisa e não distorcida). Em média, o insight é ruim e um terço ou mais dos indivíduos atualmente têm crenças ausentes de insight/transtorno dismórfico corporal delirante.

Indivíduos com transtorno dismórfico corporal delirante tendem a ter maior morbidade em algumas áreas (p.

Características Diagnósticas

Indivíduos com transtorno dismórfico corporal (anteriormente conhecido como *dismorfofobia*) estão preocupados com um ou mais defeitos ou falhas percebidas em sua aparência física, que eles acreditam parecer feios, pouco atraentes, anormais ou deformados (Critério A). As falhas percebidas não são observáveis ou parecem apenas leves para outros indivíduos. As preocupações variam de parecer "pouco atraente" ou "incorrecto" a parecer "horrível" ou "como um monstro". As preocupações podem se concentrar em uma ou várias áreas do corpo, mais comumente a pele (por exemplo, acne percebida, cicatrizes, linhas, rugas, palidez), cabelo (por exemplo, cabelo "ralo" ou cabelo corporal ou facial "excessivo") ou nariz (ex., tamanho ou forma). No entanto, qualquer área do corpo pode ser o foco de preocupação (por exemplo, olhos, dentes, peso, estômago, seios, pernas, tamanho ou formato do rosto, lábios, queixo, sobrancelhas, genitais). Alguns indivíduos estão preocupados com a assimetria percebida das áreas do corpo. As preocupações são intrusivas, indesejadas, demoradas (ocorrendo, em média, de 3 a 8 horas por dia) e geralmente difíceis de

Comportamentos repetitivos excessivos ou atos mentais (p.

a preocupação (Critério B). O indivíduo sente-se impelido a realizar essas

273

comportamentos que não são prazerosos e podem aumentar a ansiedade e a disforia. Eles são tipicamente demorados e difíceis de resistir ou controlar. Comportamentos comuns são comparar a própria aparência com a de outros indivíduos; verificar repetidamente defeitos percebidos em espelhos ou outras superfícies refletoras ou examiná-los diretamente; tirar “selfies” em excesso; arrumar-se excessivamente (por exemplo, pentear, pentear, barbear, arrancar ou puxar o cabelo); buscar garantias sobre a aparência das falhas percebidas; tocar em áreas não apreciadas para verificar-las; exercício excessivo ou levantamento de peso; e buscando procedimentos estéticos. Alguns indivíduos se bronzeiam excessivamente (por exemplo, para escurecer a pele “pálida” ou diminuir a percepção de acne), mudam repetidamente de roupa (por exemplo, para camuflar defeitos percebidos) ou fazem compras compulsivamente (por exemplo, produtos de beleza). A escolha compulsiva da pele destinada a melhorar os defeitos percebidos da pele é comum e pode causar danos à pele, infecções ou vasos sanguíneos rompidos. Camuflar (ou seja, esconder ou cobrir) defeitos percebidos, um comportamento muito comum em indivíduos com transtorno dismórfico corporal, pode envolver comportamentos repetitivos (p. A preocupação deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério C); geralmente ambos estão presentes. O transtorno dismórfico corporal deve ser diferenciado de um transtorno alimentar. O transtorno dismórfico corporal por procura é uma forma de transtorno dismórfico corporal em que os indivíduos estão preocupados com defeitos que percebem na aparência de outra pessoa, na maioria das vezes um outro significativo (por exemplo, cônjuge ou parceiro), mas às vezes um pai,

Recursos associados

Muitos indivíduos com transtorno dismórfico corporal têm ideias ou delírios de referência, acreditando que outras pessoas os notam ou zombam deles por causa de sua aparência. O transtorno dismórfico corporal está associado a altos níveis de ansiedade, ansiedade social, evitação social, humor deprimido, afetividade negativa (neuroticismo), sensibilidade à rejeição e perfeccionismo, bem como baixa extroversão e baixa autoestima. O transtorno dismórfico corporal também está associado a hostilidade elevada e comportamento agressivo. Muitos indivíduos têm vergonha de sua aparência e de seu foco excessivo em sua aparência e relutam em revelar suas preocupações aos outros. A maioria das pessoas recebe tratamento cosmético para tentar melhorar seus defeitos percebidos.

O tratamento dermatológico e a cirurgia são os mais comuns, mas qualquer tipo (por exemplo, dental, eletrólise) pode ser recebido. Alguns indivíduos realizam cirurgia em si mesmos. O transtorno dismórfico corporal parece responder mal a esses tratamentos e às vezes piora. Alguns indivíduos tomam medidas legais ou são violentos em relação ao clínico (por exemplo, cirurgião) porque estão insatisfeitos com o resultado cosmético.

O transtorno dismórfico corporal tem sido associado a anormalidades no reconhecimento de emoções, atenção e função executiva, bem como vieses de processamento de informações e imprecisões na interpretação de informações e situações sociais. Por exemplo, indivíduos com esse transtorno tendem a ter um viés para interpretações negativas e ameaçadoras de expressões faciais e cenários ambíguos. O transtorno dismórfico corporal também é caracterizado por anormalidades de processamento visual, com um viés para analisar e codificar detalhes em vez de holísticos ou configuracionais

aspectos dos estímulos visuais.

Prevalência

A prevalência pontual em um estudo epidemiológico nacional entre adultos norte-americanos foi de 2,4% (2,5% em mulheres e 2,2% em homens). Fora dos Estados Unidos (por exemplo, Alemanha), estudos semelhantes indicam que a prevalência pontual é de 1,7% a 2,9%, com distribuição de gênero semelhante à dos Estados Unidos. Globalmente, a prevalência pontual é de 11% a 13% entre pacientes dermatológicos, 13% a 15% entre pacientes de cirurgia estética geral, 20% em pacientes de cirurgia de rinoplastia, 11% entre pacientes adultos de cirurgia de correção de mandíbula e 5% a 10% entre adultos pacientes de ortodontia/odontologia estética. Entre adolescentes e estudantes universitários, as taxas de prevalência pontual são relativamente mais altas em meninas/mulheres jovens em comparação com meninos/homens jovens.

274

Desenvolvimento e Curso A idade

média de início do transtorno é de 16 a 17 anos, a idade média de início é de 15 anos e a idade de início mais comum é de 12 a 13 anos; em dois terços dos indivíduos, o início é antes dos 18 anos.

Os sintomas do transtorno dismórfico corporal subclínico começam, em média, aos 12 ou 13 anos.

As preocupações subclínicas geralmente evoluem gradualmente para o transtorno completo, embora alguns indivíduos apresentem início abrupto do transtorno dismórfico corporal. O distúrbio geralmente parece ser crônico, embora a melhora seja provável quando o tratamento baseado em evidências é recebido. As características clínicas do transtorno parecem muito semelhantes em crianças/adolescentes e adultos. O transtorno dismórfico corporal ocorre em idosos, mas pouco se sabe sobre o transtorno nessa faixa etária. Indivíduos com início do transtorno antes dos 18 anos de idade têm mais comorbidade e são mais propensos a ter início gradual do transtorno (em vez de agudo) do que aqueles com transtorno dismórfico corporal de início adulto.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. O transtorno dismórfico corporal tem sido associado a altas taxas de negligência, abuso e trauma na infância, bem como altas taxas de provocações.

Genética e fisiológica. A prevalência do transtorno dismórfico corporal é elevada em parentes de primeiro grau de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). A hereditariedade dos sintomas do transtorno dismórfico corporal é estimada em 37% a 49% em estudos de gêmeos adolescentes e adultos jovens e pode ser maior em mulheres. Há vulnerabilidade genética compartilhada com o TOC, bem como influências genéticas específicas para os sintomas do transtorno dismórfico corporal.

Problemas de diagnóstico relacionados à cultura

O transtorno dismórfico corporal foi relatado internacionalmente. Certas características do transtorno aparecem transculturalmente, como proporção de gênero, áreas do corpo que são objeto de preocupação, tipos de comportamentos repetitivos e níveis de sofrimento e deficiência associados. Outras características podem variar (por exemplo, em alguns contextos culturais com foco coletivista, como o Japão, as preocupações com a dismórfica corporal podem enfatizar o medo de ofender os outros por causa da deformidade percebida).

Padrões culturais variados podem estar associados a preocupações específicas com a imagem corporal, como

pálpebras no Japão e dismorfia muscular nos países ocidentais. *Tajin kyofusho*, incluído no sistema diagnóstico tradicional japonês, possui um subtipo semelhante ao transtorno dismórfico corporal: *shubo-kyofu* (“a fobia de um corpo deformado”). Para obter mais informações sobre os conceitos culturais de angústia, consulte o capítulo “Cultura e diagnóstico psiquiátrico”.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero A

dismorfia muscular ocorre quase exclusivamente em homens, e os homens são mais propensos a ter um transtorno por uso de substâncias comórbido, enquanto as mulheres são mais propensas a ter um transtorno alimentar comórbido. Mulheres e homens parecem ter mais semelhanças do que diferenças em termos da maioria das características clínicas – por exemplo, áreas do corpo que não gostam, tipos de comportamentos repetitivos, gravidade dos sintomas, tendência ao suicídio, comorbidade, curso da doença e realização de procedimentos cosméticos para transtorno dismórfico corporal. No entanto, existem algumas diferenças. Por exemplo, os homens são mais propensos a ter preocupações com seus órgãos genitais, constituição corporal (pensando que são muito pequenos ou inadequadamente musculosos) e queda de cabelo, enquanto as mulheres são mais propensas a se preocuparem com o peso (geralmente pensando que pesam muito) , seios/peito, nádegas, pernas, quadris e excesso de pelos corporais/faciais.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Em uma revisão sistemática e meta-análise de 17 estudos que examinaram pensamentos e comportamentos suicidas em vários países, indivíduos com transtorno dismórfico corporal foram

275

quatro vezes mais chances de ter pensamentos suicidas (OR agrupado = 3,87) e 2,6 vezes mais chances de ter feito tentativas de suicídio (OR agrupado = 2,57) quando comparados com controles saudáveis e indivíduos diagnosticados com transtornos alimentares, TOC ou qualquer transtorno de ansiedade . Dois estudos de população geral na Alemanha encontraram taxas mais altas de pensamentos suicidas – 19% vs. 3%; 31,0% vs. 3,5%—e comportamentos—7% vs. 1%; 22,2% vs. 2,1% - em indivíduos diagnosticados com transtorno dismórfico corporal do que naqueles sem o diagnóstico.

A gravidade do transtorno dismórfico corporal fortalece a associação do transtorno dismórfico corporal com pensamentos e comportamentos suicidas. A relação entre transtorno dismórfico corporal e pensamentos e comportamentos suicidas elevados é independente da comorbidade, mas certas comorbidades podem fortalecer ainda mais essa relação. Uma proporção substancial de indivíduos com transtorno dismórfico corporal atribui pensamentos suicidas ou tentativas de suicídio principalmente a suas preocupações com a aparência.

Indivíduos com transtorno dismórfico corporal têm muitos fatores de risco demográficos e clínicos que geralmente predizem morte por suicídio, como altas taxas de pensamentos suicidas e tentativas de suicídio, desemprego, abuso percebido, baixa autoestima e altas taxas de transtorno depressivo maior comórbido, alimentação transtornos por uso de substâncias.

Consequências funcionais do transtorno dismórfico corporal Quase todos os indivíduos

com transtorno dismórfico corporal apresentam funcionamento psicossocial prejudicado por causa de suas preocupações com a aparência. O comprometimento pode variar de moderado (por exemplo, evitar algumas situações sociais) a extremo e incapacitante (por exemplo, ser completamente

recluso em casa).

Em média, o funcionamento psicossocial e a qualidade de vida são marcadamente ruins. Sintomas de transtorno dismórfico corporal mais graves estão associados a pior funcionamento e qualidade de vida.

A maioria dos indivíduos apresenta prejuízo em seu trabalho, acadêmico ou desempenho de papéis (por exemplo, como pai ou cuidador), que geralmente é grave (por exemplo, desempenho ruim, falta à escola ou ao trabalho, não trabalha). Cerca de 20% dos jovens com transtorno dismórfico corporal relatam abandonar a escola principalmente por causa de seus sintomas de transtorno dismórfico corporal. Uma alta proporção de adultos e adolescentes foi hospitalizada psiquiatricamente.

Diagnóstico Diferencial Preocupações com

aparência normal e defeitos físicos claramente perceptíveis.

O transtorno dismórfico corporal difere das

preocupações normais com a aparência por ser caracterizado por preocupações excessivas relacionadas à aparência e comportamentos repetitivos que consomem tempo, geralmente são difíceis de resistir ou controlar e causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento. Defeitos físicos que são claramente perceptíveis (ou seja, não leves) não são diagnosticados como transtorno dismórfico corporal.

No entanto, a escoriação da pele como sintoma de transtorno dismórfico corporal pode causar lesões e cicatrizes perceptíveis na pele; nesses casos, o transtorno dismórfico corporal deve ser diagnosticado.

Distúrbios alimentares. Em um indivíduo com transtorno alimentar, as preocupações sobre estar gordo ou com sobrepeso são consideradas um sintoma do transtorno alimentar, e não do transtorno dismórfico corporal. No entanto, preocupações com o peso podem ocorrer no transtorno dismórfico corporal. Transtornos alimentares e transtorno dismórfico corporal podem ser comórbidos, caso em que ambos devem ser diagnosticados.

Outros transtornos obsessivo-compulsivos e afins.

As preocupações e comportamentos repetitivos do transtorno dismórfico corporal diferem das obsessões e compulsões do TOC, pois as primeiras se concentram apenas na aparência física. Esses transtornos têm outras diferenças, como percepção mais pobre, depressão mais frequente e taxas mais altas de suicídio.

276

Ideação no Transtorno Dismórfico Corporal. Quando o skin picking se destina a melhorar a aparência de defeitos cutâneos percebidos, o transtorno dismórfico corporal, em vez do transtorno de escoriação (skin-picking), é diagnosticado. Quando a depilação (arrancar, puxar ou outros tipos de remoção) se destina a melhorar os defeitos percebidos na aparência dos pelos faciais, na cabeça ou no corpo, o transtorno dismórfico corporal é diagnosticado em vez de tricotilomania (transtorno de arrancar os cabelos).

Transtorno de ansiedade de doença. Indivíduos com transtorno dismórfico corporal não estão preocupados em ter ou adquirir uma doença grave e em amostras clínicas não apresentam níveis particularmente elevados de somatização.

Transtorno depressivo maior.

A preocupação proeminente com a aparência e os comportamentos repetitivos excessivos no transtorno dismórfico corporal o diferenciam do transtorno depressivo maior. No entanto, o transtorno depressivo maior e os sintomas depressivos são comuns em indivíduos com transtorno dismórfico corporal, muitas vezes parecendo ser secundários ao sofrimento e ao comprometimento que o transtorno dismórfico corporal causa. O transtorno dismórfico corporal deve ser diagnosticado em indivíduos deprimidos se os critérios diagnósticos para transtorno dismórfico corporal forem atendidos.

Transtornos de ansiedade. Ansiedade social e evitação são comuns no transtorno dismórfico corporal.

No entanto, ao contrário do transtorno de ansiedade social, agorafobia e transtorno de personalidade esquiva, o transtorno dismórfico corporal inclui uma preocupação proeminente relacionada à aparência, que pode ser delirante e comportamentos repetitivos. Além disso, a ansiedade social e a evitação que são características do transtorno dismórfico corporal são atribuíveis a preocupações com defeitos de aparência percebidos e a crença ou medo de que outras pessoas considerem esses indivíduos feios, ridicularizem ou rejeitem por causa de suas características físicas. Ao contrário do transtorno de ansiedade generalizada, a ansiedade e a preocupação no transtorno dismórfico corporal se concentram nas falhas de aparência percebidas.

Transtornos psicóticos. Muitos indivíduos com transtorno dismórfico corporal têm crenças de aparência delirante (ou seja, completa convicção de que sua visão de seus defeitos percebidos é correta), que é diagnosticada como transtorno dismórfico corporal, com insight ausente/crenças delirantes, não como transtorno delirante. Idéias relacionadas à aparência ou delírios de referência são comuns no transtorno dismórfico corporal (ou seja, pensar que outras pessoas prestam atenção especial de forma negativa por causa da aparência do indivíduo). Entretanto, diferentemente da esquizofrenia ou do transtorno esquizoafetivo, o transtorno dismórfico corporal envolve preocupações proeminentes com a aparência e comportamentos repetitivos relacionados; comportamento desorganizado e outros sintomas psicóticos estão ausentes (exceto crenças de aparência, que podem ser delirantes). Para indivíduos cujos sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado justificam o especificador “com insight ausente/crenças delirantes”, esses sintomas não devem ser diagnosticados como um transtorno psicótico.

Outros distúrbios e sintomas. O transtorno dismórfico corporal não deve ser diagnosticado se a preocupação estiver limitada ao desconforto ou ao desejo de se livrar das características sexuais primárias e/ou secundárias em um indivíduo com *disforia de gênero*. Nem o transtorno dismórfico corporal deve ser diagnosticado se a preocupação se concentrar na crença de que alguém emite um odor corporal desagradável ou ofensivo como no transtorno de referência olfativa (síndrome de referência olfativa), que é um exemplo de outro transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado especificado no DSM-5. A *disforia de integridade corporal* (que está incluída na CID-11, mas não no DSM-5) envolve um desejo persistente de se tornar um amputado para corrigir uma incompatibilidade entre a percepção do indivíduo de como seu corpo deve ser configurado e sua anatomia real. configuração. Ao contrário do transtorno dismórfico corporal, o indivíduo não sente que o membro a ser amputado é feio ou defeituoso de alguma forma, apenas que não deveria estar ali. *Koro*, um distúrbio culturalmente relacionado que geralmente ocorre em epidemias no sudeste da Ásia, consiste no medo de que o pênis (lábios, mamilos ou seios nas mulheres) esteja encolhendo ou retraiendo e desapareça no abdômen, muitas vezes acompanhado por uma crença de que a morte

resultará. *Koro* difere do transtorno dismórfico corporal de várias maneiras, incluindo um foco na morte em vez da preocupação com a feiura percebida. A *preocupação dismórfica* (que não é um transtorno do DSM-5) é um construto mais amplo que é semelhante, mas não equivalente, ao transtorno dismórfico corporal. Envolve sintomas que refletem uma preocupação excessiva com falhas leves ou imaginadas na aparência.

Comorbidade

O transtorno depressivo maior é o transtorno comórbido mais comum, com início geralmente depois disso.

do transtorno dismórfico corporal. Transtorno de ansiedade social comórbido, TOC e transtornos relacionados a substâncias (incluindo o uso de esteróides anabólicos androgênicos na forma de dismorfia muscular do transtorno dismórfico corporal) também são comuns.

Desordem de acumulação

Critério de diagnóstico	F42.3
<p>A. Dificuldade persistente em descartar ou se desfazer de bens, independentemente de sua valor atual.</p> <p>B. Essa dificuldade se deve à percepção da necessidade de guardar os itens e ao sofrimento associado ao descarte.</p> <p>C. A dificuldade em descartar bens resulta no acúmulo de bens que congestionam e desordenam as áreas de vida ativas e comprometem substancialmente o uso pretendido. Se as áreas de estar estão organizadas, é apenas por causa das intervenções de terceiros (por exemplo, familiares, faxineiros, autoridades).</p> <p>D. A acumulação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (incluindo a manutenção de um ambiente seguro para si e para os outros).</p> <p>E. O acúmulo não é atribuível a outra condição médica (por exemplo, lesão cerebral, doença cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi).</p> <p>F. A acumulação não é melhor explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (por exemplo, obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, diminuição da energia no transtorno depressivo maior, delírios na esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, déficits cognitivos no transtorno neurocognitivo maior, interesses restritos em transtorno do espectro autista).</p>	

Especifique

se: **Com aquisição excessiva:** Se a dificuldade em descartar bens é acompanhada por aquisição excessiva de itens que não são necessários ou para os quais não há espaço disponível.

Especifique

se: **Com insight bom ou justo:** O indivíduo reconhece que as crenças e comportamentos relacionados ao acúmulo (relativos à dificuldade de descartar itens, desordem ou aquisição excessiva) são problemáticos.

Com percepção ruim: O indivíduo está principalmente convencido de que as crenças e comportamentos relacionados ao acúmulo (relativos à dificuldade de descartar itens, desordem ou aquisição excessiva) não são problemáticos, apesar das evidências em contrário.

Com insight ausente/crenças delirantes: O indivíduo está completamente convencido de que as crenças e comportamentos relacionados ao acúmulo (pertencentes à dificuldade em descartar itens, desordem ou aquisição excessiva) não são problemáticos, apesar das evidências em contrário.

Especificadores

Com aquisição excessiva. Aproximadamente 80% a 90% dos indivíduos com transtorno de acumulação apresentam aquisição excessiva. A forma de aquisição mais frequente é a compra excessiva, seguida da aquisição de itens gratuitos (por exemplo, folhetos, itens descartados por terceiros). O roubo é menos comum. Alguns indivíduos podem negar aquisição excessiva quando avaliados pela primeira vez, mas pode aparecer mais tarde durante o curso do tratamento. Indivíduos com transtorno de acumulação geralmente experimentam angústia se forem incapazes ou impedidos de adquirir itens.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de acumulação é a dificuldade persistente em descartar ou se desfazer de bens, independentemente de seu valor real (Critério A). O termo *persistente* indica uma dificuldade de longa data, em vez de circunstâncias de vida mais transitórias que podem levar a desordem excessiva, como herança de propriedade. A dificuldade em descartar bens observada no Critério A refere-se a qualquer forma de descarte, incluindo jogar fora, vender, doar ou reciclar.

As principais razões apontadas para essa dificuldade são a utilidade percebida ou valor estético dos itens ou forte apego sentimental aos bens. Alguns indivíduos se sentem responsáveis pelo destino de suas posses e muitas vezes fazem de tudo para evitar desperdícios. O medo de perder informações importantes também é comum. Os itens mais comumente salvos são jornais, revistas, roupas, bolsas, livros, correspondência e papéis, mas praticamente qualquer item pode ser salvo. A natureza dos itens não se limita a bens que a maioria das outras pessoas definiria como inúteis ou de valor limitado. Muitas pessoas também coletam e guardam um grande número de coisas valiosas, que são frequentemente encontradas em pilhas misturadas com outros itens menos valiosos.

Indivíduos com transtorno de acumulação intencionalmente guardam bens e experimentam angústia (p. ex., ansiedade, frustração, arrependimento, tristeza, culpa) diante da perspectiva de descartá-los (Critério B). Esse critério enfatiza que a poupança de bens é intencional, o que discrimina o transtorno de acumulação de outras formas de psicopatologia que se caracterizam pelo acúmulo passivo de itens ou pela ausência de angústia quando os bens são retirados.

Os indivíduos acumulam um grande número de itens que enchem e desordenam as áreas de estar ativas na medida em que o uso pretendido não é mais possível (Critério C). Por exemplo, o indivíduo pode não conseguir cozinar na cozinha, dormir em sua cama ou sentar em uma cadeira. Se o espaço pode ser usado, é apenas com grande dificuldade. A *desordem* é definida como um grande grupo de objetos geralmente não relacionados ou marginalmente relacionados empilhados de forma desorganizada em espaços projetados para outros fins (por exemplo, tampos de mesa, piso, corredor). O critério C enfatiza as áreas de vida “ativas” da casa, em vez de áreas mais periféricas, como garagens, sótãos ou porões, que às vezes estão desordenados em casas de indivíduos sem desordem de acumulação. No entanto, indivíduos com transtorno de acumulação muitas vezes possuem bens que extrapolam as áreas de convivência ativas e podem ocupar e prejudicar o uso de outros espaços, como veículos, quintais, local de trabalho e casas de amigos e parentes. Em alguns casos, as áreas de estar podem ser organizadas apenas devido à intervenção de terceiros (por exemplo, familiares, faxineiros, autoridades locais). Indivíduos que foram forçados a deixar suas casas ainda têm um quadro de sintomas que atende aos critérios para transtorno de acu-

a falta de desordem é atribuível a uma intervenção de terceiros. O transtorno de acumulação contrasta com o comportamento normativo de coleta, que é organizado e seletivo, embora em alguns casos a quantidade real de bens possa ser semelhante à quantidade acumulada por um indivíduo com transtorno de acumulação. A coleta normativa não produz a desordem, angústia ou prejuízo típico do transtorno de acumulação.

Os sintomas (isto é, dificuldade em descartar e/ou desordem) devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento, incluindo a manutenção de um ambiente seguro para si e para os outros (Critério D). Em alguns casos, particularmente quando há pouca percepção, o indivíduo pode não relatar angústia e o

279

deficiência pode ser aparente apenas para aqueles ao redor do indivíduo. No entanto, qualquer tentativa de descartar ou limpar os bens por terceiros resulta em altos níveis de angústia.

Recursos associados

Outras características comuns do transtorno de acumulação incluem indecisão, perfeccionismo, evitação, procrastinação, dificuldade em planejar e organizar tarefas e distração. Alguns indivíduos com transtorno de acumulação vivem em condições insalubres que podem ser uma consequência lógica de espaços severamente desordenados e/ou que estão relacionados a dificuldades de planejamento e organização. A acumulação de animais pode ser definida como o acúmulo de um grande número de animais e a falha em fornecer padrões mínimos de nutrição, saneamento e cuidados veterinários, bem como a falha em agir sobre a condição de deterioração dos animais (incluindo doenças, fome ou morte) e o meio ambiente (por exemplo, superlotação severa, condições extremamente insalubres). A acumulação de animais pode ser uma manifestação especial do distúrbio de acumulação. Muitos indivíduos que acumulam animais também acumulam objetos inanimados. As diferenças mais proeminentes entre a acumulação de animais e objetos são a extensão das condições insalubres e a percepção mais pobre da acumulação de animais.

Prevalência

Estudos de prevalência nacionalmente representativos do transtorno de acumulação não estão disponíveis. Pesquisas comunitárias estimam que a prevalência pontual de acumulação clinicamente significativa nos Estados Unidos e na Europa varia entre 1,5% e 6%. Em uma meta-análise de 12 estudos em países de alta renda, foi encontrada uma prevalência de 2,5%, sem diferença de gênero identificada. Isso contrasta com as amostras clínicas, que são predominantemente mulheres. Em um estudo de base populacional na Holanda, os sintomas de acumulação pareciam ser quase três vezes mais prevalentes em adultos mais velhos (mais de 65 anos) em comparação com adultos mais jovens (30 a 40 anos).

O acúmulo de desenvolvimento e

curso parece começar cedo na vida e se estende até os estágios finais. Os sintomas de acumulação podem surgir pela primeira vez por volta dos 15-19 anos, começar a interferir no funcionamento diário do indivíduo em meados dos 20 anos e causar prejuízo clinicamente significativo em meados dos 30 anos. Os participantes de estudos de pesquisa clínica geralmente estão na faixa dos 50 anos. Assim, a gravidade do acúmulo aumenta a cada década de vida, especialmente após os 30 anos. Uma vez que os sintomas começam, o curso do acúmulo é muitas vezes crônico, com poucos indivíduos relatando um curso crescente e decrescente.

O acúmulo patológico em crianças parece ser facilmente distinguido dos comportamentos de poupança e coleta adaptativos ao desenvolvimento. Como crianças e adolescentes normalmente não controlam seu ambiente de vida e descartam comportamentos, a possível intervenção de terceiros (p).

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. A indecisão é uma característica proeminente de indivíduos com transtorno de acumulação e seus parentes de primeiro grau.

Ambiental. Indivíduos com transtorno de acumulação muitas vezes relatam retrospectivamente eventos traumáticos da vida que precedem o início do transtorno ou causam uma exacerbação.

Genética e fisiológica. O comportamento de acumulação é familiar; mais de 50% dos indivíduos que acumulam relatam ter um parente que também acumula. Estudos com gêmeos indicam que aproximadamente 50% da variabilidade no comportamento de acumulação é atribuível a fatores genéticos aditivos e o restante a fatores ambientais não compartilhados.

280

Questões de diagnóstico relacionadas à

cultura Embora a maior parte da pesquisa tenha sido feita em países ocidentais, industrializados e comunidades urbanas, os dados disponíveis de países de baixa e média renda sugerem que o entesouramento tem características clínicas consistentes em todas as culturas, incluindo semelhanças na gravidade no exame clínico, apresentação e cognições e comportamentos associados. Em contextos culturais em que se valoriza muito a parcimônia e o armazenamento de bens, a presença de sofrimento e comprometimento funcional deve ser a base para o diagnóstico.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero

As principais características do transtorno de acumulação (ou seja, dificuldade em descartar, quantidade excessiva de desordem) são geralmente comparáveis em homens e mulheres, mas as mulheres tendem a exibir mais aquisições excessivas, particularmente compras excessivas, do que os homens.

Consequências funcionais do transtorno de acumulação A

desordem prejudica as atividades básicas, como se locomover pela casa, cozinhar, limpar, manter a higiene pessoal e até dormir. Eletrodomésticos podem ser quebrados e serviços públicos, como água e eletricidade, podem ser desconectados, pois o acesso para reparos pode ser difícil. A qualidade de vida é muitas vezes consideravelmente prejudicada. Em casos graves, o acúmulo pode colocar os indivíduos em risco de incêndio, queda (especialmente idosos), falta de saneamento e outros riscos à saúde. O transtorno de acumulação está associado a comprometimento ocupacional, saúde física precária e alta utilização de serviços sociais. As relações familiares estão frequentemente sob grande tensão. Conflitos com vizinhos e autoridades locais são comuns, e uma proporção substancial de indivíduos com grave transtorno de acumulação esteve envolvida em processos legais de despejo, e alguns têm histórico de despejo.

Diagnóstico diferencial

Outras condições médicas.

O transtorno de acumulação não é diagnosticado se os sintomas forem considerados uma consequência direta de outra condição médica (Critério E), como lesão cerebral traumática, ressecção cirúrgica para tratamento de um tumor ou controle de convulsões, doença cerebrovascular, infecções do sistema nervoso central (por exemplo, encefalite por herpes simples) ou condições neurogenéticas, como a síndrome de Prader-Willi. Danos nos córtices pré-frontal e cingulado ventromedial anterior têm sido particularmente associados ao acúmulo excessivo de objetos. Nesses indivíduos, o comportamento de acumulação não está presente antes do início da lesão cerebral e aparece logo após a ocorrência da lesão cerebral. Alguns desses indivíduos parecem ter pouco interesse nos itens acumulados e são capazes de descartá-los facilmente ou não se importam se outros os descartam, enquanto outros parecem muito relutantes em descartar qualquer coisa.

Distúrbios do neurodesenvolvimento. O transtorno de acumulação não é diagnosticado se o acúmulo de objetos for considerado uma consequência direta de um transtorno do neurodesenvolvimento, como transtorno do espectro autista ou transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual).

Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. O transtorno de acumulação não é diagnosticado se o acúmulo de objetos for considerado uma consequência direta de delírios ou sintomas negativos no espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

Episódio depressivo maior. O transtorno de acumulação não é diagnosticado se o acúmulo de objetos for considerado uma consequência direta de retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia durante um episódio depressivo maior.

Transtorno obsessivo-compulsivo. O transtorno de acumulação não é diagnosticado se os sintomas forem considerados uma consequência direta de obsessões ou compulsões típicas, como medo de contaminação, dano ou sentimentos de incompletude no transtorno obsessivo-compulsivo

281

(TOC). Sentimentos de incompletude (por exemplo, perder a identidade ou ter que documentar e preservar todas as experiências de vida) são os sintomas de TOC mais frequentes associados a essa forma de acumulação. O acúmulo de objetos também pode ser o resultado de evitar persistentemente rituais onerosos (por exemplo, não descartar objetos para evitar rituais intermináveis de lavagem ou checagem).

No TOC, o comportamento geralmente é indesejado e altamente angustiante, e o indivíduo não sente prazer ou recompensa com isso. A aquisição excessiva geralmente não está presente; se houver aquisição excessiva, os itens são adquiridos por causa de uma obsessão específica (por exemplo, a necessidade de comprar itens que foram tocados accidentalmente para evitar a contaminação de outras pessoas), não devido a um desejo genuíno de possuir os itens. Indivíduos que acumulam no contexto do TOC também são mais propensos a acumular itens bizarros, como lixo, fezes, urina, cortes de unhas e dos pés, cabelos, fraldas usadas ou comida estragada. O acúmulo de tais itens é muito incomum no transtorno de acumulação.

Quando a acumulação grave aparece concomitantemente com outros sintomas típicos do TOC, mas é considerada independente desses sintomas, tanto o transtorno de acumulação quanto o TOC podem ser diagnosticados.

Distúrbios neurocognitivos. O distúrbio de acumulação não é diagnosticado se o acúmulo de objetos for considerado uma consequência direta de um distúrbio degenerativo, como distúrbio neurocognitivo associado à degeneração frontotemporal ou doença de Alzheimer. Tipicamente, o início do comportamento de acumulação é gradual e segue o início do transtorno neurocognitivo.

o comportamento de acumulação pode ser acompanhado por autonegligência e grave miséria doméstica, juntamente com outros sintomas neuropsiquiátricos, como desinibição, jogo, rituais/estereotipias, tiques e comportamentos autolesivos.

Comorbidade

Aproximadamente 75% dos indivíduos com transtorno de acumulação têm transtorno de humor ou ansiedade comórbidos. As comorbidades mais comuns são transtorno depressivo maior (30%-50%), transtorno de ansiedade social e transtorno de ansiedade generalizada. Aproximadamente 20% dos indivíduos com transtorno de acumulação também apresentam sintomas que atendem aos critérios diagnósticos para TOC. Essas comorbidades podem muitas vezes ser o principal motivo de consulta, porque é improvável que os indivíduos relatem espontaneamente sintomas de acúmulo, e os sintomas de acúmulo muitas vezes não são questionados em entrevistas clínicas de rotina.

Tricotilomania (Transtorno de Puxar o Cabelo)

Critério de diagnóstico	F63.3
<ul style="list-style-type: none"> A. Arranque recorrente do cabelo, resultando em perda de cabelo. B. Tentativas repetidas de diminuir ou parar de puxar o cabelo. C. O puxão de cabelo causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento. D. A queda de cabelo ou queda de cabelo não é atribuível a outra condição médica (por exemplo, uma condição dermatológica). E. O puxão de cabelo não é melhor explicado pelos sintomas de outro transtorno mental (por exemplo, tentativas de melhorar um defeito percebido ou falha na aparência no transtorno dismórfico corporal). 	

Características Diagnósticas

A característica essencial da tricotilomania (distúrbio de arrancar o cabelo) é o arrancamento recorrente do próprio cabelo (Critério A). O puxão de cabelo pode ocorrer em qualquer região do corpo em

282

qual cabelo cresce; os locais mais comuns são couro cabeludo, sobrancelhas e pálpebras, enquanto os locais menos comuns são as regiões axilar, facial, pública e perirretal. Os locais para puxar o cabelo podem variar ao longo do tempo. O puxão de cabelo pode ocorrer em breves episódios espalhados ao longo do dia ou durante períodos menos frequentes, mas mais prolongados, que podem continuar por horas, e esse puxão de cabelo pode durar meses ou anos. O critério A exige que arrancar os cabelos leve à perda de cabelo, embora os indivíduos com esse distúrbio possam puxar os cabelos em um padrão amplamente distribuído (ou seja, arrancar cabelos isolados de todo o local), de modo que a perda de cabelo pode não ser claramente visível. Além disso, os indivíduos podem tentar esconder ou camuflar a perda de cabelo (por exemplo, usando maquiagem, lenços ou perucas).

Indivíduos com tricotilomania fizeram repetidas tentativas de diminuir ou parar de puxar o cabelo (Critério B). O critério C indica que puxar o cabelo causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento. O termo *angústia* inclui afetos negativos que podem ser experimentados por indivíduos com puxões de cabelo, como sentir perda de controle, constrangimento e vergonha. Um prejuízo significativo pode ocorrer em várias áreas diferentes de funcionamento (por exemplo, social, ocupacional, acadêmica e de lazer), em parte por evitar o trabalho, a escola ou outras situações públicas.

Recursos associados

Puxar o cabelo pode ser acompanhado por uma série de comportamentos ou rituais envolvendo o cabelo. Assim, os indivíduos podem procurar um determinado tipo de cabelo para puxar (p. examinar ou manipular tátيل ou oralmente o cabelo depois que ele foi puxado (por exemplo, enrolar o cabelo entre os dedos, puxar o fio entre os dentes, morder o cabelo em pedaços ou engolir o cabelo).

O puxão de cabelo também pode ser precedido ou acompanhado por vários estados emocionais; pode ser desencadeada por sentimentos de ansiedade ou tédio, pode ser precedida por uma sensação crescente de tensão (imediatamente antes de arrancar o cabelo ou ao tentar resistir à vontade de puxar) ou pode levar a gratificação, prazer ou sensação de alívio quando o cabelo é arrancado. O comportamento de puxar o cabelo pode envolver vários graus de percepção consciente, com alguns indivíduos exibindo uma atenção mais focada no puxão de cabelo (com tensão precedente e alívio subsequente), e outros indivíduos exibindo um comportamento mais automático (no qual o puxão de cabelo parece ocorrer sem consciência). Muitos indivíduos relatam uma mistura de ambos os estilos comportamentais. Alguns indivíduos experimentam uma sensação de “coceira” ou formigamento no couro cabeludo que é aliviada pelo ato de puxar o cabelo. A dor geralmente não acompanha o puxão de cabelo.

Os padrões de perda de cabelo são altamente variáveis. Áreas de alopecia completa, bem como áreas de densidade capilar rala, são comuns. Quando o couro cabeludo está envolvido, pode haver uma predileção por arrancar cabelos na coroa ou nas regiões parietais. Pode haver um padrão de calvície quase completa, exceto por um perímetro estreito ao redor das margens externas do couro cabeludo, particularmente na nuca (“tricotilomania tonsura”). Sobrancelhas e cílios podem estar completamente ausentes.

Puxar o cabelo geralmente não ocorre na presença de outros indivíduos, exceto familiares imediatos. Algumas pessoas têm desejos de arrancar o cabelo de outras pessoas e às vezes podem tentar encontrar oportunidades para fazê-lo sub-repticiamente. Alguns indivíduos podem arrancar pêlos de animais de estimação, bonecas e outros materiais fibrosos (por exemplo, suéteres ou tapetes). Alguns indivíduos podem negar seus puxões de cabelo para os outros. A maioria dos indivíduos com tricotilomania também tem um ou mais outros comportamentos repetitivos focados no corpo, incluindo cutucar a pele, roer unhas e mastigar os lábios.

Prevalência

Na população geral, dados de amostras não representativas dos EUA sugeriram que a estimativa de prevalência de 12 meses para tricotilomania em adultos e adolescentes pode estar em

na faixa de 1% a 2%. As mulheres são mais frequentemente afetadas do que os homens em amostras autoidentificadas ou clínicas, em uma proporção estimada em 10:1 ou maior, mas a proporção de gênero pode estar mais próxima de 2:1 em amostras comunitárias. Entre as crianças com tricotilomania, meninos e meninas estão igualmente representados. Uma pesquisa online com mais de 10.000 adultos com idades entre 18 e 69 anos, representativos da população geral dos EUA, descobriu que 1,7% identificou como tendo tricotilomania atual e que as taxas não diferiram significativamente com base no sexo (1,8% dos homens e 1,7% das mulheres).

Desenvolvimento e curso O puxão de

cabelo pode ser visto em bebês, e esse comportamento geralmente se resolve durante o desenvolvimento inicial. O início do puxão de cabelo na tricotilomania mais comumente coincide ou segue o início da puberdade. Os locais de puxão de cabelo podem variar ao longo do tempo. O curso usual da tricotilomania é crônico, com algum aumento e diminuição se o distúrbio não for tratado. Os sintomas podem piorar nas mulheres no período pré-menstrual, mas não consistentemente durante a gravidez. Para alguns indivíduos, o distúrbio pode ir e vir por semanas, meses ou anos de cada vez. Uma minoria de indivíduos remite sem recaída subsequente dentro de alguns anos após o início.

Fatores de Risco e Prognósticos

Genéticos e fisiológicos

Há evidências de uma vulnerabilidade genética à tricotilomania. O transtorno é mais comum em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e seus parentes de primeiro grau do que na população em geral.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura A

tricotilomania parece se manifestar de maneira semelhante entre culturas e etnias, embora haja uma escassez de dados de regiões não ocidentais.

Marcadores diagnósticos A

maioria dos indivíduos com tricotilomania admite puxar o cabelo; assim, raramente é necessário o diagnóstico dermatopatológico. A biópsia de pele e a dermatoscopia (ou tricoscopia) da tricotilomania são capazes de diferenciar o distúrbio de outras causas de alopecia. Na tricotilomania, a dermatoscopia mostra uma série de características, incluindo diminuição da densidade do cabelo, cabelos velus curtos e cabelos quebrados com diferentes comprimentos de haste.

Consequências Funcionais da Tricotilomania (Transtorno de Puxar o Cabelo)

A tricotilomania está associada ao sofrimento, bem como ao prejuízo social e ocupacional.

Pode haver danos irreversíveis no crescimento e na qualidade do cabelo. As consequências médicas infreqüentes da tricotilomania incluem púrpura digital, lesão musculoesquelética (por exemplo, síndrome do túnel do carpo; dores nas costas, ombros e pescoço), blefarite e danos dentários (por exemplo, dentes desgastados ou quebrados resultantes de morder o cabelo). A deglutição do cabelo (tricofagia) pode levar a tricobezoares, com subsequente anemia, dor abdominal, hematêmese, náuseas e vômitos, obstrução intestinal e até perfuração intestinal.

Diagnóstico diferencial

Depilação/manipulação normativa. A tricotilomania não deve ser diagnosticada quando a depilação é realizada apenas por razões estéticas (ou seja, para melhorar a aparência física). Muitos indivíduos torcem e brincam com seus cabelos, mas esse comportamento geralmente não se qualifica para um diagnóstico de tricotilomania. Alguns indivíduos podem morder em vez de puxar o cabelo; novamente, isso não se qualifica para um diagnóstico de tricotilomania.

284

Outros transtornos obsessivo-compulsivos e afins. Indivíduos com TOC e preocupações com simetria podem arrancar pêlos como parte de seus rituais de simetria, e indivíduos com transtorno dismórfico corporal podem remover pêlos corporais que consideram feios, assimétricos ou anormais; nesses casos não é dado um diagnóstico de tricotilomania.

Distúrbio de movimento estereotipado. O distúrbio de movimento estereotípico às vezes pode envolver o comportamento de puxar o cabelo. Por exemplo, uma criança com transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) ou transtorno do espectro autista pode se envolver em estereótipos de bater a cabeça, morder as mãos ou os braços e puxar o cabelo quando frustrado ou com raiva e, às vezes, quando excitado. Esse comportamento, se prejudicial, seria diagnosticado como transtorno de movimento estereotipado (co-ocorrendo com transtorno do desenvolvimento intelectual ou transtorno do espectro autista) em vez de tricotilomania.

Transtorno psicótico. Indivíduos com um transtorno psicótico podem remover o cabelo em resposta a um delírio ou alucinação. A tricotilomania não é diagnosticada nesses casos.

Outra condição médica. A tricotilomania não é diagnosticada se a queda de cabelo ou queda de cabelo for atribuível a outra condição médica (por exemplo, inflamação da pele ou outras condições dermatológicas). Outras causas de alopecia não cicatricial (não cicatricial) (p. keloidalis nuchae) deve ser considerado em indivíduos com queda de cabelo que negam puxar o cabelo. A biópsia de pele ou a dermatoscopia podem ser usadas para diferenciar indivíduos com tricotilomania daqueles com distúrbios dermatológicos.

Transtornos relacionados a substâncias. Os sintomas de arrancar o cabelo podem ser exacerbados por certas substâncias – por exemplo, estimulantes – mas é menos provável que as substâncias sejam a principal causa de arrancar o cabelo persistente.

Comorbidade

A tricotilomania é frequentemente acompanhada por outros transtornos mentais, mais comumente transtorno depressivo maior e transtorno de escoriação (skin-picking). Sintomas repetitivos focados no corpo, além de puxar o cabelo ou cutucar a pele (p.).

Distúrbio de Escoriação (Skin-Picking)

Critério de diagnóstico

F42.4

- A. Escoriação recorrente da pele resultando em lesões cutâneas.
- B. Tentativas repetidas de diminuir ou parar de cutucar a pele.
- C. A escoriação da pele causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- D. A escoriação da pele não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, cocaína) ou outra condição médica (por exemplo, sarna).
- E. A escoriação da pele não é melhor explicada por sintomas de outro transtorno mental (por exemplo, delírios ou alucinações tátteis em um transtorno psicótico, tentativas de melhorar um defeito percebido ou falha na aparência no transtorno dismórfico corporal, estereotipias no transtorno de movimento estereotipado ou intenção ferir-se em automutilação não suicida).

285

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de escoriação (escoriação da pele) é o cutucar recorrentemente a própria pele (Critério A). Os locais mais comumente escolhidos são o rosto, braços e mãos, mas muitos indivíduos escolhem vários locais do corpo. Os indivíduos podem cutucar a pele saudável, pequenas irregularidades da pele, lesões como espinhas ou calos ou crostas de colheitas anteriores. A maioria das pessoas pega com as unhas, embora muitos usem pinças, alfinetes ou outros objetos. Além de cutucar a pele, pode haver fricção, espremer, lancetar e morder a pele. Indivíduos com transtorno de escoriação geralmente gastam uma quantidade significativa de tempo em seu comportamento de cutucar, às vezes várias horas por dia, e esse ato de cutucar a pele pode durar meses ou anos.

O Critério A exige que o cutucamento da pele leve a lesões cutâneas, embora os indivíduos com esse distúrbio muitas vezes tentem ocultar ou camuflar essas lesões (por exemplo, com maquiagem ou roupas). Indivíduos com transtorno de escoriação fizeram repetidas tentativas de diminuir ou parar de cutucar a pele (Critério B).

O critério C indica que cutucar a pele causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento. O termo *angústia* inclui afetos negativos que podem ser experimentados por indivíduos com cutucada, como sentir perda de controle, constrangimento e vergonha. Um prejuízo significativo pode ocorrer em várias áreas diferentes de funcionamento (por exemplo, social, ocupacional, acadêmica e de lazer), em parte devido à evitação de situações sociais.

Recursos associados

A escolha da pele pode ser acompanhada por uma série de comportamentos ou rituais envolvendo pele ou crostas. Assim, os indivíduos podem procurar um tipo específico de crosta para puxar, e podem examinar, brincar com a boca ou engolir a pele depois que ela foi arrancada. A escolha da pele também pode ser precedida ou acompanhada por vários estados emocionais. O ato de cutucar a pele pode ser desencadeado por sentimentos de ansiedade ou tédio, pode ser precedido por uma sensação crescente de tensão (imediatamente antes de cutucar a pele ou ao tentar resistir à vontade de cutucar) e pode levar a gratificação, prazer ou sensação de alívio quando a pele ou crosta foi colhida. Alguns indivíduos relatam

cutucar em resposta a uma pequena irregularidade na pele ou para aliviar uma sensação corporal desconfortável. A dor não é relatada rotineiramente para acompanhar a escoriação da pele. Alguns indivíduos se engajam em cutucar a pele de forma mais focada (ou seja, com tensão anterior e alívio subsequente), enquanto outros se envolvem em beliscões mais automáticos (ou seja, quando o ato de cutucar a pele ocorre sem tensão anterior e sem plena consciência), e muitos têm uma mistura de ambos os estilos comportamentais. A escoriação da pele geralmente não ocorre na presença de outros indivíduos, exceto familiares imediatos. Alguns indivíduos relatam pegar a pele de outros.

Prevalência

Uma pesquisa on-line com mais de 10.000 adultos, com idades entre 18 e 69 anos, com idade e sexo pareados com a população dos EUA, descobriu que 2,1% identificaram como tendo transtorno de escoriação atual e 3,1% relataram transtorno de escoriação ao longo da vida. Três quartos ou mais dos indivíduos com o transtorno são mulheres em amostras da comunidade.

Desenvolvimento e Curso

Embora os indivíduos com transtorno de escoriação possam apresentar-se em várias idades, a escoriação da pele mais frequentemente tem início durante a adolescência, geralmente coincidindo com ou após o início da puberdade. O distúrbio frequentemente começa com uma condição dermatológica, como a acne. Os locais de escolha de pele podem variar ao longo do tempo. O curso usual é crônico, com algum aumento e diminuição se não for tratado. Para alguns indivíduos, o distúrbio pode ir e vir por semanas, meses ou anos de cada vez.

286

Fatores de risco e prognóstico

Genética e fisiológica. Há evidências de uma vulnerabilidade genética ao transtorno de escoriação. O transtorno é mais comum em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e seus familiares de primeiro grau do que na população em geral.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Existem dados limitados sobre a prevalência e as características clínicas do transtorno de escoriação entre as culturas. No entanto, as características clínicas parecem semelhantes em estudos de indivíduos nos Estados Unidos e em outros países.

Marcadores diagnósticos

A maioria dos indivíduos com transtorno de escoriação admite cutucar a pele; portanto, raramente é necessário o diagnóstico dermatopatológico. No entanto, o distúrbio pode ter características na histopatologia.

Consequências funcionais do transtorno de escoriação (escolhido na pele)

O transtorno de escoriação está associado a prejuízo social e ocupacional. A maioria dos indivíduos com essa condição gasta pelo menos 1 hora por dia colhendo, pensando em escolher e resistindo aos impulsos de escolher. Muitos indivíduos relatam evitar eventos sociais ou de entretenimento também.

como sair em público. A maioria dos indivíduos com o transtorno também relatam sofrer interferência no trabalho ao cutucar a pele pelo menos diariamente ou semanalmente. Uma proporção significativa de alunos com transtorno de escoriação relata ter faltado à escola, ter tido dificuldades em gerenciar responsabilidades na escola ou ter tido dificuldades para estudar por causa da pele.

As complicações médicas da escolha da pele incluem danos nos tecidos, cicatrizes e infecções e podem ser fatais. Raramente, foi relatada sinovite dos punhos resultante de colheita crônica.

A escolha da pele geralmente resulta em danos significativos nos tecidos e cicatrizes. Frequentemente requer tratamento antibiótico para infecção e, ocasionalmente, pode exigir cirurgia.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno Psicótico.

Cutucar a pele pode ocorrer em resposta a um delírio (ou seja, parasitose) ou alucinação tátil (ou seja, formigamento) em um transtorno psicótico. Nesses casos, o transtorno de escoriação não deve ser diagnosticado.

Outros transtornos obsessivo-compulsivos e afins. Compulsões excessivas de lavagem em resposta a obsessões de contaminação em indivíduos com TOC podem levar a lesões na pele, e a escoriação da pele pode ocorrer em indivíduos com transtorno dismórfico corporal que cutucam a pele por causa de preocupações com a aparência; nesses casos, o transtorno de escoriação não deve ser diagnosticado. A descrição de outro transtorno de comportamento repetitivo focado no corpo em outro transtorno obsessivo-compulsivo especificado e relacionado exclui indivíduos cujos sintomas atendem aos critérios diagnósticos para transtorno de escoriação.

Distúrbios do neurodesenvolvimento. Embora o transtorno do movimento estereotipado possa ser caracterizado por comportamento autolesivo repetitivo, o início ocorre no período inicial do desenvolvimento. Por exemplo, indivíduos com a condição neurogenética síndrome de Prader-Willi podem ter início precoce de escoriação da pele e seus sintomas podem atender aos critérios para transtorno de movimento estereotipado. Embora os tiques em indivíduos com transtorno de Tourette possam levar à autolesão, o comportamento não é semelhante ao tique no transtorno de escoriação.

Dermatite artefacta.

Dermatite artefacta (também conhecida como “dermatite factícia”) é um termo usado em dermatologia para se referir a lesões de pele medicamente inexplicáveis, presumivelmente auto-induzidas, que o indivíduo nega qualquer papel na criação. Os casos em que há evidência de engano por parte do indivíduo em relação às lesões de pele podem ser diagnosticados como fingimento (se a escoriação da pele for motivada por incentivos externos) ou transtorno factício (se a escoriação da pele ocorrer na ausência de recompensas externas óbvias). Na ausência de decepção, o transtorno de escoriação pode ser diagnosticado se houver tentativas repetidas de diminuir ou parar de cutucar a pele.

Outros distúrbios.

O transtorno de escoriação não é diagnosticado se a escoriação da pele for atribuída principalmente à intenção de se ferir, característica da autolesão não suicida.

Outras condições médicas.

O transtorno de escoriação não é diagnosticado se a escoriação da pele for atribuída principalmente a outra condição médica. Por exemplo, a sarna é uma condição dermatológica invariavelmente associada a coceira intensa e arranhões. No entanto, o distúrbio de escoriação pode ser precipitado ou exacerbado por uma condição dermatológica subjacente. Por exemplo, a acne pode levar a alguns arranhões e escoriações, que também podem estar associadas à escoriação comórbida

distúrbio (chamado acne excoriée). A diferenciação entre essas duas situações clínicas (acne com alguns arranhões e escoriações versus acne com transtorno de escoriação comórbida) requer uma avaliação da extensão em que a escoriação da pele do indivíduo se tornou independente da condição dermatológica subjacente.

Transtornos induzidos por substâncias/medicamentos Os sintomas de escoriação da pele também podem ser induzidos por certas substâncias (por exemplo, cocaína), caso em que o distúrbio de escoriação não deve ser diagnosticado. Se tal cutucar a pele for clinicamente significativo, então um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado deve ser considerado.

Comorbidade O

transtorno de escoriação é frequentemente acompanhado por outros transtornos mentais. Tais transtornos incluem TOC e tricotilomania (transtorno de arrancar os cabelos), bem como transtorno depressivo maior. A comorbidade com depressão parece ser mais comum em mulheres. Sintomas repetitivos focados no corpo, além de cutucar a pele e puxar o cabelo (p. .

Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Relacionado Induzido por Substância/Medicação

Critério de diagnóstico

- A. Obsessões, compulsões, cutucar a pele, puxar o cabelo, outros comportamentos repetitivos focados no corpo ou outros sintomas característicos do transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados predominam no quadro clínico.
- B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de (1) e (2): 1. Os sintomas no Critério A se desenvolveram durante ou logo após a intoxicação ou abstinência de substância ou após exposição ou abstinência de um medicamento .
2. A substância/medicamento envolvida é capaz de produzir os sintomas em Critério A.

288

- C. A perturbação não é melhor explicada por um transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado que não é induzido por substância/medicamento. Essa evidência de um transtorno obsessivo-compulsivo independente e relacionado pode incluir o seguinte: Os sintomas precedem o início do uso da substância/medicamento; os sintomas persistem por um período substancial de tempo (por exemplo, cerca de 1 mês) após

a cessação da abstinência aguda ou intoxicação grave; ou há outras evidências sugerindo a existência de um transtorno obsessivo-compulsivo independente induzido por não substância/medicamento e relacionado (por exemplo, uma história de episódios recorrentes não relacionados a substância/medicamento).

- D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírio.
- E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Nota: Este diagnóstico deve ser feito além de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância somente quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e são suficientemente graves para justificar atenção clínica.

Nota de codificação: Os códigos CID-10-CM para os transtornos obsessivo-compulsivos induzidos por [substância específica/medicamento] e transtornos relacionados estão indicados na tabela abaixo. Observe que o código CID-10-CM depende da presença ou não de um transtorno por uso de substância comórbido para a mesma classe de substância. Em qualquer caso, um diagnóstico separado adicional de um transtorno por uso de substância não é fornecido. Se um transtorno por uso de substância leve é comórbido com o transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância e transtorno relacionado, o caractere da 4^a posição é “1”, e o médico deve registrar “transtorno por uso de [substância] leve” antes do transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância. e transtorno relacionado (por exemplo, “transtorno por uso de cocaína leve com transtorno obsessivo-compulsivo induzido por cocaína e transtorno relacionado”). Se um transtorno por uso de substância moderado ou grave é comórbido com o transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância e transtorno relacionado, o caractere da 4^a posição é “2” e o médico deve registrar “transtorno por uso de [substância] moderado” ou “transtorno de uso de [substância] grave” ou “grave [substância] transtorno por uso”, dependendo da gravidade do transtorno por uso de substância comórbido. Se não houver transtorno por uso de substância comórbido (por exemplo, após um único uso pesado da substância), então o caractere da 4^a posição é “9”, e o médico deve registrar apenas o transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância e transtorno relacionado.

CID-10-CM

	Com transtorno de uso leve	Com transtorno de uso moderado ou grave	Sem transtorno de uso
Substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)	F15.188	F15.288	F15.988
Cocaína	F14.188	F14.288	F14.988
Outra substância (ou desconhecida)	F19.188	F19.288	F19.988

Especifique (consulte a [Tabela 1](#) no capítulo “Transtornos relacionados a substâncias e dependências”, que indica se “com início durante intoxicação” e/ou “com início durante a abstinência” se aplica a uma determinada classe de substância; ou *especifique “com início após o uso de medicação”*):

Com início durante intoxicação: Se os critérios forem preenchidos para intoxicação com a substância e os sintomas se desenvolverem durante a intoxicação.

Com início durante a abstinência: Se os critérios para abstinência da substância forem atendidos e os sintomas se desenvolverem durante ou logo após a abstinência.

Com início após o uso da medicação: se os sintomas se desenvolveram no início da medicação, com uma mudança no uso da medicação ou durante a retirada da medicação.

Procedimentos de registro O

nome do transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado começa com a substância específica (por exemplo, cocaína) que se presume estar causando os sintomas obsessivo-compulsivos e relacionados. O código diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída no conjunto de critérios, que se baseia na classe do medicamento e na presença ou ausência de um transtorno por uso de substância comórbido. Para substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes (por exemplo, ropinirol), deve-se usar o código para “outra substância (ou desconhecida)”; e nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas a classe específica da substância é desconhecida, o mesmo código também deve ser usado.

Para registrar o nome do transtorno, o transtorno por uso de substância comórbido (se houver) é listado primeiro, seguido por “com transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado” (incorporando o nome da substância/medicamento etiológico específico), seguido pela especificação do início (ou seja, início durante a intoxicação, início durante a abstinência, com início após o uso da medicação). Por exemplo, no caso de escoriação repetitiva da pele durante intoxicação em um homem com transtorno por uso de cocaína grave, o diagnóstico é F14.288 transtorno por uso de cocaína grave com transtorno obsessivo-compulsivo induzido por cocaína e transtorno relacionado, com início durante a intoxicação. Um diagnóstico separado do transtorno por uso de cocaína grave comórbido não é fornecido. Se o transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por substância ocorrer sem um transtorno por uso de substância comórbido (por exemplo, após um uso intenso da substância uma única vez), nenhum transtorno por uso de substância acompanhante é observado (por exemplo, transtorno obsessivo induzido por anfetamina F15.988 -transtorno compulsivo e relacionado, com início durante a intoxicação). Quando mais de uma substância é considerada como tendo um papel significativo no desenvolvimento do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado, cada uma deve ser listada separadamente.

Características diagnósticas

As características essenciais do transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado são sintomas proeminentes de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado (Critério A) que são considerados atribuíveis aos efeitos de uma substância (p. , medicamento).

Os sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devem ter se desenvolvido durante ou logo após a intoxicação ou abstinência de substância ou após exposição ou abstinência de um medicamento ou toxina, e a substância/medicamento deve ser capaz de produzir os sintomas (Critério B). O transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado devido a um tratamento prescrito para um transtorno mental ou outra condição médica deve ter seu início enquanto o indivíduo está recebendo a medicação. Uma vez que o tratamento é descontinuado, os sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado geralmente melhoram ou desaparecem dentro de dias a semanas

(dependendo da meia-vida da substância/medicamento e da presença de abstinência). O diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado não deve ser dado se o início dos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado preceder o uso da substância/medicamento, ou se os sintomas persistirem por um período de tempo substancial, geralmente mais longo de 1 mês, a partir do momento da intoxicação grave ou abstinência. O diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância somente quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

290

Recursos associados

Obsessões, compulsões, puxar o cabelo, cutucar a pele ou outros comportamentos repetitivos focados no corpo podem ocorrer em associação com a intoxicação com as seguintes classes de substâncias: estimulantes (incluindo cocaína) e outras substâncias (ou desconhecidas). Metais pesados e toxinas também podem causar sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo e relacionados.

Prevalência

Na população geral dos EUA, os dados muito limitados disponíveis indicam que o transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado é muito raro.

Diagnóstico diferencial

Intoxicação por substância e abstinência de substância.

Sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado podem ocorrer no contexto de intoxicação por substância e abstinência de substância. O diagnóstico de intoxicação específica de substância ou abstinência específica de substância geralmente será suficiente para categorizar a apresentação dos sintomas. Um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado com início durante intoxicação ou com início durante a abstinência deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância se os sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado forem considerados em excesso daqueles geralmente associados à intoxicação ou abstinência e são suficientemente graves para justificar a atenção clínica.

Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado (ou seja, não

Substância/medicação

induzido por uma substância). O transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido é diferenciado de um transtorno obsessivo-compulsivo primário e relacionado ao considerar o início, o curso e outros fatores com relação às substâncias/medicamentos. Para drogas de abuso, deve haver evidência da história, exame físico ou achados laboratoriais para uso ou intoxicação. O transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por substância/medicamento surge apenas em associação com intoxicação, enquanto um transtorno obsessivo-compulsivo primário e relacionado pode preceder o início do uso de substância/medicamento. A presença de características atípicas de um transtorno obsessivo-compulsivo primário e transtorno relacionado, como idade atípica no início dos sintomas, pode sugerir uma etiologia induzida por substância. Um diagnóstico primário de transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado é garantido se os sintomas persistirem por um período substancial de tempo (cerca de 1 mês).

o fim da intoxicação por substância ou o indivíduo tem histórico de transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado.

Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado devido a outra condição médica. a obsessivo

Se os sintomas compulsivos e relacionados são atribuíveis a outra condição médica (ou seja, ao invés da medicação tomada para a outra condição médica), o transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado devido a outra condição médica deve ser diagnosticado. A história muitas vezes fornece a base para o julgamento. Às vezes, uma mudança no tratamento para outra condição médica (por exemplo, substituição ou descontinuação da medicação) pode ser necessária para determinar se a medicação é o agente causador (nesse caso, os sintomas podem ser mais bem explicados pela obsessão induzida por substância/medicamento). -transtorno compulsivo e relacionado). Se a perturbação for atribuível a outra condição médica e uso de substância, ambos os diagnósticos (isto é, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica e transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento) podem ser dados. Quando não há evidência suficiente para determinar se os sintomas são atribuíveis a uma substância/medicamento ou a outra condição médica ou são primários (ou seja, atribuíveis nem a uma substância/medicamento nem a outra condição médica), um diagnóstico de outra doença obsessiva especificada ou não especificada transtorno compulsivo e relacionado seria indicado.

291

Delírio. Se os sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado ocorrem exclusivamente durante o curso do delirium, eles são considerados uma característica associada do delirium e não são diagnosticados separadamente.

Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Relacionado Devido a Outra condição médica

Critério de diagnóstico

F06.8

- A. Obsessões, compulsões, preocupações com a aparência, acúmulo, cutucar a pele, puxar o cabelo, outros comportamentos repetitivos focados no corpo ou outros sintomas característicos de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado predominam no quadro clínico.
- B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o distúrbio é a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
- C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental.
- D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírio.
- E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Especifique se:

Com sintomas semelhantes ao transtorno obsessivo-compulsivo: Se os sintomas semelhantes ao transtorno obsessivo-compulsivo predominam na apresentação clínica.

Com preocupações de aparência: se a preocupação com defeitos ou falhas de aparência percebida predominar na apresentação clínica.

Com sintomas de acumulação: Se a acumulação predomina na apresentação clínica.

Com sintomas de puxão de cabelo: Se o puxão de cabelo predomina na apresentação clínica.

Com sintomas de escoriação da pele: Se a escoriação da pele predomina na apresentação clínica.

Nota de codificação: Inclua o nome da outra condição médica no nome do transtorno mental (por exemplo, F06.8 transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a infarto cerebral). A outra condição médica deve ser codificada e listada separadamente imediatamente antes do transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido à condição médica (por exemplo, I69.398 infarto cerebral; F06.8 transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a infarto cerebral).

Características diagnósticas

A característica essencial do transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado devido a outra condição médica são sintomas obsessivo-compulsivos e sintomas relacionados clinicamente significativos que são considerados melhor explicados como a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica. Os sintomas podem incluir obsessões proeminentes, compulsões, preocupações com a aparência, acumular, puxar o cabelo, cutucar a pele ou outros comportamentos repetitivos focados no corpo (Critério A). O julgamento de que os sintomas são melhor explicados pela condição médica associada deve ser baseado em evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais (Critério B). Além disso, deve-se julgar que os sintomas não são melhor explicados por outro transtorno mental (Critério C). O diagnóstico não é feito se os sintomas obsessivo-compulsivos e relacionados ocorrerem apenas durante o curso de um delirium (Critério D). Os sintomas obsessivo-compulsivos e relacionados devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério E).

292

Ao determinar se os sintomas obsessivo-compulsivos e relacionados são atribuíveis a outra condição médica, uma condição médica deve estar presente no momento do início dos sintomas obsessivo-compulsivos e relacionados. Além disso, deve ser estabelecido que os sintomas obsessivo-compulsivos e relacionados podem ser etiologicamente relacionados à condição médica por meio de um mecanismo fisiopatológico e que isso explica melhor os sintomas no indivíduo.

Embora não existam diretrizes infalíveis para determinar se a relação entre os sintomas obsessivo-compulsivos e relacionados e a condição médica é etiológica, considerações que podem fornecer alguma orientação para fazer esse diagnóstico incluem a presença de uma clara associação temporal entre o início, exacerbação, ou remissão do quadro clínico e dos sintomas obsessivo-compulsivos e afins; a presença de características atípicas de um transtorno obsessivo-compulsivo primário e transtorno relacionado (p.

curso); e evidências na literatura de que um mecanismo fisiológico conhecido (por exemplo, dano estriatal devido a um infarto cerebral) causa sintomas obsessivo-compulsivos e relacionados. Além disso, a perturbação não pode ser melhor explicada por um transtorno obsessivo-compulsivo primário e transtorno relacionado, um transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por substância/medicamento ou outro transtorno mental.

Tem havido considerável atenção à questão de saber se os transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados podem ser atribuídos à infecção por estreptococos do Grupo A. A coreia de Sydenham é a manifestação neurológica da febre reumática, que por sua vez se deve à infecção estreptocócica do grupo A. A coreia de Sydenham é caracterizada por uma combinação de sintomas motores e não motores. As características não motoras incluem obsessões, compulsões, déficit de atenção e labilidade emocional. Embora indivíduos com coreia de Sydenham possam apresentar características não neuropsiquiátricas de febre reumática aguda, como cardite e artrite, eles podem apresentar sintomas semelhantes ao transtorno obsessivo-compulsivo; tais indivíduos devem ser diagnosticados com transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica.

Os distúrbios neuropsiquiátricos autoimunes pediátricos associados a infecções estreptocócicas (PANDAS) foram identificados como outro distúrbio autoimune pós-infecioso caracterizado pelo início súbito de obsessões, compulsões e/ou tiques acompanhados por uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos agudos na ausência de coreia, cardite ou artrite, após infecção estreptocócica do grupo A. No entanto, dado que tais sintomas de início agudo podem ser devidos a uma série de outras infecções ou insultos, o termo *síndrome neuropsiquiátrica de início agudo pediátrico* (PANS) tem sido usado. A PANS é caracterizada pelo início abrupto e dramático de sintomas obsessivo-compulsivos ou ingestão alimentar severamente restrita, juntamente com uma série de sintomas neuropsiquiátricos adicionais. Diretrizes de avaliação para esta síndrome estão disponíveis.

Recursos associados

Uma série de outras condições médicas são conhecidas por incluir sintomas obsessivo-compulsivos e relacionados como manifestação. Exemplos incluem distúrbios que levam a danos estriatais, como infarto cerebral ou distúrbio de Huntington.

Desenvolvimento e Curso O

desenvolvimento e curso do transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado devido a outra condição médica geralmente segue o curso da doença subjacente.

Marcadores de

diagnóstico Avaliações laboratoriais e/ou exames médicos são necessários para confirmar o diagnóstico de outra condição médica.

Diagnóstico diferencial

Delírio. Um diagnóstico separado de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica não é dado se o distúrbio ocorrer exclusivamente durante o curso de um delirium. No entanto, um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a

outra condição médica pode ser dada além de um diagnóstico de transtorno neurocognitivo maior (demência) se a etiologia dos sintomas obsessivo-compulsivos for considerada uma consequência fisiológica do processo patológico que causa a demência e se os sintomas obsessivo-compulsivos forem uma parte proeminente da apresentação clínica.

Apresentação mista de sintomas (por exemplo, humor e sintomas obsessivo-compulsivos e relacionados) considerados devidos a outra condição médica.

Se a apresentação incluir uma mistura de diferentes tipos de sintomas, o transtorno mental específico devido a outra condição médica depende de quais sintomas predominam no quadro clínico.

Transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados induzidos por substâncias/medicamentos. Se houver evidência de uso recente ou prolongado de substâncias (incluindo medicamentos com efeitos psicoativos), abstinência de uma substância ou exposição a uma toxina, um transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado deve ser considerado. Quando um transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado está sendo diagnosticado em relação a drogas de abuso, pode ser útil obter uma triagem de drogas na urina ou no sangue ou outra avaliação laboratorial apropriada. Os sintomas que ocorrem durante ou logo após (ou seja, dentro de 4 semanas de) intoxicação ou abstinência de substância ou após o uso de medicação podem ser especialmente indicativos de um transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado, dependendo do tipo, duração ou quantidade de a substância utilizada.

Transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados (primários). O transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado devido a outra condição médica deve ser diferenciado de um transtorno obsessivo-compulsivo primário e transtorno relacionado. Em transtornos mentais primários, nenhum mecanismo fisiológico causal específico e direto associado a uma condição médica pode ser demonstrado. Sintomas de início agudo, idade avançada de início ou sintomas atípicos sugerem a necessidade de uma avaliação completa para descartar o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica.

Transtorno de ansiedade de doença. O transtorno de ansiedade da doença é caracterizado por uma preocupação em ter ou adquirir uma doença grave. No caso de transtorno de ansiedade de doença, os indivíduos podem ou não ter condições médicas diagnosticadas.

Característica associada de outro transtorno mental. Os sintomas obsessivo-compulsivos e relacionados podem ser uma característica associada de outro transtorno mental (por exemplo, esquizofrenia, anorexia nervosa).

Outro transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado especificado ou transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado não especificado.

Esses diagnósticos são dados se não estiver claro se os sintomas obsessivo-compulsivos e relacionados são primários, induzidos por substâncias ou devido a outra condição médica.

Outros Obsessivo-Compulsivos Especificados e Relacionados Transtorno

F42.8

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento

predominam, mas não preenchem todos os critérios para nenhum dos transtornos na classe diagnóstica obsessivo-compulsiva e transtornos relacionados. A outra categoria especificada de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não atende aos critérios para qualquer transtorno obsessivo-compulsivo específico e transtorno relacionado. Isso é feito registrando “outro transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado especificado” seguido do motivo específico (por exemplo, “ciúme obsessivo”).

294

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação “outro especificado” incluem o seguinte: 1. **Transtorno do tipo dismórfico corporal com falhas reais:** É semelhante ao transtorno dismórfico corporal, exceto que os defeitos ou falhas na aparência física são claramente observáveis por outras pessoas (ou seja, eles são mais perceptíveis do que “leves”). Nesses casos, a preocupação com essas falhas é claramente excessiva e causa prejuízo ou sofrimento significativo.

2. **Transtorno do tipo dismórfico corporal sem comportamentos repetitivos:** Apresentações que atendem ao transtorno dismórfico corporal, exceto que o indivíduo nunca realizou comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta à aparência preocupações.
3. **Outro transtorno de comportamento repetitivo focado no corpo:** Apresentações envolvendo comportamentos repetitivos recorrentes focados no corpo, além de puxar o cabelo e cutucar a pele (por exemplo, roer unhas, morder os lábios, mastigar as bochechas) que são acompanhados por tentativas repetidas de diminuir ou interromper os comportamentos e que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
4. **Cíume obsessivo:** Este é caracterizado pela preocupação não delirante com a infidelidade percebida do parceiro. As preocupações podem levar a comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta às preocupações de infidelidade; causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento; e não são mais bem explicados por outro transtorno mental, como transtorno delirante, tipo ciumento ou transtorno de personalidade paranóide.
5. **Transtorno de referência olfativa (síndrome de referência olfativa):** Caracteriza-se pela preocupação persistente do indivíduo com a crença de que emite um odor corporal desagradável ou ofensivo que é imperceptível ou apenas levemente perceptível aos outros; em resposta a essa preocupação, esses indivíduos geralmente se envolvem em comportamentos repetitivos e excessivos, como verificar repetidamente o odor corporal, tomar banho excessivo ou buscar segurança, bem como tentativas excessivas de camuflar o odor percebido. Esses sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento. Na psiquiatria tradicional japonesa, esse distúrbio é conhecido como *jikoshu-kyofu*, uma variante do *taijin kyofusho* (ver “Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico” na Seção III).

6. ***Shubo-kyofu***: Uma variante do *taijin kyofusho* (ver “Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico” na Seção III) que é semelhante ao transtorno dismórfico corporal e é caracterizada pelo medo excessivo de ter uma deformidade corporal.

7. ***Koro***: Relacionado à *síndrome de dhat* (veja “Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico” na Seção III), um episódio de ansiedade súbita e intensa de que o pênis nos homens (ou a vulva e os mamilos nas mulheres) recua no corpo, possivelmente levando morrer.

Transtorno Obsessivo-Compulsivo Não Especificado e Relacionado

F42.9

Esta categoria aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos obsessivo-compulsivos e afins. A categoria de transtorno obsessivo-compulsivo não especificado e transtorno relacionado é usada em situações em que o clínico opta por *não especificar* o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado específico e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer uma avaliação diagnóstico mais específico (por exemplo, em ambientes de emergência).

Transtornos Relacionados a Traumas e Estressores

Os transtornos relacionados ao trauma e ao estressor incluem transtornos nos quais a exposição a um evento traumático ou estressante é listada explicitamente como critério diagnóstico. Estes incluem transtorno de apego reativo, transtorno de engajamento social desinibido, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno de estresse agudo, transtornos de adaptação e transtorno de luto prolongado. A colocação deste capítulo reflete a estreita relação entre esses diagnósticos e transtornos nos capítulos circundantes sobre transtornos de ansiedade, transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados e transtornos dissociativos.

O sofrimento psicológico após a exposição a um evento traumático ou estressante é bastante variável. Em alguns casos, os sintomas podem ser bem compreendidos dentro de um contexto baseado em ansiedade ou medo. É claro, no entanto, que muitos indivíduos que foram expostos a um evento traumático ou estressante exibem um fenótipo no qual, em vez de sintomas baseados em ansiedade ou medo, as características clínicas mais proeminentes são sintomas anedônicos e disfóricos, externalizando raiva e agressividade, sintomas ou sintomas dissociativos. Devido a essas expressões variáveis de sofrimento clínico após a exposição a eventos catastróficos ou aversivos, os transtornos acima mencionados são agrupados em uma categoria separada: *transtornos relacionados a trauma e estressores*. Além disso, não é incomum que o quadro clínico inclua alguma combinação dos sintomas acima (com ou sem sintomas baseados em ansiedade ou medo). Esse quadro heterogêneo também é reconhecido há muito tempo nos transtornos de ajustamento. A negligência social – isto é, a ausência de cuidados adequados durante a infância – é um requisito diagnóstico tanto do transtorno de apego reativo quanto do transtorno de engajamento social desinibido. Embora os dois transtornos compartilhem uma etiologia comum, o primeiro se expressa como um transtorno internalizante com sintomas depressivos e comportamento retraído, enquanto o segundo é marcado por desinibição e comportamento externalizante. Finalmente, há muito se reconhece que, embora a dor, o desespero e a disforia geral possam fazer parte do processo normal de luto após a morte de um ente querido, a expressão de tais emoções às vezes é anormalmente excessiva em duração e/ou intensidade. O diagnóstico de transtorno do luto prolongado foi introduzido neste capítulo para atender a essa preocupação clínica.

Transtorno de Apego Reativo

Critério de diagnóstico

F94.1

- A. Um padrão consistente de comportamento inibido e emocionalmente retraído em relação ao adulto cuidadores, manifestado por ambos:
 - 1. A criança raramente ou minimamente busca conforto quando angustiada.
 - 2. A criança raramente ou minimamente responde ao conforto quando angustiada.

B. Um distúrbio social e emocional persistente caracterizado por pelo menos dois dos seguintes: 1.

Reação social e emocional mínima para os outros.

2. Efeito positivo limitado.

296

3. Episódios de irritabilidade, tristeza ou medo inexplicáveis que são evidentes mesmo durante interações não ameaçadoras com cuidadores adultos.

C. A criança experimentou um padrão de extremos de cuidados insuficientes como evidenciado por pelo menos um dos seguintes: 1.

Negligência ou privação social na forma de falta persistente de necessidades emocionais básicas de conforto, estimulação e afeto atendidas por adultos cuidadores.

2. Mudanças repetidas de cuidadores primários que limitam as oportunidades de formar vínculos estáveis (por exemplo, mudanças freqüentes no lar adotivo).

3. Criação em ambientes incomuns que limitam severamente as oportunidades de formar vínculos seletivos (por exemplo, instituições com alta proporção de crianças por cuidador).

D. Presume-se que os cuidados no Critério C sejam responsáveis pelo comportamento perturbado no Critério A (por exemplo, os distúrbios no Critério A começaram após a falta de cuidados adequados no Critério C).

E. Os critérios não são atendidos para transtorno do espectro do autismo.

F. A perturbação é evidente antes dos 5 anos de idade.

G. A criança tem uma idade de desenvolvimento de pelo menos 9 meses.

Especifique

se: **Persistente:** O distúrbio está presente há mais de 12 meses.

Especifique a gravidade atual:

o transtorno de apego reativo é especificado como **grave** quando uma criança apresenta todos os sintomas do transtorno, com cada sintoma se manifestando em níveis relativamente altos.

Características Diagnósticas

O transtorno de apego reativo é caracterizado por um padrão de comportamentos de apego marcadamente perturbados e inapropriados em termos de desenvolvimento, nos quais uma criança raramente ou minimamente se volta preferencialmente para uma figura de apego para conforto, apoio, proteção e nutrição. A característica essencial é o apego ausente ou grosseiramente subdesenvolvido entre a criança e os supostos adultos cuidadores. Acredita-se que as crianças com transtorno de apego reativo tenham a capacidade de formar apegos seletivos. No entanto, devido às oportunidades limitadas durante o desenvolvimento inicial, eles não conseguem mostrar as manifestações comportamentais de apegos seletivos. Ou seja, quando angustiados, não demonstram esforço consistente para obter conforto, apoio, nutrição ou proteção dos cuidadores. Além disso, quando angustiadas, as crianças com esse transtorno não respondem m

minimamente aos esforços reconfortantes dos cuidadores. Assim, o transtorno está associado à ausência de busca de conforto esperada e resposta a comportamentos de conforto. Como tal, as crianças com transtorno de apego reativo mostram expressão diminuída ou ausente de emoções positivas durante as interações de rotina com os cuidadores. Além disso, sua capacidade de regulação emocional fica comprometida e apresentam episódios de emoções negativas de medo, tristeza ou irritabilidade que não são prontamente explicadas. Um diagnóstico de transtorno de apego reativo não deve ser feito em crianças que são incapazes de desenvolver apegos seletivos. Por esta razão, a criança deve ter uma idade de desenvolvimento de pelo menos 9 meses. A avaliação diagnóstica é aprimorada por várias fontes de entrada, apoiando que os sintomas sejam aparentes em todos os contextos.

Recursos associados

Por causa da associação etiológica compartilhada com a negligência social, o transtorno de apego reativo geralmente ocorre concomitantemente com atrasos no desenvolvimento, especialmente em atrasos na cognição e na linguagem. Outras características associadas incluem estereotipias e outros sinais de negligência grave (por exemplo, desnutrição ou sinais de cuidados inadequados).

297

Prevalência

A prevalência do transtorno de apego reativo é desconhecida, mas o transtorno é visto relativamente raramente em ambientes clínicos. O distúrbio foi encontrado em crianças pequenas expostas a negligência grave antes de serem colocadas em um orfanato ou criadas em instituições. O distúrbio é incomum, geralmente ocorrendo em menos de 10% das crianças negligenciadas, mesmo em casos de negligência grave.

Desenvolvimento e curso Condições

de negligência social estão frequentemente presentes nos primeiros meses de vida em crianças diagnosticadas com transtorno de apego reativo, mesmo antes do transtorno ser diagnosticado. As características clínicas do transtorno se manifestam de maneira semelhante entre as idades de 9 meses e 5 anos. Ou seja, sinais de comportamentos de apego ausentes a mínimos e comportamentos emocionalmente aberrantes associados são evidentes em crianças nessa faixa etária, embora diferentes habilidades cognitivas e motoras possam afetar a forma como esses comportamentos são expressos. A remediação e a recuperação sintomática podem ocorrer por meio de ambientes normativos de cuidado; no entanto, na ausência de cuidados aprimorados, os sinais do distúrbio podem persistir, pelo menos por vários anos. Sinais persistentes de transtorno de apego reativo no início da adolescência podem estar associados a problemas no funcionamento social. Pouco se sabe sobre a apresentação clínica do transtorno de apego reativo em crianças mais velhas, e o diagnóstico deve ser feito com cautela em crianças com mais de

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. A negligência social grave é um requisito diagnóstico para o transtorno de apego reativo e também é o único fator de risco conhecido para o transtorno. No entanto, a maioria das crianças severamente negligenciadas não desenvolve o transtorno. O prognóstico para crianças com o transtorno parece depender da qualidade do ambiente de cuidado após negligência grave.

Questões de diagnóstico relacionadas à

cultura Há informações limitadas sobre o comportamento de apego reativo em crianças pequenas de diversas origens culturais em todo o mundo. As expectativas culturais de comportamentos de apego e práticas de cuidado podem influenciar o desenvolvimento e a preocupação com esses padrões de comportamentos e suas apresentações em diferentes ambientes. Deve-se ter cautela ao fazer o diagnóstico de transtorno de apego reativo em contextos culturais nos quais o apego não foi estudado.

Os sintomas de transtorno de apego reativo podem ser mais comuns em situações em que as figuras de apego sofreram traumas extensos, como cenários de zona de guerra; os estilos de apego também podem variar entre crianças migrantes e refugiadas durante o período de reassentamento. Variações nas práticas de cuidados de criação podem influenciar o risco de transtorno de apego reativo.

Consequências funcionais do transtorno de apego reativo O transtorno de apego reativo prejudica significativamente as habilidades das crianças pequenas de se relacionarem interpessoalmente com adultos ou colegas e está associado ao comprometimento funcional em muitos domínios da primeira infância.

Diagnóstico diferencial

Transtorno do espectro do autismo. Comportamentos sociais aberrantes se manifestam em crianças pequenas com transtorno de apego reativo, mas também são características-chave do transtorno do espectro do autismo. Especificamente, crianças pequenas com qualquer uma das condições podem manifestar uma expressão amortecida de emoções positivas, atrasos cognitivos e de linguagem e deficiências na reciprocidade social. Como resultado, o transtorno de apego reativo deve ser diferenciado do transtorno do espectro do autismo. Esses

298

dois transtornos podem ser distinguidos com base em histórias diferenciais de negligência e na presença de interesses restritos ou comportamentos ritualizados, déficit específico na comunicação social e comportamentos seletivos de apego. Crianças com transtorno de apego reativo experimentaram uma história de grave negligência social, embora nem sempre seja possível obter histórias detalhadas sobre a natureza precisa de suas experiências, especialmente nas avaliações iniciais. Crianças com transtorno do espectro do autismo raramente terão um histórico de negligência social. Os interesses restritos e comportamentos repetitivos característicos do transtorno do espectro do autismo não são uma característica do transtorno de apego reativo. Essas características clínicas se manifestam como adesão excessiva a rituais e rotinas; interesses restritos e fixos; e reações sensoriais incomuns. No entanto, é importante notar que as crianças com qualquer condição podem apresentar comportamentos estereotipados, como balançar ou bater as asas. Crianças com qualquer um dos transtornos também podem exibir uma gama de funcionamento intelectual, mas apenas crianças com transtorno do espectro autista apresentam deficiências seletivas em comportamentos comunicativos sociais, como comunicação intencional (ou seja, deficiência na comunicação que é deliberada, direcionada a objetivos e destinada a influenciar comportamento do destinatário). Crianças com transtorno de apego reativo apresentam funcionamento social comunicativo comparável ao seu nível geral de funcionamento intelectual. Finalmente, as crianças com transtorno do espectro do autismo apresentam regularmente comportamentos de apego típicos para seu nível de desenvolvimento. Em contraste, as crianças com transtorno de apego reativo o fazem raramente ou de forma inconsistente, se é que o fazem.

Observações estruturadas podem ajudar a discriminar entre os dois distúrbios.

Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual)

Os atrasos no desenvolvimento geralmente acompanham o transtorno de apego reativo, mas não devem ser confundidos com o transtorno. As crianças com transtorno do desenvolvimento intelectual devem exibir habilidades sociais e emocionais comparáveis às suas habilidades cognitivas e não demonstrar a profunda redução no afeto positivo e nas dificuldades de regulação emocional evidentes em crianças com transtorno de apego reativo. Além disso, crianças com atraso no desenvolvimento que atingiram uma idade cognitiva de 7 a 9 meses devem demonstrar apegos seletivos, independentemente de sua idade cronológica. Em contraste, crianças com transtorno de apego reativo mostram falta de apego preferido, apesar de terem atingido uma idade de desenvolvimento de pelo menos 9 meses.

Transtornos depressivos. A depressão em crianças pequenas também está associada a reduções no afeto positivo. Há evidências limitadas, no entanto, para sugerir que crianças com transtornos depressivos têm deficiências no apego. Ou seja, crianças pequenas que foram diagnosticadas com transtornos depressivos ainda devem procurar e responder aos esforços de conforto dos cuidadores.

Comorbidade

Condições associadas à negligência, incluindo atrasos cognitivos, atrasos de linguagem e estereotipias, geralmente ocorrem concomitantemente com transtorno de apego reativo. Condições médicas, como desnutrição grave, podem acompanhar os sinais do distúrbio. Sintomas internalizantes também podem ocorrer com o transtorno de apego reativo. Uma relação entre transtorno de apego reativo e problemas de comportamento externalizante ou transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) foi sugerida, mas não claramente estabelecida.

Transtorno de Envolvimento Social Desinibido

Critério de diagnóstico	F94.2
<p>A. Um padrão de comportamento no qual uma criança se aproxima e interage ativamente com adultos desconhecidos e exibe pelo menos dois dos seguintes: 1. Reticência reduzida ou ausente em se aproximar e interagir com desconhecidos adultos.</p> <p>2. Comportamento verbal ou físico excessivamente familiar (que não é consistente com os limites sociais culturalmente sancionados e apropriados à idade).</p> <p>3. Diminuição ou ausência de retorno ao cuidador adulto depois de se aventurar, mesmo em ambientes desconhecidos.</p> <p>4. Disposição para sair com um adulto desconhecido com mínima ou nenhuma hesitação.</p> <p>B. Os comportamentos no Critério A não se limitam à impulsividade (como no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade), mas incluem comportamento socialmente desinibido.</p> <p>C. A criança experimentou um padrão de extremos de cuidados insuficientes como</p>	

evidenciado por pelo menos um dos seguintes: 1.

Negligência ou privação social na forma de falta persistente de necessidades emocionais básicas de conforto, estimulação e afeto atendidas por adultos cuidadores.

2. Mudanças repetidas de cuidadores primários que limitam as oportunidades de formar vínculos estáveis (por exemplo, mudanças freqüentes no lar adotivo).

3. Criação em ambientes incomuns que limitam severamente as oportunidades de formar vínculos seletivos (por exemplo, instituições com alta proporção de crianças por cuidador).

D. Presume-se que o cuidado no Critério C seja responsável pelo comportamento perturbado no Critério A (por exemplo, os distúrbios no Critério A começaram após o cuidado patogênico no Critério C).

E. A criança tem uma idade de desenvolvimento de pelo menos 9 meses.

Especifique

se: **Persistente:** O distúrbio está presente há mais de 12 meses.

Especifique a gravidade atual:

O transtorno de engajamento social desinibido é especificado como **grave** quando a criança apresenta todos os sintomas do transtorno, com cada sintoma se manifestando em níveis relativamente altos.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de engajamento social desinibido é um padrão de comportamento que envolve comportamento excessivamente familiar e culturalmente inadequado com estranhos relativos (Critério A).

Esse comportamento excessivamente familiar viola os limites sociais da cultura. Um diagnóstico de transtorno de engajamento social desinibido não deve ser feito antes que as crianças sejam capazes de desenvolver apegos seletivos. Por esta razão, a criança deve ter uma idade de desenvolvimento de pelo menos 9 meses.

Recursos associados

Devido à associação etiológica compartilhada com a negligência social, o transtorno de engajamento social desinibido pode ocorrer concomitantemente com atrasos no desenvolvimento, especialmente atrasos cognitivos e de linguagem, estereotipias e outros sinais de negligência grave, como desnutrição ou cuidados inadequados. No entanto, os sinais do transtorno geralmente persistem mesmo depois que esses outros sinais de negligência não estão mais presentes. Portanto, não é incomum que crianças com o transtorno não apresentem sinais atuais de negligência. Além disso, a condição pode se apresentar em crianças que não apresentam sinais de apego desordenado. Assim, o transtorno de engajamento social desinibido pode ser visto em crianças com histórico de negligência que não têm vínculos ou cujos vínculos com seus cuidadores variam de perturbados a seguro.

Prevalência

A prevalência do transtorno de engajamento social desinibido é desconhecida. No entanto, o distúrbio parece ser raro, ocorrendo em uma minoria de crianças, mesmo naquelas que sofreram

privação precoce severa. Em populações comunitárias de baixa renda no Reino Unido, a prevalência é de até 2%.

300

Desenvolvimento e Curso Condições de

negligência social estão frequentemente presentes nos primeiros meses de vida em crianças diagnosticadas com transtorno de engajamento social desinibido, mesmo antes do transtorno ser diagnosticado. Conforme observado pela pesquisa entre crianças com histórico de cuidados institucionais, se a negligência ocorre precocemente e os sinais do transtorno aparecem, as características clínicas do transtorno são moderadamente estáveis ao longo do tempo, principalmente se as condições de negligência persistirem.

Sinais de transtorno de engajamento social desinibido têm sido descritos desde o segundo ano de vida até a adolescência entre crianças criadas em ambientes institucionais e até mesmo na idade adulta jovem. Existem algumas diferenças nas manifestações do transtorno desde a primeira infância até idades mais avançadas. Nas idades mais jovens, em muitas culturas, as crianças geralmente mostram reticências ao interagir com estranhos, o que não é patológico, mesmo que sejam criadas em instituições e orfanatos. As crianças pequenas com o transtorno, no entanto, não mostram reticências em se aproximar e se envolvem, e até acompanham, adultos desconhecidos sem hesitação, como demonstrado por pesquisa com crianças com histórico de cuidados institucionalizados. Em crianças pré-escolares criadas em ambientes institucionais no Reino Unido ou nos Estados Unidos, a intromissão verbal e social apareceu mais proeminente, muitas vezes acompanhada de comportamento de busca de atenção; crianças em idade pré-escolar criadas em ambientes institucionais em vários países mostraram um padrão de envolvimento em contato físico com estranhos. A superfamiliaridade verbal e física continuou até o meio da infância, às vezes acompanhada de expressões inautênticas de emoção. Na adolescência, o comportamento indiscriminado pode se estender aos pares. Em relação aos adolescentes saudáveis, os adolescentes com o transtorno têm relacionamentos mais “superficiais” com os pares e mais conflitos entre os pares. As manifestações adultas do transtorno parecem ser semelhantes, mas podem incluir auto-revelação excessiva e consciência reduzida de estranhos.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Há algumas evidências de pesquisas com adotados internacionais nos Estados Unidos que tanto a sensibilidade à recompensa embotada quanto o controle inibitório diminuído estão associados ao comportamento social indiscriminado.

Ambiental. A negligência social grave é um requisito diagnóstico para o transtorno de engajamento social desinibido. A justificativa para esse requisito inclui pesquisas que encontraram uma forte associação entre negligência e características do transtorno. Outros fatores também foram implicados, como múltiplas interrupções de colocação, transtorno de personalidade límitrofe na mãe e comportamentos de cuidado aberrantes e baixa qualidade de atendimento. Tudo isso contribui para o critério de atendimento insuficiente. Ainda assim, a maioria das crianças severamente negligenciadas não desenvolve o transtorno. O transtorno não foi identificado em crianças que sofrem negligência social somente após os 2 anos de idade.

O prognóstico está apenas modestamente associado à qualidade do ambiente de prestação de cuidados após negligência grave. Em muitos casos, o transtorno persists, mesmo em crianças cujo ambiente de cuidado melhora acentuadamente.

Genética e fisiológica. Vários fatores neurobiológicos têm sido associados aos sintomas do transtorno, mas os achados relativos à natureza de tais fatores e sua ligação específica com o transtorno permanecem preliminares.

Modificadores de curso. A qualidade do cuidado parece moderar o curso do transtorno de engajamento social desinibido, pelo menos em crianças pequenas. No entanto, mesmo após a colocação em ambientes normativos de cuidado, algumas crianças apresentam sinais persistentes do transtorno, ao longo da adolescência e na idade adulta.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Há informações transculturais limitadas sobre o transtorno de engajamento social desinibido. As expectativas culturais dos comportamentos sociais das crianças podem afetar seu nível de desinibição

301

em relação a estranhos. A ausência de reticência que é característica do transtorno de engajamento social desinibido deve exceder as normas culturalmente aceitas.

Consequências funcionais do transtorno de engajamento social desinibido O transtorno de engajamento social desinibido prejudica significativamente as habilidades das crianças pequenas de se relacionarem interpessoalmente com adultos e colegas. Tanto o funcionamento social geral quanto a competência social podem ser prejudicados, juntamente com o aumento do risco de conflitos entre pares e vitimização.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Crianças com transtorno de engajamento social desinibido podem ser diferenciadas daquelas com TDAH acompanhado de impulsividade social, pois as primeiras não apresentam dificuldades de atenção ou hiperatividade.

Comorbidade

Condições associadas à negligência, incluindo atrasos cognitivos, atrasos de linguagem e estereotipias, podem ocorrer concomitantemente com transtorno de engajamento social desinibido. O transtorno do espectro autista também pode ocorrer concomitantemente. Em crianças mais novas e na segunda infância, o transtorno de engajamento social desinibido geralmente ocorre concomitantemente com TDAH e transtornos externalizantes; esta co-ocorrência foi proposta para se relacionar com deficiências comuns no controle inibitório cognitivo.

Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Critério de diagnóstico	F43.10
Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Indivíduos com Mais de 6 Anos	
Observação: Os critérios a seguir se aplicam a adultos, adolescentes e crianças com mais de 6 anos	

anos. Para crianças de 6 anos ou menos, veja os critérios correspondentes abaixo.

- A. Exposição a morte real ou ameaçada, lesão grave ou violência sexual em um (ou mais) das seguintes maneiras: 1.

Vivenciando diretamente o(s) evento(s) traumático(s).

2. Testemunhar pessoalmente o(s) evento(s) como ocorreu a outros.

3. Saber que o(s) evento(s) traumático(s) ocorreu(m) a um familiar ou amigo próximo. Em casos de morte real ou ameaça de morte de um membro da família ou amigo, o(s) evento(s) deve(m) ter sido violento ou acidental.

4. Experimentar exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos do(s) evento(s) traumático(s) (por exemplo, socorristas coletando restos humanos; policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil).

Observação: o critério A4 não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotos, a menos que essa exposição esteja relacionada ao trabalho.

- B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas de intrusão associados ao(s) evento(s) traumático(s), começando após a ocorrência do(s) evento(s) traumático(s): 1. Memórias angustiantes recorrentes, involuntárias e intrusivas do traumático evento(s).

Nota: Em crianças com mais de 6 anos, podem ocorrer brincadeiras repetitivas nas quais são expressos temas ou aspectos do(s) evento(s) traumático(s).

302

2. Sonhos angustiantes recorrentes em que o conteúdo e/ou afeto do sonho estão relacionados ao(s) evento(s) traumático(s).

Nota: Em crianças, pode haver sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível.

3. Reações dissociativas (por exemplo, flashbacks) nas quais o indivíduo sente ou age como se o(s) evento(s) traumático(s) fossem recorrentes. (Tais reações podem ocorrer em um continuum, com a expressão mais extrema sendo uma completa perda de consciência do ambiente presente.)

Nota: Em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer durante a brincadeira.

4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado na exposição a sinais internos ou externos que simbolizam ou se assemelham a um aspecto do(s) evento(s) traumático(s).

5. Reações fisiológicas marcadas a sinais internos ou externos que simbolizam ou assemelhar-se a um aspecto do(s) evento(s) traumático(s).

- C. Evitação persistente de estímulos associados ao(s) evento(s) traumático(s), começando após a ocorrência do(s) evento(s) traumático(s), evidenciado por um ou ambos dos seguintes: 1. Evitação ou esforços para evitar memórias, pensamentos ou sentimentos angustiantes

sobre ou intimamente associado ao(s) evento(s) traumático(s).

2. Evitar ou esforços para evitar lembretes externos (pessoas, lugares,

conversas, atividades, objetos, situações) que despertam memórias, pensamentos ou sentimentos angustiantes sobre ou intimamente associados ao(s) evento(s) traumático(s).

- D. Alterações negativas nas cognições e no humor associadas ao(s) evento(s) traumático(s), começando ou piorando após a ocorrência do(s) evento(s) traumático(s), evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes: 1. Incapacidade de lembrar um aspecto importante do o(s) evento(s) traumático(s) (normalmente devido à amnésia dissociativa e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).
2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas sobre si mesmo, os outros ou o mundo (por exemplo, "Eu sou ruim", "Ninguém pode ser confiável", "O mundo é completamente perigoso", "Todo o meu sistema nervoso está permanentemente arruinado").
3. Cognições persistentes e distorcidas sobre a causa ou consequências do(s) evento(s) traumático(s) que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou aos outros.
4. Estado emocional negativo persistente (por exemplo, medo, horror, raiva, culpa ou vergonha).
5. Interesse ou participação acentuadamente diminuídos em atividades significativas.
6. Sentimentos de distanciamento ou distanciamento dos outros.
7. Incapacidade persistente de experimentar emoções positivas (por exemplo, incapacidade de experimentar felicidade, satisfação ou sentimentos amorosos).
- E. Alterações marcantes na excitação e reatividade associadas ao(s) evento(s) traumático(s), começando ou piorando após a ocorrência do(s) evento(s) traumático(s), evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes: 1. Comportamento irritável e explosões de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) tipicamente expressa como agressão verbal ou física contra pessoas ou objetos.
2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.
3. Hipervigilância.
4. Resposta de sobressalto exagerada.
5. Problemas de concentração.
6. Perturbação do sono (por exemplo, dificuldade em adormecer ou manter o sono ou sono agitado).
- F. A duração da perturbação (Critérios B, C, D e E) é superior a 1 mês.
- G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

303

H. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicação, álcool) ou outra condição médica.

Especificá-lo: Com

sintomas dissociativos: Os sintomas do indivíduo atendem aos critérios para transtorno de estresse pós-traumático e, além disso, em resposta ao estressor, o indivíduo apresenta sintomas persistentes ou recorrentes de qualquer um dos

Segue:

1. **Despersonalização:** Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se desapegado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo (por exemplo, sentir-se como se estivesse em um sonho; sentir uma sensação de irrealidade de si mesmo ou do corpo ou do tempo movendo-se lentamente).
2. **Desrealização:** Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente (por exemplo, o mundo ao redor do indivíduo é vivenciado como irreal, onírico, distante ou distorcido).

Nota: Para usar este subtipo, os sintomas dissociativos não devem ser atribuídos aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, desmaios, comportamento durante intoxicação alcoólica) ou outra condição médica (por exemplo, convulsões parciais complexas).

Especifique

se: **Com expressão tardia:** Se os critérios diagnósticos completos não forem atendidos até pelo menos 6 meses após o evento (embora o início e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatos).

Transtorno de estresse pós-traumático em crianças de 6 anos ou menos

- A. Em crianças de 6 anos ou menos, exposição a morte real ou ameaçada, ferimentos graves ou violência sexual de uma (ou mais) das seguintes formas: 1. Vivenciando diretamente o(s) evento(s) traumático(s).
2. Testemunhar, pessoalmente, o(s) evento(s) como ocorreu a outros, especialmente primário cuidadores.
3. Saber que o(s) evento(s) traumático(s) ocorreu(m) a um dos pais ou a uma figura de cuidador.
- B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas de intrusão associados ao(s) evento(s) traumático(s), começando após a ocorrência do(s) evento(s) traumático(s): 1. Memórias angustiantes recorrentes, involuntárias e intrusivas do traumático evento(s).
Nota: Memórias espontâneas e intrusivas podem não parecer necessariamente angustiantes e podem ser expressas como reencenação de brincadeiras.
2. Sonhos angustiantes recorrentes em que o conteúdo e/ou afeto do sonho estão relacionados ao(s) evento(s) traumático(s).
Nota: Pode não ser possível verificar se o conteúdo assustador está relacionado ao evento traumático.
3. Reações dissociativas (por exemplo, flashbacks) nas quais a criança sente ou age como se o(s) evento(s) traumático(s) fossem recorrentes. (Tais reações podem ocorrer em um continuum, com a expressão mais extrema sendo uma completa perda de consciência do ambiente presente.) Essa reencenação específica do trauma pode ocorrer no jogo.
4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado na exposição a sinais internos ou externos que simbolizam ou se assemelham a um aspecto do(s) evento(s) traumático(s).

5. Reações fisiológicas marcadas a lembranças do(s) evento(s) traumático(s).

C. Um (ou mais) dos seguintes sintomas, representando uma evitação persistente de estímulos associados ao(s) evento(s) traumático(s) ou alterações negativas nas cognições e

304

humor associado ao(s) evento(s) traumático(s), deve estar presente, começando após o(s) evento(s) ou piorando após o(s) evento(s):

Evitação Persistente de Estímulos

1. Evitar ou esforços para evitar atividades, lugares ou lembretes físicos que despertar lembranças do(s) evento(s) traumático(s).
2. Evitação ou esforços para evitar pessoas, conversas ou relações interpessoais situações que despertam lembranças do(s) evento(s) traumático(s).

Alterações negativas nas cognições 3.

Frequência substancialmente aumentada de estados emocionais negativos (por exemplo, medo, culpa, tristeza, vergonha, confusão).

4. Interesse ou participação acentuadamente diminuídos em atividades significativas, incluindo constrição do jogo.
 5. Comportamento socialmente retraído.
 6. Redução persistente na expressão de emoções positivas.
- D. Alterações na excitação e reatividade associadas ao(s) evento(s) traumático(s), começando ou piorando após a ocorrência do(s) evento(s) traumático(s), conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes:
1. Comportamento irritável e explosões de raiva (com pouco ou sem provocação) tipicamente expressa como agressão verbal ou física contra pessoas ou objetos (incluindo acessos de raiva extremos).

2. Hipervigilância.
3. Resposta de sobressalto exagerada.
4. Problemas de concentração.
5. Perturbação do sono (por exemplo, dificuldade em adormecer ou manter o sono ou sono agitado).

E. A duração da perturbação é superior a 1 mês.

F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas relações com os pais, irmãos, colegas ou outros cuidadores ou com o comportamento escolar.

G. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicação ou álcool) ou outra condição médica.

Especificá-lo: Com

sintomas dissociativos: Os sintomas do indivíduo atendem aos critérios para transtorno de estresse pós-traumático e o indivíduo apresenta sintomas persistentes ou recorrentes de um dos seguintes:

1. **Despersonalização:** Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se desapegado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo (por exemplo, sentir-se como se estivesse em um sonho; sentir uma sensação de irrealidade de si mesmo ou do corpo ou do tempo movendo-se lentamente).
2. **Desrealização:** Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente (por exemplo, o mundo ao redor do indivíduo é vivenciado como irreal, onírico, distante ou distorcido).

Nota: Para usar este subtipo, os sintomas dissociativos não devem ser atribuídos aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, desmaios) ou outra condição médica (por exemplo, convulsões parciais complexas).

Especifique

se: **Com expressão tardia:** Se os critérios diagnósticos completos não forem atendidos até pelo menos 6 meses após o evento (embora o início e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatos).

305

Características diagnósticas

A característica essencial do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos. A apresentação clínica do TEPT varia. Em alguns indivíduos, a reexperiência baseada no medo, sintomas emocionais e comportamentais podem predominar. Em outros, estados de humor anedônicos ou disfóricos e cognições negativas podem ser mais proeminentes. Em alguns outros indivíduos, os sintomas de excitação e externalização reativa são proeminentes, enquanto em outros ainda predominam os sintomas dissociativos. Finalmente, alguns indivíduos exibem combinações desses padrões de sintomas.

A seguinte discussão de critérios específicos para PTSD refere-se a critérios específicos para adultos; os critérios para crianças de 6 anos ou menos podem diferir na numeração dos critérios, devido às diferenças nos critérios aplicáveis a essa faixa etária.

Todos os eventos traumáticos no Critério A envolvem morte real ou ameaçada, ferimentos graves ou violência sexual de alguma forma, mas diferem na forma como o indivíduo é exposto a eles, o que pode ser através da vivência direta do evento traumático (Critério A1), testemunhando pessoalmente o evento como ocorreu a outros (Critério A2), saber que o evento ocorreu a um membro da família ou amigo próximo (Critério A3), ou exposição indireta no curso de tarefas ocupacionais, através da exposição a detalhes grotescos de um evento (Critério A3). Critério A4). O transtorno pode ser especialmente grave ou duradouro quando o estressor é interpessoal e intencional (por exemplo, tortura, violência sexual).

Os eventos traumáticos diretamente vivenciados no Critério A incluem, mas não se limitam a, exposição à guerra como combatente ou civil, agressão física real ou ameaçada na qual a ameaça é percebida como iminente e realista (por exemplo, ataque físico, roubo, assalto, abuso físico na infância), ser sequestrado, feito refém, ataque terrorista, tortura, encarceramento como prisioneiro de guerra, desastres naturais ou causados pelo homem e acidentes graves com veículos motorizados.

O trauma sexual inclui, mas não se limita a, violência ou coerção sexual real ou ameaçada

(p. a vítima de fotografia ou filmagem indesejada de natureza sexual ou a divulgação indesejada dessas fotografias ou vídeos).

Ser intimidado pode se qualificar como uma experiência do Critério A1 quando houver uma ameaça crível de dano grave ou violência sexual. Para as crianças, os eventos sexualmente violentos podem incluir experiências sexuais inapropriadas para o desenvolvimento sem violência física ou lesão.

Uma doença com risco de vida ou condição médica debilitante não é necessariamente considerada um evento traumático. Eventos qualificantes desse tipo incluem emergências médicas com risco de vida (por exemplo, infarto agudo do miocárdio, choque anafilático) ou um evento específico no tratamento que evoca sentimentos catastróficos de terror, dor, impotência ou morte iminente (por exemplo, acordar durante a cirurgia, desbridamento de queimaduras graves, cardioversão de emergência).

Os eventos testemunhados (Critério A2) incluem, mas não estão limitados a, observar ameaça ou lesão grave, morte não natural, abuso físico ou sexual de outra pessoa devido a agressão violenta, violência doméstica, acidente, guerra ou desastre. Por exemplo, isso inclui pais testemunhando seu filho em um incidente grave com risco de vida (por exemplo, um acidente de mergulho) ou uma catástrofe médica durante o curso da doença ou tratamento contínuo de seu filho (por exemplo, uma hemorragia com risco de vida).

A exposição indireta através do conhecimento de um evento (Critério A3) é limitada a eventos que afetam parentes próximos ou amigos que foram violentos ou acidentais (ou seja, morte por causas naturais não se qualifica). Tais eventos incluem assassinato, agressão pessoal violenta, combate, ataque terrorista, violência sexual, suicídio e acidente ou lesão grave.

A exposição indireta dos profissionais aos efeitos grotescos da guerra, estupro, genocídio ou violência abusiva infligida a terceiros no contexto de suas funções de trabalho também pode resultar em TEPT e, portanto, é considerado um trauma qualificador (Critério A4). Exemplos

306

incluem socorristas expostos a ferimentos graves ou morte e militares que coletam restos humanos. A exposição indireta também pode ocorrer por meio de fotos, vídeos, relatos verbais ou relatos escritos (por exemplo, policiais revisando relatórios de crimes ou realizando entrevistas com vítimas de crimes, operadores de drones, membros da mídia noticiosa cobrindo eventos traumáticos e psicoterapeutas expostos a detalhes de seus experiências traumáticas dos pacientes).

A exposição a múltiplos eventos traumáticos é comum e pode assumir muitas formas. Alguns indivíduos vivenciam diferentes tipos de eventos traumáticos em momentos diferentes (por exemplo, violência sexual durante a infância e desastres naturais quando adultos). Outros experimentam o mesmo tipo de evento traumático em momentos diferentes ou em uma série cometidos pela(s) mesma(s) pessoa(s) por um período prolongado (por exemplo, agressão sexual ou física infantil; agressão física ou sexual por parceiro íntimo). Outros podem experimentar vários eventos traumáticos iguais ou diferentes durante um período prolongado de risco, como implantação ou viver em uma zona de conflito. Ao avaliar os critérios de TEPT em indivíduos que vivenciaram múltiplos eventos traumáticos ao longo de suas vidas, pode ser útil determinar se existe um exemplo específico e discreto que o indivíduo considera o pior, uma vez que as expressões sintomáticas do Critério B de TEPT e Critério C referem-se especificamente ao evento traumático (por exemplo, recorrente, involuntário e

lembranças angustiantes intrusivas do evento traumático). No entanto, se for difícil para o indivíduo identificar o pior exemplo, é apropriado considerar toda a exposição como atendendo ao Critério A. Além disso, alguns eventos discretos podem incorporar vários tipos de eventos traumáticos (por exemplo, um indivíduo envolvido em um acidente em massa incidente sofre uma lesão grave, testemunha outra pessoa sendo ferida e, em seguida, descobre que um membro da família foi morto no incidente).

O evento traumático pode ser revivido de várias maneiras. Comumente, o indivíduo tem lembranças recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento (Critério B1). As lembranças intrusivas no TEPT são diferenciadas da ruminação depressiva, pois se aplicam apenas a memórias angustiantes involuntárias e intrusivas. A ênfase está nas memórias recorrentes do evento que geralmente incluem componentes intrusivos, vívidos, sensoriais e emocionais que são angustiantes e não meramente ruminantes. Um sintoma comum de revivência são os sonhos angustiantes que reproduzem o evento em si ou que são representativos ou tematicamente relacionados às principais ameaças envolvidas no evento traumático (Critério B2). O indivíduo pode experimentar estados dissociativos que normalmente duram alguns segundos e raramente são de longa duração, durante os quais os componentes do evento são revividos e o indivíduo se comporta como se o evento estivesse ocorrendo naquele momento (Critério B3). Tais eventos ocorrem em um continuum, variando de breves intrusões visuais ou outras intrusões sensoriais sobre parte do evento traumático sem perda da orientação para a realidade a uma perda parcial de consciência do ambiente presente até uma completa perda de consciência. Esses episódios, muitas vezes chamados de “flashbacks”, geralmente são breves, mas podem estar associados a sofrimento prolongado e excitação aumentada. Para crianças pequenas, a reencenação de eventos relacionados ao trauma pode ser expressa comportamentalmente em brincadeiras ou em estados dissociativos. Sofrimento psicológico intenso (Critério B4) ou reatividade fisiológica (Critério B5) geralmente ocorre quando o indivíduo é exposto a eventos desencadeantes ou reações somáticas que se assemelham ou simbolizam um aspecto do evento traumático (p. seu perpetrador). A pista desencadeante também pode ser uma sensação física (por exemplo, tontura para sobreviventes de traumatismo craniano, batimentos cardíacos acelerados para uma criança previamente traumatizada), particularmente para indivíduos com apresentações altamente somáticas.

Os estímulos associados ao trauma são persistentemente evitados. O indivíduo geralmente faz esforços deliberados para evitar pensamentos, memórias ou sentimentos (por exemplo, utilizando técnicas de distração ou supressão, incluindo uso de substâncias, para evitar lembretes internos) (Critério C1) e para evitar atividades, conversas, objetos, situações ou pessoas que despertam lembranças dela (Critério C2).

Alterações negativas nas cognições ou no humor associadas ao evento traumático começam ou pioram após a exposição ao evento. Essas alterações negativas podem assumir várias formas, incluindo a incapacidade de lembrar aspectos-chave e emocionalmente dolorosos do trauma.

evento. Tal perda de memória é tipicamente atribuível à amnésia dissociativa e não é atribuível a traumatismo craniano ou codificação deficiente da memória devido ao uso de drogas ou álcool (Critério D1). Indivíduos com TEPT frequentemente relatam que o evento traumático alterou irrevogavelmente suas vidas e sua visão do mundo. Caracteriza-se por crenças e expectativas negativas persistentes e exageradas em relação a aspectos importantes da vida aplicados a si mesmos, aos outros, ao mundo ou ao futuro (Critério D2) (por exemplo, “Coisas ruins sempre acontecerão comigo”; “O mundo é perigoso , e nunca mais poderei ser protegido adequadamente”; “Nunca mais posso confiar em ninguém”;

"Minha vida está permanentemente arruinada"; "Perdi qualquer chance de felicidade futura"; "Minha vida será abreviada"). Indivíduos com TEPT podem ter cognições errôneas persistentes sobre as causas do evento traumático que os levam a culpar a si mesmos ou aos outros (por exemplo, "É tudo culpa minha que meu tio tenha abusado de mim") (Critério D3). Um estado de humor negativo persistente (por exemplo, medo, disforia, horror, raiva, culpa, vergonha) começou ou piorou após a exposição ao evento (Critério D4). O indivíduo pode experimentar uma diminuição acentuada do interesse ou participação em atividades anteriormente apreciadas (Critério D5), pode sentir-se distante ou distante de outras pessoas (Critério D6) ou pode experimentar uma incapacidade persistente de sentir emoções positivas (especialmente felicidade, alegria, satisfação ou emoções associadas à intimidade, ternura e sexualidade) (Critério D7).

Alterações negativas na excitação e reatividade também começam ou pioram após a exposição ao evento. Indivíduos com TEPT podem apresentar comportamento irritável ou raivoso e podem se envolver em comportamento verbal ou físico agressivo com pouca ou nenhuma provocação (por exemplo, gritar com as pessoas, entrar em brigas, destruir objetos) (Critério E1). Eles também podem se envolver voluntariamente em comportamento imprudente ou autodestrutivo que é perigoso, que mostra um desrespeito pela segurança física de si ou de outros e que pode resultar diretamente em danos físicos graves ou morte (Critério E2). Exemplos incluem, mas não estão limitados a, direção perigosa (por exemplo, dirigir embriagado, dirigir em velocidades perigosamente altas), uso excessivo de álcool ou drogas, sexo de risco (por exemplo, sexo desprotegido com um parceiro cujo status de HIV é desconhecido, alto número de parceiros sexuais) ou violência autodirigida, incluindo comportamentos suicidas. O critério E2 não inclui circunstâncias em que os indivíduos devem se envolver em situações perigosas como parte de seu trabalho (por exemplo, membros das forças armadas em situações de combate ou socorristas em situações de emergência) e tomar precauções de segurança razoáveis para reduzir seu risco ou quando os indivíduos se envolvem em comportamentos que podem ser imprudentes, insalubres ou financeiramente prejudiciais, mas não representam risco direto de danos físicos graves imediatos ou morte (por exemplo, jogo patológico, más decisões financeiras, compulsão alimentar, estilos de vida pouco saudáveis). O TEPT é frequentemente caracterizado por uma maior vigilância para ameaças potenciais, incluindo aquelas relacionadas à experiência traumática (por exemplo, após um acidente de veículo motorizado, sendo especialmente sensível à ameaça potencialmente causada por carros ou caminhões) e aquelas não relacionadas à experiência traumática. evento (por exemplo, ter medo de sofrer um ataque cardíaco) (Critério E3). Indivíduos com TEPT podem ser muito reativos a estímulos inesperados, apresentando uma resposta de sobressalto aumentada, ou nervosismo, a ruídos altos ou movimentos inesperados (por exemplo, pular acentuadamente em resposta a um telefone tocando) (Critério E4). As respostas de sobressalto são involuntárias e reflexivas (automáticas, instantâneas), e os estímulos que evocam respostas de sobressalto exageradas (Critério E4) não precisam estar relacionados ao evento traumático. As respostas de sobressalto distinguem-se das respostas de excitação fisiológica estimuladas no Critério B5, para as quais é necessário haver pelo menos algum nível de avaliação consciente de que o estímulo que produz as respostas fisiológicas está relacionado com o trauma. Dificuldades de concentração, incluindo dificuldade em lembrar eventos diários (por exemplo, esquecer o número do telefone) ou atender a tarefas focadas (por exemplo, seguir uma conversa por um longo período de tempo), são comumente relatadas (Critério E5). Problemas com o início e a manutenção do sono são comuns e podem estar associados a pesadelos e preocupações com segurança ou à excitação elevada generalizada.

O diagnóstico de TEPT exige que a duração dos sintomas nos Critérios B, C, D e E seja superior a 1 mês (Critério F). Para um diagnóstico atual de TEPT, os Critérios B, C, D e E devem ser atendidos por mais de 1 mês, pelo menos no último mês. Por toda a vida

diagnóstico de TEPT, deve haver um período de tempo com duração superior a 1 mês durante o qual os Critérios B, C, D e E tenham sido atendidos pelo mesmo período de 1 mês.

Um subgrupo significativo de indivíduos com TEPT experimenta sintomas dissociativos persistentes de despersonalização (desligamento de seus corpos) ou desrealização (desligamento do mundo ao seu redor). Isso pode ser indicado usando o especificador “com sintomas dissociativos”.

Recursos associados

A regressão do desenvolvimento, como a perda da linguagem em crianças pequenas, pode ocorrer. Pseudoalucinações auditivas, como ter a experiência sensorial de ouvir os pensamentos falados em uma ou mais vozes diferentes, bem como ideação paranoíde, podem estar presentes. Após eventos traumáticos prolongados, repetidos e graves (por exemplo, abuso na infância, tortura), o indivíduo pode apresentar dificuldades adicionais em regular emoções ou manter relacionamentos interpessoais estáveis, ou sintomas dissociativos. Quando o evento traumático envolve a morte violenta de alguém com quem o indivíduo mantinha um relacionamento próximo, podem estar presentes sintomas de transtorno de luto prolongado e TEPT.

Prevalência

A estimativa nacional de prevalência ao longo da vida para TEPT usando os critérios do DSM-IV é de 6,8% para adultos norte-americanos. A prevalência ao longo da vida para adolescentes norte-americanos usando os critérios do DSM-IV variou de 5,0% a 8,1% e uma prevalência nos últimos 6 meses de 4,9% para adolescentes. Embora dados definitivos e abrangentes baseados na população usando o DSM-5 não estejam disponíveis, as descobertas estão começando a surgir. Em dois estudos epidemiológicos nacionais dos EUA, as estimativas de prevalência de TEPT do DSM-5 ao longo da vida variaram de 6,1% a 8,3%, e a estimativa de prevalência nacional de 12 meses do DSM-5 foi de 4,7% em ambos os estudos. As estimativas nacionais de TEPT do DSM-IV ao longo da vida das Pesquisas Mundiais de Saúde Mental em 24 países variaram substancialmente entre países, grupos de países de renda e regiões da OMS, mas foram de 3,9% no geral. Em populações afetadas por conflitos em todo o mundo, a prevalência pontual de PTSD com comprometimento funcional é de 11% após o ajuste para diferenças de idade entre os estudos.

As taxas de TEPT são mais altas entre veteranos e outros cuja vocação aumenta o risco de exposição traumática (por exemplo, polícia, bombeiros, equipe médica de emergência). As taxas mais altas (variando de um terço a mais da metade dos expostos) são encontradas entre sobreviventes de estupro, combate militar e cativeiro, e internamento e genocídio motivados por motivos étnicos ou políticos. A prevalência de TEPT pode variar ao longo do desenvolvimento; crianças e adolescentes, incluindo pré-escolares, geralmente apresentam menor prevalência após exposição a eventos traumáticos graves; no entanto, isso pode ocorrer porque os critérios anteriores foram insuficientemente informados sobre o desenvolvimento. Diferenças raciais, com base nos dados do DSM-IV, mostraram taxas mais altas de TEPT entre latinos americanos, afro-americanos e índios americanos em comparação com brancos.

As possíveis razões para essas variações de prevalência incluem diferenças em fatores predisponentes ou facilitadores, como exposição a adversidades passadas e racismo e discriminação, e na disponibilidade ou qualidade do tratamento, apoio social, status socioeconômico e outros recursos sociais que facilitam a recuperação e são confundidos com origem étnica e racializada.

Desenvolvimento e Curso

O TEPT pode ocorrer em qualquer idade, começando após o primeiro ano de vida. Os sintomas geralmente começam nos primeiros 3 meses após o trauma, embora possa haver um atraso de meses ou mesmo anos, antes que todos os critérios para o diagnóstico sejam atendidos. Há evidências abundantes para o que o DSM-IV chamou de “início tardio”, mas agora é chamado de “expressão tardia”, com o reconhecimento de que alguns sintomas geralmente aparecem imediatamente e que o atraso está em atender todos os critérios.

Frequentemente, a reação de um indivíduo a um trauma atende inicialmente aos critérios para estresse agudo transtorno logo após o trauma. Os sintomas de TEPT e a

309

a predominância relativa de diferentes sintomas pode variar ao longo do tempo. A duração dos sintomas também varia, com recuperação completa em 3 meses ocorrendo em aproximadamente metade dos adultos, enquanto alguns indivíduos permanecem sintomáticos por mais de 12 meses e às vezes por mais de 50 anos. A recorrência e a intensificação dos sintomas podem ocorrer em resposta a lembranças do trauma original, estressores contínuos da vida ou eventos traumáticos recém-experimentados.

A expressão clínica da reexperiência pode variar ao longo do desenvolvimento. As variações de desenvolvimento na expressão clínica informam o uso de diferentes critérios em crianças de 6 anos ou menos e em indivíduos mais velhos. Crianças pequenas podem relatar um novo início de sonhos assustadores sem conteúdo específico para o evento traumático. Crianças de 6 anos ou menos podem desenvolver TEPT como resultado de abuso emocional grave (por exemplo, ameaça de abandono), que pode ser percebido como risco de vida. Durante o tratamento de doenças com risco de vida (por exemplo, câncer, transplante de órgãos sólidos), a experiência de crianças pequenas com a gravidade e intensidade do tratamento pode contribuir para o risco de desenvolver sintomas de estresse pós-traumático; a autoavaliação da ameaça também pode contribuir para o risco de desenvolver sintomas de estresse pós-traumático em adolescentes. Antes dos 6 anos, as crianças pequenas são mais propensas a expressar sintomas de reexperiência por meio de brincadeiras que se referem direta ou simbolicamente ao trauma (consulte os critérios de TEPT para crianças de 6 anos ou menos). Eles podem não manifestar reações de medo no momento da exposição ou durante a reexperiência. Os pais podem relatar uma ampla gama de mudanças emocionais ou comportamentais em crianças pequenas. As crianças podem se concentrar em intervenções imaginadas em suas brincadeiras ou histórias. Além de evitar, as crianças podem ficar preocupadas com lembretes.

Devido às limitações das crianças pequenas em expressar pensamentos ou rotular emoções, alterações negativas no humor ou na cognição tendem a envolver principalmente mudanças de humor. As crianças podem sofrer traumas concomitantes (por exemplo, abuso físico, testemunhar violência doméstica) e, em circunstâncias crônicas, podem não ser capazes de identificar o início da sintomatologia. O comportamento evitativo pode estar associado a brincadeiras restritas ou comportamento exploratório em crianças pequenas; redução da participação em novas atividades em crianças em idade escolar; ou relutância em buscar oportunidades de desenvolvimento em adolescentes (por exemplo, namorar, dirigir). Crianças mais velhas e adolescentes podem se julgar covardes. Os adolescentes podem abrigar crenças de serem mudados de maneiras que os tornam socialmente indesejáveis e os afastam dos pares e perdem as aspirações para o futuro.

Comportamentos irritáveis ou agressivos em crianças e adolescentes podem interferir nas relações com os pares e no comportamento escolar. O comportamento imprudente pode levar a lesões accidentais em si mesmo ou em outros, busca de emoções ou comportamentos de alto risco. Em indivíduos mais velhos, o transtorno está associado a percepções negativas de saúde, utilização de cuidados primários e pensamentos suicidas. Além disso, o declínio da saúde, a piora do funcionamento cognitivo e o isolamento social podem exacerbar os sintomas de TEPT.

Fatores de risco e prognóstico Os

fatores de risco para TEPT podem operar de várias maneiras, inclusive predispondo os indivíduos a traumas ou a respostas emocionais extremas quando expostos a eventos traumáticos. Os fatores de risco (e de proteção) são geralmente divididos em fatores pré-traumáticos, peritraumáticos e pós-traumáticos.

Fatores pré-traumáticos

Temperamental. Os fatores de alto risco incluem problemas emocionais na infância aos 6 anos de idade (por exemplo, externalização ou problemas de ansiedade) e transtornos mentais anteriores (por exemplo, transtorno do pânico, transtorno depressivo, TEPT ou transtorno obsessivo-compulsivo [TOC]). Diferenças individuais na personalidade pré-mórbida podem influenciar a trajetória de resposta ao trauma e os resultados do tratamento. Traços de personalidade associados a respostas emocionais negativas, como humor deprimido e ansiedade, representam fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT. Tais traços podem ser capturados em medidas de afetividade negativa (neuroticismo) em

310

escalas de personalidade padronizadas. A impulsividade pré-mórbida tende a estar associada a manifestações externalizantes de TEPT e comorbidades do espectro externalizante, incluindo transtorno por uso de substâncias ou comportamento agressivo.

Ambiental. Conforme documentado entre civis e veteranos dos EUA, esses fatores de risco incluem status socioeconômico mais baixo; educação inferior; exposição a traumas anteriores (especialmente durante a infância); adversidade na infância (por exemplo, privação econômica, disfunção familiar, separação dos pais ou morte); inteligência inferior; discriminação étnica e racismo; e história psiquiátrica familiar. O apoio social antes da exposição ao evento é protetor.

Genética e fisiológica. O risco de desenvolver TEPT após exposição traumática demonstrou ser modestamente hereditário em estudos com gêmeos e estudos moleculares. Os dados de associação de todo o genoma de uma grande coorte multiétnica apoiam a herdabilidade do TEPT e demonstram três loci significativos robustos em todo o genoma que variam de acordo com a ascendência geográfica. A suscetibilidade ao TEPT também pode ser influenciada por fatores epigenéticos. Dados de associação de todo o genoma de veteranos dos EUA identificam oito regiões significativas em americanos de ascendência europeia associadas a sintomas intrusivos de reexperiência de TEPT; dados do Reino Unido também apoiam essas associações.

Fatores peritraumáticos

Ambiental. Estes incluem gravidade (dose) do trauma, ameaça à vida percebida, lesão corporal, violência interpessoal (particularmente trauma perpetrado por um cuidador ou envolvendo uma ameaça testemunhada a um cuidador em crianças) e, para militares, ser um perpetrador, testemunhar atrocidades , ou matar o inimigo. Finalmente, dissociação, medo, pânico e outras respostas peritraumáticas que ocorrem durante o trauma e persistem depois são fatores de risco.

Fatores pós-traumáticos

Temperamental. Estes incluem avaliações negativas, estratégias de enfrentamento inadequadas e desenvolvimento de transtorno de estresse agudo.

Ambiental. Isso inclui exposição subsequente a lembretes perturbadores repetidos, eventos adversos subsequentes da vida e perdas financeiras ou outras relacionadas a traumas. Experiências pós-traumáticas, como migração forçada e altos níveis de estressores diários, podem contribuir para diferentes riscos condicionais de TEPT em contextos culturais. A exposição à discriminação racial e étnica tem sido associada a um curso mais crônico entre adultos afro-americanos e latinos. O apoio social (incluindo estabilidade familiar, para crianças) é um fator de proteção que modera o desfecho após o trauma.

Questões de diagnóstico relacionadas à

cultura Diferentes grupos demográficos, culturais e ocupacionais têm diferentes níveis de exposição a eventos traumáticos, e o risco relativo de desenvolver TEPT após um nível semelhante de exposição (por exemplo, perseguição religiosa) também pode variar entre culturas, etnias e grupos racializados. Variação no tipo de exposição traumática (por exemplo, genocídio), o impacto na gravidade do transtorno do significado atribuído ao evento traumático (por exemplo, incapacidade de realizar ritos funerários após um assassinato em massa), o contexto sociocultural em curso (por exemplo, residir entre perpetradores em ambientes pós-conflito), exposição à discriminação racial e étnica e outros fatores culturais (por exemplo, estresse aculturativo em migrantes) podem influenciar o risco de início e gravidade do TEPT entre grupos culturais. Algumas comunidades estão expostas a ambientes traumáticos generalizados e contínuos, em vez de eventos isolados do Critério A; nessas comunidades, o poder preditivo de eventos traumáticos individuais para o desenvolvimento de TEPT pode diminuir. Em culturas em que a imagem social (por exemplo, manter o “rosto” de uma família) é enfatizada, a difamação pública ou a vergonha podem ampliar o impacto dos eventos do Critério A. Algumas culturas podem atribuir síndromes de PTSD a experiências sobrenaturais negativas.

311

A expressão clínica dos sintomas ou agrupamentos de sintomas do TEPT pode variar culturalmente em adultos e crianças. Em muitos grupos não-ocidentais, a evitação é menos comumente observada, enquanto os sintomas somáticos (por exemplo, tontura, falta de ar, sensações de calor) são mais comuns; outros sintomas que variam culturalmente são sonhos angustiantes, amnésia não relacionada a traumatismo craniano e comportamento imprudente, mas não suicida. Humores negativos, especialmente raiva, são comuns transculturalmente em indivíduos com TEPT, assim como sonhos angustiantes e paralisia do sono. Em todas as culturas, os sintomas somáticos são frequentes, ocorrendo tanto em crianças quanto em adultos, principalmente após traumas sexuais. Os sintomas que variam culturalmente em relação ao TEPT entre crianças incluem pensamentos intrusivos, diminuição da participação em atividades, incapacidade de experimentar emoções positivas, irritabilidade, agressividade e hipervigilância. Sonhos angustiantes, flashbacks, sofrimento psicológico após exposição a sinais de trauma e esforços para evitar memórias e pensamentos são comuns em crianças com TEPT em todas as culturas.

Em certos contextos culturais, pode ser normativo responder a eventos traumáticos com crenças negativas sobre si mesmo ou com atribuições espirituais que podem parecer exageradas para os outros. Por exemplo, culpar a si mesmo pode ser consistente com ideias de carma no sul e leste da Ásia, destino ou “lei da medicina estragada” na África Ocidental e diferenças culturais no locus de controle e concepções de si mesmo.

Em muitas populações ao redor do mundo, existem conceitos culturais de angústia que se assemelham

O TEPT e são caracterizados por diversas manifestações de sofrimento psíquico atribuído a experiências assustadoras ou traumáticas. Assim, os conceitos culturais de angústia influenciam a expressão do TEPT e a variedade de seus transtornos comórbidos (ver “Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico” na Seção III).

Questões de diagnóstico relacionadas ao sexo e ao gênero

PTSD é mais prevalente entre as mulheres do que entre os homens ao longo da vida. A prevalência de TEPT ao longo da vida varia de 8,0% a 11,0% para mulheres e 4,1% a 5,4% para homens, com base em dois grandes estudos populacionais dos EUA usando os critérios do DSM-5. Parte do risco aumentado de TEPT em mulheres parece ser atribuível a uma maior probabilidade de exposição a abuso sexual infantil, agressão sexual e outras formas de violência interpessoal, que carregam o maior risco de desenvolvimento de TEPT. As mulheres na população geral também experimentam TEPT por um período mais longo do que os homens. No entanto, outros fatores que provavelmente contribuem para a maior prevalência em mulheres incluem diferenças de gênero no processamento emocional e cognitivo do trauma, bem como efeitos dos hormônios reprodutivos. Quando as respostas de homens e mulheres a estressores específicos são comparadas, as diferenças de gênero no risco de TEPT persistem. Por outro lado, os perfis de sintomas de TEPT e as estruturas fatoriais são semelhantes entre homens e mulheres.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Eventos traumáticos, como abuso infantil ou trauma sexual, aumentam o risco de suicídio de um indivíduo em civis e veteranos. O TEPT está associado a pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e morte por suicídio. A presença de TEPT tem sido associada a uma maior probabilidade de transição de pensamentos suicidas para um plano ou tentativa de suicídio, e esse efeito do TEPT ocorre independentemente do aumento do risco de transtornos de humor na probabilidade de comportamentos suicidas. Entre os adolescentes também existe uma relação significativa entre TEPT e pensamentos ou comportamentos suicidas, mesmo após ajuste para os efeitos da comorbidade.

Consequências Funcionais do Transtorno de Estresse Pós-Traumático O TEPT está associado a um alto prejuízo no funcionamento social, ocupacional e físico; redução da qualidade de vida; e problemas de saúde física. Funcionamento prejudicado é exibido

312

nos domínios social, interpessoal, de desenvolvimento, educacional, de saúde física e ocupacional. Em amostras comunitárias e de veteranos, o TEPT está associado a relacionamentos sociais e familiares ruins, absenteísmo no trabalho, menor renda e menor escolaridade e ocupação.

sucesso.

Diagnóstico diferencial

Distúrbios de ajuste. Nos transtornos de ajustamento, o estressor pode ser de qualquer gravidade ou tipo, em vez de um estressor envolvendo exposição a morte real ou ameaçada, lesão grave ou violência sexual, conforme exigido pelo Critério A de PTSD. O diagnóstico de um transtorno de ajustamento é usado quando a resposta a um estressor que atende ao Critério A de TEPT não atende a todos os outros critérios de TEPT (ou

critérios para outro transtorno mental). Um transtorno de ajustamento também é diagnosticado quando o padrão de sintomas de TEPT ocorre em resposta a um estressor que não atende ao Critério A de TEPT (por exemplo, cônjuge saindo, sendo demitido).

Outros distúrbios e condições pós-traumáticas. Nem toda psicopatologia que ocorre em indivíduos expostos a um estressor extremo deve necessariamente ser atribuída ao TEPT. O diagnóstico de TEPT exige que a exposição ao trauma preceda o início ou a exacerbção dos sintomas pertinentes. Se o padrão de resposta dos sintomas ao estressor extremo atende aos critérios para outro transtorno mental, esses diagnósticos devem ser dados em vez de, ou além do TEPT. Outros diagnósticos e condições são excluídos se forem melhor explicados pelo TEPT (por exemplo, sintomas de transtorno de pânico que ocorrem somente após exposição a lembranças traumáticas). Se forem graves, os padrões de resposta dos sintomas ao estressor extremo que atendem aos critérios para outro transtorno mental podem justificar um diagnóstico separado (por exemplo, amnésia dissociativa) além do TEPT.

Transtorno de estresse agudo. O transtorno de estresse agudo é diferenciado do TEPT porque o padrão de sintomas no transtorno de estresse agudo é restrito a uma duração de 3 dias a 1 mês após a exposição ao evento traumático.

Transtornos de ansiedade e transtorno obsessivo-compulsivo. No TOC, há pensamentos intrusivos recorrentes, mas estes se enquadram na definição de uma obsessão. Além disso, os pensamentos intrusivos não estão relacionados a um evento traumático vivenciado, as compulsões geralmente estão presentes e outros sintomas de TEPT ou transtorno de estresse agudo geralmente estão ausentes. Nem os sintomas de excitação e dissociação do transtorno do pânico nem a evitação, irritabilidade e ansiedade do transtorno de ansiedade generalizada estão associados a um evento traumático específico. Os sintomas do transtorno de ansiedade de separação estão claramente relacionados à separação do lar ou da família, e não a um evento traumático.

Transtorno depressivo maior. A depressão maior pode ou não ser precedida por um evento traumático e deve ser diagnosticada se todos os critérios forem preenchidos. Especificamente, o transtorno depressivo maior não inclui nenhum sintoma de TEPT Critério B ou C. Nem inclui uma série de sintomas de PTSD Critério D ou E. No entanto, se todos os critérios para PTSD também forem atendidos, ambos os diagnósticos podem ser dados.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Tanto o TDAH quanto o TEPT podem incluir problemas de atenção, concentração e aprendizado. Em contraste com o TDAH, onde os problemas de atenção, concentração e aprendizado devem ter seu início antes dos 12 anos, no TEPT os sintomas têm seu início após a exposição a um evento traumático do Critério A. No TEPT, as interrupções na atenção e na concentração do indivíduo podem ser atribuídas ao estado de alerta ao perigo e às respostas exageradas de sobressalto a lembranças do trauma.

Distúrbios de personalidade. Dificuldades interpessoais que tiveram seu início, ou foram muito exacerbadas, após a exposição a um evento traumático podem ser uma indicação de TEPT, ao invés de um transtorno de personalidade, no qual tais dificuldades seriam esperadas independentemente de qualquer exposição traumática.

Distúrbios dissociativos. Dissociativo amnésia, transtorno de identidade e transtorno de despersonalização-dissociação desrealização podem ou não ser precedidos por exposição a um evento traumático ou podem ou não ter sintomas de TEPT concomitantes. Quando os critérios completos de TEPT também são atendidos, no entanto, o subtipo TEPT “com sintomas dissociativos” deve ser considerado.

Transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão)

Novo início de sintomas somáticos no contexto de sofrimento pós-traumático pode ser uma indicação de TEPT em vez de transtorno de sintomas neurológicos funcionais.

Transtornos psicóticos. Os flashbacks no TEPT devem ser diferenciados de ilusões, alucinações e outros distúrbios perceptivos que podem ocorrer na esquizofrenia, no transtorno psicótico breve e em outros transtornos psicóticos; transtornos depressivos e bipolares com características psicóticas; delírio; transtornos induzidos por substância/medicamento; e transtornos psicóticos devido a outra condição médica. Os flashbacks de TEPT se distinguem desses outros distúrbios perceptivos por estarem diretamente relacionados à experiência traumática e por ocorrerem na ausência de outras características psicóticas ou induzidas por substâncias.

Traumatismo crâniano. Alguns tipos de eventos traumáticos aumentam o risco de TEPT e traumatismo crânio-encefálico (TCE) porque podem produzir lesões na cabeça (por exemplo, combate militar, explosões de bombas, abuso físico infantil, violência por parceiro íntimo, crimes violentos, acidentes automobilísticos ou outros).

Nesses casos, os indivíduos que apresentam TEPT também podem ter TCE, e aqueles que apresentam TCE também podem ter TEPT. Indivíduos com TEPT que também têm TCE podem apresentar sintomas pós-concussivos persistentes (por exemplo, dores de cabeça, tontura, sensibilidade à luz ou ao som, irritabilidade, déficit de concentração). No entanto, esses sintomas também podem ocorrer em populações sem lesão cerebral, incluindo indivíduos com TEPT. Como os sintomas de TEPT e sintomas neurocognitivos relacionados ao TCE podem se sobrepor, um diagnóstico diferencial entre TEPT e sintomas de transtorno neurocognitivo atribuíveis ao TCE pode ser possível com base na presença de sintomas distintos para cada apresentação. Enquanto a reexperiência e a evitação são características do TEPT e não dos efeitos do TCE, a desorientação e a confusão persistentes são mais específicas do TCE (efeitos neurocognitivos) do que do TEPT. Os problemas de memória relacionados ao TCE em relação ao evento traumático são tipicamente atribuíveis à incapacidade relacionada à lesão de codificar a informação, enquanto os problemas de memória relacionados ao TEPT geralmente refletem amnésia dissociativa.

As dificuldades do sono são comuns a ambos os distúrbios.

Comorbidade

Indivíduos com TEPT são mais propensos do que aqueles sem TEPT a apresentar sintomas que atendam aos critérios diagnósticos para pelo menos um outro transtorno mental, como transtornos depressivos, bipolares, ansiosos ou por uso de substâncias. O TEPT também está associado ao aumento do risco de transtorno neurocognitivo maior. Em um estudo baseado nos EUA, as mulheres eram mais propensas a desenvolver TEPT após um TCE leve.

Embora a maioria das crianças com TEPT também tenha pelo menos um outro diagnóstico, os padrões de comorbidade são diferentes dos adultos, predominando o transtorno desafiador opositivo e o transtorno de ansiedade de separação.

Transtorno de Estresse Agudo**Critério de diagnóstico****F43.0**

- A. Exposição a morte real ou ameaçada, lesão grave ou violência sexual em um (ou mais) das seguintes formas:

1. Vivenciando diretamente o(s) evento(s) traumático(s).
2. Testemunhar pessoalmente o(s) evento(s) como ocorreu a outros.

314

3. Saber que o(s) evento(s) ocorreu(m) a um familiar ou amigo próximo.

Nota: Em casos de morte real ou ameaça de morte de um membro da família ou amigo, o(s) evento(s) deve(m) ter sido violento ou acidental.

4. Experimentar exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos do(s) evento(s) traumático(s) (por exemplo, socorristas coletando restos mortais, policiais expostos repetidamente a detalhes de abuso infantil).

Observação: Isso não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotos, a menos que essa exposição esteja relacionada ao trabalho.

B. Presença de nove (ou mais) dos seguintes sintomas de qualquer uma das cinco categorias de intrusão, humor negativo, dissociação, evitação e excitação, começando ou piorando após a ocorrência do(s) evento(s) traumático(s): **Sintomas de intrusão** 1. Recorrente, memórias angustiantes involuntárias e intrusivas do(s) evento(s) traumático(s). **Nota:** Em crianças, podem ocorrer brincadeiras repetitivas nas quais são expressos temas ou aspectos do(s) evento(s) traumático(s).

2. Sonhos angustiantes recorrentes em que o conteúdo e/ou afeto do sonho estão relacionados ao(s) evento(s). **Nota:** Em crianças, pode haver sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível.

3. Reações dissociativas (por exemplo, flashbacks) nas quais o indivíduo sente ou age como se o(s) evento(s) traumático(s) fossem recorrentes. (Tais reações podem ocorrer em um continuum, com a expressão mais extrema sendo uma completa perda de consciência do ambiente presente.) **Nota:** Em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira.

4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ou reações fisiológicas marcantes em resposta a sinais internos ou externos que simbolizam ou se assemelham a um aspecto do(s) evento(s) traumático(s).

Humor Negativo

5. Incapacidade persistente de experimentar emoções positivas (p. experimentar felicidade, satisfação ou sentimentos amorosos).

Sintomas dissociativos 6.

Uma percepção alterada da realidade do ambiente ou de si mesmo (por exemplo, ver a si mesmo da perspectiva de outra pessoa, estar atordoado, desacelerar o tempo).

7. Incapacidade de lembrar um aspecto importante do(s) evento(s) traumático(s) (normalmente devido à amnésia dissociativa e não a outros fatores como traumatismo craniano, álcool ou drogas).

Sintomas de prevenção

8. Esforços para evitar memórias, pensamentos ou sentimentos angustiantes sobre ou intimamente associados ao(s) evento(s) traumático(s).
9. Esforços para evitar lembretes externos (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem memórias, pensamentos ou sentimentos angustiantes sobre ou intimamente associados ao(s) evento(s) traumático(s).

Sintomas de excitação

10. Perturbação do sono (por exemplo, dificuldade em adormecer ou manter o sono, sono agitado).
11. Comportamento irritável e explosões de raiva (com pouca ou nenhuma provocação), normalmente expressas como agressão verbal ou física contra pessoas ou objetos.
12. Hipervigilância.
13. Problemas de concentração.
14. Resposta de sobressalto exagerada.

315

C. A duração do distúrbio (sintomas no Critério B) é de 3 dias a 1 mês após a exposição ao trauma.

Nota: Os sintomas geralmente começam imediatamente após o trauma, mas a persistência por pelo menos 3 dias e até um mês é necessária para atender aos critérios do transtorno.

- D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicação ou álcool) ou outra condição médica (por exemplo, lesão cerebral traumática leve) e não é melhor explicada por um breve transtorno psicótico.

Características

Diagnósticas A característica essencial do transtorno de estresse agudo é o desenvolvimento de sintomas característicos que duram de 3 dias a 1 mês após a exposição a um ou mais eventos traumáticos (Critério A), que são do mesmo tipo descrito no Critério A de TEPT (para mais informações , consulte “Recursos de diagnóstico” para PTSD).

A apresentação clínica do transtorno de estresse agudo pode variar de acordo com o indivíduo, mas normalmente envolve uma resposta de ansiedade que inclui alguma forma de reexperiência ou reatividade ao evento traumático. As apresentações podem incluir sintomas de intrusão, humor negativo, sintomas dissociativos, sintomas de evitação e sintomas de excitação (Critério B1-B14). Em alguns indivíduos, uma apresentação dissociativa ou isolada pode predominar, embora esses indivíduos normalmente também exibam forte reatividade emocional ou fisiológica em resposta a lembretes de trauma. Em outros indivíduos, pode haver uma forte resposta de raiva na qual a reatividade é caracterizada por respostas irritáveis ou possivelmente agressivas.

Os sintomas de intrusão (Critério B1–B4) são os mesmos descritos no Critério B1–B5 do TEPT (para discussão desses sintomas, consulte “Características de diagnóstico” para TEPT; observe que o Critério B4 do transtorno de estresse agudo compreende os Critérios B4 e B5 do TEPT). Indivíduos com transtorno de estresse agudo podem ter uma incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p.

satisfação ou emoções associadas à intimidade, ternura, sexualidade), mas pode experimentar emoções negativas como medo, tristeza, raiva, culpa ou vergonha (Critério B5). Alterações na consciência podem incluir *despersonalização*, uma sensação de distanciamento de si mesmo (por exemplo, ver a si mesmo do outro lado da sala) ou *desrealização*, ter uma visão distorcida do ambiente (por exemplo, perceber que as coisas estão se movendo em câmera lenta, ver coisas atordoado, sem estar ciente de eventos que normalmente codificáramos) (Critério B6). Alguns indivíduos também relatam uma incapacidade de lembrar um aspecto importante do evento traumático que foi presumivelmente codificado. Esse sintoma é atribuível à amnésia dissociativa e não a traumatismo craniano, álcool ou drogas (Critério B7). Os estímulos associados ao trauma são persistentemente evitados. O indivíduo geralmente faz esforços deliberados para evitar pensamentos, memórias ou sentimentos (por exemplo, usando técnicas de distração ou supressão, incluindo uso de substâncias, para evitar lembretes internos) (Critério B8) e evitar atividades, conversas, objetos, situações ou pessoas que despertem lembranças (Critério B9).

É muito comum que indivíduos com transtorno de estresse agudo tenham problemas com o início e a manutenção do sono, que podem estar associados a pesadelos e preocupações com segurança ou à excitação generalizada elevada que interfere no sono adequado (Critério B10). Indivíduos com transtorno de estresse agudo podem apresentar comportamento irritável e podem até se envolver em comportamento verbal ou físico agressivo com pouca ou nenhuma provocação (por exemplo, gritar com as pessoas, entrar em brigas, destruir objetos) (Critério B11). O transtorno de estresse agudo é frequentemente caracterizado por uma maior vigilância para ameaças potenciais, incluindo aquelas relacionadas à experiência traumática (por exemplo, após um acidente de automóvel, sendo especialmente sensível à ameaça potencialmente causada por carros ou caminhões) e aquelas não relacionadas a o evento traumático (por exemplo, ter medo de sofrer um ataque cardíaco) (Critério B12). Dificuldades de concentração (Critério B13) incluem dificuldade em lembrar fatos familiares (p.

316

esquecer o número de telefone) ou eventos diários (por exemplo, ter lido recentemente parte de um livro ou jornal) ou atender a tarefas específicas (por exemplo, acompanhar uma conversa por um período prolongado de tempo).

Indivíduos com transtorno de estresse agudo podem ser muito reativos a estímulos inesperados, apresentando uma resposta de sobressalto ou nervosismo a ruídos altos (por exemplo, em resposta a um telefone tocando) ou movimentos inesperados (Critério B14). As respostas de sobressalto são involuntárias e reflexivas (automáticas, instantâneas), e os estímulos que evocam respostas de sobressalto exageradas (Critério B14) não precisam estar relacionados ao evento traumático.

O quadro sintomático completo deve durar pelo menos 3 dias após o evento traumático, mas não deve durar mais de 1 mês (Critério C). Os sintomas que ocorrem imediatamente após o evento, mas desaparecem em menos de 3 dias, não atenderiam aos critérios para transtorno de estresse agudo.

Recursos associados

Indivíduos com transtorno de estresse agudo geralmente se envolvem em pensamentos catastróficos ou extremamente negativos sobre seu papel no evento traumático, sua resposta à experiência traumática ou a probabilidade de danos futuros. Por exemplo, um indivíduo com transtorno de estresse agudo pode se sentir excessivamente culpado por não ter evitado o evento traumático ou por não se adaptar ao

experiência com mais sucesso. Indivíduos com transtorno de estresse agudo também podem interpretar seus sintomas de maneira catastrófica, de modo que memórias de flashback ou entorpecimento emocional podem ser interpretados como um sinal de capacidade mental diminuída. É comum que indivíduos com transtorno de estresse agudo experimentem ataques de pânico no mês inicial após a exposição ao trauma que podem ser desencadeados por lembranças de trauma ou podem aparentemente ocorrer espontaneamente. Além disso, indivíduos com transtorno de estresse agudo podem apresentar comportamento caótico ou impulsivo. Por exemplo, os indivíduos podem dirigir de forma imprudente, tomar decisões irrationais ou jogar excessivamente. Em crianças, pode haver ansiedade de separação significativa, possivelmente manifestada por necessidades excessivas de atenção dos cuidadores. No caso de luto após uma morte que ocorreu em circunstâncias traumáticas, os sintomas do transtorno de estresse agudo podem envolver reações agudas de luto. Nesses casos, sintomas de reexperiência, dissociação e excitação podem envolver reações à perda, como lembranças intrusivas das circunstâncias da morte do indivíduo, descrença de que o indivíduo morreu e raiva pela morte. Sintomas pós-concussivos (por exemplo, dores de cabeça, tontura, sensibilidade à luz ou ao som, irritabilidade, déficits de concentração), que ocorrem frequentemente após lesão cerebral traumática leve (TCE), também são observados com frequência em indivíduos com transtorno de estresse agudo. Os sintomas pós-concussivos são igualmente comuns em populações com e sem lesão cerebral, e a ocorrência frequente de sintomas pós-concussivos pode ser atribuída a sintomas de transtorno de estresse agudo.

Prevalência

A prevalência de transtorno de estresse agudo em populações recentemente expostas ao trauma (ou seja, dentro de 1 mês após a exposição ao trauma) varia de acordo com a natureza do evento e o contexto em que é avaliado. Em pesquisa realizada na Austrália, Reino Unido e Estados Unidos, o transtorno de estresse agudo foi identificado em menos de 20% dos casos após eventos traumáticos que não envolvem agressão interpessoal – por exemplo, acidentes automobilísticos, TCE leve, queimaduras graves, e acidentes industriais. Taxas mais altas (ou seja, 19%–50%) foram geralmente encontradas após eventos traumáticos interpessoais (por exemplo, agressão, estupro).

Desenvolvimento e Curso Por

definição, o transtorno de estresse agudo não pode ser diagnosticado até 3 dias após um evento traumático. Embora o transtorno de estresse agudo possa progredir para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) após 1 mês, também pode ser uma resposta transitória ao estresse que remete dentro de 1 mês após a exposição ao trauma e não resulta em TEPT. Aproximadamente metade dos indivíduos que eventualmente desenvolvem TEPT apresenta inicialmente transtorno de estresse agudo. As análises longitudinais indicam

que os sintomas de estresse agudo podem regredir, permanecer constantes ou piorar ao longo do tempo, em grande parte como resultado de estressores contínuos da vida ou eventos traumáticos adicionais.

As formas de reexperiência podem variar ao longo do desenvolvimento. Ao contrário de adultos ou adolescentes, crianças pequenas podem relatar sonhos assustadores sem conteúdo que reflita claramente os aspectos do trauma (por exemplo, acordar assustado após o trauma, mas ser incapaz de relacionar o conteúdo do sonho ao evento traumático). Crianças de 6 anos ou menos são mais propensas do que crianças mais velhas a expressar sintomas de reexperiência por meio de brincadeiras que se referem direta ou simbolicamente a

o trauma. Por exemplo, uma criança muito pequena que sobreviveu a um incêndio pode desenhar imagens de chamas. As crianças pequenas também não manifestam necessariamente reações de medo no momento da exposição ou mesmo durante a reexperiência. Os pais geralmente relatam uma série de expressões emocionais, como raiva, vergonha ou retraiamento, e até mesmo afeto positivo excessivamente brilhante, em crianças pequenas que estão traumatizadas. Embora as crianças possam evitar lembranças do trauma, às vezes elas ficam preocupadas com lembranças (por exemplo, uma criança pequena mordida por um cachorro pode falar sobre cachorros constantemente, mas evita sair por causa do medo de entrar em contato com um cachorro).

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Os fatores de risco incluem transtorno mental prévio, altos níveis de respostas emocionais negativas, como humor deprimido e ansiedade (também denominado *afetividade negativa* ou *neuroticismo*), maior gravidade percebida do evento traumático e um estilo de enfrentamento evitativo. Uma tendência a fazer avaliações catastróficas da experiência traumática, muitas vezes caracterizada por avaliações exageradas de danos futuros, culpa ou desesperança, é fortemente preditiva de transtorno de estresse agudo.

Ambiental. Em primeiro lugar, um indivíduo deve ser exposto a um evento traumático para estar em risco de transtorno de estresse agudo. Os fatores de risco para o transtorno incluem uma história de trauma anterior.

Genética e fisiológica. a Reatividade elevada, refletida pela resposta acústica de sobressalto, antes da exposição ao trauma aumenta o risco de desenvolver transtorno de estresse agudo.

Questões diagnósticas relacionadas à cultura

O perfil dos sintomas do transtorno de estresse agudo pode variar culturalmente, particularmente no que diz respeito aos sintomas dissociativos, pesadelos, evitação e sintomas somáticos (por exemplo, tontura, falta de ar, sensações de calor, queixas de dor). As reações de estresse agudo podem ser moldadas por valores e normas culturais em relação à expressão de emoções extremas, mesmo em situações extraordinárias. Conceitos culturais de angústia moldam os perfis de sintomas locais do transtorno de estresse agudo. Alguns grupos culturais podem apresentar variantes de respostas dissociativas, como possessão ou comportamentos semelhantes a transe no mês inicial após a exposição ao trauma. Os sintomas de pânico podem ser salientes no transtorno de estresse agudo entre os cambojanos por causa da associação de exposição traumática com ataques de *khyal* semelhantes ao pânico, e o *ataque de nervios* entre latino-americanos também pode seguir uma exposição traumática. Para obter mais informações sobre os conceitos culturais de angústia, consulte o capítulo da Seção III “Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico”.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero O

transtorno de estresse agudo é mais prevalente entre as mulheres do que entre os homens em estudos em vários países. O risco aumentado para o transtorno em mulheres pode ser atribuído a uma maior probabilidade de exposição aos tipos de eventos traumáticos com alto risco condicional para transtorno de estresse agudo, como estupro, outras violências interpessoais e traumas na infância, incluindo abuso sexual. Outros fatores que provavelmente contribuem para a maior prevalência em mulheres incluem diferenças de gênero no processamento emocional e cognitivo do trauma. Ligado ao sexo

diferenças neurobiológicas na resposta ao estresse, bem como fatores socioculturais, também podem contribuir para o aumento do risco das mulheres para transtorno de estresse agudo.

Consequências funcionais do transtorno de estresse agudo O

funcionamento prejudicado nos domínios social, interpessoal ou ocupacional foi demonstrado em sobreviventes de acidentes, agressão e estupro que desenvolvem transtorno de estresse agudo. Os níveis extremos de ansiedade que podem estar associados ao transtorno de estresse agudo podem interferir no sono, nos níveis de energia e na capacidade de realizar tarefas. A evitação no transtorno de estresse agudo pode resultar em afastamento generalizado de muitas situações que são percebidas como potencialmente ameaçadoras, o que pode levar ao não comparecimento a consultas médicas, evitação de dirigir para compromissos importantes e absenteísmo ao trabalho.

Diagnóstico diferencial

Distúrbios de ajuste. Nos transtornos de ajustamento, o estressor pode ser de qualquer gravidade, em vez da gravidade e do tipo exigido pelo Critério A de transtorno de estresse agudo. O diagnóstico de um transtorno de ajustamento é usado quando a resposta a um evento do Critério A não atende aos critérios para transtorno de estresse agudo (ou outro transtorno mental específico) e quando o padrão de sintomas de transtorno de estresse agudo ocorre em resposta a um estressor que não atender ao Critério A para exposição a morte real ou ameaçada, lesão grave ou violência sexual (por exemplo, saída do cônjuge, demissão).

Por exemplo, reações de estresse graves a doenças com risco de vida que podem incluir alguns sintomas de transtorno de estresse agudo podem ser mais apropriadamente descritas como um transtorno de adaptação. Algumas formas de resposta aguda ao estresse não incluem sintomas de transtorno de estresse agudo e podem ser caracterizadas por raiva, depressão ou culpa. Essas respostas são mais apropriadamente descritas como principalmente um transtorno de ajustamento. As respostas depressivas ou de raiva em um transtorno de ajustamento podem envolver ruminação sobre o evento traumático, em oposição às memórias angustiantes involuntárias e intrusivas no transtorno de estresse agudo.

Síndrome do pânico. Ataques de pânico espontâneos são muito comuns no transtorno de estresse agudo. No entanto, o transtorno do pânico é diagnosticado apenas se os ataques de pânico forem inesperados e houver ansiedade sobre ataques futuros ou mudanças mal-adaptativas no comportamento associadas ao medo das consequências terríveis dos ataques.

Distúrbios dissociativos. Respostas dissociativas graves (na ausência de sintomas característicos de transtorno de estresse agudo) podem ser diagnosticadas como transtorno de desrealização/despersonalização. Se a amnésia grave do trauma persistir na ausência de sintomas característicos de transtorno de estresse agudo, o diagnóstico de amnésia dissociativa pode ser indicado.

Transtorno de estresse pós-traumático. O transtorno de estresse agudo é diferenciado do TEPT porque o padrão de sintomas no transtorno de estresse agudo deve se resolver dentro de 1 mês após o evento traumático. Se os sintomas persistirem por mais de 1 mês e atenderem aos critérios para TEPT, o diagnóstico é alterado de transtorno de estresse agudo para TEPT.

Transtorno obsessivo-compulsivo. No transtorno obsessivo-compulsivo, há pensamentos intrusivos recorrentes, mas estes se enquadram na definição de uma obsessão. Além disso, os pensamentos intrusivos não estão relacionados a um evento traumático vivenciado, as compulsões geralmente estão presentes e outros sintomas de transtorno de estresse agudo geralmente estão ausentes.

Transtornos psicóticos. Flashbacks no transtorno de estresse agudo devem ser diferenciados de ilusões,

alucinações e outros distúrbios da percepção que podem ocorrer na esquizofrenia, outros transtornos psicóticos, transtorno depressivo ou bipolar com características psicóticas, delírio, transtornos induzidos por substância/medicamento e transtornos psicóticos devido a outra condição médica. Os flashbacks do transtorno de estresse agudo se distinguem desses outros distúrbios perceptivos por estarem diretamente relacionados à experiência traumática e por ocorrerem na ausência de outras características psicóticas ou induzidas por substâncias.

319

Traumatismo crâniano. Quando uma lesão cerebral ocorre no contexto de um evento traumático (por exemplo, acidente traumático, explosão de bomba, trauma de aceleração/desaceleração), podem aparecer sintomas de transtorno de estresse agudo. Um evento que causa traumatismo craniano também pode constituir um evento psicológico traumático, e os sintomas neurocognitivos relacionados ao TCE não são mutuamente exclusivos e podem ocorrer concomitantemente. Sintomas anteriormente denominados pós -concussivos (por exemplo, dores de cabeça, tonturas, sensibilidade à luz ou ao som, irritabilidade, déficits de concentração) podem ocorrer em populações com e sem lesão cerebral, incluindo indivíduos com transtorno de estresse agudo. Como os sintomas de transtorno de estresse agudo e sintomas neurocognitivos relacionados ao TCE podem se sobrepor, um diagnóstico diferencial entre transtorno de estresse agudo e sintomas de transtorno neurocognitivo atribuíveis ao TCE pode ser possível com base na presença de sintomas distintos para cada apresentação. Enquanto a reexperiência e a evitação são características do transtorno de estresse agudo e não dos efeitos do TCE, a desorientação e a confusão persistentes são mais específicas do TCE (efeitos neurocognitivos) do que do transtorno de estresse agudo. Além disso, o diferencial é auxiliado pelo fato de que os sintomas do transtorno de estresse agudo persistem por apenas 1 mês após o trauma.

exposição.

Distúrbios de Ajustamento

Critério de diagnóstico

- A. O desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor(es) identificável(is) ocorrendo dentro de 3 meses após o início do(s) estressor(es).
- B. Esses sintomas ou comportamentos são clinicamente significativos, conforme evidenciado por um ou ambos os seguintes: 1.
 - Sofrimento acentuado desproporcional à gravidade ou intensidade do estressor, levando em consideração o contexto externo e os fatores culturais que podem influenciar a gravidade e a apresentação dos sintomas.
 - 2. Prejuízo significativo em áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionando.
- C. O distúrbio relacionado ao estresse não atende aos critérios para outro transtorno mental transtorno e não é meramente uma exacerbação de um transtorno mental preexistente.
- D. Os sintomas não representam luto normal e não são bem explicados pelo transtorno do luto prolongado.

E. Uma vez que o estressor ou suas consequências tenham terminado, os sintomas não persistir por mais de 6 meses adicionais.

Especifique se:

F43.21 Com humor deprimido: humor deprimido , choro ou sentimentos de desesperança são predominantes.

F43.22 Com ansiedade: Nervosismo, preocupação, nervosismo ou ansiedade de separação são predominantes.

F43.23 Com ansiedade mista e humor deprimido: Uma combinação de depressão e ansiedade é predominante.

F43.24 Com perturbação da conduta: A perturbação da conduta é predominante.

F43.25 Com distúrbios mistos de emoções e conduta: Ambos os sintomas emocionais (por exemplo, depressão, ansiedade) e um distúrbio de conduta são predominantes.

F43.20 Não especificado: Para reações desadaptativas que não são classificáveis como um dos subtipos específicos de transtorno de ajustamento.

320

Especifique

se: Agudo: Este especificador pode ser usado para indicar a persistência dos sintomas por menos de 6 meses.

Persistente (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 consequências.

O especificador persistente, portanto, se aplica quando a duração do distúrbio é superior a 6 meses em resposta a um estressor crônico ou a um estressor que tenha consequências duradouras.

Especificadores

Por definição, um transtorno de adaptação deve ser resolvido dentro de 6 meses após o término do estressor ou de suas consequências. No entanto, os sintomas podem persistir por um período prolongado (ou seja, mais de 6 meses) se ocorrerem em resposta a um estressor persistente (por exemplo, outra condição médica incapacitante crônica) ou a um estressor que tenha consequências duradouras (por exemplo, o problema financeiro). A duração dos sintomas de um transtorno de adaptação pode ser indicada usando os especificadores agudos ou persistentes (crônicos). O especificador agudo é usado para indicar a persistência dos sintomas por menos de 6 meses. O especificador persistente (crônico) é usado para indicar a persistência dos sintomas por 6 meses ou mais. Este último especificador, portanto, se aplica quando a duração do distúrbio é superior a 6 meses em resposta a um estressor persistente ou a um estressor que tem consequências duradouras.

Recursos de diagnóstico

A presença de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor identificável é a característica essencial dos transtornos de ajustamento (Critério A). O estressor pode ser um evento único (por exemplo, o término de um relacionamento romântico), ou pode haver vários estressores (por exemplo, dificuldades comerciais marcantes e problemas conjugais). Os estressores podem ser recorrentes (por exemplo, associados a crises sazonais de negócios, relacionamentos sexuais insatisfatórios) ou contínuos (por exemplo, uma doença dolorosa persistente com incapacidade crescente, viver em um bairro cheio de crimes). Os estressores podem afetar um único indivíduo, uma família inteira ou um grupo ou comunidade maior (por exemplo, um desastre natural). Alguns estressores podem acompanhar eventos específicos do desenvolvimento (por exemplo, ir à escola, deixar a casa dos pais, voltar a entrar na casa dos pais, casar-se, tornar-se pai, deixar de atingir metas ocupacionais, aposentadoria).

Os transtornos de adaptação podem ser diagnosticados após a morte de um ente querido quando a intensidade, a qualidade ou a persistência das reações de luto excedem o que normalmente se poderia esperar, quando as normas culturais, religiosas ou apropriadas à idade são levadas em consideração e a reação de luto não preenchem os critérios para transtorno de luto prolongado.

Prevalência

Os transtornos de ajustamento são comuns, embora a prevalência possa variar amplamente em função da população estudada e dos métodos de avaliação utilizados. A porcentagem de indivíduos em tratamento ambulatorial de saúde mental nos Estados Unidos com diagnóstico principal de um transtorno de adaptação varia de aproximadamente 5% a 20%. As taxas de transtorno de ajustamento podem ser maiores em mulheres, conforme observado por pesquisa na Dinamarca. Nos ambientes de consulta psiquiátrica em hospitais australianos, canadenses, israelenses e norte-americanos, um transtorno de adaptação era frequentemente o diagnóstico mais comum na década de 1990, chegando frequentemente a 50%.

Desenvolvimento e Curso Por definição,

o distúrbio nos transtornos de ajustamento começa dentro de 3 meses após o início de um estressor. Se o estressor for um evento agudo (p.

321

(ou seja, não mais do que alguns meses). Se o estressor ou suas consequências persistirem, o transtorno de ajustamento também pode continuar presente e se tornar a forma persistente. Por definição, se os sintomas persistirem além de 6 meses após o estressor ou suas consequências terem cessado, o diagnóstico de transtorno de ajustamento não se aplicaria mais.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. Pessoas de circunstâncias de vida desfavorecidas experimentam uma alta taxa de estressores e pode estar em risco aumentado para transtornos de ajuste.

Problemas de diagnóstico relacionados à cultura

Como a natureza, o significado e a experiência dos estressores e a avaliação da resposta aos estressores podem variar entre as culturas, o contexto cultural é fundamental para determinar se o

resposta de ajuste é mal-adaptativa. Migrantes e refugiados podem experimentar grandes mudanças contextuais e culturais estressantes que podem tornar essa avaliação desafiadora. Supõe-se que o sofrimento seja um aspecto intrínseco da vida normal em alguns contextos culturais, de modo que reações angustiantes a eventos estressantes da vida podem não ser vistas como inadequadas ou dignas de tratamento. A autoimolação também é um risco associado ao transtorno de ajustamento em alguns contextos culturais.

A associação com pensamentos suicidas ou transtornos de ajuste de comportamento

comportamento estão associados a um risco aumentado de tentativas de suicídio e suicídio.

Entre as populações migrantes, incluindo migrantes turcos na Europa Ocidental e migrantes do sul da Ásia ou do Sudeste Asiático em países do Golfo, o transtorno de adaptação foi encontrado entre os diagnósticos mais comuns associados ao comportamento relacionado ao suicídio.

Consequências Funcionais dos Transtornos de Ajustamento

O sofrimento subjetivo ou prejuízo no funcionamento associado aos transtornos de ajustamento frequentemente se manifesta como diminuição do desempenho no trabalho ou na escola e mudanças temporárias nas relações sociais. Um transtorno de adaptação pode complicar o curso da doença em indivíduos que têm outra condição médica (por exemplo, diminuição da adesão ao regime médico recomendado; aumento do tempo de internação).

Diagnóstico Diferencial

Transtorno depressivo maior.

Se um indivíduo apresenta sintomas que atendem aos critérios para um transtorno depressivo maior em resposta a um estressor, o diagnóstico de um transtorno de adaptação não é aplicável. O perfil de sintomas do transtorno depressivo maior o diferencia dos transtornos de ajustamento.

Transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de estresse agudo.

Nos transtornos de ajustamento, o estressor pode ser de qualquer gravidade, em vez da gravidade e do tipo exigido pelo Critério A de transtorno de estresse agudo e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Ao distinguir os transtornos de ajustamento desses dois diagnósticos pós-traumáticos, há considerações de tempo e perfil de sintomas.

Os transtornos de ajustamento podem ser diagnosticados imediatamente e persistirem até 6 meses após a exposição ao evento traumático, enquanto o transtorno de estresse agudo só pode ocorrer entre 3 dias e 1 mês de exposição ao estressor e o TEPT não pode ser diagnosticado até que pelo menos 1 mês tenha passado desde a ocorrência do estressor traumático. Os perfis de sintomas necessários para TEPT e transtorno de estresse agudo os diferenciam dos transtornos de adaptação. Com relação aos perfis de sintomas, um transtorno de ajustamento pode ser diagnosticado após um evento traumático quando um indivíduo apresenta sintomas de transtorno de estresse agudo ou TEPT que não atendem ou excedem o limiar diagnóstico para qualquer transtorno. Como o transtorno de ajustamento não pode persistir por mais de 6 meses após o término do estressor ou de suas consequências, casos em que os sintomas ocorrem em resposta

a um evento traumático que esteja aquém do limiar diagnóstico para TEPT e que persista por mais de 6 meses deve ser diagnosticado como outro transtorno específico relacionado a trauma e estressor. Um transtorno de ajustamento também deve ser diagnosticado para indivíduos que não foram expostos a um evento traumático que satisfaça o Critério A para TEPT, mas que, de outra forma, exibem o completo

perfil de sintomas de transtorno de estresse agudo ou TEPT.

Distúrbios de personalidade. Com relação aos transtornos de personalidade, alguns traços de personalidade podem estar associados a uma vulnerabilidade ao sofrimento situacional que pode se assemelhar a um transtorno de ajustamento. A história de vida do funcionamento da personalidade ajudará a informar a interpretação de comportamentos angustiantes para ajudar a distinguir um transtorno de personalidade de longa data de um transtorno de ajustamento. Além de alguns transtornos de personalidade que incorrem em vulnerabilidade ao sofrimento, os estressores também podem exacerbar os sintomas do transtorno de personalidade. Na presença de um transtorno de personalidade, se os critérios de sintomas para um transtorno de ajustamento forem atendidos e o distúrbio relacionado ao estresse exceder o que pode ser atribuível a sintomas de transtorno de personalidade desadaptativo (ou seja, o Critério C for atendido), então o diagnóstico de um transtorno de ajustamento desordem deve ser feita.

Luto. O sofrimento agudo clinicamente significativo relacionado ao luto pode às vezes ser diagnosticado como um transtorno de ajustamento se o luto for considerado desproporcional ao que seria esperado ou prejudicar significativamente o autocuidado e as relações interpessoais. Quando tais sintomas persistem por mais de 12 meses após a morte, o diagnóstico é transtorno de luto prolongado se todos os critérios forem preenchidos ou outro transtorno especificado relacionado a trauma e estressor.

Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas Em fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, entidades psicológicas específicas (por exemplo, sintomas psicológicos, comportamentos, outros fatores) exacerbam uma condição médica. Esses fatores psicológicos podem precipitar, exacerbar ou colocar um indivíduo em risco de doença médica, ou podem piorar uma condição existente. Em contraste, um transtorno de ajustamento é uma reação ao estressor (por exemplo, ter uma doença médica).

Reações de estresse normativo. Quando coisas ruins acontecem, a maioria das pessoas fica chateada. Este não é um transtorno de adaptação. O diagnóstico só deve ser feito quando a magnitude do sofrimento (por exemplo, alterações no humor, ansiedade ou conduta) excede o que seria normalmente esperado (o que pode variar em diferentes culturas) ou quando o evento adverso precipita o comprometimento funcional.

Os transtornos de

ajuste de **comorbidade** podem acompanhar a maioria dos transtornos mentais e qualquer condição médica. Os transtornos de adaptação podem ser diagnosticados em conjunto com outro transtorno mental somente se este último não explicar os sintomas particulares que ocorrem em reação ao estressor. Por exemplo, um indivíduo pode desenvolver um transtorno de adaptação, com humor deprimido, após perder o emprego e ao mesmo tempo ter um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo. Ou, um indivíduo pode ter um transtorno depressivo ou bipolar e um transtorno de adaptação, desde que os critérios para ambos sejam atendidos.

Os transtornos de adaptação são acompanhamentos comuns de doenças médicas e podem ser a principal resposta psicológica a uma condição médica.

Transtorno do Luto Prolongado

Critério de diagnóstico	F43.8
A. A morte, há pelo menos 12 meses, de uma pessoa próxima ao enlutado	

individual (para crianças e adolescentes, há pelo menos 6 meses).

323

- B. Desde a morte, o desenvolvimento de uma resposta de luto persistente caracterizada por um ou ambos os sintomas a seguir, que estão presentes na maioria dos dias em um grau clinicamente significativo. Além disso, o(s) sintoma(s) ocorreu(m) quase todos os dias pelo menos no último mês:
1. Anseio/saudade intenso pela pessoa falecida.
 2. Preocupação com pensamentos ou lembranças da pessoa falecida (em crianças e adolescentes, a preocupação pode se concentrar nas circunstâncias da morte).
- C. Desde a morte, pelo menos três dos seguintes sintomas estiveram presentes na maioria dos dias em grau clinicamente significativo. Além disso, os sintomas ocorreram quase todos os dias pelo menos no último mês:
1. Perturbação de identidade (por exemplo, sentir como se parte de si mesmo tivesse morrido) desde o morte.
 2. Sensação marcada de descrença sobre a morte.
 3. Evitar lembretes de que a pessoa está morta (em crianças e adolescentes, pode ser caracterizada por esforços para evitar lembretes).
 4. Dor emocional intensa (por exemplo, raiva, amargura, tristeza) relacionada à morte.
 5. Dificuldade em se reintegrar aos relacionamentos e atividades após a morte (por exemplo, problemas para se relacionar com amigos, buscar interesses ou planejar o futuro).
 6. Entorpecimento emocional (ausência ou redução acentuada da experiência emocional) como resultado da morte.
 7. Sentir que a vida não tem sentido por causa da morte.
 8. Solidão intensa como resultado da morte.
- D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- E. A duração e a gravidade da reação de luto excedem claramente as normas sociais, culturais ou religiosas esperadas para a cultura e o contexto do indivíduo.
- F. Os sintomas não são melhor explicados por outro transtorno mental, como transtorno depressivo maior ou transtorno de estresse pós-traumático, e não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicação, álcool) ou outra condição médica.

Características Diagnósticas

O transtorno de luto prolongado representa uma reação de luto mal-adaptativa prolongada que pode ser diagnosticada somente após pelo menos 12 meses (6 meses em crianças e adolescentes) decorridos desde a morte de alguém com quem o enlutado tinha um relacionamento próximo (Critério A). Embora em geral

este período de tempo discrimina de forma confiável o luto normal do luto que continua a ser grave e prejudicial, a duração do luto adaptativo pode variar individualmente e transculturalmente. A condição envolve o desenvolvimento de uma resposta de luto persistente caracterizada por intenso anseio ou saudade da pessoa falecida (muitas vezes com tristeza intensa e choro frequente) ou preocupação com pensamentos ou memórias do falecido, embora em crianças e adolescentes essa preocupação possa se concentrar em as circunstâncias da morte. O anseio/anseio intenso ou a preocupação esteve presente na maioria dos dias em grau clinicamente significativo e ocorreu quase todos os dias pelo menos no último mês (Critério B). Além disso, desde a morte, pelo menos três sintomas adicionais estiveram presentes na maioria dos dias em um grau clinicamente significativo e ocorreram quase todos os dias pelo menos no mês passado. Esses sintomas incluem ruptura de identidade desde a morte (por exemplo, sentir como se parte de si mesmo tivesse morrido) (Critério C1); um acentuado sentimento de descrença em relação à morte (Critério C2); evitação de lembretes de que a pessoa está morta, o que em crianças e adolescentes pode ser caracterizado por esforços para evitar lembretes (Critério C3); dor emocional intensa (por exemplo, raiva, amargura, culpa) desde a morte (Critério C4); ter dificuldade em se reintegrar em relacionamentos e atividades pessoais desde a morte (por exemplo, problemas

324

envolver-se com amigos, perseguir interesses ou planejar o futuro) (Critério C5); dormência emocional (ausência ou redução acentuada da experiência emocional) como resultado da morte (Critério C6); sentir que a vida não tem sentido por causa da morte (Critério C7); ou solidão intensa como consequência da morte (Critério C8).

Os sintomas do transtorno do luto prolongado devem resultar em sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento do indivíduo enlutado (Critério D). A natureza, duração e gravidade da reação de luto devem exceder claramente as normas sociais, culturais ou religiosas esperadas para a cultura e o contexto do indivíduo (Critério E). Embora existam variações em como o luto pode se manifestar, os sintomas do transtorno do luto prolongado ocorrem em todos os gêneros e em diversos grupos sociais e culturais.

Recursos associados

Indivíduos com sintomas de transtorno de luto prolongado muitas vezes experimentam cognições desadaptativas sobre o self, culpa pela morte e diminuição da expectativa de vida futura e objetivos de vida. Queixas somáticas geralmente acompanham a condição e podem estar relacionadas à depressão e ansiedade comórbidas, ruptura da identidade social e aumento das consultas de saúde; os sintomas somáticos podem estar associados aos que foram experimentados pelo falecido (por exemplo, alterações no apetite). Comportamentos prejudiciais à saúde relacionados à diminuição do autocuidado e preocupação também são comuns em indivíduos com sintomas de transtorno de luto prolongado. Alucinações sobre o falecido (por exemplo, ouvir a voz do falecido) podem ocorrer durante o luto normal, mas podem ser mais comuns em indivíduos com sintomas de transtorno de luto prolongado; alucinações experimentadas por indivíduos com sintomas prolongados de transtorno de luto podem estar associadas a rupturas da identidade social e do propósito relacionado à morte (por exemplo, confusão sobre seu papel na vida, sentimento de falta de sentido). Outras características associadas ao transtorno do luto prolongado incluem amargura, raiva ou inquietação; culpar os outros pela morte; e diminuição da quantidade e qualidade do sono.

Prevalência

A prevalência do transtorno do luto prolongado do DSM-5 em adultos é desconhecida. Meta-análise de estudos em quatro continentes que usaram uma definição diferente para transtorno de luto prolongado com pelo menos 6 meses de duração pós-perda sugere uma prevalência combinada de 9,8%; no entanto, houve heterogeneidade metodológica substancial entre os estudos (por exemplo, nas definições de sintomas, medidas, duração do luto), o que afetou os achados de prevalência. Populações com elevada exposição ao trauma podem ter taxas de prevalência mais elevadas. A prevalência média de apresentações de luto prolongado pode ser maior em países ocidentais de alta renda do que em países asiáticos de renda alta e média-alta, mas estudos recentes na China revelaram taxas mais altas e variação substancial. A prevalência de transtorno de luto complexo persistente (incluído no DSM-5 Seção III, "Condições para Estudo Adicional") entre jovens americanos enlutados na comunidade foi estimada em 18%.

Desenvolvimento e Curso Existem

dados limitados sobre o curso do transtorno do luto prolongado ao longo da vida. Os sintomas geralmente começam nos primeiros meses após a morte, embora possa haver um atraso antes que a síndrome completa apareça. Evidências preliminares sugerem que o curso pode ser especialmente prolongado entre os pais após a morte de uma criança. O curso do transtorno do luto prolongado pode ser complicado por transtorno de estresse pós-traumático comórbido, que é mais comum em situações de luto após a morte violenta de um ente querido (por exemplo, assassinato, suicídio), quando o luto pelo enlutado pode ser acompanhado por ameaça à vida pessoal e/ou testemunho de morte violenta e potencialmente horrível. A idade avançada pode estar associada a um risco maior de desenvolver o transtorno após a morte de um ente querido. Idosos com sintomas prolongados de transtorno de luto podem estar em risco elevado de declínio cognitivo progressivo.

325

Nas crianças, a angústia pode ser expressa em brincadeiras e comportamentos, regressões de desenvolvimento e comportamento ansioso ou de protesto em momentos de separação e reencontro. As crianças pequenas podem experimentar sintomas de transtorno de luto prolongado de maneiras específicas por causa de sua idade. A perda de um cuidador principal pode ser particularmente traumática para uma criança pequena, devido aos efeitos desorganizadores da ausência do cuidador. As crianças pequenas podem protestar ou ficar zangadas quando as atividades diárias de cuidado são realizadas de forma diferente do falecido (por exemplo, cozinhar, disciplinar, rituais da hora de dormir). Eles podem expressar intensa insegurança sobre seu futuro, muitas vezes manifestada como preocupações com a saúde e segurança dos cuidadores e consigo mesmos, com repetidos questionamentos sobre a morte. Eles podem se empenhar em procurar o falecido porque não entendem a permanência da morte. As crianças pequenas tendem a manifestações somáticas, como distúrbios do sono, alimentação, digestão e nível de energia. Eles podem expressar anseio em pensamento e brincar como um desejo, literalmente, de se reunir fisicamente com o falecido para superar a dolorosa separação física (por exemplo, subir uma escada para o céu ou deitar no chão ao lado de um dos pais). As crianças pequenas normalmente não entendem ou descrevem o entorpecimento, enquanto os adolescentes podem descrever "não sentir nada".

Em crianças e adolescentes, a preocupação contínua com as circunstâncias da morte pode envolver o foco em aspectos angustiantes da deterioração física ao longo de um evento fatal.

doença e/ou incapacidade de um cuidador para desempenhar funções vitais de cuidado. A ruptura da identidade pode incluir sentir-se profundamente diferente dos outros, muitas vezes em resposta a lembretes de perda (por exemplo, fazer cartões de Dia das Mães na escola, ver um amigo desfrutando de um hobby com um irmão). Crianças e adolescentes podem, verbalmente, em seu comportamento ou por meio de retraimento emocional, mostrar relutância em se juntar aos adultos em atividades que sirvam como lembretes de perdas. Eles podem experimentar intensa dor emocional por se sentirem privados ("roubados") da ajuda do falecido com tarefas de desenvolvimento em andamento (por exemplo, início da menstruação). A angústia de separação pode ser predominante em crianças mais novas, e a angústia por rupturas na identidade social (por exemplo, confusão sobre o propósito da vida) e o risco de depressão comórbida podem se manifestar cada vez mais em crianças mais velhas e adolescentes.

A falha em alcançar marcos e transições de desenvolvimento apropriados à idade é uma manifestação de falha na reintegração aos papéis da vida. Para crianças mais velhas e adolescentes, sentir que a vida não tem sentido sem a pessoa que morreu pode incluir desistir de aspirações de desenvolvimento ("Não vale a pena tentar se eles não podem estar aqui"), não se importar com comportamentos de risco ("E daí se eu se machucar ou morrer?"), ou sentir que seu futuro está "arruinado". Crianças mais velhas e adolescentes podem ficar apreensivos por compartilhar um destino semelhante ao do falecido, incluindo a morte prematura.

A solidão pode ser intensificada mantendo o luto privado, às vezes por não querer aumentar a angústia de um cuidador enlutado ou evitar o estigma presumido dos colegas.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. O risco de sintomas prolongados de transtorno de luto é aumentado pelo aumento da dependência do falecido antes da morte, pela morte de uma criança, por mortes violentas ou inesperadas e por estressores econômicos. O transtorno tem maior prevalência após a morte do cônjuge/companheiro ou filho em comparação com outras relações de parentesco com o falecido. Distúrbios na disponibilidade e apoio do cuidador aumentam o risco para crianças enlutadas.

Questões de diagnóstico relacionadas à

cultura Os sintomas do transtorno de luto prolongado são observados em todos os contextos culturais, mas as respostas ao luto podem se manifestar de maneiras culturalmente específicas, inclusive na duração esperada, e mostram variação histórica. Por exemplo, em todas as culturas, pesadelos sobre o falecido podem ser especialmente angustiantes por causa de seu significado atribuído; a prevalência de alucinações do falecido ou de sintomas somáticos relacionados ao luto pode variar; e expressões indiretas de comprometimento funcional relacionado ao transtorno do luto prolongado (por exemplo,

comportamentos como beber ou cuidar de si mesmo) podem ser mais prevalentes do que expressões diretas de luto. A incapacidade de realizar rituais funerários em algumas culturas pode agravar os sintomas do transtorno do luto prolongado, possivelmente devido à interpretação de seu impacto no estado espiritual do falecido. Alguns estudos sugerem maior prevalência dos sintomas de transtorno de luto prolongado em afro-americanos em relação a brancos não hispânicos; a causa dessas elevações requer mais estudos em áreas como exposição diferencial a morte súbita ou violenta. As diferenças nas práticas de luto podem contribuir para a prescrição cultural ou proibição de expressões específicas do luto, e as normas culturais sobre o status social do enlutado podem afetar a intensidade do luto.

e duração, como diferentes níveis de apoio ou sanção social para um novo casamento, dependendo do sexo do enlutado. O diagnóstico do transtorno requer que as respostas persistentes e graves vão além das normas culturais de respostas ao luto e não sejam melhor explicadas por rituais de luto culturalmente específicos.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero

Alguns estudos encontram maior prevalência de transtorno ou gravidade dos sintomas entre mulheres enlutadas, mas outros estudos concluem que a disparidade de gênero é pequena e/ou não estatisticamente significativa.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Indivíduos com sintomas de transtorno de luto prolongado correm maior risco de ideação suicida, mesmo após ajuste para o efeito da depressão maior e TEPT. A associação de sintomas de transtorno de luto prolongado e ideação suicida é consistente ao longo da vida e em todo o país. No entanto, a literatura existente não estabelece se a ideação suicida associada a sintomas de transtorno de luto prolongado está ligada a uma maior incidência de comportamento suicida. Estigma, isolamento, pertencimento frustrado, evitação e sofrimento psicológico em indivíduos enlutados estão associados à ideação suicida. Em comparação com indivíduos cujo luto é devido a causas não violentas, indivíduos cujos sintomas prolongados de transtorno de luto são o resultado de uma perda violenta (por exemplo, homicídio, suicídio, acidente) correm maior risco de ideação suicida. Da mesma forma, os indivíduos que vivenciam a morte de uma criança, especialmente se a criança tiver menos de 25 anos, são mais propensos a desenvolver sintomas prolongados de transtorno de luto associados à ideação suicida.

Consequências funcionais do transtorno

do luto prolongado Os sintomas do transtorno do luto prolongado estão associados a prejuízos no trabalho e no funcionamento social e a comportamentos prejudiciais à saúde, como aumento do uso de tabaco e álcool. Eles também estão associados a aumentos acentuados nos riscos de condições médicas graves, incluindo doenças cardíacas, hipertensão, câncer, deficiência imunológica e redução da qualidade de vida.

As consequências de longo prazo no desenvolvimento de crianças e adolescentes incluem abandono escolar prematuro, aspirações educacionais diminuídas e desempenho acadêmico reduzido; mulheres jovens, em particular, podem hesitar em se casar durante a transição para a idade adulta. O funcionamento cognitivo prejudicado pode estar associado a sintomas de transtorno de luto prolongado, especialmente na meia-idade e em adultos mais velhos.

Diagnóstico Diferencial Luto

normal. O transtorno do luto prolongado é diferenciado do luto normal pela presença de reações graves de luto que persistem por pelo menos 12 meses (6 meses em crianças ou adolescentes) após a morte de uma pessoa próxima ao indivíduo enlutado. É somente quando níveis graves de resposta ao luto persistem pela duração especificada após a morte, interferem na capacidade do indivíduo de funcionar e excedem as normas culturais, sociais ou religiosas que o transtorno do luto prolongado é diagnosticado. Ao avaliar a necessidade de sintomas clinicamente significativos estarem presentes na maioria dos dias ao longo do mês passado, deve-se notar que aumentos acentuados na gravidade do luto podem ser observados no luto normal em torno do calendário.

dias que são lembranças da perda, como aniversário da morte, aniversários, bodas e feriados; essa exacerbação da gravidade do luto não constitui, por si só, na ausência de luto persistente em outros momentos, evidência de transtorno de luto prolongado.

Transtornos depressivos. O transtorno do luto prolongado, o transtorno depressivo maior e o transtorno depressivo persistente compartilham vários sintomas, incluindo humor deprimido, choro e pensamento suicida. No entanto, no transtorno de luto prolongado, a angústia está focada em sentimentos de perda e separação de um ente querido, em vez de refletir um humor deprimido generalizado. O transtorno depressivo maior também pode ser precedido pela morte de um ente querido, com ou sem transtorno de luto prolongado comórbido.

Transtorno de estresse pós-traumático. Indivíduos que vivenciam o luto como resultado de morte violenta ou acidental podem desenvolver tanto TEPT quanto transtorno de luto prolongado. Ambas as condições podem envolver pensamentos intrusivos e evitação. Enquanto as intrusões no TEPT giram em torno do evento traumático (que pode ter causado a morte de um ente querido), as memórias intrusivas no transtorno de luto prolongado concentram-se em pensamentos sobre muitos aspectos do relacionamento com o falecido, incluindo aspectos positivos do relacionamento e angústia sobre a separação. Ao contrário da evitação no TEPT, que se manifesta pela evitação de memórias, pensamentos ou sentimentos associados ao evento traumático que levou à morte do ente querido (por exemplo, lembranças do acidente automobilístico fatal que matou o ente querido), a evitação em o transtorno do luto prolongado é de lembretes de que o ente querido não está mais presente (por exemplo, evitar atividades realizadas em conjunto com o falecido). Além disso, a reexperiência de memórias no TEPT tende a ser mais perceptiva, com o indivíduo relatando que a memória parece estar ocorrendo no “aqui e agora”, o que tende a não ser o caso no transtorno de luto prolongado. No transtorno do luto prolongado, há também um anseio pelo falecido, que está ausente no TEPT.

Transtorno de ansiedade de separação. O transtorno de ansiedade de separação é caracterizado pela ansiedade sobre a separação de figuras de apego atuais, enquanto o transtorno de luto prolongado envolve angústia pela separação de uma pessoa falecida.

Transtorno psicótico. Alucinações sobre o falecido (p. e geralmente ocorrem enquanto o indivíduo está adormecendo (hipnagógico). Para receber um diagnóstico de transtorno psicótico, os indivíduos com transtorno de luto prolongado também devem endossar outros sintomas de psicose, como delírios, pensamento desorganizado ou sintomas negativos.

Comorbidade Os

transtornos comórbidos mais comuns com sintomas de transtorno de luto prolongado são transtorno depressivo maior, TEPT e transtornos por uso de substâncias. O TEPT é mais frequentemente comórbido com sintomas de transtorno de luto prolongado quando a morte ocorreu em circunstâncias violentas ou accidentais. O transtorno de ansiedade de separação envolvendo grandes figuras vivas de apego pode ser comórbido com sintomas de transtorno de luto prolongado.

Outros Transtornos Relacionados a Traumas e Estressores Especificados

F43.8

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um trauma e transtorno relacionado a estressores que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem aos requisitos

328

critérios completos para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos relacionados a trauma e estressores. A outra categoria especificada de transtorno relacionado a trauma e estressor é usada em situações em que o clínico opta por comunicar o motivo específico de que a apresentação não atende aos critérios para qualquer transtorno específico relacionado a trauma e estressor. Isso é feito registrando “outro transtorno especificado relacionado a trauma e estressor” seguido pelo motivo específico (por exemplo, “resposta persistente ao trauma com sintomas semelhantes ao TEPT”).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação “outros especificados” incluem o seguinte: 1. **Transtornos do tipo ajustamento com início tardio dos sintomas que ocorrem mais de 3 meses após o estressor.**

2. **Distúrbios do tipo ajustamento com duração prolongada de mais de 6 meses sem duração prolongada do estressor.**
3. **Resposta persistente ao trauma com sintomas semelhantes ao TEPT** (ou seja, sintomas que ocorrem em resposta a um evento traumático que ficam aquém do limiar diagnóstico para TEPT e persistem por mais de 6 meses, às vezes chamados de “TEPT subliminar/parcial”).
4. **Ataque de nervos:** Ver “Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico” na Seção III.
5. **Outras síndromes culturais:** Consulte “Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico” na Seção III.

Transtorno Não Especificado Relacionado a Trauma e Estressor

F43.9

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um trauma e transtorno relacionado a estressores que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos relacionados a traumas e estressores. A categoria de transtorno não especificado relacionado a trauma e estressor é usada em situações nas quais o clínico opta por *não especificar* o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno específico relacionado a trauma e estressor e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer mais

diagnóstico específico (por exemplo, em ambientes de emergência).

Distúrbios Dissociativos

Os transtornos dissociativos são caracterizados por uma ruptura e/ou descontinuidade na integração normal da consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle motor e comportamento. Os sintomas dissociativos podem potencialmente perturbar todas as áreas do funcionamento psicológico. Este capítulo inclui transtorno dissociativo de identidade, amnésia dissociativa, transtorno de despersonalização/desrealização, outro transtorno dissociativo especificado e transtorno dissociativo não especificado.

Os transtornos dissociativos são frequentemente encontrados após uma ampla variedade de experiências psicologicamente traumáticas em crianças, adolescentes e adultos. Ao longo deste capítulo, “experiências traumáticas” referem-se a experiências que resultam em sequelas psicológicas, em oposição ao impacto físico que pode causar lesão cerebral traumática. Portanto, no DSM-5, os transtornos dissociativos são colocados ao lado, mas não fazem parte, dos transtornos relacionados ao trauma e aos estressores, refletindo a estreita relação entre essas classes diagnósticas. Tanto o transtorno de estresse agudo quanto o transtorno de estresse pós-traumático incluem sintomas dissociativos, como amnésia, flashbacks, entorpecimento e despersonalização/desrealização.

Os sintomas dissociativos são experimentados como intrusões espontâneas na consciência e no comportamento, acompanhadas de perdas de continuidade na experiência subjetiva (isto é, sintomas dissociativos “positivos”, como divisão de identidade, despersonalização e desrealização) e/ou incapacidade de acessar informações ou de controlar funções mentais que normalmente são facilmente acessíveis ou controladas (ou seja, sintomas dissociativos “negativos” como amnésia).

Em todos os contextos culturais, os fatores de risco para patologia dissociativa incluem o início precoce do trauma; negligência e abuso sexual, físico e emocional por parte dos pais; traumas e adversidades cumulativos no início da vida; e repetidos traumas ou torturas associados ao cativeiro (por exemplo, vivenciados por prisioneiros de guerra, vítimas de tráfico).

O *transtorno de despersonalização/desrealização* é caracterizado por despersonalização persistente ou recorrente clinicamente significativa (ou seja, experiências de irrealidade ou desapego da própria mente, self ou corpo) e/ou desrealização (ou seja, experiências de irrealidade ou desapego do ambiente). Essas alterações da experiência são acompanhadas por testes de realidade intactos. Não há evidência de qualquer distinção entre sintomas predominantemente de despersonalização e sintomas predominantemente desrealizadores. Indivíduos com esse transtorno podem ter despersonalização, desrealização ou ambos.

A *amnésia dissociativa* é caracterizada por uma incapacidade de recordar informações autobiográficas que são inconsistentes com o esquecimento normal. A amnésia pode ser localizada (isto é, um evento ou período de tempo), seletiva (isto é, um aspecto específico de um evento) ou generalizada (isto é, identidade e história de vida). Na amnésia dissociativa, os déficits de memória são principalmente retrógrados e frequentemente associados a experiências traumáticas (p. Embora alguns indivíduos com amnésia notem prontamente que têm lacunas ou uma sensação de fragmentação em sua memória remota, a maioria dos indivíduos com transtornos dissociativos

estão inicialmente inconscientes de sua amnésia ou minimizam ou racionalizam os déficits. Para eles, a consciência da amnésia ocorre quando eles percebem que não se lembram de sua identidade pessoal ou quando as circunstâncias tornam esses indivíduos cientes de que informações autobiográficas importantes estão faltando (por exemplo, quando descobrem

330

evidências ou são informados de eventos passados que não podem recordar). A amnésia dissociativa generalizada com perda de grande parte ou de toda a história de vida e/ou identidade do indivíduo é rara.

O transtorno dissociativo de identidade é caracterizado por a) presença de dois ou mais estados de personalidade distintos ou uma experiência de possessão eb) episódios recorrentes de amnésia dissociativa. A fragmentação/divisão da identidade pode variar entre contextos culturais (por exemplo, apresentações de forma de possessão) e com as circunstâncias. Assim, os indivíduos podem experimentar descontinuidades na identidade e na memória que podem não ser imediatamente evidentes para os outros ou são obscurecidas por tentativas de ocultar a disfunção. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade experimentam intrusões recorrentes e inexplicáveis em seu funcionamento consciente e senso de identidade (por exemplo, vozes; ações e fala dissociadas; pensamentos, emoções e impulsos intrusivos); alterações do senso de si mesmo (por exemplo, atitudes, preferências e sensação de que seu corpo ou ações não são seus); mudanças estranhas de percepção (por exemplo, despersonalização ou desrealização, como sentir-se desapegado, como se estivesse se observando de fora do corpo); e sintomas neurológicos funcionais intermitentes. O estresse muitas vezes produz exacerbação transitória de sintomas dissociativos que os tornam mais evidentes.

A categoria residual de *outro transtorno dissociativo especificado* inclui apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno dissociativo que causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo predominam, mas não atendem aos critérios para nenhum dos transtornos dissociativos específicos. Exemplos incluem distúrbios de identidade associados a descontinuidades menos que marcadas no senso de self e agência, alterações de identidade ou episódios de possessão na ausência de uma história de episódios de amnésia dissociativa; perturbação de identidade devido a persuasão coercitiva prolongada e intensiva, como pode ocorrer em seitas/cultos ou organizações terroristas; reações dissociativas agudas a eventos estressantes que duram menos de 1 mês; e o transe dissociativo, caracterizado por um estreitamento agudo ou perda completa da consciência do ambiente imediato que se manifesta como profunda falta de resposta ou insensibilidade aos estímulos ambientais.

Transtorno dissociativo de identidade

Critério de diagnóstico

F44.81

- A. Perturbação da identidade caracterizada por dois ou mais estados de personalidade distintos, que podem ser descritos em algumas culturas como uma experiência de possessão. A ruptura na identidade envolve marcada descontinuidade no senso de self e senso de agência, acompanhada por alterações relacionadas no afeto, comportamento, consciência, memória, percepção, cognição e/ou funcionamento sensório-motor. Esses sinais

e os sintomas podem ser observados por outros ou relatados pelo próprio indivíduo.

- B. Lacunas recorrentes na lembrança de eventos cotidianos, informações pessoais importantes e/ou eventos traumáticos que são inconsistentes com o esquecimento comum.
 - C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
 - D. A perturbação não é uma parte normal de uma cultura ou religião amplamente aceita prática.
- Nota:** Em crianças, os sintomas não são melhor explicados por companheiros imaginários ou outras brincadeiras de fantasia.
- E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, desmaios ou comportamento caótico durante intoxicação alcoólica) ou outra condição médica (por exemplo, convulsões parciais complexas).

331

Características Diagnósticas

A característica definidora do transtorno dissociativo de identidade é a presença de dois ou mais estados de personalidade distintos ou uma experiência de possessão (Critério A). A abertura ou dissimulação desses estados de personalidade varia em função da motivação psicológica, nível atual de estresse, contexto cultural, conflitos e dinâmicas internas e resiliência emocional, entre outros fatores.

Períodos sustentados de confusão/alteração de identidade podem ocorrer quando as pressões psicossociais são graves e/ou prolongadas. Nos casos de transtorno dissociativo de identidade que se apresentam como o indivíduo sendo possuído por identidades externas (por exemplo, espíritos, demônios) (transtorno dissociativo de identidade em forma de possessão), e em uma pequena proporção de casos sem forma de possessão, manifestações de identidades alternativas são facilmente observáveis. A maioria dos indivíduos com transtorno dissociativo de identidade sem forma de possessão não exibe abertamente, ou apenas exibe sutilmente, sua descontinuidade de identidade, e apenas uma minoria se apresenta ao atendimento clínico com alternância discernível de identidades. A elaboração de estados dissociativos de personalidade com diferentes nomes, guarda-roupas, penteados, caligrafias, sotaques e assim por diante ocorre em apenas uma *minoria* de indivíduos com o transtorno dissociativo de identidade não-possessão e *não* é essencial para o diagnóstico. Nos casos em que os estados de personalidade alternados não podem ser observados diretamente, a presença de estados de personalidade distintos pode ser identificada por alterações ou descontinuidades súbitas no senso de self e no senso de agência do indivíduo (Critério A) e amnésias dissociativas recorrentes (Critério B).

Os sintomas do critério A estão relacionados a descontinuidades da experiência que podem afetar qualquer aspecto do funcionamento de um indivíduo. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade podem relatar a sensação de que de repente se tornaram observadores despersonalizados de sua própria fala e ações, que podem se sentir impotentes para interromper (ou seja, senso de self prejudicado e senso de agência prejudicado). Esses indivíduos também podem relatar percepções de vozes (por exemplo, a voz de uma criança, vozes comentando sobre os pensamentos ou comportamento do indivíduo, vozes persecutorias e alucinações de comando). Em alguns casos, ouvir vozes é especificamente negado, mas o indivíduo relata fluxos de pensamento múltiplos, desconcertantes e independentes sobre os quais o indivíduo não tem controle. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade podem relatar alucinações em todos os sentidos.

modalidades: auditiva, visual, tátil, olfativa e gustativa.

Emoções fortes, impulsos, pensamentos e até fala ou outras ações podem se materializar de repente, sem um senso de propriedade ou controle pessoal (ou seja, falta de senso de agência).

Por outro lado, pensamentos e emoções podem desaparecer inesperadamente, e fala e ações são abruptamente inibidas. Essas experiências são frequentemente relatadas como ego-distônicas e intrigantes.

Atitudes, perspectivas e preferências pessoais (por exemplo, sobre comida, atividades, identidade de gênero) podem mudar repentinamente. Os indivíduos podem relatar que seus corpos se sentem diferentes (por exemplo, como uma criança pequena, do sexo oposto, diferentes idades simultaneamente). As alterações no senso de self e de agência podem ser acompanhadas por um sentimento de que atitudes, emoções e comportamentos – até mesmo o próprio corpo do indivíduo – “não são meus” ou “não estão sob meu controle”. Embora a maioria dos sintomas do Critério A seja subjetiva, essas descontinuidades súbitas na fala, afeto e comportamento podem ser testemunhadas pela família, amigos ou pelo médico.

Na maioria dos indivíduos com transtorno dissociativo de identidade, a mudança/mudança de estados é sutil e pode ocorrer apenas com mudanças sutis na apresentação aberta. A mudança de estado pode ser mais evidente na forma de possessão do transtorno dissociativo de identidade. Em geral, o indivíduo com transtorno dissociativo de identidade vivencia a si mesmo como estados múltiplos, simultaneamente sobrepostos e interferentes.

A amnésia dissociativa (Critério B) se manifesta em vários domínios principais: 1) lacunas em qualquer aspecto da memória autobiográfica (por exemplo, eventos importantes da vida como casar ou dar à luz, falta de recordação de todas as experiências escolares antes do ensino médio); 2) lapsos na memória de eventos recentes ou habilidades bem aprendidas (por exemplo, como fazer seu trabalho, usar um computador, cozinhar ou dirigir); e 3) descoberta de bens que o indivíduo não se lembra de ter possuído (por exemplo, roupas, armas, ferramentas, escritos ou desenhos que ele ou ela deve ter criado).

332

Fugas dissociativas, com amnésia para viagens, são comuns. Os indivíduos podem relatar que se encontraram repentinamente em outra cidade, no trabalho ou mesmo em casa: no armário, debaixo da cama ou correndo para fora de casa. A amnésia em indivíduos com transtorno dissociativo de identidade não se limita a eventos estressantes ou traumáticos; pode envolver eventos cotidianos também. Os indivíduos podem relatar grandes lacunas na memória contínua (por exemplo, experimentando “perda de tempo”, “apagão” ou “acordar” no meio de fazer algo). A amnésia dissociativa pode ser aparente para os outros (por exemplo, o indivíduo não se lembra de algo que outros testemunharam que ele fez ou disse, não consegue lembrar seu próprio nome ou pode deixar de reconhecer o cônjuge, filhos ou amigos íntimos). A minimização ou racionalização da amnésia é comum.

As identidades em forma de possessão no transtorno dissociativo de identidade geralmente se manifestam comportamentalmente como se um “espírito”, ser sobrenatural ou pessoa externa tivesse assumido o controle, com o indivíduo falando ou agindo de uma maneira distintamente diferente. Por exemplo, o comportamento de um indivíduo pode dar a impressão de que sua identidade foi substituída pelo “fantasma” de uma menina que se suicidou na mesma comunidade anos antes, falando e agindo como se ainda estivesse viva. As identidades que surgem durante o transtorno dissociativo de identidade em forma de possessão apresentam-se recorrentemente, são indesejadas e involuntárias e causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo (Critério C). No entanto, a maioria dos estados de possessão que ocorrem em todo o mundo geralmente fazem parte de uma prática cultural ou religiosa amplamente aceita e, portanto, não atendem aos critérios para transtorno dissociativo de identidade (Critério D).

Recursos associados

Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade geralmente apresentam depressão comórbida, ansiedade, abuso de substâncias, autolesão ou outro sintoma comum. Crises não epilépticas e outros sintomas neurológicos funcionais são proeminentes em algumas apresentações de transtorno dissociativo de identidade, especialmente em alguns contextos não ocidentais. Alguns indivíduos, especialmente em ambientes ocidentais, podem apresentar sintomas neurológicos aparentemente refratários, como dores de cabeça, convulsões ou sintomas sugestivos de esclerose múltipla.

Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade muitas vezes escondem ou não estão totalmente cientes de perturbações na consciência, amnésia ou outros sintomas dissociativos. Muitos indivíduos com transtorno dissociativo de identidade relatam flashbacks dissociativos durante os quais experimentam uma revivescência sensorial de um evento anterior como se estivesse ocorrendo no presente, muitas vezes com uma mudança de identidade, uma perda parcial ou total de contato ou desorientação para a realidade atual durante o flashback, e uma amnésia subsequente para o conteúdo do flashback. Indivíduos com o transtorno geralmente relatam vários tipos de maus-tratos interpessoais durante a infância e a idade adulta. Outros eventos esmagadores no início da vida, como vários procedimentos médicos longos e dolorosos no início da vida, também podem ser relatados. A autolesão não suicida é frequente. Em medidas padronizadas, esses indivíduos relatam níveis mais altos de hipnotizabilidade e sintomas dissociativos em comparação com outros grupos clínicos e controles saudáveis. Alguns indivíduos experimentam fenômenos ou episódios psicóticos transitórios.

Entre as características de personalidade, as características de personalidade esquiva geralmente são mais altas em indivíduos com transtorno dissociativo de identidade, e alguns indivíduos com transtorno dissociativo de identidade são tão esquivos que preferem ficar sozinhos. Quando descompensados, alguns indivíduos com transtorno dissociativo de identidade apresentam características de transtorno de personalidade limítrofe (isto é, comportamentos autodestrutivos de alto risco e instabilidade de humor). Muitos indivíduos com transtorno dissociativo de identidade apresentam problemas de apego, mas normalmente não exibem atividade frenética para evitar serem abandonados. Alguns têm relacionamentos estáveis de longo prazo, embora frequentemente disfuncionais e/ou abusivos, dos quais podem ter dificuldade em se desvincilar.

Características de personalidade obsessiva são comuns no transtorno dissociativo de identidade, mais do que características de personalidade histriônica. Um subgrupo de

333

indivíduos com transtorno dissociativo de identidade têm características de personalidade narcisista e/ou antissocial.

Prevalência

A prevalência de 12 meses de transtorno dissociativo de identidade entre adultos em um pequeno estudo comunitário nos EUA foi de 1,5%. A prevalência ao longo da vida de transtorno dissociativo de identidade foi de 1,1% em uma amostra representativa de mulheres comunitárias no centro-leste da Turquia.

Desenvolvimento e Curso O

transtorno pode se manifestar pela primeira vez em quase qualquer idade, desde a primeira infância até o final da vida. As crianças geralmente não apresentam mudança de identidade, apresentando-se principalmente com companheiros imaginários de ação independente ou como estados de "humor" personificados (fenômenos do Critério A).

A dissociação em crianças pode gerar problemas de memória, concentração e apego, e pode estar associada a brincadeiras traumáticas. Em adolescentes, o transtorno dissociativo de identidade geralmente chama a atenção clínica por causa de sintomas externalizantes, comportamento suicida/autodestrutivo ou mudanças comportamentais rápidas, muitas vezes atribuídas a outros transtornos, como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou transtorno bipolar infantil. Algumas crianças com transtorno dissociativo de identidade também podem ser bastante agressivas e irritáveis. Indivíduos mais velhos com transtorno dissociativo de identidade podem apresentar sintomas que parecem ser transtornos de humor tardios, transtorno obsessivo-compulsivo, paranóia, transtornos psicóticos de humor ou mesmo transtornos cognitivos atribuíveis à amnésia dissociativa.

A alteração/confusão de identidade ostensiva pode ser desencadeada por muitos fatores, como experiências traumáticas posteriores (por exemplo, agressão sexual) ou até mesmo estressores aparentemente inconsequentes, como um pequeno acidente automobilístico. A experiência de outros estressores de vida importantes ou cumulativos também pode piorar os sintomas, incluindo eventos de vida, como filhos do indivíduo atingindo a mesma idade em que o indivíduo foi significativamente abusado ou traumatizado. A morte ou o início de uma doença fatal no(s) agressor(es) do indivíduo é outro exemplo de evento que pode piorar os sintomas. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade correm alto risco de trauma interpessoal adulto, como estupro, violência por parceiro íntimo e exploração sexual, incluindo abuso incestuoso contínuo na idade adulta, bem como tráfico de adultos.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. No contexto da patologia familiar e de apego, traumas precoces (por exemplo, negligência e abuso físico, sexual e emocional, geralmente antes dos 5-6 anos) representam um fator de risco para transtorno dissociativo de identidade. Em estudos de diversas regiões geográficas, cerca de 90% dos indivíduos com o transtorno relatam vários tipos de negligência precoce e abuso na infância, muitas vezes se estendendo até o final da adolescência. Alguns indivíduos relatam que os maus-tratos ocorreram principalmente fora da família, na escola, igreja e/ou bairros, inclusive sendo severamente intimidados. Outras formas de experiências traumáticas repetidas no início da vida incluem procedimentos médicos e cirúrgicos múltiplos e dolorosos na infância; guerra; terrorismo; ou ser traficado desde a infância. O início também foi descrito após exposição prolongada e muitas vezes transgeracional à dinâmica familiar disfuncional (p).

Genética e fisiológica. Estudos com gêmeos sugerem que a genética é responsável por cerca de 45% a 50% da variação interindividual em sintomas dissociativos, com experiências ambientais não compartilhadas, estressantes e traumáticas representando a maior parte da variação adicional. Várias regiões do cérebro têm sido implicadas na fisiopatologia do transtorno dissociativo de identidade, incluindo o córtex orbitofrontal, hipocampo, giro parahipocampal e amígdala.

Modificadores de curso. Traumas sexuais, físicos e emocionais contínuos muitas vezes levam a dificuldades significativas no funcionamento posterior. O pior resultado em adultos está comumente relacionado a estressores psicossociais graves, revitimização, abuso ou exploração sexual ou física contínua, violência por parceiro íntimo, uso refratário de substâncias, transtornos alimentares, doenças médicas graves, envolvimento com a família de origem abusiva do indivíduo ou envolvimento contínuo em Criminoso

subgrupos. O pior funcionamento também pode estar relacionado à perpetração de maus-tratos infantis ou violência por parceiro íntimo por indivíduos com transtorno dissociativo de identidade.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Muitas características do transtorno dissociativo de identidade podem ser influenciadas pela origem sociocultural do indivíduo. Em ambientes onde os sintomas de possessão são comuns (por exemplo, áreas rurais em países de baixa e média renda, entre certos grupos religiosos nos Estados Unidos e na Europa), todas ou algumas das identidades fragmentadas podem assumir a forma de espíritos possessivos, divindades, demônios, animais ou figuras míticas. A aculturação ou contato intercultural prolongado pode moldar a apresentação de outras identidades (por exemplo, identidades na Índia podem falar exclusivamente inglês e usar roupas ocidentais). O transtorno dissociativo de identidade na forma de possessão pode ser diferenciado dos estados de possessão culturalmente aceitos, pois o primeiro é involuntário, angustiante e incontrolável; envolve conflito entre o indivíduo e seu entorno familiar, social ou de trabalho; e se manifesta em momentos e lugares que violam as normas culturais ou religiosas. Episódios combinados de psicose dissociativa podem ser mais comuns em contextos culturais com marcada violência ou opressão comunitária e oportunidades limitadas de reparação.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero Mulheres

com transtorno dissociativo de identidade predominam em ambientes clínicos de adultos, mas não em ambientes clínicos de crianças/adolescentes ou em estudos populacionais em geral. Poucas diferenças nos perfis de sintomas, história clínica e história de trauma na infância foram encontradas em comparações entre homens e mulheres com transtorno dissociativo de identidade, exceto que as mulheres podem ter taxas mais altas de somatização.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas O

comportamento suicida é frequente. Mais de 70% dos pacientes ambulatoriais com transtorno dissociativo de identidade tentaram suicídio; múltiplas tentativas são comuns, e outros comportamentos autolesivos e de alto risco são altamente prevalentes. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade têm múltiplos fatores de risco interativos para comportamento autodestrutivo e/ou suicida. Estes incluem traumas cumulativos e graves no início e no fim da vida; altas taxas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtornos depressivos e transtornos por uso de substâncias; e características de transtorno de personalidade. A dissociação em si é um fator de risco independente para múltiplas tentativas de suicídio. A maior gravidade dos escores de sintomas dissociativos está associada a uma maior frequência de tentativas de suicídio e autolesão não suicida entre indivíduos com transtornos dissociativos.

Consequências funcionais do transtorno dissociativo de identidade Algumas

crianças e adolescentes com transtorno dissociativo de identidade podem funcionar mal na escola e nos relacionamentos. Outros se saem bem na escola, experimentando-a como uma pausa. Em adultos, o comprometimento varia amplamente, de aparentemente mínimo (por exemplo, em profissionais de alto desempenho) a profundo. Os sintomas de indivíduos de alto funcionamento podem prejudicar suas funções relacional, conjugal, familiar e parental mais do que sua vida ocupacional e profissional, embora esta última também possa ser afetada. Muitos indivíduos com deficiência apresentam melhora no funcionamento ocupacional e pessoal ao longo do tempo, enquanto alguns indivíduos com distúrbios dissociativos

transtorno de identidade pode ser prejudicado na maioria das atividades de vida e função no nível de doença mental crônica e persistente.

Diagnóstico Diferencial

Amnésia dissociativa. Tanto o transtorno dissociativo de identidade quanto a amnésia dissociativa são caracterizados por falhas na lembrança de eventos cotidianos, informações pessoais importantes ou eventos traumáticos que são inconsistentes com o esquecimento comum. O transtorno dissociativo de identidade é diferenciado da amnésia dissociativa pela presença adicional de ruptura de identidade caracterizada por dois ou mais estados de personalidade distintos.

Transtorno de despersonalização/desrealização. A característica essencial do transtorno de despersonalização/desrealização são episódios persistentes ou recorrentes de despersonalização, desrealização ou ambos. Indivíduos com transtorno de despersonalização/desrealização não experimentam a presença de estados de personalidade/identidade com alterações do self e da agência, nem relatam tipicamente amnésia dissociativa.

Transtorno depressivo maior. A maioria dos indivíduos com transtorno dissociativo de identidade endossa um estado emocional pós-traumático negativo ao longo da vida, muitas vezes com início na infância, e seus sintomas podem parecer atender aos critérios para um episódio depressivo maior. Além disso, a reatividade pós-traumática às épocas do ano em que o trauma ocorreu (reações de aniversário), manifestando-se principalmente com mais desânimo, angústia e ideação suicida, também pode parecer um transtorno depressivo maior, com padrão sazonal. No entanto, indivíduos com transtorno depressivo maior ou transtorno depressivo persistente não experimentam flutuações dissociativas no self e na agência e amnésia dissociativa. É importante avaliar se todos ou a maioria dos estados de identidade estão experimentando o estado de humor adverso, uma vez que os sintomas do transtorno de humor podem flutuar porque são experimentados em alguns estados de identidade, mas não em outros.

Transtornos bipolares. O transtorno dissociativo de identidade é comumente diagnosticado erroneamente como transtorno bipolar, tipicamente transtorno bipolar tipo II, com características mistas. As mudanças relativamente rápidas no estado comportamental em indivíduos com transtorno dissociativo de identidade - geralmente em minutos ou horas - são atípicas até mesmo para os indivíduos de ciclo mais rápido com transtornos bipolares. Essas alterações de estado são devidas a estados dissociativos que mudam rapidamente e/ou intrusões pós-traumáticas flutuantes. Às vezes, essas mudanças são acompanhadas por mudanças rápidas nos níveis de ativação, mas geralmente duram minutos a horas, não dias, e estão associadas à ativação de estados de identidade específicos. O humor elevado ou deprimido pode ser vivenciado como localizado em identidades específicas, por meio de fenômenos de sobreposição/interferência. Normalmente, o indivíduo com transtorno dissociativo de identidade não tem um distúrbio bipolar clássico do sono (por exemplo, redução da necessidade de sono), mas sofre de pesadelos crônicos e graves e flashbacks noturnos que interrompem o sono.

Transtorno de estresse pós-traumático. A maioria dos indivíduos com transtorno dissociativo de identidade terá sintomas que atendem aos critérios diagnósticos para TEPT comórbido. Os sintomas dissociativos característicos do transtorno dissociativo de identidade devem ser diferenciados da amnésia dissociativa, flashbacks dissociativos e despersonalização/desrealização característicos do transtorno de estresse agudo, TEPT ou do subtipo dissociativo do TEPT. A amnésia dissociativa no TEPT normalmente se manifesta apenas para eventos traumáticos específicos ou aspectos de eventos traumáticos, ao contrário

à amnésia dissociativa crônica e complexa característica do transtorno dissociativo de identidade. Os sintomas de despersonalização/desrealização no subtipo dissociativo de TEPT estão relacionados a lembretes pós-traumáticos específicos. Os sintomas de despersonalização/desrealização no transtorno dissociativo de identidade podem ocorrer não apenas em resposta a lembretes pós-traumáticos, mas também de forma contínua na vida diária, inclusive em resposta a interações interpessoais estressantes e quando há sobreposição/interferência entre estados.

Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade podem experimentar sintomas que podem superficialmente parecer semelhantes aos dos sintomas psicóticos

336

distúrbios. Estes incluem alucinações auditivas e sintomas característicos de intrusões de estados de personalidade na consciência do indivíduo; esses sintomas podem aparentemente se assemelhar a alguns dos sintomas de primeira ordem schneiderianas anteriormente considerados indicativos de esquizofrenia (por exemplo, transmissão de pensamento, inserção de pensamento, retirada de pensamento, ouvir vozes mantendo um comentário contínuo sobre o indivíduo). Por exemplo, ouvir diferentes estados de personalidade discutindo o indivíduo pode se assemelhar a alucinações auditivas de vozes discutindo na esquizofrenia. O indivíduo com transtorno dissociativo de identidade também pode experimentar os pensamentos ou emoções de um estado de personalidade intrusivo, que pode se assemelhar à inserção de pensamentos na esquizofrenia, bem como experimentar o desaparecimento repentino desses pensamentos ou emoções, que podem se assemelhar à retirada do pensamento. Tais experiências em um indivíduo com esquizofrenia geralmente são acompanhadas por crenças delirantes sobre a causa desses sintomas (ou seja, pensamentos sendo inseridos por uma força externa), enquanto indivíduos com transtorno dissociativo de identidade geralmente experimentam esses sintomas como estranhos ao ego e assustadores. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade também podem relatar uma série de alucinações visuais, tátteis, olfativas, gustativas e somáticas, que geralmente estão relacionadas a fatores auto-hipnóticos, pós-traumáticos e dissociativos, como flashbacks parciais, em contraste com indivíduos com esquizofrenia, cujas alucinações são principalmente auditivas e menos comumente visuais. O transtorno dissociativo de identidade e os transtornos psicóticos são, portanto, diferenciados por sintomas característicos de uma dessas condições e não da outra (por exemplo, amnésia dissociativa no transtorno dissociativo de identidade e não nos transtornos psicóticos). Finalmente, indivíduos com esquizofrenia têm baixa capacidade hipnótica, enquanto indivíduos com transtorno dissociativo de identidade têm a maior capacidade hipnótica entre todos os grupos clínicos.

Transtornos induzidos por substâncias/medicamentos Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade frequentemente têm um histórico atual ou passado de transtornos por uso de substâncias. Os sintomas associados aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, desmaios) devem ser diferenciados da amnésia dissociativa no transtorno dissociativo de identidade se a substância em questão for considerada etiologicamente relacionada à perda de memória.

Distúrbios de personalidade. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade geralmente apresentam identidades que parecem encapsular uma variedade de características graves de transtorno de personalidade, sugerindo um diagnóstico diferencial de transtorno de personalidade, especialmente do tipo borderline. É importante ressaltar, no entanto, que a variabilidade longitudinal do indivíduo no estilo de personalidade (atribuível à inconsistência entre as identidades) difere da disfunção generalizada e persistente no gerenciamento dos afetos e nas relações interpessoais típicas daqueles com transtornos de personalidade.

Amnésia pós-traumática devido a lesão cerebral Tanto o transtorno dissociativo de identidade quanto a lesão cerebral traumática (TCE) são caracterizados por lacunas na memória. Outras características do TCE incluem perda de consciência, desorientação e confusão ou, em casos mais graves, sinais e sintomas neurológicos. Um distúrbio neurocognitivo devido ao TCE se manifesta imediatamente após a lesão cerebral ou imediatamente após o indivíduo recuperar a consciência após a lesão e persiste após o período agudo pós-lesão. A apresentação cognitiva de um transtorno neurocognitivo após TCE é variável e inclui dificuldades nos domínios da atenção complexa, função executiva e aprendizado e memória, bem como velocidade lenta de processamento de informações e distúrbios na cognição social. Embora a despersonalização não seja incomum após o TCE, as características neurocognitivas adicionais mencionadas acima ajudam a distingui-la da amnésia dissociativa que faz parte do transtorno dissociativo de identidade. Além disso, a amnésia dissociativa que ocorre no contexto do transtorno dissociativo de identidade é acompanhada por uma acentuada descontinuidade no senso de self e no senso de agência, que não são características do TCE.

Transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão) O transtorno de sintomas neurológicos funcionais pode ser diferenciado do transtorno dissociativo de identidade pela ausência de alteração de identidade caracterizada por dois ou mais estados de personalidade distintos ou um

337

experiência de posse. A amnésia dissociativa no transtorno de sintomas neurológicos funcionais é mais limitada e circunscrita (por exemplo, amnésia para uma crise não epiléptica).

Transtorno factício e simulação. Indivíduos que fingem transtorno dissociativo de identidade geralmente não relatam os sintomas sutis de intrusão característicos do transtorno; em vez disso, eles tendem a relatar em excesso os sintomas do transtorno baseados na mídia, como amnésia dissociativa dramática e comportamentos de mudança melodramática, enquanto subnotificam sintomas comórbidos menos divulgados, como a depressão. Indivíduos que fingem transtorno dissociativo de identidade tendem a ser relativamente imperturbáveis ou podem até parecer gostar de “ter” o transtorno, ou podem pedir aos médicos para “encontrar” memórias traumáticas. Em contraste, a maioria dos indivíduos com transtorno dissociativo de identidade genuíno tem vergonha e é sobrecarregado por seus sintomas, nega o diagnóstico, subnotifica seus sintomas e exibe minimização e evitação de sua história de trauma.

Indivíduos que fingem os sintomas do transtorno dissociativo de identidade geralmente criam identidades alternativas limitadas e estereotipadas, com amnésia fingida relacionada apenas aos eventos para os quais o ganho é buscado, com comportamentos de mudança aparentes e amnésia exibidos apenas enquanto são observados. Eles podem apresentar uma identidade “totalmente boa” e uma identidade “totalmente ruim” na esperança de obter excusação por um crime.

Transtornos de

comorbidade que são comórbidos com transtorno dissociativo de identidade incluem TEPT, transtornos depressivos, transtornos relacionados a substâncias, transtornos de alimentação e alimentação, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de personalidade antissocial e outros transtornos de personalidade especificados com traços de personalidade esquiva, obsessivo-compulsiva ou limítrofe. As formas mais comuns de transtorno de sintomas neurológicos funcionais incluem convulsões não epilépticas, distúrbios da marcha e paralisias. Mais comumente, as crises não epilépticas se assemelham a crises de grande mal ou crises parciais complexas com focos no lobo temporal; outros podem mimetizar crises de ausência ou parciais.

Amnésia Dissociativa

Critério de diagnóstico

F44.0

- A. Incapacidade de recordar informações autobiográficas importantes, geralmente de natureza traumática ou estressante, que é inconsistente com o esquecimento comum.
- Nota:** A amnésia dissociativa geralmente consiste em amnésia localizada ou seletiva para um evento ou eventos específicos; ou amnésia generalizada para identidade e história de vida.
- B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- C. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, álcool ou outra droga de abuso, um medicamento) ou uma condição neurológica ou outra condição médica (por exemplo, convulsões parciais complexas, amnésia global transitória, sequelas de uma cabeça fechada lesão/lesão cerebral traumática, outra condição neurológica).
- D. A perturbação não é melhor explicada por transtorno dissociativo de identidade, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo, transtorno de sintomas somáticos ou transtorno neurocognitivo maior ou leve.

Nota de codificação: O código para amnésia dissociativa sem fuga dissociativa é **F44.0**.

O código para amnésia dissociativa com fuga dissociativa é **F44.1**.

Especifique

se: **F44.1 Com fuga dissociativa:** Viagem aparentemente intencional ou perambulação desnorteada que está associada à amnésia para identidade ou outras informações autobiográficas importantes.

338

Especificadores

O especificador “com fuga dissociativa” aplica-se quando a amnésia dissociativa ocorre no contexto de uma fuga dissociativa, que é caracterizada por uma viagem aparentemente intencional ou perambulação desnorteada associada à amnésia por identidade ou outras informações autobiográficas importantes.

Características Diagnósticas

A característica definidora da amnésia dissociativa é a incapacidade de recordar informações autobiográficas importantes que 1) deveriam ser armazenadas com sucesso na memória e 2) normalmente seriam recuperadas livremente (Critério A). A amnésia dissociativa é conceituada como um déficit de recuperação de memória potencialmente reversível. Desta forma, entre outras, difere das amnésias atribuíveis a danos neurobiológicos ou toxicidade que prejudicam o armazenamento ou a recuperação da memória.

Uma variedade de tipos de amnésia dissociativa pode se manifestar. Em geral, o déficit de memória em

a amnésia dissociativa é *retrógrada* e, exceto em casos raros, não está associada à amnésia contínua para eventos da vida contemporânea. As *deficiências de memória retrospectiva* incluem não apenas memórias perdidas de experiências traumáticas, mas também memórias perdidas da vida cotidiana durante as quais nenhum trauma ocorreu. Mais comumente, indivíduos com amnésia dissociativa relatam *amnésia localizada* – uma falha em recordar eventos durante um período de tempo circunscrito; e/ou *amnésia seletiva* – o indivíduo pode se lembrar de alguns, mas não de todos, os eventos durante um período de tempo circunscrito. Na *amnésia sistematizada*, o indivíduo não consegue recordar uma categoria específica de informação importante (por exemplo, recordação fragmentária de casa crescendo, mas memória contínua para a escola; não recordação de um irmão mais velho violento; falta de recordação de um quarto específico na casa de infância do indivíduo). Os indivíduos raramente se queixam abertamente de sintomas dessas formas de amnésia dissociativa e tentam minimizar e racionalizar a perda de memória.

A *amnésia dissociativa generalizada* envolve uma perda completa de memória para a maior parte ou toda a história de vida do indivíduo. Indivíduos com amnésia generalizada podem esquecer a identidade pessoal (p., como usar a tecnologia atual) e menos comumente não têm acesso a habilidades bem aprendidas (por exemplo, o que são lentes de contato e como colocá-las). A amnésia dissociativa generalizada tem início agudo; a perplexidade, a desorientação e a perambulação sem propósito de indivíduos com amnésia generalizada geralmente os chamam a atenção da polícia ou dos serviços de emergência psiquiátrica. A fuga dissociativa é comumente associada à amnésia dissociativa generalizada e pode ser indicada usando o especificador “com fuga dissociativa”. A amnésia dissociativa generalizada pode ser mais comum entre veteranos de guerra, vítimas de agressão sexual e indivíduos que sofrem de estresse ou conflito emocional extremo. Na amnésia contínua (ou seja, amnésia dissociativa anterógrada), um indivíduo esquece cada novo evento à medida que ocorre.

Indivíduos com amnésia dissociativa frequentemente não têm consciência (ou apenas parcialmente) de seus problemas de memória. Eles podem recordar alguns eventos traumáticos, ou partes de eventos traumáticos, mas não outros do mesmo tipo. Muitos, especialmente aqueles com amnésia localizada, minimizam a importância de sua perda de memória e podem ficar desconfortáveis quando solicitados a tratá-la.

Recursos associados

Muitos indivíduos com amnésia dissociativa são cronicamente prejudicados em sua capacidade de formar e manter relacionamentos satisfatórios. Histórias de trauma, especialmente abuso infantil e vitimização são comuns. Alguns indivíduos com amnésia dissociativa relatam flashbacks dissociativos (ou seja, reexperiência comportamental de eventos traumáticos). Muitos têm uma história de

339

automutilação não suicida, tentativas de suicídio e outros comportamentos de alto risco. Sintomas neurológicos depressivos e funcionais são comuns, assim como despersonalização, sintomas auto-hipnóticos e alta hipnotizabilidade. As disfunções sexuais são comuns. Lesão cerebral traumática leve (TCE) pode preceder a amnésia dissociativa.

Prevalência

A prevalência de 12 meses para amnésia dissociativa entre adultos em uma pequena comunidade dos EUA

estudo foi de 1,8%.

Desenvolvimento e Curso Amnésia

dissociativa foi observada em crianças pequenas, adolescentes, adultos e populações geriátricas. A amnésia em crianças menores de 12 anos pode ser a mais difícil de avaliar porque muitas vezes têm dificuldade em entender perguntas sobre amnésia, e os entrevistadores podem achar difícil formular perguntas amigáveis para crianças sobre memória e amnésia, especialmente em crianças menores. Observações de aparente amnésia dissociativa são muitas vezes difíceis de diferenciar de desatenção, absorção, devaneios, ansiedade, comportamento de oposição e distúrbios de aprendizagem.

Relatórios de várias fontes diferentes (por exemplo, professor, terapeuta, assistente social) podem ser necessários para diagnosticar amnésia em crianças. Alguns adolescentes traumatizados com amnésia dissociativa são menos propensos a receber atenção clínica devido a níveis mais baixos de sintomas intrusivos de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e menos comportamento externalizante. O comportamento de fuga dissociativa em crianças e adolescentes pode ser limitado pelo espaço de vida da criança (por exemplo, uma criança em fuga “voltando a si” depois de andar de bicicleta para um bairro desconhecido, uma adolescente se pegando de transporte público para uma cidade próxima).

O início da amnésia generalizada geralmente é súbito. Os indivíduos podem experimentar vários episódios desse tipo de amnésia dissociativa. Um único episódio pode predispor a episódios futuros. Entre os episódios de amnésia, o indivíduo pode ou não parecer agudamente sintomático. Alguns episódios de amnésia generalizada aguda resolvem-se rapidamente (por exemplo, quando o indivíduo é retirado do combate ou de alguma outra situação estressante e/ou levado à atenção clínica). Um subgrupo substancial de indivíduos desenvolve déficits de memória autobiográfica crônicos e debilitantes altamente prejudiciais, de tal forma que mesmo “reaprender” sua história de vida não melhora a perda de memória.

A remoção das circunstâncias traumáticas que geram amnésia dissociativa aguda e generalizada (por exemplo, combate) pode trazer um rápido retorno da memória. A perda de memória de indivíduos com fuga dissociativa pode ser particularmente refratária. Traumas mais tarde na vida, estresses da vida ou perdas podem preceder a quebra de déficits de memória autobiográfica de longa data relacionados a traumas na infância ou na vida adulta, com o início de TEPT agudo, transtornos de humor, abuso de substâncias e perigo para si ou para outros, entre outros sintomas.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. A traumatização grave, aguda ou crônica é o principal fator de risco para amnésia dissociativa. Traumas e adversidades acumulados no início da vida, especialmente abuso físico e sexual, são os principais fatores de risco para amnésia dissociativa na infância e adolescência. Abuso sexual mais grave, múltiplos episódios de abuso sexual na infância e abuso sexual por um parente, especialmente com traição por uma figura de apego próximo, podem aumentar a extensão dos distúrbios da memória autobiográfica infantil. Indivíduos com amnésia dissociativa podem negar a lembrança de traumas específicos da infância (por exemplo, agressão sexual), mesmo aqueles documentados em relatórios médicos ou de serviço social, embora o indivíduo possa recordar outros eventos traumáticos semelhantes, antes e depois do evento amnéstico. Trauma adulto cumulativo grave (por exemplo, combate repetido, tráfico, prisioneiro de guerra ou campo de concentração)

experiências) também pode resultar em extensa amnésia dissociativa localizada, seletiva e/ou sistematizada. A amnésia dissociativa generalizada pode ser mais comum entre indivíduos que sofreram recentemente traumas agudos extremos (por exemplo, combate militar brutal, estupro, tortura, muitas vezes no contexto de incapacidade de escapar) e/ou história anterior de grande deslocamento social, busca de asilo, ou estatuto de refugiado. Outros desenvolvem amnésia generalizada no contexto de profundo conflito psicológico do qual o indivíduo também se sente incapaz de escapar. Praticamente todos os indivíduos que desenvolvem amnésia dissociativa generalizada no contexto de conflito psicológico relatam histórias passadas de graves na infância e/ou traumatismo adulto. Experiências traumáticas agudas extremas também podem gerar grandes conflitos psicológicos (p.).

Genética e fisiológica. Estudos genéticos quantitativos sugerem que a genética é responsável por cerca de 50% da variação interindividual nos sintomas dissociativos, com experiências ambientais estressantes não compartilhadas representando a maior parte da variação adicional. Estudos de genes candidatos sugerem uma interação gene x ambiente com experiências traumáticas infantis anteriores e mais crônicas, levando a aumentos significativos nos sintomas dissociativos mais tarde na vida.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Em contextos culturais onde a possessão faz parte da prática religiosa ou espiritual normativa, a amnésia dissociativa e a fuga podem ser interpretadas como resultantes da possessão patológica. Em contextos ou situações em que os indivíduos se sentem altamente constrangidos por circunstâncias sociais ou tradições culturais, os precipitantes da amnésia dissociativa geralmente não envolvem um trauma franco.

Em vez disso, a amnésia pode ser precedida por estresses ou conflitos psicológicos graves (por exemplo, conflito conjugal, outros distúrbios familiares, problemas de apego ou conflitos atribuíveis à restrição ou opressão).

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas Suicídio

e outros comportamentos autodestrutivos são comuns em indivíduos com amnésia dissociativa. As forças psicológicas que produzem amnésia generalizada podem ser extremas, e pensamentos, impulsos, planos e comportamento suicidas são um risco quando a amnésia diminui. Relatos de casos sugerem que o comportamento suicida pode ser um risco particular quando a amnésia regredirem repentinamente e sobrecarregam o indivíduo com memórias intoleráveis.

Consequências Funcionais da Amnésia Dissociativa As deficiências em

indivíduos com amnésia dissociativa resultantes de traumas na infância/adolescente variam de limitadas a graves. Alguns desses indivíduos podem estar cronicamente prejudicados em sua capacidade de formar e manter vínculos satisfatórios. Alguns podem se tornar altamente bem-sucedidos no funcionamento ocupacional, mas muitas vezes o fazem por excesso de trabalho compulsivo. Indivíduos com amnésia dissociativa generalizada aguda geralmente apresentam comprometimento em todos os aspectos do funcionamento. Um subgrupo substancial de indivíduos com amnésia generalizada desenvolve um déficit de memória autobiográfica crônico altamente prejudicial que mesmo reaprender sua história de vida não melhora. Esses indivíduos experimentam um curso crônico altamente debilitado com mau funcionamento geral na maioria d

domínios da vida.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno dissociativo de identidade. Episódios recorrentes de amnésia dissociativa podem ser atribuídos ao transtorno dissociativo de identidade. Indivíduos com amnésia dissociativa podem relatar sintomas de despersonalização e auto-hipnóticos, assim como indivíduos com amnésia dissociativa.

341

transtorno de identidade. Indivíduos com transtorno dissociativo de identidade relatam descontinuidades generalizadas no senso de self e agência, acompanhadas por muitos outros sintomas dissociativos. Amnésias no transtorno dissociativo de identidade, além de déficits de memória autobiográfica retrospectiva, incluem amnésia contínua (“perda de tempo”) para eventos cotidianos e interações interpessoais; encontrar posses inexplicáveis; desconcertante grandes flutuações em habilidades e conhecimentos; e frequentes e breves intervalos amnésicos durante as interações interpessoais.

Transtorno de estresse pós-traumático. Alguns indivíduos com TEPT não conseguem se lembrar de parte ou de todo um evento traumático específico (por exemplo, uma vítima de estupro que não consegue se lembrar da maioria dos eventos do dia inteiro do estupro). Quando essa amnésia se estende a eventos além do momento imediato do trauma, um diagnóstico comórbido de amnésia dissociativa pode ser justificado. Indivíduos com o subtipo dissociativo de TEPT também podem relatar amnésia dissociativa, além de despersonalização/desrealização.

Distúrbios neurocognitivos. Nos principais distúrbios neurocognitivos, geralmente há evidências de danos no tecido neural acompanhados por um declínio na função cognitiva com déficits de atenção, função executiva, aprendizado e memória, linguagem e cognição perceptivo-motora e social que prejudicam a capacidade para atividades cotidianas independentes. A perda de memória para informações pessoais geralmente está embutida em distúrbios cognitivos, linguísticos, afetivos, de atenção e comportamentais.

Geralmente, a consciência da identidade pessoal é pouparada até o final do curso do transtorno neurocognitivo. Nos distúrbios neurocognitivos, a amnésia retrógrada é quase sempre acompanhada de amnésia anterógrada. A amnésia dissociativa anterógrada pode ser confundida com delirium. No entanto, exames médicos, laboratoriais, toxicológicos e neurológicos, incluindo estudos de imagem, são normais. Avaliações cuidadosas e repetidas ao longo do tempo mostrarão que, como em outras formas de amnésia dissociativa, não há déficits neurocognitivos verdadeiros.

Transtornos relacionados a substâncias. No contexto de intoxicação repetida com álcool ou outras substâncias/medicamentos, podem ocorrer episódios de “apagão” ou períodos para os quais o indivíduo não tem memória, ou memória parcial (“acinzentado”). Para ajudar a distinguir esses episódios de amnésia dissociativa, uma história longitudinal deve mostrar que os episódios amnésicos ocorrem apenas no contexto de intoxicação. No entanto, a distinção pode ser difícil quando o indivíduo com amnésia dissociativa também faz uso indevido de álcool ou outras substâncias, particularmente no contexto de situações estressantes que também podem exacerbar os sintomas dissociativos. Este pode ser um diagnóstico diferencial mais complexo quando o uso de substâncias começa na infância ou adolescência, geralmente no contexto de abuso intrafamiliar, negligência e transtornos relacionados ao uso de substâncias. A observação sequencial desses indivíduos após a desintoxicação, juntamente com a história cuidadosamente registrada, geralmente pode distinguir a perda de memória atribuível ao uso prolongado de substâncias da amnésia dissociativa. Alguns indivíduos com amnésia dissociativa comórbida e transtornos por uso de substâncias tentarão minimizar sua amnésia dissociativa e atribuir problemas de memória exclusivamente ao

uso de substâncias. O uso prolongado de álcool ou outras substâncias pode resultar em um transtorno neurocognitivo induzido por substância que pode estar associado a uma função cognitiva prejudicada. No entanto, neste contexto, a história prolongada de uso de substâncias e os déficits persistentes associados ao transtorno neurocognitivo serviriam para distingui-lo da amnésia dissociativa, onde normalmente não há evidência de prejuízo persistente no funcionamento intelectual.

Amnésia pós-traumática devido a lesão cerebral. A amnésia pode ocorrer no contexto de um TCE quando houver um impacto na cabeça ou outros mecanismos de movimento rápido ou deslocamento do cérebro dentro do crânio. Outras características do TCE incluem perda de consciência, desorientação e confusão, ou, em casos mais graves, sinais e sintomas neurológicos (p. anosmia). Um distúrbio neurocognitivo atribuível ao TCE deve apresentar-se imediatamente após a lesão cerebral ou imediatamente após o indivíduo recuperar a consciência após a lesão e persistir após a lesão.

342

período pós-lesão aguda. A apresentação cognitiva de um transtorno neurocognitivo após TCE é variável e inclui dificuldades nos domínios da atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, bem como velocidade lenta de processamento de informações e distúrbios na cognição social. Os padrões de déficits de memória são típicos de distúrbios neurocognitivos. O TCE leve pode preceder as apresentações de amnésia dissociativa aguda, mas os déficits de memória dissociativa são desproporcionais ao traumatismo craniano do TCE e normalmente seguem os padrões dissociativos, não neurocognitivos.

Distúrbios convulsivos. Indivíduos com distúrbios convulsivos podem apresentar comportamento complexo durante convulsões ou pós-ictalmente com amnésia subsequente. Alguns indivíduos com um transtorno convulsivo envolvem-se em perambulação sem propósito, limitada ao período de atividade convulsiva. Por outro lado, o comportamento durante uma fuga dissociativa geralmente é intencional, complexo e direcionado a um objetivo e pode durar dias, semanas ou mais. Ocasionalmente, indivíduos com um transtorno convulsivo relatam que algumas memórias autobiográficas foram “apagadas” à medida que o transtorno convulsivo progride. Essa perda de memória não está associada a traumas psicológicos ou adversidades e parece ocorrer aleatoriamente. Em distúrbios convulsivos, eletroencefalogramas seriados geralmente mostram anormalidades. O monitoramento eletroencefalográfico telemétrico geralmente mostra uma associação entre os episódios de amnésia e a atividade convulsiva. Amnésias dissociativas e epilépticas podem coexistir.

Déficits de memória associados à eletroconvulsoterapia. Déficits de memória após a terapia eletroconvulsiva (ECT) ocorrem mais comumente no dia da administração da ECT. Amnésia retrógrada e até anterógrada mais extensa após a ECT geralmente não está relacionada a épocas estressantes ou traumáticas da vida e geralmente remite após a conclusão da série de ECT. A ECT em indivíduos gravemente deprimidos com transtornos dissociativos não piora a dissociação, e o acesso à memória pode melhorar à medida que a depressão diminui.

Estupor catatônico. O mutismo no estupor catatônico pode sugerir amnésia dissociativa, mas a falha de memória geralmente está ausente. Outros sintomas catatônicos (por exemplo, rigidez, postura, negativismo) geralmente estão presentes. Os sintomas catatônicos em crianças podem estar associados a trauma, abuso e/ou privação. Ao contrário da amnésia dissociativa, o padrão de perda de memória na catatonía é apenas para o episódio catatônico.

Reações dissociativas agudas a eventos estressantes (outro transtorno dissociativo especificado). reações dissociativas a eventos estressantes, exemplo de outro transtorno dissociativo especificado, é caracterizado por uma combinação de sintomas dissociativos que ocorrem juntos de forma aguda em resposta a eventos estressantes e geralmente duram menos de 1 mês. Os episódios amnésicos que ocorrem como parte dessas reações são acompanhados por outros sintomas dissociativos proeminentes, têm curta duração (horas ou dias) e tendem a ser circunscritos a períodos ou eventos limitados na vida de uma pessoa (microamnésias).

Transtorno factício e simulação. Não há teste, bateria de testes ou conjunto de procedimentos que invariavelmente diferencie a amnésia dissociativa da amnésia fingida. A amnésia fingida é mais comum em indivíduos com 1) amnésia dissociativa aguda e florida; 2) problemas financeiros, sexuais ou legais; 3) um desejo de escapar de circunstâncias estressantes; 4) desejo de parecer um paciente mais interessante; e/ou 5) um plano para entrar em litígio por “memórias recuperadas”. No entanto, a amnésia dissociativa pode estar associada a essas mesmas circunstâncias e pode coexistir com o fingimento deliberado. Muitos indivíduos que simulam amnésia confessam espontaneamente ou quando confrontados.

Alterações de memória com o envelhecimento ou transtorno neurocognitivo leve. A memória diminui o transtorno neurocognitivo leve difere daqueles da amnésia dissociativa; no transtorno neurocognitivo leve, as alterações de memória se manifestam como dificuldade em aprender e reter novas informações. Isso geralmente é medido em testes de aprendizado verbal de listas de palavras ou uma breve história com avaliação de recordação imediata e tardia. Com o envelhecimento cognitivo normal, os indivíduos também podem ter fraquezas semelhantes na lembrança imediata e tardia de novas informações,

343

embora o envelhecimento normal também possa afetar a velocidade de processamento de informações e outras tarefas complexas de funções executivas, além da memória.

Comorbidade

Como é comum em indivíduos com história de trauma, muitas comorbidades ocorrem concomitantemente com amnésia dissociativa, particularmente quando a amnésia dissociativa começa a regredir. Uma grande variedade de fenômenos afetivos pode vir à tona, incluindo disforia, tristeza, raiva, vergonha, culpa e conflitos e turbulências psicológicas. Os indivíduos podem se envolver em automutilação não suicida e outros comportamentos de alto risco. Esses indivíduos podem apresentar sintomas que atendem aos critérios diagnósticos para transtorno depressivo persistente, transtorno depressivo maior ou depressão subliminar (outro transtorno depressivo especificado). Muitos indivíduos com amnésia dissociativa desenvolvem TEPT em algum momento de sua vida, especialmente quando os antecedentes traumáticos de sua amnésia são trazidos à consciência. Muitos desses indivíduos podem apresentar sintomas do subtipo dissociativo de TEPT. Muitos indivíduos com amnésia dissociativa apresentam sintomas que atendem aos critérios diagnósticos para um sintoma somático comórbido e transtorno relacionado (e vice-versa), particularmente transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão). Transtornos relacionados a substâncias e vícios podem ser comórbidos com amnésia dissociativa, bem como transtornos alimentares e disfunções性uais. O transtorno de personalidade comórbido mais comum é outro transtorno de personalidade especificado (com características de transtorno de personalidade mista), que geralmente inclui características esquivas, obsessivo-compulsivas, dependentes

Transtorno de Despersonalização/Desrealização

Critério de diagnóstico

F48.1

- A. A presença de experiências persistentes ou recorrentes de despersonalização, desrealização ou ambas:
 - 1. **Despersonalização:** Experiências de irrealidade, distanciamento ou ser um observador externo em relação aos próprios pensamentos, sentimentos, sensações, corpo ou ações (por exemplo, alterações perceptivas, senso de tempo distorcido, eu irreal ou ausente, emocional e/ou físico entorpecente).
 - 2. **Desrealização:** Experiências de irrealidade ou desapego em relação ao ambiente (por exemplo, indivíduos ou objetos são vivenciados como irreais, oníricos, nebulosos, sem vida ou visualmente distorcidos).
- B. Durante as experiências de despersonalização ou desrealização, o teste de realidade permanece intacto.
- C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicamento) ou outra condição médica (por exemplo, convulsões).
- E. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental, como esquizofrenia, transtorno do pânico, transtorno depressivo maior, transtorno de estresse agudo, transtorno de estresse pós-traumático ou outro transtorno dissociativo.

Características Diagnósticas

As características essenciais do transtorno de despersonalização/desrealização são episódios persistentes ou recorrentes de despersonalização, desrealização ou ambos. Os episódios de despersonalização são caracterizados por um sentimento de irrealidade ou desapego ou desconhecimento de todo o self do indivíduo ou de aspectos do self (Critério A1). O indivíduo pode se sentir desapegado de todo o seu ser (por exemplo, "Eu não sou ninguém", "Eu não tenho eu"). Ele ou ela pode

344

também se sentir subjetivamente desapegado de aspectos do eu, incluindo sentimentos (por exemplo, hipoemocionalidade: "Eu sei que tenho sentimentos, mas não os sinto"), pensamentos (por exemplo, "Meus pensamentos não parecem meus", "cabeça cheia de algodão"), corpo inteiro ou partes do corpo, ou sensações (por exemplo, toque, propriocepção, fome, sede, libido). Também pode haver um senso de agência diminuído (por exemplo, sentindo-se robótico, como um autômato; falta de controle da fala ou dos movimentos). A experiência de despersonalização às vezes pode ser de um eu dividido, com uma parte observando e outra participando, conhecida como "experiência fora do corpo" em sua forma mais extrema. O sintoma unitário de "despersonalização" consiste em vários fatores sintomáticos: experiências corporais anômalas (isto é, irrealidade do self e alterações perceptivas); entorpecimento emocional ou físico;

e distorções temporais com memória subjetiva anômala.

Os episódios de desrealização são caracterizados por um sentimento de irrealdade ou desapego ou desconhecimento do mundo, seja ele indivíduos, objetos inanimados ou todo o ambiente (Critério A2). O indivíduo pode se sentir como se estivesse em um nevoeiro, sonho ou bolha, ou como se houvesse um véu ou uma parede de vidro entre o indivíduo e o mundo ao redor. Os arredores podem ser experimentados como artificiais, incolores ou sem vida. A desrealização é comumente acompanhada por distorções visuais subjetivas, como embaçamento, acuidade aumentada, campo visual alargado ou estreitado, bidimensionalidade ou achatamento, tridimensionalidade exagerada ou distância ou tamanho alterado de objetos (ou seja, macropsia ou micropsia). Distorções auditivas também podem ocorrer, em que vozes ou sons são silenciados ou aumentados. Além disso, o Critério C exige que os sintomas causem sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento, e os Critérios D e E descrevem diagnósticos de exclusão.

Recursos associados

Indivíduos com transtorno de despersonalização/desrealização podem ter dificuldade em descrever seus sintomas e podem pensar que estão “loucos” ou “enlouquecendo”. Outra experiência comum é o medo de danos cerebrais irreversíveis. Um sintoma comumente associado é uma sensação de tempo subjetivamente alterada (ou seja, muito rápido ou muito lento), bem como uma dificuldade subjetiva em recordar vividamente memórias passadas e tê-las como pessoais e emocionais. Sintomas somáticos vagos, como plenitude da cabeça, formigamento ou tontura, não são incomuns. Os indivíduos podem experimentar extrema ruminação ou preocupação obsessiva (por exemplo, constantemente obcecados sobre se eles realmente existem ou verificando suas percepções para determinar se parecem reais). Graus variados de ansiedade e depressão também são características associadas comuns. Indivíduos com o transtorno têm hiporreatividade fisiológica a estímulos emocionais. Os substratos neurais de interesse incluem o eixo hipotálamo-hipófise-adrenocortical, lóbulo parietal inferior e circuitos córtico-límbicos pré-frontais.

Prevalência

Sintomas transitórios de despersonalização/desrealização com duração de horas a dias são comuns na população em geral. Acredita-se que a prevalência de 12 meses do transtorno de despersonalização/desrealização seja marcadamente menor do que para sintomas transitórios, embora não existam estimativas precisas para o transtorno. Em geral, aproximadamente metade de todos os adultos experimentou pelo menos um episódio de despersonalização/desrealização na vida. No entanto, a sintomatologia que atende a todos os critérios para transtorno de despersonalização/desrealização é marcadamente menos comum do que sintomas transitórios. A prevalência de um mês no Reino Unido é de aproximadamente

Desenvolvimento e Curso A idade

média de início do transtorno de despersonalização/desrealização é de 16 anos, embora o transtorno possa começar no início ou no meio da infância; uma minoria não se lembra de nunca ter tido os sintomas. Menos de 20% dos indivíduos apresentam início após os 20 anos e apenas 5% após os 25 anos. O início na quarta década de vida ou mais tarde é altamente incomum.

O início pode variar de extremamente súbito a gradual. A duração dos episódios de transtorno de despersonalização/desrealização pode variar muito, de breve (horas ou dias) a prolongada (semanas, meses ou anos). Dada a raridade do início do distúrbio após os 40 anos de idade, nesses casos o indivíduo deve ser examinado mais de perto para condições médicas subjacentes (por exemplo, lesões cerebrais, distúrbios convulsivos, apnéia do sono). O curso do distúrbio é muitas vezes persistente. Cerca de um terço dos casos envolve episódios discretos; outro terço, sintomas contínuos desde o início; e ainda outro terço, um curso inicialmente episódico que acaba se tornando contínuo.

Enquanto em alguns indivíduos a intensidade dos sintomas pode aumentar e diminuir consideravelmente, outros relatam um nível inabalável de intensidade que em casos extremos pode estar constantemente presente por anos ou décadas. Fatores internos e externos que afetam a intensidade dos sintomas variam entre os indivíduos, mas alguns padrões típicos são relatados. As exacerbações podem ser desencadeadas por estresse, piora do humor ou sintomas de ansiedade, configurações novas ou superestimulantes e fatores físicos, como iluminação ou falta de sono.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Indivíduos com transtorno de despersonalização/desrealização são caracterizados por temperamento de evitação de danos, defesas imaturas e esquemas de desconexão e superconexão. Defesas imaturas como idealização/desvalorização, projeção e atuação resultam em negação da realidade e má adaptação. Os esquemas de desconexão cognitiva refletem defectividade e inibição emocional e englobam temas de abuso, negligência e privação. Esquemas de sobreconexão envolvem autonomia prejudicada com temas de dependência, vulnerabilidade e incompetência.

Ambiental. Existe uma clara associação entre o transtorno e os traumas interpessoais na infância em uma parcela substancial dos indivíduos, embora essa associação não seja tão prevalente ou tão extrema na natureza dos traumas quanto em outros transtornos dissociativos, como o transtorno dissociativo de identidade. Em particular, o abuso emocional e a negligência emocional têm sido mais forte e consistentemente associados ao transtorno. Outros estressores podem incluir abuso físico; testemunhar violência doméstica; crescer com um pai com deficiência mental grave; ou morte inesperada ou suicídio de um familiar ou amigo próximo. O abuso sexual é um antecedente muito menos comum, mas pode ser encontrado. Os precipitantes proximais mais comuns do transtorno são estresse severo (interpessoal, financeiro, ocupacional), depressão, ansiedade (particularmente ataques de pânico) e uso de drogas ilícitas. Os sintomas podem ser especificamente induzidos por substâncias como tetrahidrocannabinol, alucinógenos, cetamina, MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina; "ecstasy") e sálvia. O uso de maconha pode precipitar novos ataques de pânico e sintomas de despersonalização/desrealização simultaneamente.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Experiências de despersonalização/desrealização induzidas voluntariamente podem fazer parte de práticas meditativas que são predominantes em muitos contextos religiosos, espirituais e culturais e não devem ser diagnosticadas como um transtorno. No entanto, existem indivíduos que inicialmente induzem esses estados intencionalmente, mas com o tempo perdem o controle sobre eles e podem desenvolver medo e aversão por práticas relacionadas. As estruturas culturais podem afetar o nível de angústia ou a gravidade percebida associada a experiências descontroladas de despersonalização/desrealização, fornecendo explicações para elas (por exemplo, causas espirituais/sobrenaturais), que podem aliviar os medos dos indivíduos.

que eles estão “perdendo a cabeça”.

Consequências funcionais do transtorno de despersonalização/desrealização Os sintomas do transtorno de despersonalização/desrealização são altamente angustiantes e estão associados a uma grande morbidade. O comportamento afetivamente achata e robótico que esses

346

indivíduos muitas vezes demonstram pode parecer incongruente com a extrema dor emocional relatada por aqueles com o transtorno. O prejuízo é muitas vezes experimentado nas esferas interpessoal e ocupacional, em grande parte como resultado da hipoemocionalidade com os outros, dificuldade subjetiva em focar e reter informações e uma sensação geral de desconexão da vida.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de Ansiedade da Doença.

Embora indivíduos com transtorno de despersonalização/desrealização possam apresentar queixas somáticas vagas, bem como medo de dano cerebral permanente, o diagnóstico de transtorno de despersonalização/desrealização é caracterizado pela presença de uma constelação de sintomas típicos de despersonalização/desrealização e ausência de outras manifestações de transtorno de ansiedade de doença.

Transtorno depressivo maior. Sentimentos de dormência, morte, apatia e estar em um sonho não são incomuns em episódios depressivos maiores. No entanto, no transtorno de despersonalização/desrealização, tais sintomas estão associados a outros sintomas do transtorno. Se a despersonalização/desrealização precede claramente o início de um episódio depressivo maior ou continua claramente após sua resolução, aplica-se o diagnóstico de transtorno de despersonalização/desrealização.

Transtorno obsessivo-compulsivo. Alguns indivíduos com transtorno de despersonalização/desrealização podem se tornar obsessivamente preocupados com sua experiência subjetiva ou desenvolver rituais para verificar o estado de seus sintomas. No entanto, outros sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo não relacionados à despersonalização/desrealização não estão presentes.

Outros transtornos dissociativos. Para diagnosticar o transtorno de despersonalização/desrealização, os sintomas não devem ocorrer no contexto de outro transtorno dissociativo, como o transtorno dissociativo de identidade. A diferenciação de amnésia dissociativa e transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão) é mais simples, pois os sintomas desses transtornos não se sobrepõem aos do transtorno de despersonalização/desrealização.

Ataques de pânico. A despersonalização/desrealização é um dos sintomas dos ataques de pânico, cada vez mais comum à medida que o ataque aumenta. O transtorno de despersonalização/desrealização não deve ser diagnosticado se o ataque de pânico é o principal sintoma. A despersonalização/desrealização é mais comum em ataques de pânico que em ataques de pânico isolados. O diagnóstico de transtorno de despersonalização/desrealização deve ser feito se 1) o componente despersonalização/desrealização da apresentação for muito proeminente desde o início, excedendo claramente em duração e intensidade a ocorrência de ataques de pânico reais; ou 2) o

a despersonalização/desrealização continua após a remissão do transtorno do pânico ou o tratamento bem-sucedido.

Transtornos psicóticos. A presença de testes de realidade intactos especificamente em relação à despersonalização/desrealização diferentemente de outros transtornos dissociativos pode representar um desafio diagnóstico quando delírios niilistas estão presentes. Por exemplo, um indivíduo pode reclamar que está morto ou que o mundo não é real; isso pode ser uma experiência subjetiva que o indivíduo sabe que não é verdadeira ou uma convicção delirante.

Transtornos induzidos por substâncias/medicamentos. A despersonalização/desrealização associada aos efeitos fisiológicos das substâncias durante a intoxicação aguda ou abstinência não é diagnosticada como transtorno de despersonalização/desrealização. As substâncias precipitantes mais comuns são as drogas ilícitas maconha, alucinógenos, cetamina, ecstasy e sálvia. Dentro

347

cerca de 15% de todos os casos de transtorno de despersonalização/desrealização, os sintomas são precipitados pela ingestão de tais substâncias. Se os sintomas persistirem por algum tempo na ausência de qualquer outra substância ou uso de medicação, aplica-se o diagnóstico de transtorno de despersonalização/desrealização. Esse diagnóstico geralmente é fácil de estabelecer, pois a grande maioria dos indivíduos com essa apresentação torna-se altamente fóbica e aversiva à substância desencadeante e não a usa novamente.

Traumatismo crâniano. Os sintomas de despersonalização/desrealização são típicos no traumatismo cranioencefálico (TCE), mas são diferenciados do transtorno de despersonalização/desrealização pelo início dos sintomas após o TCE e pela falta de outros sintomas do transtorno de despersonalização/desrealização.

Sintomas dissociativos devido a outra condição médica. Características como início após os 40 anos de idade ou a presença de sintomas atípicos e curso em qualquer indivíduo sugerem a possibilidade de uma condição médica subjacente. Em casos com sintomas dissociativos, é essencial realizar uma avaliação médica e neurológica completa, que pode incluir estudos laboratoriais padrão, títulos vírais, eletroencefalograma, testes vestibulares, testes visuais, estudos do sono e/ou imagens do cérebro. Quando a suspeita de um distúrbio convulsivo subjacente for difícil de confirmar, um eletroencefalograma ambulatorial pode ser indicado; embora a epilepsia do lobo temporal seja a mais comumente implicada, a epilepsia do lobo parietal e frontal também pode estar associada.

Comorbidade

Em uma amostra de conveniência de adultos recrutados para vários estudos de pesquisa de despersonalização, as comorbidades ao longo da vida foram altas para transtorno depressivo unipolar e para qualquer transtorno de ansiedade, com uma proporção significativa da amostra apresentando ambos os transtornos. A comorbidade com transtorno de estresse pós-traumático foi baixa. Os três transtornos de personalidade mais comuns foram evitativo, limítrofe e obsessivo-compulsivo.

Outro Transtorno Dissociativo Especificado

F44.89

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno dissociativo que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos dissociativos. A outra categoria de transtorno dissociativo especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não atende aos critérios para qualquer transtorno dissociativo específico. Isso é feito registrando “outro transtorno dissociativo especificado” seguido pelo motivo específico (por exemplo, “transe dissociativo”).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação “outros especificados” incluem o seguinte:

1. **Síndromes crônicas e recorrentes de sintomas dissociativos mistos:** Esta categoria inclui distúrbios de identidade associados a descontinuidades menos do que marcadas no senso de self e agência, ou alterações de identidade ou episódios de possessão em um indivíduo que não relata amnésia dissociativa.

2. **Perturbação de identidade devido a persuasão coercitiva prolongada e intensa:** Indivíduos que foram submetidos a persuasão coercitiva intensa (por exemplo, lavagem cerebral, reforma do pensamento, doutrinação em cativeiro, tortura, prisão política de longo prazo, recrutamento por seitas/cultos ou por organizações terroristas) pode apresentar mudanças prolongadas ou questionamento consciente de sua identidade.

348

3. **Reações dissociativas agudas a eventos estressantes:** Esta categoria é para condições agudas e transitórias que normalmente duram menos de 1 mês e, às vezes, apenas algumas horas ou dias. Essas condições são caracterizadas pela constrição da consciência; despersonalização; desrealização; distúrbios perceptivos (por exemplo, lentificação do tempo, macropsia); microamnésias; estupor transitório; e/ou alterações no funcionamento sensório-motor (por exemplo, analgesia, parálisia).

4. **Transe dissociativo:** Esta condição é caracterizada por um estreitamento agudo ou perda completa da consciência do ambiente imediato que se manifesta como profunda falta de resposta ou insensibilidade aos estímulos ambientais. A falta de resposta pode ser acompanhada por comportamentos estereotipados menores (por exemplo, movimentos dos dedos) dos quais o indivíduo não tem consciência e/ou que não pode controlar, bem como parálisia transitória ou perda de consciência. O transe dissociativo não é uma parte normal de uma prática cultural ou religiosa coletiva amplamente aceita.

Transtorno Dissociativo Não Especificado

F44.9

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno dissociativo que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos dissociativos. A categoria de transtorno dissociativo não especificado é usada em situações nas quais o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno dissociativo específico e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico (p. configurações da sala).

Sintoma somático e distúrbios relacionados

Este capítulo inclui os diagnósticos de transtorno de sintomas somáticos, transtorno de ansiedade de doença, transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão), fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, transtorno factício, outro sintoma somático especificado e transtorno relacionado e sintoma somático não especificado e transtorno relacionado. Todos os transtornos neste capítulo compartilham uma característica comum: a proeminência de sintomas somáticos e/ou ansiedade de doença associada a sofrimento e prejuízo significativos. Indivíduos com transtornos com sintomas somáticos proeminentes ou ansiedade de doença são comumente encontrados em cuidados primários e outros ambientes médicos, mas são menos comumente encontrados em ambientes psiquiátricos e outros ambientes de saúde mental. Esses diagnósticos reconceituados, baseados em uma reorganização dos diagnósticos de transtorno somatoform do DSM-IV, são mais úteis para a atenção primária e outros médicos (não psiquiátricos).

O principal diagnóstico nesta classe diagnóstica, transtorno de sintomas somáticos, enfatiza o diagnóstico feito com base na presença de sintomas e sinais (sintomas somáticos angustiantes mais pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas) em vez da ausência de um médico. explicações para os sintomas somáticos. Uma característica distintiva de muitos indivíduos com transtorno de sintomas somáticos não são os sintomas somáticos em si, mas a maneira como eles os apresentam e interpretam. A incorporação de componentes afetivos, cognitivos e comportamentais nos critérios para transtorno de sintomas somáticos fornece uma reflexão mais abrangente e precisa do verdadeiro quadro clínico do que pode ser alcançado avaliando apenas as queixas somáticas.

Os princípios por trás das mudanças no sintoma somático e diagnósticos relacionados do DSM IV são cruciais para a compreensão dos diagnósticos do DSM-5. O termo *transtornos somatoformes* do DSM-IV era confuso e foi substituído por *sintomas somáticos* e *transtornos relacionados*. No DSM-IV havia muita sobreposição entre os transtornos somatoformes e falta de clareza sobre os limites dos diagnósticos. Embora os indivíduos com esses transtornos se apresentem principalmente em ambientes médicos e não de saúde mental, os médicos não psiquiátricos acharam os diagnósticos somatoformes do DSM-IV difíceis de entender e usar. A classificação atual do DSM-5 reconhece essa sobreposição ao reduzir o número total de transtornos, bem como suas subcategorias.

Os critérios anteriores enfatizavam demais a centralidade dos sintomas não serem explicados por processos fisiopatológicos reconhecidos. Tais sintomas estão presentes em vários graus, particularmente em distúrbios de sintomas neurológicos funcionais, mas distúrbios de sintomas somáticos também podem acompanhar condições médicas reconhecidas (isto é, distúrbios relacionados a processos fisiopatológicos claramente reconhecidos). A confiabilidade de determinar que um sintoma somático não é explicado por um processo fisiopatológico reconhecido relacionado a uma condição médica reconhecida é limitada, e fundamentar um diagnóstico na ausência de uma explicação é problemático e reforça o dualismo mente-corpo. Não é apropriado dar a um indivíduo um diagnóstico de transtorno mental apenas porque uma condição médica reconhecida não pode ser demonstrada. Além disso,

a presença de uma condição médica reconhecida não exclui a possibilidade de um transtorno mental comórbido, incluindo um sintoma somático e transtorno relacionado. Talvez por causa do foco predominante na falta de explicação médica no DSM-IV, os indivíduos consideraram esses diagnósticos como pejorativos e humilhantes,

350

implicando que seus sintomas físicos não eram “reais”. A classificação do DSM-5 define o diagnóstico principal, transtorno de sintomas somáticos, com base em sintomas positivos (sintomas somáticos angustiantes mais pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas). No transtorno de sintomas neurológicos funcionais e pseudociese (outro sintoma somático especificado e transtorno relacionado), a ênfase está na demonstração de evidência clínica de incompatibilidade com processos fisiopatológicos reconhecidos.

É importante notar que alguns outros transtornos mentais podem se manifestar inicialmente com sintomas principalmente somáticos (por exemplo, transtorno depressivo maior, transtorno do pânico). Esses diagnósticos podem explicar os sintomas somáticos ou podem ocorrer juntamente com um dos sintomas somáticos e distúrbios relacionados neste capítulo. Há também comorbidade médica considerável entre indivíduos com sintomas somáticos e distúrbios relacionados. Embora os sintomas somáticos sejam frequentemente associados a sofrimento psicológico e psicopatologia, alguns sintomas somáticos e distúrbios relacionados podem surgir espontaneamente e suas causas podem permanecer obscuras. Transtornos de ansiedade e transtornos depressivos podem acompanhar sintomas somáticos e transtornos relacionados. O componente somático acrescenta gravidade e complexidade aos transtornos depressivos e ansiosos e resulta em maior gravidade, comprometimento funcional e até mesmo refratariedade aos tratamentos tradicionais. Em casos raros, o grau de preocupação pode ser tão grave que justifique a consideração de um diagnóstico de transtorno delirante.

Vários fatores podem contribuir para sintomas somáticos e distúrbios relacionados. Estes incluem vulnerabilidade genética e biológica (p. , falta de reforço de expressões não somáticas de angústia), bem como normas socioculturais que minimizam ou estigmatizam o sofrimento psicológico em relação ao sofrimento físico. As diferenças nos cuidados médicos em contextos culturais afetam a apresentação, o reconhecimento e o gerenciamento dessas apresentações somáticas. As variações na apresentação dos sintomas são provavelmente o resultado da interação de múltiplos fatores dentro de contextos culturais que afetam a forma como os indivíduos identificam e classificam as sensações corporais, percebem a doença e procuram atendimento médico para eles.

Todos esses distúrbios são caracterizados pelo foco proeminente em preocupações somáticas e sua apresentação inicial principalmente em ambientes de cuidados médicos e não de saúde mental. O transtorno de sintomas somáticos e o transtorno de ansiedade de doença oferecem métodos clinicamente mais úteis para caracterizar indivíduos que podem ter sido considerados no passado para um diagnóstico de transtorno de somatização e hipocondria. Além disso, aproximadamente dois terços a três quartos dos indivíduos previamente diagnosticados com hipocondria são incluídos no diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos. No entanto, o restante de um quarto a um terço dos indivíduos com hipocondria diagnosticada anteriormente tem alta ansiedade em relação à saúde na ausência de sintomas somáticos, e muitos sintomas desses indivíduos não se qualificariam para um diagnóstico de transtorno de ansiedade. O diagnóstico do DSM-5 de transtorno de ansiedade de doença é para este último grupo de indivíduos.

O transtorno de ansiedade de doença pode ser considerado um sintoma somático e transtorno relacionado ou um transtorno de ansiedade. Devido ao forte foco em preocupações somáticas, e porque o transtorno de ansiedade de doença é mais frequentemente encontrado em ambientes médicos, por utilidade ele é listado com o sintoma somático e os transtornos relacionados. No transtorno de sintomas neurológicos funcionais, a chave para o diagnóstico são os sintomas neurológicos que podem ser demonstrados, com base em características de exame clínico positivo, como incompatíveis com a fisiopatologia reconhecida. Este é agora um diagnóstico de “regra em”, e não um diagnóstico de exclusão, e pode ser feito na presença de um distúrbio neurológico reconhecido. Não requer mais a presença de um estressor psicológico recente, pois nem sempre tais estressores estão presentes. Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas também estão incluídos neste capítulo. Sua característica essencial é a presença de um ou mais fatores psicológicos ou comportamentais clinicamente significativos que afetam adversamente uma condição médica, aumentando o risco de sofrimento, morte ou incapacidade. Como os outros sintomas somáticos e transtornos relacionados, o transtorno factício incorpora problemas persistentes relacionados à percepção e identidade da doença. Na grande maioria dos casos relatados de transtorno factício, tanto

351

imposto a si mesmo e imposto a outro, os indivíduos apresentam sintomas somáticos e expressam convicção de doença médica. Consequentemente, o transtorno factício do DSM-5 está incluído entre os sintomas somáticos e transtornos relacionados. Outros sintomas somáticos especificados e transtorno relacionado e sintoma somático não especificado e transtorno relacionado incluem condições para as quais alguns, mas não todos, os critérios para transtorno de sintomas somáticos ou transtorno de ansiedade de doença são atendidos, bem como pseudociese.

Transtorno de Sintomas Somáticos

Critério de diagnóstico

F45.1

- A. Um ou mais sintomas somáticos que são angustiantes ou resultam em interrupção significativa da vida diária.
- B. Pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou problemas de saúde associados, manifestados por pelo menos um dos seguintes: 1. Pensamentos desproporcionais e persistentes sobre a gravidade do sintomas.
- 2. Nível persistentemente alto de ansiedade sobre saúde ou sintomas.
- 3. Excesso de tempo e energia dedicados a esses sintomas ou problemas de saúde.
- C. Embora qualquer sintoma somático possa não estar continuamente presente, o estado sintomático é persistente (tipicamente mais de 6 meses).

Especifique

se: **Com dor predominante** (anteriormente transtorno de dor): Este especificador é para indivíduos cujos sintomas somáticos envolvem predominantemente dor.

Especifique

se: **Persistente:** Um curso persistente é caracterizado por sintomas graves, comprometimento acentuado e longa duração (mais de 6 meses).

Especifique a gravidade atual:

Leve: Apenas um dos sintomas especificados no Critério B é atendido.

Moderado: Dois ou mais dos sintomas especificados no Critério B são atendidos.

Grave: Dois ou mais dos sintomas especificados no Critério B são preenchidos, além de haver várias queixas somáticas (ou um sintoma somático muito grave).

Características diagnósticas

Indivíduos com transtorno de sintomas somáticos geralmente apresentam sintomas somáticos múltiplos, atuais, que são angustiantes ou resultam em interrupção significativa da vida diária (Critério A), embora às vezes apenas um sintoma grave, mais comumente a dor, esteja presente. Os sintomas podem ser específicos (por exemplo, dor localizada) ou relativamente inespecíficos (por exemplo, fadiga). Os sintomas às vezes representam sensações corporais normais ou desconforto que geralmente não significa doença grave. Sintomas somáticos sem explicação médica evidente não são suficientes para fazer esse diagnóstico. O sofrimento do indivíduo é autêntico, seja ou não explicado medicamente.

Os sintomas podem ou não estar associados a outra condição médica. Os diagnósticos de transtorno de sintomas somáticos e uma doença médica concomitante não são mutuamente exclusivos e frequentemente ocorrem juntos. Por exemplo, um indivíduo pode ficar seriamente incapacitado por sintomas de transtorno de sintomas somáticos após um infarto do miocárdio não complicado, mesmo que o próprio infarto do miocárdio não tenha resultado em qualquer incapacidade. Se outra condição médica ou alto risco de desenvolver uma estiver presente (por exemplo, forte histórico familiar), os pensamentos, sentimentos e comportamentos associados a essa condição são excessivos (Critério B).

352

Indivíduos com transtorno de sintomas somáticos tendem a ter níveis muito altos de preocupação com a doença (Critério B). Eles avaliam seus sintomas corporais como indevidamente ameaçadores, prejudiciais ou problemáticos e muitas vezes pensam o pior sobre sua saúde. Mesmo quando há evidência em contrário, alguns indivíduos ainda temem a gravidade médica de seus sintomas. No transtorno de sintomas somáticos graves, as preocupações com a saúde podem assumir um papel central na vida do indivíduo, tornando-se uma característica de sua identidade e dominando as relações interpessoais.

Os indivíduos normalmente experimentam angústia que está principalmente focada em sintomas somáticos e seu significado. Quando questionados diretamente sobre seu sofrimento, alguns indivíduos o descrevem em relação a outros aspectos de suas vidas, enquanto outros negam qualquer fonte de sofrimento além dos sintomas somáticos. A qualidade de vida relacionada à saúde é frequentemente prejudicada, tanto física quanto mentalmente. O diagnóstico pode ainda ser especificado afirmando se as queixas envolvem predominantemente dor e/ou se as queixas são marcadas por um curso persistente.

Além disso, a gravidade do transtorno de sintomas somáticos pode ser especificada pelo número de critérios B preenchidos. Formas leves de transtorno de sintomas somáticos (um sintoma conforme especificado no Critério B é preenchido) são mais prevalentes, enquanto os casos moderados (dois ou mais critérios B estão presentes) e casos graves (dois ou mais sintomas conforme especificado no Critério B são preenchidos em combinação

com múltiplas queixas somáticas ou um sintoma somático muito grave) são marcadas por níveis mais elevados de comprometimento. No transtorno de sintomas somáticos graves, o comprometimento é acentuado e, quando persistente, o transtorno pode levar à invalidez.

Muitas vezes há um alto nível de utilização de cuidados médicos, o que raramente alivia as preocupações do indivíduo. Consequentemente, o indivíduo pode procurar atendimento de vários médicos para os mesmos sintomas. Esses indivíduos muitas vezes parecem não responder a intervenções médicas, e novas intervenções podem apenas exacerbar os sintomas apresentados. Alguns indivíduos com o distúrbio parecem invulgarmente sensíveis aos efeitos colaterais dos medicamentos. Alguns acham que sua avaliação médica e tratamento foram inadequados.

Os critérios para transtorno de sintomas somáticos parecem adequados para uso em crianças e adolescentes, mas têm sido menos estudados em jovens do que em adultos.

Recursos associados

As características cognitivas incluem atenção focada em sintomas somáticos, atribuição de sensações corporais normais a doenças físicas (possivelmente com interpretações catastróficas), preocupação com doenças, autoconceito de fraqueza corporal e intolerância a queixas corporais. Além da ansiedade com a saúde, as características emocionais podem incluir afetividade negativa, desespero e desmoralização relacionados a sintomas somáticos. As características comportamentais associadas relevantes podem incluir verificação corporal repetida de anormalidades, busca repetida de ajuda médica e segurança e evitar atividade física. Essas características comportamentais são mais pronunciadas no transtorno de sintomas somáticos graves e persistentes. Esses recursos geralmente estão associados a pedidos frequentes de ajuda médica para diferentes sintomas somáticos. Isso pode levar a consultas médicas em que os indivíduos estão tão focados em suas preocupações com o(s) sintoma(s) somático(s) que não podem ser redirecionados para outros assuntos. Qualquer garantia por parte do médico de que os sintomas não são indicativos de doença física grave tende a ser de curta duração e/ou é sentida pelos indivíduos como o médico não levando seus sintomas com a devida seriedade. Como o foco nos sintomas somáticos é uma característica primária do transtorno, os indivíduos com transtorno de sintomas somáticos geralmente se apresentam aos serviços de saúde geral, em vez de aos serviços de saúde mental. A sugestão de encaminhamento a um especialista em saúde mental pode ser recebida com surpresa ou mesmo recusa franca por indivíduos com transtorno de sintomas somáticos.

Prevalência

A prevalência do transtorno de sintomas somáticos não é clara. As estimativas sobre a prevalência de transtorno de sintomas somáticos vêm da literatura epidemiológica limitada sobre

Distúrbios somatoformes do DSM-IV-TR. No entanto, espera-se que a prevalência do transtorno de sintomas somáticos seja maior do que a do transtorno de somatização do DSM-IV-TR mais restritivo (<1%), mas menor do que a do transtorno somatoforme indiferenciado (aproximadamente 19%). Estudos populacionais mais recentes com uma estratégia baseada em questionário usando critérios diagnósticos do DSM-5 para transtorno de sintomas somáticos em amostras de adultos e adolescentes relatam taxas de prevalência entre 6,7% e 17,4%. Com base em pesquisas realizadas na Europa e na América do Norte, a prevalência de transtorno de sintomas somáticos na população adulta geral pode ser aproximada de 4% a 6%.

O transtorno de sintomas somáticos tem uma frequência maior em pacientes de cuidados primários do que na população geral. Com base em revisões e meta-análises de estudos de vários países que ainda usavam os critérios do DSM-IV ou CID-10, uma prevalência de 12 meses de transtorno de sintomas somáticos e condições relacionadas em pacientes de cuidados primários entre 10% e 20% parece plausível. As taxas de prevalência são maiores em ambientes clínicos especializados em transtornos psicossomáticos ou funcionais, com frequências relatadas de transtorno de sintomas somáticos entre 40% e 60%.

As mulheres tendem a relatar mais sintomas somáticos do que os homens, e a prevalência de sintomas somáticos consequentemente, o transtorno dos sintomas é provavelmente maior em mulheres.

Desenvolvimento e curso Em um estudo

com crianças dinamarquesas com idades entre 5 e 7 anos, os sintomas somáticos funcionais eram queixas comuns de saúde, que para uma minoria significativa (cerca de um quinto) das queixas eram graves o suficiente para causar sofrimento, deficiência, faltas escolares, ou procura de ajuda médica. A idade de início não parece afetar a duração da doença não tratada.

É provável que o curso do transtorno de sintomas somáticos seja crônico e flutuante e influenciado pelo número de sintomas, idade do indivíduo, nível de comprometimento e qualquer comorbidade. O curso também é influenciado por traços de personalidade, com menor evitação de danos e maior cooperação associada a um menor tempo de remissão.

Em crianças, os sintomas mais comuns são dor abdominal recorrente, dor de cabeça, fadiga e náusea. Um único sintoma proeminente é mais comum em crianças do que em adultos. Quando o diagnóstico está sendo feito em indivíduos mais jovens, é importante obter o paciente, a família e outras avaliações (por exemplo, escola) da apresentação dos sintomas. O envolvimento do paciente e do cuidador durante a avaliação e o manejo é fundamental porque a interpretação e a resposta dos pais aos sintomas podem determinar o nível de sofrimento associado, as demandas por investigações e intervenções médicas e o tempo fora da escola.

Em indivíduos mais velhos, a dor localizada em várias regiões do corpo parece ser o sintoma mais comum. Sintomas somáticos e doenças médicas concomitantes são comuns à medida que a multimorbididade aumenta com a idade. As taxas de prevalência de transtorno de sintomas somáticos parecem ser estáveis até a idade de 65 anos e podem diminuir depois disso. Para fazer o diagnóstico em indivíduos mais velhos, um foco na exigência de pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou problemas de saúde associados (Critério B) é crucial. O transtorno de sintomas somáticos pode ser subdiagnosticado em adultos mais velhos porque certos sintomas somáticos (por exemplo, dor, fadiga) são considerados parte do envelhecimento normal ou porque a preocupação com a doença é considerada "compreensível" em idosos que têm doenças médicas e medicamentos mais gerais do que os mais jovens pessoas.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. O traço de personalidade de afetividade negativa (neuroticismo) tem sido identificado como um correlato/fator de risco independente de um elevado número de sintomas somáticos. Ansiedade ou depressão comórbida é comum e pode exacerbar os sintomas e o comprometimento.

Ambiental. O transtorno de sintomas somáticos é mais frequente em indivíduos com poucos anos de escolaridade e baixo nível socioeconômico, e naqueles que passaram recentemente por experiências estressantes ou

eventos de vida relacionados à saúde. A adversidade no início da vida, como abuso sexual na infância, também é provavelmente um fator de risco para transtorno de sintomas somáticos em adultos.

Modificadores de curso. Os sintomas somáticos persistentes estão associados a características demográficas (mulheres, idade avançada, menos anos de estudo, nível socioeconômico mais baixo, desemprego), história relatada de abuso sexual ou outra adversidade na infância, doença física crônica concomitante ou transtorno mental (depressão, ansiedade, transtorno depressivo, pânico), estresse social e fatores sociais de reforço, como benefícios de doença. A gravidade total dos sintomas somáticos está provavelmente associada ao sexo feminino, ansiedade, depressão e doença médica geral. Os fatores cognitivos que afetam o curso clínico incluem sensibilização à dor, maior atenção às sensações corporais e atribuição de sintomas corporais a uma possível doença médica, em vez de reconhecê-los como um fenômeno normal ou estresse psicológico.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura Um grande

número de sintomas somáticos é encontrado em estudos populacionais e de atenção primária em todo o mundo, com um padrão semelhante dos sintomas somáticos mais comumente relatados, deficiência e procura de tratamento. A relação entre o número de sintomas somáticos e a preocupação com a doença é semelhante em diferentes contextos culturais, e a preocupação com a doença acentuada está associada ao comprometimento e maior busca de tratamento transculturalmente. Em muitos contextos culturais, indivíduos com depressão comumente apresentam sintomas somáticos.

Apesar dessas semelhanças, existem diferenças nos sintomas somáticos entre contextos culturais e grupos etnoraciais. Fatores socioculturais, particularmente o estigma relacionado a transtornos mentais, podem explicar as diferenças no relato de sintomas somáticos em contextos culturais. A descrição dos sintomas somáticos varia de acordo com a linguística e outros fatores culturais locais. Essas apresentações somáticas foram descritas como “idiomas de angústia” porque os sintomas somáticos podem ter significados especiais e moldar as interações paciente-médico em contextos culturais particulares. Por exemplo, sensações de peso, queixas de “gás”, muito calor no corpo ou queimação na cabeça são comuns em algumas culturas ou grupos étnicos, mas raros em outros. As explicações culturais também variam, e os sintomas somáticos podem ser atribuídos de várias maneiras a uma família particular, trabalho (por exemplo, esgotamento) ou outros estresses ambientais; doença médica geral; a supressão de sentimentos de raiva e ressentimento; ou certas atribuições culturalmente específicas, como a perda de sêmen. Certos sintomas somáticos podem fazer parte de modelos explicativos específicos em um determinado contexto cultural; por exemplo, os entendimentos tradicionais de *shenjing shuairuo* na China vinculam conceitos de “fraqueza dos nervos” (neurastenia) e desequilíbrio quente-frio com sintomas proeminentes, como fadiga e baixa energia. Também pode haver diferenças na busca de tratamento médico e na utilização de práticas de cura não médicas, tradicionais, alternativas e complementares entre grupos culturais, além de diferenças devido ao acesso variável aos serviços de assistência médica. Crenças culturais, doenças anteriores, status de seguro, alfabetização em saúde e experiências de cuidados de saúde podem influenciar a percepção dos sintomas somáticos e o uso de cuidados de saúde pelos indivíduos. A procura de tratamento para múltiplos sintomas somáticos em clínicas médicas gerais é um fenômeno mundial.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero Em estudos

populacionais, as mulheres relatam mais sintomas somáticos do que os homens e, em um estudo de pacientes de cuidados primários com dor crônica, as mulheres relataram sintomas somáticos mais graves do que os homens. Enquanto a exposição a trauma sexual, violência por parceiro íntimo e história de trauma na infância

está associada ao aumento da expressão de sintomas somáticos em

355

tanto em mulheres quanto em homens, uma história infantil de múltiplas experiências adversas na infância é especialmente suscetível de aumentar a expressão de sintomas somáticos em mulheres.

Nas mulheres, o sexo está associado a uma maior probabilidade de desenvolver sintomas persistentes de transtorno de sintomas somáticos. Parece não haver evidências de que o gênero esteja associado à duração da doença não tratada e à resposta ao tratamento psicológico ou farmacológico.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas O

transtorno de sintomas somáticos está associado a pensamentos suicidas e tentativas de suicídio. É provável que pensamentos e comportamentos suicidas sejam parcialmente explicados pela sobreposição diagnóstica e comorbidade frequente de transtorno de sintomas somáticos e transtornos depressivos. Além disso, as percepções disfuncionais da doença e a gravidade dos sintomas somáticos parecem estar independentemente associadas a um risco aumentado de ideação suicida.

Consequências Funcionais do Transtorno de Sintomas Somáticos O transtorno

está associado a um acentuado comprometimento do estado de saúde e alto sofrimento psicológico. Muitos indivíduos com transtorno de sintomas somáticos graves provavelmente têm escores de estado de saúde prejudicados mais de 2 desvios padrão abaixo das normas da população. O estado de saúde é particularmente prejudicado na presença de sintomas múltiplos ou graves.

Diagnóstico Diferencial Se os

sintomas somáticos forem consistentes com outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do pânico) e os critérios diagnósticos para esse transtorno forem preenchidos, esse transtorno mental deve ser considerado como um diagnóstico alternativo ou adicional. Se, como comumente ocorre, os critérios para o diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos e de outro transtorno mental forem preenchidos, ambos devem ser diagnosticados, pois ambos podem necessitar de tratamento.

Outras condições médicas.

A presença de sintomas somáticos de etiologia incerta não é por si só suficiente para fazer o diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos. Os sintomas de muitos indivíduos com distúrbios como síndrome do intestino irritável ou fibromialgia não satisfariam o critério necessário para diagnosticar transtorno de sintomas somáticos (Critério B). Por outro lado, a presença de sintomas somáticos de uma condição médica estabelecida (por exemplo, diabetes ou doença cardíaca) não exclui o diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos se os critérios forem preenchidos de outra forma. Os fatores que distinguem indivíduos com transtorno de sintomas somáticos de indivíduos com condições médicas gerais incluem a ineficácia dos analgésicos, histórico de transtornos mentais, fatores provocativos ou paliativos pouco claros, persistência sem interrupção e estresse.

Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas.

O diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos requer sintomas somáticos angustiantes ou prejudiciais que podem ou não estar associados a outra condição médica, mas devem ser acompanhados por pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos ou desproporcionais relacionados aos sintomas somáticos ou problemas de saúde associados. Em contraste,

o diagnóstico de fatores psicológicos que afetam outras condições médicas requer a presença de uma condição médica, bem como fatores psicológicos que afetam adversamente seu curso ou interferem em seu tratamento.

Síndrome do pânico. No transtorno do pânico, os sintomas somáticos e a ansiedade sobre a saúde tendem a ocorrer em episódios agudos, enquanto no transtorno dos sintomas somáticos, a ansiedade e os sintomas somáticos são mais persistentes.

Distúrbio de ansiedade generalizada. Indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada se preocupam com vários eventos, situações ou atividades, dos quais apenas um pode envolver sua saúde. O foco principal geralmente não são os sintomas somáticos ou o medo da doença, como ocorre no transtorno de sintomas somáticos.

356

Transtornos depressivos. Os transtornos depressivos são comumente acompanhados por sintomas somáticos, como fadiga, dores de cabeça ou dores articulares, abdominais ou outras. No entanto, os transtornos depressivos são diferenciados do transtorno de sintomas somáticos pela exigência da presença de humor deprimido ou, no caso de transtorno depressivo maior, humor deprimido ou diminuição do interesse ou prazer nas atividades. Em alguns contextos culturais, esses sintomas centrais da depressão podem ser inicialmente negados ou não enfatizados por indivíduos cujas apresentações de outra forma atenderiam aos critérios para um transtorno depressivo. Esses indivíduos podem, em vez disso, enfatizar sintomas somáticos que podem ser idiomáticos (por exemplo, coração pesado) e desconhecidos para os médicos.

Transtorno de ansiedade de doença. Se o indivíduo tem muitas preocupações com a saúde, mas nenhum ou sintomas somáticos mínimos, pode ser mais apropriado considerar o transtorno de ansiedade da doença.

Transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão). No transtorno de sintomas neurológicos funcionais, o sintoma apresentado é a perda de função (por exemplo, de um membro), enquanto no transtorno de sintomas somáticos, o foco está no sofrimento causado por sintomas específicos. As características listadas no Critério B de transtorno de sintomas somáticos podem ser úteis para diferenciar os dois transtornos.

Transtorno delirante. No transtorno de sintomas somáticos, as crenças do indivíduo de que os sintomas somáticos podem refletir uma doença física subjacente grave não são sustentadas com intensidade delirante. No entanto, as crenças do indivíduo sobre os sintomas somáticos podem ser mantidas com firmeza. Em contraste, no transtorno delirante, tipo somático, a convicção do indivíduo de que os sintomas somáticos são indicativos de uma doença subjacente grave é mais forte do que a encontrada no transtorno de sintomas somáticos.

Transtorno dismórfico corporal. No transtorno dismórfico corporal, o indivíduo está excessivamente preocupado e preocupado com um defeito percebido em sua aparência física. Em contraste, no transtorno de sintomas somáticos, a preocupação com os sintomas somáticos reflete o medo da doença subjacente, não de um defeito na aparência.

Transtorno obsessivo-compulsivo. No transtorno de sintomas somáticos, as ideias recorrentes sobre sintomas somáticos ou doença são menos intrusivas, e os indivíduos com esse transtorno não exibem os comportamentos repetitivos associados com o objetivo de reduzir a ansiedade que ocorrem no transtorno obsessivo-compulsivo.

Transtorno factício e simulação. No transtorno factício e na simulação, os indivíduos se apresentam como doentes ou prejudicados, mas falsificaram apresentando sinais e sintomas físicos com o

intenção de enganar. Em contraste, os sintomas do transtorno de sintomas somáticos não são simulados ou auto-induzidos, e esses indivíduos sofrem autêntica e seriamente de suas queixas somáticas.

Comorbidade O

transtorno de sintomas somáticos está associado a altas taxas de comorbidade com outros transtornos mentais, bem como com condições médicas gerais. Os transtornos mentais concomitantes mais relevantes são os transtornos ansiosos e depressivos, cada um dos quais ocorre em até 50% dos casos de transtornos de sintomas somáticos e contribui significativamente para o comprometimento funcional geral e pior qualidade de vida. Outros transtornos mentais que co-ocorrem com o transtorno de sintomas somáticos são o transtorno de estresse pós-traumático e o transtorno obsessivo-compulsivo. Outras evidências indicam uma associação com disfunção sexual em homens.

Níveis elevados das características psicológicas (Critério B) do transtorno de sintomas somáticos foram encontrados em várias condições médicas gerais. Quando uma condição médica geral concomitante está presente, o grau de comprometimento é mais acentuado do que seria esperado apenas pela doença física. Além disso, a somatização na doença médica demonstrou piorar os resultados da doença e do tratamento, a adesão e a qualidade de vida e aumentar a utilização dos cuidados de saúde.

357

Transtorno de Ansiedade de Doença

Critério de diagnóstico	F45.21
<ul style="list-style-type: none"> A. Preocupação em ter ou adquirir uma doença grave. B. Sintomas somáticos não estão presentes ou, se presentes, são apenas de intensidade leve. Se outra condição médica estiver presente ou houver um alto risco de desenvolver uma condição médica (por exemplo, forte histórico familiar presente), a preocupação é claramente excessiva ou desproporcional. C. Há um alto nível de ansiedade em relação à saúde e o indivíduo fica facilmente alarmado sobre o estado de saúde pessoal. D. O indivíduo apresenta comportamentos excessivos relacionados à saúde (por exemplo, verifica repetidamente seu corpo em busca de sinais de doença) ou exibe evitação mal-adaptativa (por exemplo, evita consultas médicas e hospitais). E. A preocupação com a doença está presente há pelo menos 6 meses, mas o doença que se teme pode mudar durante esse período de tempo. F. A preocupação relacionada à doença não é melhor explicada por outro transtorno mental, como transtorno de sintomas somáticos, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno dismórfico corporal, transtorno obsessivo-compulsivo ou transtorno delirante, tipo somático. <p><i>Especifique se:</i></p>	

Tipo de procura de cuidados: Cuidados médicos, incluindo consultas médicas ou exames e procedimentos, são frequentemente usados.

Tipo de evitação de cuidados: os cuidados médicos raramente são usados.

Características Diagnósticas

A maioria dos indivíduos que anteriormente teriam sido diagnosticados com hipocondria no DSM-IV (preocupação em ter uma doença grave baseada na interpretação errônea dos sintomas corporais pelo indivíduo) agora são classificados como portadores de transtorno de sintomas somáticos; no entanto, em um terço dos casos, aplica-se o diagnóstico de transtorno de ansiedade de doença.

O transtorno de ansiedade de doença envolve uma preocupação em ter ou adquirir uma doença médica séria e não diagnosticada (Critério A). Os sintomas somáticos não estão presentes ou, se presentes, são apenas de intensidade leve (Critério B). Uma avaliação completa não identifica uma condição médica séria que explique as preocupações do indivíduo. Embora a preocupação possa ser derivada de um sinal ou sensação física não patológica, a angústia do indivíduo emana não principalmente da queixa física em si, mas sim de sua ansiedade sobre o significado, significado ou causa da queixa (ou seja, o diagnóstico médico suspeito). Se um sinal ou sintoma físico estiver presente, geralmente é uma sensação fisiológica normal (por exemplo, tontura ortostática), uma disfunção benigna e autolimitada (por exemplo, zumbido transitório) ou um desconforto corporal geralmente não considerado indicativo de doença (por exemplo, arroto). Se uma condição médica diagnosticável estiver presente, a ansiedade e a preocupação do indivíduo são claramente excessivas e desproporcionais à gravidade da condição (Critério B). A maioria das evidências empíricas e da literatura existente refere-se à hipocondria e à ansiedade de saúde previamente definidas pelo DSM, e não está claro até que ponto e com que precisão elas se aplicam à descrição desse novo diagnóstico.

A preocupação com a ideia de estar doente é acompanhada por uma ansiedade substancial sobre saúde e doença (Critério C). Indivíduos com transtorno de ansiedade de doença ficam facilmente alarmados com a doença, como ouvir sobre alguém adoecer ou ler uma notícia relacionada à saúde. Suas preocupações com doenças não diagnosticadas não respondem a garantias médicas apropriadas, testes diagnósticos negativos ou curso benigno. As tentativas do médico de tranquilizar e paliar os sintomas geralmente não aliviam a

preocupações e podem aumentá-las. A preocupação com a doença assume um lugar de destaque na vida do indivíduo, afetando as atividades cotidianas, podendo até resultar em invalidez. A doença torna-se uma característica central da identidade e da autoimagem do indivíduo, um tópico frequente do discurso social e uma resposta característica a eventos estressantes da vida. Indivíduos com o transtorno geralmente se examinam repetidamente (por exemplo, examinando a própria garganta no espelho) (Critério D). Eles pesquisam excessivamente sua doença suspeita (por exemplo, na Internet) e buscam repetidamente a confirmação de familiares, amigos ou médicos. Essa preocupação incessante muitas vezes se torna frustrante para os outros e pode resultar em considerável tensão dentro da família. Em alguns casos, a ansiedade leva à evitação desadaptativa de situações (por exemplo, visitar familiares doentes) ou atividades (por exemplo, exercícios) que esses indivíduos temem que possam comprometer sua saúde.

Recursos associados

Por acreditarem que estão medicamente doentes, os indivíduos com transtorno de ansiedade de doença são encontrados com muito mais frequência em ambientes médicos do que em ambientes de saúde mental. A maioria dos indivíduos com transtorno de ansiedade de doença tem cuidados médicos extensos, mas insatisfatórios. Eles geralmente têm taxas elevadas de utilização de serviços médicos e de saúde mental em comparação com a população em geral. Em uma minoria de casos de transtorno de ansiedade de doença, os indivíduos estão muito ansiosos para procurar atendimento médico e evitar cuidados médicos.

Eles geralmente consultam vários médicos para o mesmo problema e obtêm resultados de testes diagnósticos repetidamente negativos. Às vezes, a atenção médica leva a uma exacerbação paradoxal da ansiedade ou a complicações iatrogênicas de testes e procedimentos diagnósticos. Indivíduos com o transtorno geralmente estão insatisfeitos com seus cuidados médicos e os consideram inútil, muitas vezes sentindo que não estão sendo levados a sério pelos médicos. Às vezes, essas preocupações podem ser justificadas, pois os médicos às vezes são desdenhosos ou respondem com frustração ou hostilidade. Essa resposta pode ocasionalmente resultar em uma falha no diagnóstico de uma condição médica que está presente.

Prevalência

As estimativas de prevalência de transtorno de ansiedade de doença são baseadas em estimativas do diagnóstico DSM-III e DSM IV de *hipocondria* e ansiedade em relação à saúde. A prevalência de 1 a 2 anos de ansiedade em relação à saúde e/ou convicção de doença em pesquisas comunitárias e amostras de base populacional de países de alta renda, como Estados Unidos e Alemanha, varia de 1,3% a 10%. Em populações médicas ambulatoriais, as taxas de prevalência de 6 meses/1 ano estão entre 2,2% e 8% em vários países, com taxas de prevalência média ponderada de 3%. Por outro lado, em um estudo de pacientes em clínicas especializadas, cerca de um quinto dos indivíduos relataram ansiedade pela doença. A prevalência da doença é semelhante em homens e mulheres.

Desenvolvimento e Curso O

desenvolvimento e curso do transtorno de ansiedade da doença não são claros. Geralmente, acredita-se que o transtorno de ansiedade da doença seja uma condição crônica, episódica e recidivante com uma idade de início no início e no meio da idade adulta. Acredita-se que o distúrbio seja raro em crianças, embora o início de ansiedades relacionadas à saúde possa ocorrer na infância ou adolescência. Em algumas amostras de base populacional, a ansiedade relacionada à saúde aumenta com a idade, mas em outras, a ansiedade à saúde atinge o pico na meia-idade, antes de diminuir na idade avançada. As idades de indivíduos com alta ansiedade de saúde em ambientes médicos não parecem diferir daquelas de outros indivíduos nesses ambientes. Em indivíduos mais velhos, a ansiedade relacionada à saúde geralmente se concentra na perda de memória e perda sensorial.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. O transtorno de ansiedade da doença às vezes pode ser precipitado por um grande estresse na vida ou uma ameaça séria, mas benigna, à saúde do indivíduo. Uma história de

abuso infantil ou de uma doença infantil grave, doença grave em um dos pais ou morte de um pai doente durante a infância podem predispor ao desenvolvimento do transtorno na idade adulta.

Modificadores de curso. Aproximadamente um terço a metade dos indivíduos com transtorno de ansiedade de doença têm uma forma transitória, que está associada a menos comorbidade psiquiátrica, mais comorbidade médica e transtorno de ansiedade de doença menos grave.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura O

diagnóstico deve ser feito com cautela em indivíduos cujas idéias sobre a doença são congruentes com crenças culturais amplamente aceitas. A prevalência parece ser semelhante em diferentes países, embora pouco se saiba sobre a variação transcultural na fenomenologia.

Consequências Funcionais do Transtorno de Ansiedade de Doença O transtorno de

ansiedade de doença causa comprometimento substancial do papel e diminui a função física e a qualidade de vida relacionada à saúde. As preocupações com a saúde muitas vezes interferem nas relações interpessoais, perturbam a vida familiar e prejudicam o desempenho ocupacional.

Diagnóstico diferencial

Outras condições médicas. A primeira consideração de diagnóstico diferencial é uma condição médica subjacente, incluindo condições neurológicas ou endócrinas, malignidades ocultas e outras doenças que afetam vários sistemas do corpo. A presença de uma condição médica não exclui a possibilidade de coexistência de transtorno de ansiedade de doença. Se uma condição médica estiver presente, a ansiedade relacionada à saúde e as preocupações com a doença são claramente desproporcionais à sua gravidade. Preocupações transitórias relacionadas a uma condição médica não constituem transtorno de ansiedade de doença.

Distúrbios de ajuste. A ansiedade relacionada à saúde é uma resposta normal a uma doença grave e não é um transtorno mental. Essa ansiedade de saúde não patológica está claramente relacionada à condição médica e geralmente é limitada no tempo. Se a ansiedade de saúde for grave o suficiente para causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, um transtorno de ajustamento pode ser diagnosticado. No entanto, se a ansiedade desproporcional relacionada à saúde persistir por mais de 6 meses, um diagnóstico de transtorno de ansiedade de doença pode ser aplicado.

Transtorno de sintomas somáticos. Tanto o transtorno de sintomas somáticos quanto o transtorno de ansiedade de doença podem ser caracterizados por um alto nível de ansiedade sobre a saúde e comportamentos excessivos relacionados à saúde. Eles são diferenciados pelo fato de que o transtorno de sintomas somáticos requer a presença de sintomas somáticos que são angustiantes ou resultam em interrupção significativa da vida diária, enquanto no transtorno de ansiedade da doença, os sintomas somáticos não estão presentes ou, se presentes, são apenas de intensidade leve. .

Transtornos de ansiedade. No transtorno de ansiedade generalizada, os indivíduos se preocupam com vários eventos, situações ou atividades, sendo que apenas um deles pode envolver a saúde. No transtorno do pânico, o indivíduo pode estar preocupado que os ataques de pânico refletem a presença de uma doença médica; no entanto, embora esses indivíduos possam ter ansiedade em relação à saúde, sua ansiedade é tipicamente muito aguda e episódica. No transtorno de ansiedade da doença, a ansiedade e os medos da saúde são mais persistentes e duradouros. Indivíduos com transtorno de ansiedade de doença podem experimentar ataques de pânico que são desencadeados por suas preocupações com a doença.

Transtornos obsessivo-compulsivos e afins. Indivíduos com transtorno de ansiedade de doença podem ter pensamentos intrusivos sobre ter uma doença e também podem ter comportamentos compulsivos associados

(por exemplo, buscando garantias). No entanto, no transtorno de ansiedade da doença, as preocupações geralmente se concentram em ter uma doença, enquanto no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), os pensamentos são intrusivos e geralmente se concentram no medo de contrair uma doença no futuro. A maioria dos indivíduos com TOC tem obsessões ou compulsões

360

envolvendo outras preocupações além do medo de contrair doenças. No transtorno dismórfico corporal, as preocupações limitam-se à aparência física do indivíduo, que é vista como defeituosa ou imperfeita.

Transtorno depressivo maior. Alguns indivíduos com um episódio depressivo maior ruminam sobre sua saúde e se preocupam excessivamente com a doença. Um diagnóstico separado de transtorno de ansiedade de doença não é feito se essas preocupações ocorrerem apenas durante episódios depressivos maiores. No entanto, se a preocupação excessiva com a doença persistir após a remissão de um episódio de transtorno depressivo maior, o diagnóstico de transtorno de ansiedade da doença deve ser considerado.

Transtornos psicóticos. Indivíduos com transtorno de ansiedade de doença não são delirantes e podem reconhecer a possibilidade de que a doença temida não esteja presente. Suas idéias não atingem a rigidez e a intensidade observadas nos delírios somáticos que ocorrem nos transtornos psicóticos (por exemplo, esquizofrenia; transtorno delirante, tipo somático; transtorno depressivo maior, com características psicóticas). Os verdadeiros delírios somáticos são geralmente mais bizarros (por exemplo, que um órgão está apodrecendo ou morto) do que as preocupações observadas no transtorno de ansiedade da doença. As preocupações observadas no transtorno de ansiedade da doença, embora não fundamentadas na realidade, são plausíveis.

Doença

comorbidade Transtorno de ansiedade co-ocorre com transtornos de ansiedade (em particular, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de pânico), TOC e transtornos depressivos. Aproximadamente dois terços dos indivíduos com transtorno de ansiedade de doença provavelmente têm pelo menos um outro transtorno mental maior comórbido. Indivíduos com transtorno de ansiedade de doença podem ter um risco elevado de transtornos de personalidade.

Transtorno de Sintoma Neurológico Funcional (Conversão Transtorno)

Critério de diagnóstico

- A. Um ou mais sintomas de função motora ou sensorial voluntária alterada.
- B. Os achados clínicos fornecem evidências de incompatibilidade entre o sintoma e doenças neurológicas ou médicas reconhecidas.
- C. O sintoma ou déficit não é melhor explicado por outro médico ou mental transtorno.
- D. O sintoma ou déficit causa sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo na

social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento ou merece avaliação médica.

Nota de codificação: O código ICD-10-CM depende do tipo de sintoma (veja abaixo).

Especifique o tipo de

sintoma: **F44.4 Com fraqueza ou paralisia**

F44.4 Com movimento anormal (por exemplo, tremor, distonia, mioclonia, distúrbio da marcha)

F44.4 Com sintomas de deglutição F44.4

Com sintomas de fala (por exemplo, disfonia, fala arrastada)

F44.5 Com ataques ou convulsões

F44.6 Com anestesia ou perda sensorial F44.6

Com sintoma sensorial especial (por exemplo, distúrbio visual, olfativo ou auditivo)

F44.7 Com sintomas mistos

Especifique se: **Episódio agudo:** Sintomas

presentes há menos de 6 meses.

Persistente: Sintomas que ocorrem por 6 meses ou mais.

361

Especifique se:

Com estressor psicológico (especificar estressor)

Sem estressor psicológico

Características

Diagnósticas No transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão), pode haver um ou mais sintomas neurológicos de vários tipos. Os sintomas motores incluem fraqueza ou paralisia; movimentos anormais, como tremores, espasmos ou movimentos distônicos; e anormalidades da marcha. Os sintomas sensoriais incluem sensação de pele, visão ou audição alteradas, reduzidas ou ausentes. Episódios de aparente falta de resposta com ou sem movimentos dos membros podem assemelhar-se a crises epilépticas, síncope ou coma (também chamados de *crises ou ataques dissociativos, psicogênicos* ou não epilépticos). Outros sintomas incluem volume de fala reduzido ou ausente (disfonia/afonia); articulação da fala alterada, prosódia ou fluência; uma sensação de nó na garganta (*globus*); e diplopia. Esse transtorno foi chamado de “transtorno de conversão” em edições anteriores do DSM, bem como em grande parte da literatura de pesquisa psiquiátrica. O termo “conversão” originou-se na teoria psicanalítica, que propõe que o conflito psíquico inconsciente seja “convertido” em sintomas físicos.

O diagnóstico baseia-se em achados clínicos que mostram evidências claras de incompatibilidade com doença neurológica reconhecida. Estes geralmente devem ser obtidos e interpretados no contexto de todo o quadro clínico por um profissional de saúde com experiência no diagnóstico de

condições neurológicas. O diagnóstico não é de exclusão e pode ser feito em indivíduos que também apresentam doenças neurológicas como epilepsia ou esclerose múltipla. O diagnóstico não deve ser feito simplesmente porque os resultados das investigações são normais ou porque o sintoma é “bizarro”. A inconsistência interna durante o exame é uma forma de demonstrar incompatibilidade (ou seja, demonstrar que os sinais físicos obtidos por meio de um método de exame não estão mais presentes quando testados de uma maneira diferente). Existem dezenas de exemplos de tais achados de exames “positivos”. Exemplos de achados de exame que indicam incompatibilidade com doença neurológica reconhecida incluem o seguinte:

- Para fraqueza ou paralisia funcional do membro: sinal de Hoover, no qual a fraqueza da extensão do quadril retorna à força normal com flexão do quadril contralateral contra resistência; o sinal do abdutor do quadril, no qual a fraqueza da abdução da coxa volta ao normal com a abdução do quadril contralateral contra resistência; ou uma discrepância entre o desempenho na cama (por exemplo, fraqueza na flexão plantar do tornozelo) em comparação com outra tarefa (por exemplo, capacidade de andar na ponta dos pés).
- Para tremor funcional: o teste de arrastamento do tremor, no qual um tremor muda quando o indivíduo se distrai copiando o examinador ao fazer um movimento rítmico com a mão ou o pé contralateral. O teste é positivo quando o tremor “arrasta” o ritmo da mão ou do pé não afetado, o tremor é suprimido ou o indivíduo não consegue copiar movimentos rítmicos simples. Outras características do tremor funcional dos membros incluem variabilidade na frequência ou direção do tremor.
- Para distonia funcional: os indivíduos geralmente apresentam posição invertida fixa do tornozelo, punho cerrado ou contração unilateral do platismo, muitas vezes com início súbito.
- Para crises semelhantes a crises epilépticas ou síncope (também chamadas de crises funcionais ou dissociativas [não epilépticas]): características sugestivas de transtorno de sintomas neurológicos funcionais incluem fechamento ocular persistente, algumas vezes com resistência à abertura, movimentos motores bilaterais com consciência preservada ou duração maior que 5 minutos. As características clínicas geralmente precisam ser combinadas e podem ser apoiadas com um eletroencefalograma ictal simultâneo normal (embora isso por si só não exclua todas as formas de epilepsia ou síncope).

362

- Para sintomas funcionais da fala: inconsistências internas na articulação da fala e na fonação.
- Para sintomas visuais funcionais: um campo visual tubular (ou seja, visão de túnel) e testes que indicam inconsistência interna na acuidade visual, como o “teste de nebulização” (ou seja, enquanto o indivíduo visualiza o gráfico ocular com os dois olhos abertos, o “bom” está sutilemente embaçado, de modo que qualquer visão binocular útil deve ser resultado de uma função “ruim” do olho).

É importante observar que o diagnóstico de transtorno de sintomas neurológicos funcionais deve ser baseado no quadro clínico geral e não em um único achado clínico.

Recursos associados

Várias características associadas podem apoiar o diagnóstico de transtorno de sintomas neurológicos funcionais, embora nenhuma seja específica. Pode haver uma história de outros sintomas ou distúrbios somáticos funcionais, especialmente envolvendo dor e fadiga. O início pode estar associado a estresse ou trauma, seja de natureza psicológica ou física. A potencial relevância etiológica desse estresse ou trauma pode ser sugerida por uma estreita relação temporal. No entanto, embora a avaliação de estresse e trauma seja importante, pode estar ausente em até 50% dos indivíduos, e o diagnóstico não deve ser retido se nenhum for encontrado.

O transtorno de sintomas neurológicos funcionais está frequentemente associado a sintomas dissociativos,

como despersonalização, desrealização e amnésia dissociativa, particularmente no início dos sintomas ou durante os ataques.

O fenômeno de *la belle indifférence* (ou seja, falta de preocupação com a natureza ou as implicações do sintoma) tem sido associado ao transtorno de sintomas neurológicos funcionais, mas não é específico e não deve ser usado para fazer o diagnóstico. Da mesma forma, o conceito de *ganho secundário* (ou seja, quando os indivíduos obtêm benefícios externos, como dinheiro ou liberação de responsabilidades) também não é específico do transtorno de sintomas neurológicos funcionais.

Prevalência

Sintomas neurológicos funcionais transitórios são comuns, mas a prevalência precisa do distúrbio é desconhecida. Com base em pesquisas nos Estados Unidos e no norte da Europa, a incidência de sintomas neurológicos funcionais persistentes individuais é estimada em 4-12/100.000 por ano. A prevalência em clínicas especializadas parece ser maior, embora os dados sejam limitados. Por exemplo, 5% dos pacientes ambulatoriais de 9 a 17 anos em uma clínica psiquiátrica japonesa e 6% das admissões de adultos e adolescentes em um hospital psiquiátrico de internação em Omã receberam um diagnóstico consistente com transtorno de sintomas neurológicos funcionais. Em clínicas de neurologia, cerca de 5% a 15% dos indivíduos têm diagnóstico de transtorno de sintomas neurológicos funcionais em estudos da Escócia e da Austrália.

Desenvolvimento e Início do Curso

foram relatados ao longo do curso da vida. O início médio dos ataques não epilépticos atinge o pico nas idades de 20 a 29 anos, e os sintomas motores têm seu início médio nas idades de 30 a 39 anos. Os sintomas podem ser transitórios ou persistentes. O prognóstico pode ser melhor em crianças mais novas do que em adolescentes e adultos.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Traços de personalidade desadaptativos, especialmente instabilidade emocional, são comumente associados ao transtorno de sintomas neurológicos funcionais.

Ambiental. Pode haver uma história de abuso e negligência na infância. Eventos de vida estressantes, incluindo lesões físicas, são fatores desencadeantes comuns, mas não universais.

363

Genética e fisiológica. A presença de doença neurológica que causa sintomas semelhantes é um fator de risco (por exemplo, cerca de um em cada cinco indivíduos com convulsões funcionais [não epilépticas] também tem epilepsia).

Modificadores de curso. Curta duração dos sintomas e concordância com o diagnóstico são fatores prognósticos positivos. Traços de personalidade mal adaptados, a presença de doença física comórbida e o recebimento de benefícios por incapacidade parecem ser fatores prognósticos negativos.

Problemas de diagnóstico relacionados à

cultura Episódios de falta de resposta (incluindo convulsões) e sintomas motores são os sintomas neurológicos funcionais mais comuns em todos os contextos culturais. Alta comorbidade entre funcional

sintomas neurológicos e dissociativos é comum transculturalmente, especialmente em indivíduos com crises não epilépticas. Alterações que se assemelham a sintomas neurológicos funcionais (e dissociativos) são comuns em certos rituais culturalmente sancionados. Se os sintomas são totalmente explicados dentro do contexto cultural particular e não resultam em sofrimento ou incapacidade clinicamente significativa, então o diagnóstico de transtorno de sintomas neurológicos funcionais não é feito.

Problemas diagnósticos relacionados ao sexo e ao gênero O

transtorno de sintomas neurológicos funcionais é duas a três vezes mais comum em mulheres para a maioria das apresentações de sintomas. Um grande estudo clínico encontrou taxas mais altas de comprometimento cognitivo e fraqueza em homens e aumento de traumas sexuais e físicos passados em mulheres.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Estudos de coorte de transtorno de sintomas neurológicos funcionais mostram principalmente taxas mais altas de pensamentos e tentativas de suicídio. Indivíduos com sintomas funcionais em uma clínica de neurologia têm uma taxa maior de pensamentos suicidas do que indivíduos com doença neurológica reconhecida. Um estudo na Turquia com 100 pacientes ambulatoriais psiquiátricos consecutivos com transtorno de sintomas neurológicos funcionais descobriu que uma história de tentativa de suicídio estava associada ao uso de risco de álcool, história de maus-tratos na infância e maior gravidade de sintomas dissociativos em comparação com aqueles que não tentaram suicídio .

Consequências Funcionais do Sintoma Neurológico Funcional

Transtorno

Indivíduos com transtorno de sintomas neurológicos funcionais podem ter deficiência física substancial. A gravidade da deficiência pode ser semelhante à experimentada por indivíduos com condições médicas reconhecidas comparáveis.

Diagnóstico diferencial

Doença neurológica reconhecida. O principal diagnóstico diferencial é uma doença neurológica reconhecida que possa explicar melhor os sintomas. Após uma avaliação neurológica completa, uma causa inesperada de doença neurológica para os sintomas raramente é encontrada no acompanhamento. No entanto, pode ser necessária uma reavaliação se os sintomas parecerem progressivos. O transtorno de sintomas neurológicos funcionais comumente coexiste com doença neurológica reconhecida e pode ser parte do estado prodrômico de algumas doenças neurológicas progressivas.

Transtorno de sintomas somáticos O transtorno de sintomas neurológicos funcionais pode ser diagnosticado em além de transtorno de sintomas somáticos. A maioria dos sintomas somáticos

encontrados no transtorno de sintomas somáticos não podem ser claramente incompatíveis com doenças neurológicas ou médicas reconhecidas, enquanto que no transtorno de sintomas neurológicos funcionais, tal incompatibilidade é necessária para o diagnóstico.

Transtorno factício e simulação. O transtorno de sintomas neurológicos funcionais descreve sintomas genuinamente experimentados que não são produzidos intencionalmente (ou seja, não fingidos). No entanto, definitivo

a evidência de fingimento (por exemplo, discrepância acentuada entre atividades da vida diária relatadas e observadas) sugeriria fingimento se o objetivo aparente do indivíduo for obter uma recompensa externa óbvia, ou transtorno fictício na ausência de tal recompensa.

Distúrbios dissociativos. Os sintomas dissociativos são comuns em indivíduos com transtorno de sintomas neurológicos funcionais. Se ambos os sintomas neurológicos funcionais e um transtorno dissociativo estiverem presentes, ambos os diagnósticos devem ser feitos.

Transtorno dismórfico corporal. Indivíduos com transtorno dismórfico corporal estão excessivamente preocupados com um defeito percebido em sua aparência física, mas não se queixam de sintomas de funcionamento sensorial ou motor na parte do corpo afetada.

Transtornos depressivos. Nos transtornos depressivos, os indivíduos podem relatar peso geral de seus membros, enquanto a fraqueza do transtorno de sintomas neurológicos funcionais é mais focal e proeminente. Os transtornos depressivos também são diferenciados pela presença de sintomas depressivos centrais.

Síndrome do pânico. Sintomas neurológicos episódicos (por exemplo, tremor e parestesia) podem ocorrer tanto no transtorno de sintomas neurológicos funcionais quanto nos ataques de pânico. Nos ataques de pânico, os sintomas neurológicos são tipicamente associados a sintomas cardiorrespiratórios característicos e consciência retida. A perda de consciência com amnésia para o ataque ocorre em crises funcionais, mas não em ataques de pânico.

Comorbidade

Transtornos de ansiedade, especialmente transtorno de pânico e transtornos depressivos comumente ocorrem concomitantemente com transtorno de sintomas neurológicos funcionais. O transtorno de sintomas somáticos também pode ocorrer concomitantemente. Os transtornos de personalidade são mais comuns em indivíduos com transtorno de sintomas neurológicos funcionais do que na população geral. Condições neurológicas ou outras condições médicas comumente coexistem com o transtorno de sintomas neurológicos funcionais também.

Fatores psicológicos que afetam outros médicos Condições

Critério de diagnóstico

F54

- A. Um sintoma ou condição médica (diferente de um transtorno mental) está presente.
- B. Fatores psicológicos ou comportamentais afetam adversamente a condição médica de uma das seguintes maneiras:
 1. Os fatores influenciaram o curso da condição médica, conforme mostrado por uma estreita associação temporal entre os fatores psicológicos e o desenvolvimento ou exacerbação ou atraso recuperação da condição médica.
 2. Os fatores interferem no tratamento da condição médica (por exemplo, adesão).

3. Os fatores constituem riscos adicionais à saúde bem estabelecidos para o Individual.

365

4. Os fatores influenciam a fisiopatologia subjacente, precipitando ou exacerbando os sintomas ou necessitando de atenção médica.

C. Os fatores psicológicos e comportamentais no Critério B não são melhor explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do pânico, transtorno depressivo maior, transtorno de estresse pós-traumático).

Especifique a gravidade atual:

Leve: Aumenta o risco médico (por exemplo, adesão inconsistente ao tratamento anti-hipertensivo).

Moderado: Agrava a condição médica subjacente (por exemplo, asma que agrava a ansiedade).

Grave: resulta em hospitalização médica ou visita ao pronto-socorro.

Extremo: Resulta em risco grave e com risco de vida (por exemplo, ignorar os sintomas de ataque cardíaco).

Características

diagnósticas A característica essencial dos fatores psicológicos que afetam outras condições médicas é a presença de um ou mais fatores psicológicos ou comportamentais clinicamente significativos que afetam adversamente uma condição médica aumentando o risco de sofrimento, morte ou incapacidade (Critério B). Esses fatores podem afetar adversamente a condição médica, influenciando seu curso ou tratamento, constituindo um fator de risco de saúde adicional bem estabelecido, ou influenciando a fisiopatologia subjacente para precipitar ou exacerbar os sintomas ou necessitar de

Fatores psicológicos ou comportamentais incluem sofrimento psicológico, padrões de interação interpessoal, estilos de enfrentamento e comportamentos de saúde mal adaptados, como negação de sintomas ou má adesão às recomendações médicas. Exemplos clínicos comuns são asma que exacerba a ansiedade, negação da necessidade de tratamento para dor torácica aguda e manipulação de insulina por um indivíduo com diabetes que deseja perder peso. Muitos fatores psicológicos diferentes demonstraram influenciar adversamente as condições médicas – por exemplo, sintomas de depressão ou ansiedade, eventos estressantes da vida, estilo de relacionamento, traços de personalidade e estilos de enfrentamento. Os efeitos adversos podem variar de agudos, com consequências médicas imediatas (por exemplo, cardiomiopatia de Takotsubo), a crônicos, ocorrendo por um longo período de tempo (por exemplo, estresse ocupacional crônico, aumentando o risco de hipertensão). As condições médicas afetadas podem ser aquelas com fisiopatologia clara (por exemplo, diabetes, câncer, doença coronariana), síndromes funcionais (por exemplo, enxaqueca, síndrome do intestino irritável, fibromialgia) ou sintomas médicos idiopáticos (por exemplo, dor, fadiga, tontura).

Este diagnóstico deve ser reservado para situações em que o efeito do fator psicológico sobre a condição médica é evidente e o fator psicológico tem efeitos clinicamente significativos no curso ou resultado da condição médica. Anormal psicológico ou comportamental

os sintomas que se desenvolvem em resposta a uma condição médica são mais apropriadamente codificados como um transtorno de ajustamento (uma resposta psicológica clinicamente significativa a um estressor identificável). Deve haver evidências razoáveis para sugerir uma associação entre os fatores psicológicos e a condição médica, embora muitas vezes não seja possível demonstrar a causalidade direta ou os mecanismos subjacentes à relação.

Prevalência

A prevalência de fatores psicológicos que afetam outras condições médicas não é clara. Nos dados de faturamento de seguros privados dos EUA, foi um diagnóstico mais comum do que os distúrbios de sintomas somáticos do DSM-IV.

Desenvolvimento e Curso

Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas podem ocorrer ao longo da vida. Particularmente com crianças pequenas, a história comprobatória dos pais ou da escola pode ajudar a

366

avaliação diagnóstica. Algumas condições são características de fases particulares da vida (por exemplo, em indivíduos mais velhos, o estresse associado a atuar como cuidador de um cônjuge ou parceiro doente).

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Muitas diferenças entre os contextos culturais podem influenciar os fatores psicológicos e seus efeitos sobre as condições médicas, como os de linguagem e estilo de comunicação, expressões idiomáticas de angústia, modelos explicativos de doença, padrões de procura de cuidados de saúde, disponibilidade e organização de serviços, relações médico-paciente e outras práticas de cura, papéis familiares e de gênero e atitudes em relação à dor e à morte. Os fatores psicológicos que afetam outras condições médicas devem ser diferenciados de comportamentos de enfrentamento culturalmente específicos, como acessar curandeiros religiosos, espirituais ou tradicionais ou outras variações no gerenciamento de doenças que são aceitáveis em contextos culturais e representam uma tentativa de ajudar a curar a condição médica. Essas práticas locais podem complementar, em vez de obstruir, intervenções baseadas em evidências. O uso de práticas alternativas de cura pode atrasar o uso de serviços médicos e afetar os resultados, mas quando a intenção da prática de cura é abordar o problema de uma maneira culturalmente sancionada, essas práticas não devem ser patologizadas como fatores psicológicos que afetam outras condições médicas.

Consequências Funcionais de Fatores Psicológicos que Afetam Outras Condições médicas

Fatores psicológicos e comportamentais têm demonstrado afetar o curso de muitas doenças médicas.

Diagnóstico diferencial

Transtorno mental devido a outra condição médica. Uma associação temporal entre os sintomas de um transtorno mental e os de uma condição médica também é característica de um transtorno mental devido a outra condição médica, mas a causalidade presumida é na direção oposta. Em um mental

transtorno devido a outra condição médica, a condição médica é considerada como causadora do transtorno mental por meio de um mecanismo fisiológico direto. Em fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, os fatores psicológicos ou comportamentais são considerados como afetando o curso da condição médica.

Distúrbios de ajuste. Sintomas psicológicos ou comportamentais anormais que se desenvolvem em resposta a uma condição médica são mais apropriadamente codificados como um transtorno de ajustamento (uma resposta psicológica clinicamente significativa a um estressor identificável). Por exemplo, um indivíduo com angina que é precipitada sempre que fica furioso seria diagnosticado como tendo fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, enquanto um indivíduo com angina que desenvolvesse ansiedade antecipatória mal-adaptativa seria diagnosticado como tendo um transtorno de ajustamento com ansiedade. Na prática clínica, no entanto, fatores psicológicos e uma condição médica muitas vezes se exacerbavam mutuamente (p. ex., ansiedade como precipitante e consequência da angina), caso em que a distinção é arbitrária. Outros transtornos mentais frequentemente resultam em complicações médicas, principalmente transtornos por uso de substâncias (por exemplo, transtorno por uso de álcool, transtorno por uso de tabaco). Se um indivíduo tem um transtorno mental maior coexistente que afeta adversamente ou causa outra condição médica, os diagnósticos do transtorno mental e da condição médica geralmente são suficientes. Os fatores psicológicos que afetam outras condições médicas são diagnosticados quando os traços ou comportamentos psicológicos não atendem aos critérios para um diagnóstico mental.

Transtorno de sintomas somáticos. O transtorno de sintomas somáticos é caracterizado por uma combinação de sintomas somáticos angustiantes e pensamentos, sentimentos e comportamentos excessivos ou mal-adaptativos em resposta a esses sintomas ou problemas de saúde associados. O indivíduo pode ou não ter uma condição médica diagnosticável. Em contraste, em fatores psicológicos

367

afetando outras condições médicas, os fatores psicológicos afetam adversamente uma condição médica; os pensamentos, sentimentos e comportamento do indivíduo não são necessariamente excessivos. A diferença é de ênfase, em vez de uma distinção clara. Nos fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, a ênfase está na exacerbação da condição médica (por exemplo, um indivíduo com angina que é precipitada sempre que fica ansioso). No transtorno de sintomas somáticos, a ênfase está em pensamentos, sentimentos e comportamentos desadaptativos (por exemplo, um indivíduo com angina que se preocupa constantemente com a possibilidade de ter um ataque cardíaco, mede sua pressão arterial várias vezes ao dia e restringe suas atividades).

Transtorno de ansiedade de doença. O transtorno de ansiedade de doença é caracterizado por alta ansiedade de doença que é angustiante e/ou perturbadora da vida diária com sintomas somáticos mínimos. O foco da preocupação clínica é a preocupação do indivíduo em ter uma doença; na maioria dos casos, nenhuma doença grave está presente. Em fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, a ansiedade pode ser um fator psicológico relevante que afeta uma condição médica, mas a preocupação clínica são os efeitos adversos sobre a condição médica.

Comorbidade

Por definição, o diagnóstico de fatores psicológicos que afetam outras condições médicas envolve uma síndrome ou traço psicológico ou comportamental relevante e uma condição médica comórbida.

Transtorno factício

Critério de diagnóstico

Transtorno factício imposto a si mesmo

F68.10

- A. Falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão ou doença, associada ao engano identificado.
- B. O indivíduo se apresenta aos outros como doente, prejudicado ou ferido.
- C. O comportamento enganoso é evidente mesmo na ausência de evidências externas óbvias. recompensas.
- D. O comportamento não é melhor explicado por outro transtorno mental, como transtorno delirante ou outro transtorno psicótico.

Especificar: Episódio

único Episódios recorrentes (dois ou mais eventos de falsificação de doença e/ou indução de lesão)

Transtorno factício imposto a outro (anteriormente factício)

F68.A

- Desordem por Procuração**
- A. Falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão ou doença, em outro, associada à fraude identificada.
 - B. O indivíduo apresenta outro indivíduo (vítima) a outros como doente, deficiente ou ferido.
 - C. O comportamento enganoso é evidente mesmo na ausência de evidências externas óbvias. recompensas.
 - D. O comportamento não é melhor explicado por outro transtorno mental, como transtorno delirante ou outro transtorno psicótico.

Nota: O agressor, não a vítima, recebe este diagnóstico.

Especificar: Episódio

único Episódios recorrentes (dois ou mais eventos de falsificação de doença e/ou indução de lesão)

Procedimentos de Registro

Quando um indivíduo falsifica uma doença em outro (por exemplo, crianças, adultos, animais de estimação), o diagnóstico é de transtorno fictício imposto a outro. O perpetrador, não a vítima, recebe o diagnóstico.

A vítima pode receber um diagnóstico de abuso (por exemplo, T74.12X; consulte o capítulo “Outras condições que podem ser foco de atenção clínica”). Se um indivíduo com transtorno factício imposto a outro também representou enganosamente sua própria doença ou lesão, tanto o transtorno factício imposto a si mesmo quanto a outro podem ser diagnosticados.

Características

Diagnósticas A característica essencial do transtorno factício é a falsificação de sinais e sintomas médicos ou psicológicos no indivíduo ou em outros que estão associados ao engano identificado. Indivíduos com transtorno factício também podem procurar tratamento para si ou para outra pessoa após a indução de lesão ou doença. O diagnóstico requer a demonstração de que o indivíduo está realizando ações clandestinas para deturpar, simular ou causar sinais ou sintomas de doença ou lesão, mesmo na ausência de recompensas externas óbvias. O diagnóstico de transtorno factício enfatiza a identificação objetiva da falsificação de sinais e sintomas de doença e não as motivações individuais do falsificador. Os métodos de falsificação de doenças podem incluir exagero, fabricação, simulação e indução. Embora uma condição médica preexistente possa estar presente, o comportamento enganoso ou a indução de lesão associada ao engano faz com que outros vejam esses indivíduos (ou, no caso de transtorno factício imposto a outro, a vítima) como mais doentes ou prejudicados, e isso pode levar a uma intervenção clínica excessiva. Indivíduos com transtorno factício podem, por exemplo, relatar sentimentos de depressão e pensamentos ou comportamento suicida após a morte de um cônjuge, apesar de a morte não ser verdadeira ou de o indivíduo não ter um cônjuge; relatar enganosamente episódios de sintomas neurológicos (por exemplo, convulsões, tontura ou desmaio); manipular um teste de laboratório (por exemplo, adicionando sangue à urina) para indicar falsamente uma anormalidade; falsificar registros médicos para indicar uma doença; ingerir uma substância (por exemplo, insulina ou varfarina) para induzir um resultado laboratorial anormal ou doença; ou ferir-se fisicamente ou induzir doença em si ou em outra pessoa (por exemplo, injetando material fecal para produzir um abscesso ou induzir sepse). Embora os indivíduos com transtorno factício na maioria das vezes se apresentem aos profissionais de saúde para tratamento de seus sintomas factícios, alguns indivíduos com transtorno factício optam por enganar os membros da comunidade pessoalmente ou on-line sobre doenças ou lesões sem necessariamente envolver os profissionais de saúde.

Recursos associados

Indivíduos com transtorno factício imposto a si mesmo ou transtorno factício imposto a outro correm o risco de sofrer grande sofrimento psicológico ou prejuízo funcional por causar danos a si mesmos e aos outros. Família, amigos, líderes religiosos e profissionais de saúde também são frequentemente afetados negativamente por seu comportamento (por exemplo, tempo dedicado, atenção e recursos para fornecer assistência médica e apoio emocional ao falsificador). Indivíduos com transtorno factício imposto a outro, por vezes, alegam falsamente a presença de déficits ou deficiências educacionais em seus filhos, para os quais exigem atenção especial, muitas vezes com grande inconveniência para os profissionais da educação.

Considerando que alguns aspectos dos transtornos factícios podem representar comportamento criminoso (por exemplo, transtorno factício imposto a outro, em que as ações dos pais representam abuso e maus-tratos de uma criança), tal comportamento criminoso e doença mental não são mutuamente exclusivos. Além disso, tais comportamentos, incluindo a indução de lesão ou doença, estão associados ao engano.

Prevalência

A prevalência do transtorno factício é desconhecida, provavelmente devido ao papel do engano nessa população. Para complicar ainda mais os esforços para determinar a prevalência é o fato de que os profissionais de saúde raramente registram o diagnóstico, mesmo em casos reconhecidos.

369

Com base em um estudo de pacientes internados em hospitais gerais nos Estados Unidos encaminhados para consulta psiquiátrica, estima-se que quase 1% tenha apresentações que atendam aos critérios para transtorno factício. O transtorno factício imposto a si mesmo ou a outro parece ser encontrado com mais frequência em ambientes de atenção terciária do que em locais de atenção primária.

Desenvolvimento e Curso O

curso do transtorno factício é geralmente um de episódios intermitentes. Episódios únicos e episódios caracterizados como persistentes e sem remissão são menos comuns. O início é geralmente no início da idade adulta, muitas vezes após a hospitalização por uma condição médica ou um transtorno mental. Quando imposto a outro, o transtorno pode ter início após a internação do filho do indivíduo ou de outro dependente. Em indivíduos com episódios recorrentes de falsificação de sinais e sintomas de doença e/ou indução de lesão, esse padrão de contato enganoso sucessivo com o pessoal médico, incluindo hospitalizações, pode se tornar vitalício.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero Embora

a prevalência não seja conhecida, uma análise conjunta de todas as séries de casos e estudos constata que dois terços dos indivíduos com transtorno factício são mulheres e um terço são homens.

Diagnóstico diferencial

Decepção para evitar responsabilidade legal Os cuidadores que mentem sobre lesões de abuso em dependentes apenas para se proteger da responsabilidade não são diagnosticados com transtorno factício imposto a outro porque a proteção da responsabilidade é uma recompensa externa (Critério C, o comportamento enganoso é evidente mesmo na ausência de recompensas externas óbvias). Esses cuidadores que, após observação, análise de prontuários e/ou entrevistas com outras pessoas, mentem mais do que o necessário para a autoproteção imediata, são diagnosticados com transtorno factício imposto a outro.

Sintoma somático e transtornos relacionados No transtorno de sintomas somáticos e no transtorno de ansiedade de doença do tipo procura de cuidados, pode haver atenção excessiva e busca de tratamento para preocupações médicas percebidas, mas não há evidências de que o indivíduo esteja fornecendo informações falsas ou se comportando de forma enganosa.

Simulação. A simulação é diferenciada do transtorno factício pelo relato intencional de sintomas para ganho pessoal (por exemplo, dinheiro, tempo fora do trabalho). Em contraste, o diagnóstico de transtorno factício requer que a falsificação da doença não seja totalmente explicada por recompensas externas.

No entanto, o transtorno factício e a simulação não são mutuamente exclusivos. Os motivos em um único caso podem ser múltiplos e mutáveis, dependendo das circunstâncias e reações dos outros.

Transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão) O transtorno de sintomas neurológicos funcionais é caracterizado por sintomas neurológicos que são inconsistentes com a fisiopatologia neurológica. O transtorno factício com sintomas neurológicos é diferenciado do transtorno de sintomas neurológicos funcionais pela evidência de falsificação enganosa dos sintomas.

Transtorno de personalidade limítrofe Automutilação física deliberada na ausência de intenção suicida também pode ocorrer em associação com outros transtornos mentais, como transtorno de personalidade limítrofe. O transtorno factício requer que a indução da lesão ocorra em associação com o engano.

Condição médica ou transtorno mental não associado à falsificação intencional de sintomas. Apresentação de sinais e sintomas de doença que não estão de acordo com uma condição médica identificável ou transtorno mental aumenta a probabilidade da presença de um transtorno factício. No entanto, o diagnóstico de transtorno factício não exclui a

370

presença de uma verdadeira condição médica ou transtorno mental, pois a doença comórbida geralmente ocorre no indivíduo junto com o transtorno factício. Por exemplo, indivíduos que podem manipular os níveis de açúcar no sangue para produzir sintomas também podem ter diabetes.

Outro sintoma somático especificado e transtorno relacionado

F45.8

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um sintoma somático e transtorno relacionado que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos no somático. classe diagnóstica de sintomas e distúrbios relacionados.

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação “outros especificados” incluem o seguinte:

1. Transtorno de **sintomas somáticos breves**: A duração dos sintomas é inferior a 6 meses.
2. Transtorno de **ansiedade por doença breve**: A duração dos sintomas é inferior a 6 meses.
3. **Transtorno de ansiedade de doença sem comportamentos excessivos relacionados à saúde ou evitação mal-adaptativa**: O critério D para transtorno de ansiedade de doença não é atendido.
4. **Pseudociese**: Uma falsa crença de estar grávida que está associada a sinais e sintomas relatados de gravidez.

Sintoma Somático Não Especificado e Transtorno Relacionado

F45.9

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de uma doença somática

sintomas e transtornos relacionados que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não preenchem todos os critérios para nenhum dos transtornos na classe diagnóstica de sintomas somáticos e transtornos relacionados. A categoria de sintoma somático não especificado e transtorno relacionado não deve ser usada, a menos que haja situações decididamente incomuns em que não haja informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico.

Distúrbios Alimentares e Alimentares

Os **transtornos alimentares e alimentares** são caracterizados por uma perturbação persistente da alimentação ou do comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou absorção alterada de alimentos e que prejudica significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. Os critérios diagnósticos são fornecidos para pica, transtorno de ruminação, transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar periódica.

Os critérios diagnósticos para anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica resultam em um esquema de classificação mutuamente exclusivo, de modo que, durante um único episódio, apenas um desses diagnósticos pode ser atribuído. A justificativa para essa abordagem é que, apesar de várias características psicológicas e comportamentais comuns, os distúrbios diferem substancialmente no curso clínico, no resultado e nas necessidades de tratamento.

Alguns indivíduos com transtornos descritos neste capítulo relatam sintomas relacionados à alimentação semelhantes aos tipicamente endossados por indivíduos com transtornos por uso de substâncias, como desejo e padrões de uso compulsivo. Essa semelhança pode refletir o envolvimento dos mesmos sistemas neurais, incluindo aqueles implicados no autocontrole regulatório e na recompensa, em ambos os grupos de transtornos. No entanto, as contribuições relativas de fatores compartilhados e distintos no desenvolvimento e perpetuação de transtornos alimentares e de uso de substâncias permanecem insuficientemente compreendidas.

Finalmente, a obesidade não está incluída no DSM-5 como um transtorno mental. A obesidade (excesso de gordura corporal) resulta do excesso de ingestão de energia a longo prazo em relação ao gasto de energia. Uma série de fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos contribui para o desenvolvimento da obesidade; assim, a obesidade não é considerada um transtorno mental. No entanto, existem associações robustas entre obesidade e vários transtornos mentais (por exemplo, transtorno de compulsão alimentar periódica, transtornos depressivos e bipolares, esquizofrenia). Os efeitos colaterais de alguns medicamentos psicotrópicos contribuem de forma importante para o desenvolvimento da obesidade, e a obesidade pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de alguns transtornos mentais (por exemplo, transtornos depressivos).

Pica

Critério de diagnóstico

- A. Ingestão persistente de substâncias não nutritivas e não alimentares durante um período de pelo menos 1 mês.
- B. A ingestão de substâncias não nutritivas e não alimentares é inadequada ao nível de desenvolvimento do indivíduo.
- C. O comportamento alimentar não faz parte de uma cultura culturalmente apoiada ou socialmente normativa prática.

D. Se o comportamento alimentar ocorre no contexto de outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do desenvolvimento intelectual [deficiência intelectual], transtorno do espectro autista, esquizofrenia) ou condição médica (incluindo gravidez), é suficientemente grave para justificar atenção clínica adicional.

372

Nota de codificação: Os códigos CID-10-CM para pica são **F98.3** em crianças e **F50.89** em adultos.

Especifique

se: **Em remissão:** Depois que todos os critérios para pica foram atendidos anteriormente, os critérios não foram atendidos por um período prolongado de tempo.

Características Diagnósticas

A característica essencial da pica é a ingestão de uma ou mais substâncias não nutritivas e não alimentares de forma persistente por um período de pelo menos 1 mês (Critério A) que é grave o suficiente para merecer atenção clínica. Substâncias típicas ingeridas tendem a variar com a idade e disponibilidade e podem incluir papel, sabão, tecido, cabelo, barbante, lã, terra, giz, pó de talco, tinta, goma, metal, seixos, carvão ou carvão, cinzas, argila, amido, ou gelo. O termo *não alimentar* está incluído porque o diagnóstico de pica não se aplica à ingestão de produtos dietéticos com conteúdo nutricional mínimo. Normalmente não há aversão à comida em geral. A ingestão de substâncias não nutritivas e não alimentares deve ser inadequada ao desenvolvimento (Critério B) e não fazer parte de uma prática culturalmente apoiada ou socialmente normativa (Critério C). Uma idade mínima de 2 anos é sugerida para um diagnóstico de pica para excluir a boca de objetos de desenvolvimento normal por bebês que resulta em ingestão. A ingestão de substâncias não nutritivas e não alimentares pode ser uma característica associada a outros transtornos mentais (por exemplo, transtorno do desenvolvimento intelectual [deficiência intelectual], transtorno do espectro autista, esquizofrenia). Se o comportamento alimentar ocorrer exclusivamente no contexto de outro transtorno mental, um diagnóstico separado de pica deve ser feito apenas se o comportamento alimentar for suficientemente grave para justificar atenção clínica adicional (Critério D).

Recursos associados

Embora deficiências de vitaminas ou minerais (por exemplo, zinco, ferro) tenham sido relatadas, muitas vezes não são encontradas anormalidades biológicas específicas. Em alguns casos, a pica chega ao atendimento clínico apenas após complicações médicas gerais (por exemplo, problemas intestinais mecânicos; obstrução intestinal, como a resultante de um bezoar; perfuração intestinal; infecções como toxoplasmose e toxocaríase como resultado da ingestão de fezes ou sujeira; envenenamento, como por ingestão de tinta à base de chumbo).

Prevalência

Dados limitados sugerem que a prevalência de pica é de aproximadamente 5% entre crianças em idade escolar. Aproximadamente um terço das mulheres grávidas, especialmente aquelas com insegurança alimentar (ou seja, sem acesso confiável a alimentos nutritivos e acessíveis), praticam pica. As condições associadas à pica incluem falta de alimentos disponíveis e deficiência de vitaminas.

Desenvolvimento e Curso O início da

pica pode ocorrer na infância, adolescência ou idade adulta, embora o início na infância seja mais comumente relatado. A pica pode ocorrer em crianças com desenvolvimento normal, enquanto em adultos parece mais provável que ocorra no contexto de transtorno do desenvolvimento intelectual ou outros transtornos mentais. O curso do distúrbio pode ser prolongado e resultar em emergências médicas (por exemplo, obstrução intestinal, perda de peso aguda, envenenamento). O distúrbio pode ser potencialmente fatal dependendo das substâncias ingeridas.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. Negligência, falta de supervisão e atraso no desenvolvimento podem aumentar o risco de esta condição.

Problemas de diagnóstico relacionados à cultura

Em algumas populações, acredita-se que comer terra ou outras substâncias aparentemente não nutritivas seja de valor espiritual, medicinal ou outro valor social, ou pode ser culturalmente apoiado.

373

ou prática socialmente normativa. Tal comportamento não justifica o diagnóstico de pica (Critério C).

O comportamento da pica pode ser prevalente em alguns grupos culturais, mas não deve ser considerado socialmente normativo sem avaliação adicional.

Problemas de diagnóstico relacionados ao sexo e ao gênero A

pica ocorre em ambos os sexos. A ingestão de substâncias não nutritivas e não alimentares pode se manifestar na gravidez, quando desejos específicos (por exemplo, giz ou gelo) podem ocorrer. O diagnóstico de pica durante a gravidez é apropriado apenas se esses desejos levarem à ingestão de substâncias não nutritivas e não alimentares, na medida em que a ingestão dessas substâncias apresente riscos médicos potenciais. Uma meta-análise mundial mostrou que a taxa de prevalência de pica é de 28% durante a gravidez e/ou pós-parto.

Marcadores de diagnóstico

Radiografia de placa plana abdominal, ultra-som e outros métodos de varredura podem revelar obstruções relacionadas à pica. Exames de sangue e outros exames laboratoriais podem ser usados para determinar os níveis de envenenamento ou a natureza da infecção.

Consequências Funcionais da Pica Pica pode

prejudicar significativamente o funcionamento físico, mas raramente é a única causa de prejuízo no funcionamento social. A pica geralmente ocorre com outros distúrbios associados ao funcionamento social prejudicado.

Diagnóstico diferencial

A ingestão de substâncias não nutritivas e não alimentares pode ocorrer durante o curso de outras doenças mentais.

(por exemplo, transtorno do espectro do autismo, esquizofrenia) e na síndrome de Kleine-Levin. Em qualquer caso, um diagnóstico adicional de pica deve ser dado apenas se o comportamento alimentar for suficientemente persistente e grave para justificar atenção clínica adicional.

Isso já está em português. A pica geralmente pode ser distinguida de outros transtornos alimentares e alimentares pelo consumo de substâncias não nutritivas e não alimentares. É importante notar, no entanto, que algumas apresentações de anorexia nervosa incluem a ingestão de substâncias não nutritivas e não alimentares, como lenços de papel, como forma de tentar controlar o apetite. Nesses casos, quando a ingestão de substâncias não nutritivas e não alimentares é usada principalmente como meio de controle de peso, a anorexia nervosa deve ser o diagnóstico primário.

Transtorno factício. Alguns indivíduos com transtorno factício podem ingerir intencionalmente objetos estranhos como parte do padrão de falsificação de sintomas físicos. Em tais casos, há um elemento de engano que é consistente com a indução deliberada de lesão ou doença.

Automutilação não suicida e comportamentos de autolesão não suicida em transtornos de personalidade. Alguns indivíduos podem engolir itens potencialmente nocivos (por exemplo, alfinetes, agulhas, facas) no contexto de padrões de comportamento desadaptativos associados a transtornos de personalidade ou autolesão não suicida.

Os transtornos

de **comorbidade** mais comumente comórbidos com pica são transtorno do espectro do autismo e transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) e, em menor grau, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo. A pica pode estar associada à tricotilomania (distúrbio de arrancar o cabelo) e distúrbio de escoriação (skin-picking). Em apresentações comórbidas, o cabelo ou a pele são tipicamente ingeridos. A pica também pode estar associada ao transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva, particularmente em indivíduos com forte componente sensorial em sua apresentação. Quando se sabe que um indivíduo tem pica, a avaliação deve incluir a consideração da possibilidade de complicações gastrointestinais, envenenamento, infecção e deficiência nutricional.

374

Transtorno de Ruminação

Critério de diagnóstico	F98.21
<p>A. Regurgitação repetida de alimentos por um período de pelo menos 1 mês. Os alimentos regurgitados podem ser mastigados novamente, engolidos ou cuspidos.</p> <p>B. A regurgitação repetida não é atribuível a uma condição gastrointestinal ou outra condição médica associada (por exemplo, refluxo gastroesofágico, estenose pilórica).</p> <p>C. O distúrbio alimentar não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar ou transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva.</p> <p>D. Se os sintomas ocorrerem no contexto de outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do desenvolvimento intelectual [deficiência intelectual] ou outro transtorno do neurodesenvolvimento</p>	

transtorno), eles são suficientemente graves para justificar atenção clínica adicional.

Especifique

se: **Em remissão:** depois que todos os critérios para transtorno de ruminação foram preenchidos anteriormente, os critérios não foram atendidos por um período prolongado de tempo.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de ruminação é a regurgitação repetida de alimentos que ocorre após a alimentação ou alimentação por um período de pelo menos 1 mês (Critério A). Alimentos previamente ingeridos que podem ser parcialmente digeridos são trazidos para a boca sem náusea aparente, ânsia de vômito involuntária ou nojo. O alimento pode ser mastigado novamente e depois ejetado da boca ou novamente engolido. A regurgitação no transtorno de ruminação deve ser frequente, ocorrendo pelo menos várias vezes por semana, geralmente diariamente. O comportamento não é melhor explicado por uma condição gastrointestinal ou outra condição médica associada (por exemplo, refluxo gastroesofágico, estenose pilórica) (Critério B) e não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar periódica ou transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva (Critério C). Se os sintomas ocorrerem no contexto de outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do desenvolvimento intelectual [deficiência intelectual]), eles devem ser suficientemente graves para justificar atenção clínica adicional (Critério D) e devem representar um aspecto primário da apresentação do indivíduo que requer intervenção. O transtorno pode ser diagnosticado ao longo da vida, particularmente em indivíduos que também apresentam transtorno do desenvolvimento intelectual. Muitos indivíduos com transtorno de ruminação podem ser observados diretamente engajados no comportamento pelo clínico. Em outros casos, o diagnóstico pode ser feito com base em auto-relato ou informações corroborativas de pais ou cuidadores. Os indivíduos podem descrever o comportamento como habitual ou fora de seu controle.

Recursos associados

Os bebês com transtorno de ruminação apresentam uma posição característica de esforço e arqueamento das costas com a cabeça para trás, fazendo movimentos de sucção com a língua. Eles podem dar a impressão de obter satisfação com a atividade. Eles podem ficar irritáveis e famintos entre os episódios de regurgitação. A perda de peso e a incapacidade de obter os ganhos de peso esperados são características comuns em bebês com transtorno de ruminação. A desnutrição pode ocorrer apesar da fome aparente do lactente e da ingestão de quantidades relativamente grandes de alimentos, particularmente em casos graves, quando a regurgitação segue imediatamente a cada episódio de alimentação e o alimento regurgitado é expelido.

A desnutrição também pode ocorrer em crianças mais velhas e adultos, particularmente quando a regurgitação é acompanhada de restrição de ingestão. Adolescentes e adultos podem tentar disfarçar o comportamento de regurgitação colocando a mão sobre a boca ou tossindo. Alguns evitarão comer com outros por causa da reconhecida indesejabilidade social do

comportamento. Isso pode se estender a evitar comer antes de situações sociais, como trabalho ou escola (por exemplo, evitar o café da manhã porque pode ser seguido de regurgitação).

Prevalência

Embora o transtorno de ruminação tenha sido historicamente descrito principalmente entre indivíduos com deficiência intelectual, os limitados dados europeus disponíveis sobre prevalência sugerem que o transtorno pode ocorrer em aproximadamente 1% a 2% das crianças em idade escolar.

Desenvolvimento e Curso O início

do transtorno de ruminação pode ocorrer na infância, adolescência ou idade adulta. A idade de início em bebês é geralmente entre as idades de 3 e 12 meses. Em lactentes, o distúrbio frequentemente remite espontaneamente, mas seu curso pode ser prolongado e resultar em emergências médicas (por exemplo, desnutrição grave). Pode ser potencialmente fatal, particularmente na infância.

O transtorno de ruminação pode ter um curso episódico ou ocorrer continuamente até ser tratado. Em bebês, assim como em indivíduos mais velhos com transtorno do desenvolvimento intelectual ou outros transtornos do neurodesenvolvimento, o comportamento de regurgitação e ruminação parece ter uma função autocalmante ou autoestimulante, semelhante à de outros comportamentos motores repetitivos, como bater a cabeça.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. Problemas psicossociais como falta de estimulação, negligência, situações estressantes da vida e problemas no relacionamento pais-filhos podem ser fatores predisponentes em bebês e crianças pequenas.

Consequências Funcionais do Transtorno de Ruminação A desnutrição

secundária à regurgitação repetida pode estar associada ao retardo do crescimento e ter um efeito negativo no desenvolvimento e no potencial de aprendizagem. Alguns indivíduos mais velhos com transtorno de ruminação restringem deliberadamente sua ingestão de alimentos por causa da indesejabilidade social da regurgitação. Eles podem, portanto, apresentar perda de peso ou baixo peso. Em crianças mais velhas, adolescentes e adultos, é mais provável que o funcionamento social seja afetado negativamente.

Diagnóstico diferencial

Condições gastrointestinais. É importante diferenciar a regurgitação no transtorno de ruminação de outras condições caracterizadas por refluxo gastroesofágico ou vômito, como gastroparesia, estenose pilórica, hérnia hiatal e síndrome de Sandifer em lactentes. Essas outras condições médicas geralmente podem ser descartadas com base na história e na observação clínica.

Anorexia nervosa e bulimia nervosa. Indivíduos com anorexia nervosa e bulimia nervosa também podem se envolver em regurgitação com subsequente cuspir fora da comida como forma de eliminar as calorias ingeridas devido a preocupações com o ganho de peso.

Comorbidade A

regurgitação com ruminação associada pode ocorrer no contexto de uma condição médica concomitante ou outro transtorno mental (por exemplo, transtorno de ansiedade generalizada). Quando a regurgitação ocorre neste contexto, um diagnóstico de transtorno de ruminação é apropriado apenas quando a gravidade do distúrbio excede aquela rotineiramente associada a tais condições ou distúrbios e requer atenção clínica adicional.

Transtorno Evitativo/Restritivo da Ingestão Alimentar

Critério de diagnóstico	F50,82
<p>A. Um distúrbio alimentar ou alimentar (por exemplo, aparente falta de interesse em comer ou comida; evitação com base nas características sensoriais dos alimentos; preocupação com as consequências aversivas da alimentação) associado a um (ou mais) dos seguintes: 1. Peso significativo perda (ou falha em atingir o ganho de peso esperado ou crescimento em crianças).</p> <p>2. Deficiência nutricional significativa.</p> <p>3. Dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais.</p> <p>4. Interferência acentuada no funcionamento psicossocial.</p> <p>B. A perturbação não é melhor explicada pela falta de comida disponível ou por uma prática culturalmente sancionada associada.</p> <p>C. O distúrbio alimentar não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa, e não há evidência de distúrbio no modo como o peso ou a forma do corpo são vivenciados.</p> <p>D. O distúrbio alimentar não é atribuível a uma condição médica concomitante ou não é melhor explicado por outro transtorno mental. Quando o distúrbio alimentar ocorre no contexto de outra condição ou distúrbio, a gravidade do distúrbio alimentar excede aquela rotineiramente associada à condição ou distúrbio e requer atenção clínica adicional.</p> <p><i>Especifique se:</i></p> <p>Em remissão: Depois que todos os critérios para transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva foram preenchidos anteriormente, os critérios não foram atendidos por um período prolongado de tempo.</p>	

Características Diagnósticas O

transtorno da ingestão alimentar evitativa/restritiva substitui e estende o diagnóstico do DSM-IV de transtorno alimentar da primeira infância para incluir crianças mais velhas, adolescentes e adultos. A principal característica diagnóstica do transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva é a evitação ou restrição da ingestão de alimentos que está associada a uma ou mais das seguintes consequências: perda significativa de peso, deficiência nutricional significativa (ou impacto relacionado à saúde), dependência de alimentação enteral ou oral, suplementos nutricionais ou interferência marcante no funcionamento psicossocial (Critério A).

Em alguns indivíduos, evitar ou restringir alimentos é baseado nas características sensoriais das qualidades dos alimentos, como extrema sensibilidade à aparência, cor, cheiro, textura, temperatura ou sabor. Tal comportamento tem sido descrito como “alimentação restritiva”, “alimentação seletiva”, “alimentação exigente”, “alimentação perseverante”, “recusa alimentar crônica” e “neofobia alimentar” e pode se manifestar como

recusa em comer determinadas marcas de alimentos ou em tolerar o cheiro de alimentos consumidos por outras pessoas. Indivíduos com sensibilidades sensoriais aumentadas associadas ao autismo podem apresentar comportamentos semelhantes.

Em outros indivíduos, a evitação ou restrição alimentar representa uma resposta negativa condicionada associada à ingestão de alimentos após ou em antecipação a uma experiência aversiva, como asfixia; um procedimento traumático, geralmente envolvendo o trato gastrointestinal (por exemplo, esofagoscopia); ou vômitos repetidos. Os termos *disfagia funcional* e *globus hystericus* também têm sido usados para tais condições.

Ainda em outros indivíduos, a evitação ou restrição alimentar se manifesta como falta de interesse em comer ou comer.

A determinação se a perda de peso é significativa (Critério A1) é um julgamento clínico; em vez de perder peso, crianças e adolescentes que não completaram o crescimento podem não manter o aumento de peso ou altura ao longo de sua trajetória de desenvolvimento.

377

A determinação de deficiência nutricional significativa (Critério A2) também é baseada na avaliação clínica (por exemplo, avaliação da ingestão alimentar, exame físico e exames laboratoriais), e o impacto relacionado na saúde física pode ser de gravidade semelhante à observada na anorexia nervosa. ex., hipotermia, bradicardia, anemia). Em casos graves, particularmente em bebês, a desnutrição pode ser fatal. A “dependência” da alimentação enteral ou de suplementos nutricionais orais (Critério A3) significa que a alimentação suplementar é necessária para manter a ingestão adequada. Exemplos de indivíduos que necessitam de alimentação suplementar incluem bebês com déficit de crescimento que necessitam de alimentação por sonda nasogástrica, crianças com distúrbios do neurodesenvolvimento que são dependentes de suplementos nutricionalmente completos e indivíduos que dependem de alimentação por sonda de gastrostomia ou suplementos nutricionais orais completos na ausência de um médico subjacente. doença. A incapacidade de participar de atividades sociais normais, como comer com outras pessoas, frequentar a escola ou o trabalho, ou manter relacionamentos como resultado da perturbação indicaria uma interferência marcante no funcionamento psicossocial (Critério A4). A interrupção substancial do funcionamento familiar (por exemplo, restrição acentuada de alimentos permitidos em casa, acomodações desordenadas para fornecer alimentos de mercearias ou restaurantes específicos) também pode satisfazer o Critério A4.

O transtorno da ingestão alimentar evitativa/restritiva não inclui a evitação ou restrição da ingestão alimentar relacionada à falta de disponibilidade de alimentos (por exemplo, insegurança alimentar) ou a práticas culturais (por exemplo, jejum religioso ou dieta normal) (Critério B). A perturbação não é mais bem explicada pela preocupação excessiva com o peso ou forma corporal (Critério C) ou por fatores médicos concomitantes ou transtornos mentais (Critério D).

Recursos associados

Vários recursos podem estar associados à evasão alimentar ou à redução da ingestão de alimentos, e esses recursos podem diferir entre as idades. Lactentes muito jovens podem apresentar recusa alimentar, engasgos ou vômitos. Bebês e crianças pequenas podem não se envolver com um cuidador principal durante a alimentação ou comunicar a fome em favor de outras atividades. Em crianças mais velhas e adolescentes, a evitação ou restrição alimentar pode estar associada a dificuldades emocionais mais generalizadas que não atendem aos critérios diagnósticos para um transtorno ansioso, depressivo ou bipolar, às vezes chamado de transtorno de ansiedade, depressão ou transtorno bipolar.

"transtorno emocional de evasão alimentar".

Prevalência

Poucas informações estão disponíveis sobre a prevalência de transtorno alimentar evitativo/restritivo. Um estudo na Austrália relatou uma frequência de 0,3% entre indivíduos com 15 anos ou mais.

Desenvolvimento e Curso A

evitação ou restrição alimentar associada à ingestão insuficiente ou falta de interesse em comer desenvolve-se mais comumente na primeira infância e pode persistir na idade adulta. Da mesma forma, a evitação baseada nas características sensoriais dos alimentos tende a surgir na primeira década de vida, mas pode persistir na idade adulta. A evitação relacionada a consequências aversivas pode surgir em qualquer idade. A escassa literatura sobre desfechos de longo prazo sugere que a evitação ou restrição alimentar com base em aspectos sensoriais é relativamente estável e duradoura, mas ao persistir na idade adulta, tal evitação/restrição pode estar associada a um funcionamento relativamente normal. Atualmente, não há evidências suficientes ligando diretamente o transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva e o início subsequente de um transtorno alimentar.

Bebês com transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva podem ficar irritáveis e difíceis de consolar durante a alimentação, ou podem parecer apáticos e retraídos. Em alguns casos, a interação cuidador-criança pode contribuir para o problema de alimentação do bebê (por exemplo, apresentar alimentos de forma inadequada ou interpretar o comportamento do bebê como um ato de agressão ou rejeição). A ingestão nutricional inadequada pode exacerbar as características associadas (por exemplo, irritabilidade, atrasos no desenvolvimento) e contribuir ainda mais para as dificuldades alimentares. Fatores associados

378

incluem temperamento infantil ou deficiências de desenvolvimento que reduzem a capacidade de resposta de uma criança à alimentação. A coexistência de psicopatologia parental ou abuso ou negligência infantil é sugerida se a alimentação e o peso melhorarem em resposta à mudança de cuidador. Em bebês, crianças e adolescentes pré-púberes, o transtorno da ingestão alimentar evitativa/restritiva pode estar associado ao atraso no crescimento, e a desnutrição resultante afeta negativamente o desenvolvimento e o potencial de aprendizagem. Em crianças mais velhas, adolescentes e adultos, o funcionamento social tende a ser afetado negativamente. Independentemente da idade, a função familiar pode ser afetada, com maior estresse nas refeições e em outros contextos de alimentação ou alimentação envolvendo amigos e parentes.

O transtorno da ingestão alimentar evitativa/restritiva se manifesta mais comumente em crianças e adolescentes do que em adultos, e pode haver um longo atraso entre o início e a apresentação clínica.

Os gatilhos para a apresentação variam consideravelmente e incluem dificuldades físicas, sociais e emocionais.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Transtornos de ansiedade, transtorno do espectro do autismo, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade podem aumentar o risco de alimentação evitativa ou restritiva ou comportamento alimentar característico do transtorno.

Ambiental. Fatores de risco ambientais para transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva incluem ansiedade familiar. Taxas mais altas de distúrbios alimentares podem ocorrer em filhos de mães com

distúrbios alimentares.

Genética e fisiológica. História de condições gastrointestinais, doença do refluxo gastroesofágico, vômitos e uma série de outros problemas médicos têm sido associados a comportamentos alimentares e alimentares característicos de transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva.

Questões diagnósticas relacionadas à cultura

Apresentações semelhantes ao transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva ocorrem em várias populações, inclusive nos Estados Unidos, Canadá, Austrália, Europa, Japão e China. O transtorno da ingestão alimentar evitativa/restritiva não deve ser diagnosticado quando a evitação da ingestão de alimentos está relacionada apenas a práticas religiosas ou culturais específicas.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero O transtorno

de ingestão de alimentos evitativo/restritivo parece ser aproximadamente igualmente comum em meninos e meninas, mas o transtorno de ingestão de alimentos evitativo/restritivo comórbido com transtorno do espectro autista tem uma predominância masculina. A evitação ou restrição alimentar relacionada a sensibilidades sensoriais alteradas pode ocorrer em algumas condições fisiológicas, principalmente na gravidez, mas geralmente não é extrema e não atende a todos os critérios para o distúrbio.

Consequências Funcionais do Transtorno da Ingestão Alimentar Evitativa/Restritiva As limitações

funcionais e de desenvolvimento associadas incluem comprometimento do desenvolvimento físico e dificuldades sociais que podem ter um impacto negativo significativo na função familiar.

Diagnóstico Diferencial A

restrição da ingestão de alimentos é um sintoma inespecífico que pode acompanhar vários transtornos mentais e condições médicas e que também pode ser apropriado para o desenvolvimento.

O transtorno alimentar evitativo/restritivo pode ser diagnosticado concomitantemente com os transtornos abaixo se todos os critérios forem atendidos, e o transtorno alimentar requer atenção clínica específica.

379

Outras condições médicas (por exemplo, doenças gastrointestinais, alergias e intolerâncias alimentares, malignidades ocultas).

A restrição da ingestão de alimentos pode ocorrer em outras condições médicas, especialmente aquelas com sintomas contínuos, como vômitos, perda de apetite, náusea, dor abdominal ou diarreia. Um diagnóstico de transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva requer que a perturbação da ingestão seja além daquela diretamente explicada por sintomas físicos consistentes com uma condição médica; o distúrbio alimentar também pode persistir após ser desencadeado por uma condição médica e após a resolução da condição médica.

Condições médicas subjacentes ou comorbidades mentais podem complicar a alimentação e a alimentação. Como indivíduos mais velhos, pacientes pós-cirúrgicos e indivíduos que recebem quimioterapia geralmente perdem o apetite, um diagnóstico adicional de transtorno alimentar evitativo/restritivo requer que o distúrbio alimentar seja o foco principal da intervenção.

Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado devido à neuropsiquiatria pediátrica de início agudo

síndrome.

Sintomas de início agudo, idade avançada de início ou sintomas atípicos sugerem a necessidade de uma avaliação completa para descartar o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido à síndrome neuropsiquiátrica de início agudo pediátrico (PANS). A PANS é caracterizada pelo início abrupto e dramático de sintomas obsessivo-compulsivos ou ingestão alimentar severamente restrita, juntamente com uma série de sintomas neuropsiquiátricos adicionais.

Distúrbios neurológicos/neuromusculares, estruturais ou congênitos específicos e condições associadas a dificuldades de alimentação.

As dificuldades de alimentação são comuns em várias condições congênitas e neurológicas, muitas vezes relacionadas a problemas com a estrutura e função oral/esofágica/faríngea, como hipotonía da musculatura, projeção da língua e deglutição insegura. O transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva pode ser diagnosticado em indivíduos com tais apresentações, desde que todos os critérios diagnósticos sejam atendidos.

Transtorno de apego reativo.

Algum grau de afastamento dos cuidadores é característico do transtorno de apego reativo e pode levar a um distúrbio na relação cuidador-criança que pode afetar a alimentação e a ingestão da criança. O transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva deve ser diagnosticado concomitantemente somente se todos os critérios forem atendidos para ambos os transtornos e o distúrbio alimentar for o foco principal de intervenção.

Transtorno do espectro do autismo. Indivíduos com transtorno do espectro autista geralmente apresentam comportamentos alimentares rígidos e sensibilidades sensoriais aumentadas. No entanto, essas características nem sempre resultam no nível de comprometimento que seria necessário para um diagnóstico de transtorno alimentar evitativo/restritivo. O transtorno alimentar evitativo/restritivo deve ser diagnosticado concomitantemente somente se todos os critérios forem atendidos para ambos os transtornos e quando o transtorno alimentar exigir tratamento.

Fobia específica, transtorno de ansiedade social e outros transtornos de ansiedade.

A fobia específica, outro tipo, inclui como exemplo “situações que podem levar a engasgos ou vômitos” e pode representar o gatilho primário para o medo, ansiedade ou evasão necessários para o diagnóstico. Distinguir fobia específica de transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva pode ser difícil quando o medo de engasgar ou vomitar resultou em evasão alimentar. Embora a evitação ou restrição da ingestão de alimentos secundária a um medo pronunciado de engasgar ou vomitar possa ser conceituada como fobia específica, em situações em que o problema alimentar se torna o foco principal da atenção clínica, o transtorno da ingestão de alimentos evitativo/restritivo torna-se o diagnóstico apropriado. No transtorno de ansiedade social, o indivíduo pode apresentar medo de ser observado pelos outros enquanto come, o que também pode ocorrer no transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva.

Isso já está em português.

A restrição da ingestão de energia em relação às necessidades que levam a um peso corporal significativamente baixo é uma característica central da anorexia nervosa. No entanto, indivíduos com anorexia nervosa também apresentam medo de ganhar peso ou engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, bem como distúrbios específicos no

relação à percepção e experiência de seu próprio peso e forma corporal. Essas características não estão presentes no transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva, e os dois transtornos não devem ser diagnosticados concomitantemente. O diagnóstico diferencial entre transtorno alimentar evitativo/restritivo e anorexia nervosa pode ser difícil, especialmente no final da infância e início da adolescência, porque esses transtornos podem compartilhar vários sintomas comuns (p.

peso). O diagnóstico diferencial também é potencialmente difícil em indivíduos com anorexia nervosa que negam qualquer medo de engordar, mas ainda assim se envolvem em comportamentos persistentes que impedem o ganho de peso e que não reconhecem a gravidade médica de seu baixo peso – uma apresentação às vezes chamada de “anorexia fóbica não gordurosa”. nervosa”. Aconselha-se a consideração completa dos sintomas, curso e história familiar, e o diagnóstico pode ser feito melhor no contexto de uma relação clínica ao longo do tempo. Em alguns indivíduos, o transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva pode preceder o início da anorexia nervosa.

Transtorno obsessivo-compulsivo. Indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo podem apresentar evitação ou restrição de ingestão em relação a preocupações com alimentos ou comportamento alimentar ritualizado. O transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva deve ser diagnosticado concomitantemente somente se todos os critérios forem atendidos para ambos os transtornos e quando a alimentação aberrante for um aspecto importante da apresentação clínica que requer intervenção específica.

Transtorno depressivo maior. No transtorno depressivo maior, o apetite pode ser afetado de tal forma que os indivíduos apresentam ingestão alimentar significativamente restrita, geralmente em relação à ingestão total de energia e muitas vezes associada à perda de peso. Geralmente, a perda de apetite e a redução relacionada da ingestão diminuem com a resolução dos problemas de humor. O transtorno de ingestão alimentar evitativo/restritivo só deve ser usado concomitantemente se todos os critérios forem preenchidos para ambos os transtornos e quando o transtorno alimentar requer tratamento específico.

Transtornos do espectro da esquizofrenia. Indivíduos com esquizofrenia, transtorno delirante ou outros transtornos psicóticos podem apresentar comportamentos alimentares estranhos, evitar alimentos específicos devido a crenças delirantes ou outras manifestações de ingestão evitativa ou restritiva. Em alguns casos, as crenças delirantes podem contribuir para a preocupação com as consequências negativas da ingestão de certos alimentos. O transtorno de ingestão alimentar evitativo/restritivo deve ser usado concomitantemente somente se todos os critérios forem atendidos para ambos os transtornos e quando o transtorno alimentar exigir tratamento específico.

Transtorno factício ou transtorno factício imposto a outro. O transtorno de ingestão alimentar deve ser diferenciado de transtorno factício ou transtorno factício imposto a outro. Para assumir o papel de doente, alguns indivíduos com transtorno factício podem descrever intencionalmente dietas muito mais restritivas do que realmente podem consumir, bem como complicações desse comportamento, como necessidade de alimentação enteral ou suplementos nutricionais, incapacidade de tolerar uma variedade normal de alimentos e/ou incapacidade de participar normalmente de situações apropriadas à idade envolvendo alimentos. A apresentação pode ser impressionantemente dramática e envolvente, e os sintomas relatados de forma inconsistente. No transtorno factício imposto a outro, o cuidador descreve sintomas consistentes com transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva e pode induzir sintomas físicos como falha no ganho de peso. Como acontece com qualquer diagnóstico de transtorno factício imposto a outra pessoa, o cuidador recebe o diagnóstico em vez do indivíduo afetado, e o diagnóstico deve ser feito apenas com base em uma avaliação cuidadosa e abrangente do indivíduo afetado, do cuidador e de sua interação.

Comportamento normal de desenvolvimento Durante o desenvolvimento normal, algumas crianças pequenas reduzem transitoriamente a variedade de alimentos que estão dispostas a comer. Esse fenômeno, às vezes chamado de “comer exigente”, geralmente se resolve espontaneamente sem intervenção.

O transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva não inclui tais comportamentos normais ao desenvolvimento, a menos que eles se tornem suficientemente graves para levar à falha em atender às necessidades nutricionais adequadas.

necessidades ou produzir prejuízo significativo no funcionamento (Critério A).

381

Comorbidade Os

transtornos mais comumente observados comórbidos com transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva são transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos do neurodesenvolvimento (especificamente transtorno do espectro autista, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno do desenvolvimento intelectual [deficiência intelectual]).

Isso já está em português

Critério de diagnóstico

- A. Restrição da ingestão de energia em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física. *O peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao minimamente normal ou, para crianças e adolescentes, inferior ao minimamente esperado.*
- B. Medo intenso de engordar ou engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo com peso significativamente baixo.
- C. Perturbação na forma como o peso ou forma corporal é experimentado, influência indevida do peso ou forma corporal na autoavaliação ou falta persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

Nota de codificação: O código ICD-10-CM depende do subtipo (veja abaixo).

Especificificar se:

F50.01 Tipo restritivo: Durante os últimos 3 meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (ou seja, vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Este subtipo descreve apresentações em que a perda de peso é conseguida principalmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo.

F50.02 Tipo de compulsão alimentar/purgação: Durante os últimos 3 meses, o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (isto é, vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Especifique

se: **Em remissão parcial:** Depois que todos os critérios para anorexia nervosa foram preenchidos anteriormente, o Critério A (baixo peso corporal) não foi atendido por um período prolongado, mas o Critério B (medo intenso de ganhar peso ou engordar ou comportamento que interfira com ganho de peso) ou Critério C (distúrbios na autopercepção do peso e da forma) ainda é atendido.

Em remissão completa: após o preenchimento prévio de todos os critérios para anorexia nervosa, nenhum dos critérios foi atendido por um período prolongado de tempo.

Especifique a gravidade

atual: O nível mínimo de gravidade é baseado, para adultos, no índice de massa corporal (IMC) atual (veja abaixo) ou, para crianças e adolescentes, no percentil do IMC. Os intervalos abaixo são derivados das categorias da Organização Mundial da Saúde para magreza em adultos; para crianças e adolescentes, os percentis de IMC correspondentes devem ser usados. O nível de gravidade pode ser aumentado para refletir os sintomas clínicos, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão.

Leve: IMC \geq 17 kg/m².

Moderado: IMC 16–16,99 kg/m².

Grave: IMC 15–15,99 kg/m².

Extremo: IMC < 15 kg/m².

382

Subtipos A

maioria dos indivíduos com anorexia nervosa do tipo compulsão alimentar/purgação que come compulsivamente também purga através de vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas. Alguns indivíduos com este subtipo de anorexia nervosa não comem compulsivamente, mas purgam regularmente após o consumo de pequenas quantidades de alimentos.

O cruzamento entre os subtipos ao longo do transtorno não é incomum; portanto, a descrição do subtipo deve ser usada para descrever os sintomas atuais em vez do curso longitudinal.

Características diagnósticas

Existem três características essenciais da anorexia nervosa: restrição persistente da ingestão de energia; medo intenso de engordar ou engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso; e uma perturbação na autopercepção do peso ou da forma. O indivíduo mantém um peso corporal abaixo de um nível minimamente normal para idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física (Critério A). O peso corporal dos indivíduos frequentemente atende a esse critério apesar de uma perda de peso significativa, mas entre crianças e adolescentes, pode haver alternativamente falha em obter o ganho de peso esperado ou em manter uma trajetória normal de desenvolvimento (ou seja, enquanto cresce em altura) em vez de perda de peso.

O critério A exige que o peso do indivíduo seja significativamente baixo (ou seja, menor do que o minimamente normal ou, para crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado). A avaliação do peso pode ser desafiadora porque a faixa de peso normal difere entre os indivíduos, e diferentes limiares foram publicados definindo magreza ou baixo peso. Índice de massa corporal (IMC; calculado como peso em quilogramas/altura em metros peso²) é usado para avaliar adultos, um IMC de 18,5 kg/m² foi empregado pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o limite inferior do peso corporal normal. Portanto, a maioria dos adultos com IMC maior ou igual a 18,5 kg/m² não seria considerada como tendo um peso corporal significativamente baixo. Por outro lado, um IMC inferior a 17,0 kg/m² foi considerado pela OMS para indicar magreza moderada ou grave; portanto, um indivíduo com IMC inferior a 17,0 kg/m² provavelmente seria considerado

têm um peso significativamente baixo. Um adulto com IMC entre 17,0 e 18,5 kg/m², ligeiramente ou mesmo acima de 18,5 kg/m², pode ser considerado como tendo um peso significativamente baixo se a história clínica ou outras informações fisiológicas apoiarem esse julgamento. Adultos que não estão abaixo do peso pelos padrões populacionais – por exemplo, adultos com IMC de 19,0 kg/m² ou mais – não devem receber um diagnóstico de anorexia nervosa; um diagnóstico de outra alimentação específica ou transtorno alimentar (anorexia nervosa atípica) pode ser considerado para esses indivíduos.

Para crianças e adolescentes, é útil determinar um percentil de IMC para idade (consulte, por exemplo, o percentil de IMC de adolescentes do CDC <https://www.cdc.gov/healthinfoheight/bmi/calculator.html>). Quanto aos adultos, não é possível fornecer padrões definitivos para julgar se o peso de criança ou de um adolescente é significativamente baixo, e as variações nas trajetórias de desenvolvimento entre os jovens limitam a utilidade de diretrizes numéricas simples. O CDC usou um IMC para idade abaixo do percentil 5 como sugerindo baixo peso; crianças e adolescentes com IMC acima desse valor de referência podem ser considerados significativamente abaixo do peso devido à falha em manter sua trajetória de crescimento esperada. No entanto, esses indivíduos cujo IMC permanece maior que a mediana do IMC para a idade não devem receber um diagnóstico de anorexia nervosa; um diagnóstico de outra alimentação específica ou transtorno alimentar (anorexia nervosa atípica) pode ser considerado para esses indivíduos.

Indivíduos com esse transtorno geralmente apresentam um medo intenso de ganhar peso ou engordar (Critério B). Esse medo intenso de engordar geralmente não é aliviado pela perda de peso. Na verdade, a preocupação com o ganho de peso pode aumentar mesmo quando o peso diminui. Indivíduos mais jovens com anorexia nervosa, assim como alguns adultos, podem não reconhecer ou

383

reconhecer um medo de ganho de peso. Na ausência de outra explicação para o peso significativamente baixo, a inferência clínica extraída da história colateral, dados observacionais, achados físicos e laboratoriais ou curso longitudinal indicando medo de ganho de peso ou apoioando comportamentos persistentes que o impedem pode ser usado para estabelecer o critério B.

A experiência e o significado do peso e da forma do corpo são distorcidos nesses indivíduos (Critério C). Alguns indivíduos se sentem globalmente acima do peso. Outros percebem que são magros, mas ainda estão preocupados com o fato de certas partes do corpo, principalmente o abdômen, as nádegas e as coxas, serem “gordas demais”. Eles podem empregar uma variedade de técnicas para avaliar seu tamanho ou peso corporal, incluindo pesagem frequente, medição obsessiva de partes do corpo e uso persistente de um espelho para verificar áreas percebidas de “gordura”. A autoestima de indivíduos com anorexia nervosa é altamente dependente de suas percepções de forma e peso corporal. A perda de peso é muitas vezes vista como uma conquista impressionante e um sinal de autodisciplina extraordinária, enquanto o ganho de peso é percebido como uma falha inaceitável de autocontrole. Embora alguns indivíduos com esse transtorno possam reconhecer que são magros, eles geralmente não reconhecem as sérias implicações médicas de seu estado de desnutrição.

Muitas vezes, o indivíduo é levado à atenção profissional por membros da família após a ocorrência de perda de peso acentuada (ou falha em obter ganhos de peso esperados). Se os indivíduos procuram ajuda por conta própria, geralmente é por causa do sofrimento com as sequelas somáticas e psicológicas da fome. É raro que um indivíduo com anorexia nervosa se queixe de perda de peso per se. Na verdade, os indivíduos com anorexia nervosa frequentemente não têm conhecimento ou negam o problema. Isto

Portanto, muitas vezes é importante obter informações de membros da família ou de outras fontes para avaliar a história de perda de peso e outras características da doença.

Recursos associados

A semi-inanição da anorexia nervosa e os comportamentos de purga às vezes associados a ela podem resultar em condições médicas significativas e potencialmente fatais. O comprometimento nutricional associado a esse distúrbio afeta a maioria dos principais sistemas orgânicos e pode produzir uma variedade de distúrbios.

Distúrbios fisiológicos, incluindo amenorreia e anormalidades dos sinais vitais, são comuns. Embora a maioria dos distúrbios fisiológicos associados à desnutrição sejam reversíveis com a reabilitação nutricional, alguns, incluindo a perda de densidade mineral óssea, muitas vezes não são completamente reversíveis.

Comportamentos como vômitos autoinduzidos e uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas podem causar uma série de distúrbios que levam a achados laboratoriais anormais; entretanto, alguns indivíduos com anorexia nervosa não apresentam anormalidades laboratoriais.

Quando seriamente abaixo do peso, muitos indivíduos com anorexia nervosa apresentam sinais e sintomas depressivos, como humor deprimido, retraiamento social, irritabilidade, insônia e diminuição do interesse pelo sexo. Como essas características também são observadas em indivíduos sem anorexia nervosa que são significativamente desnutridos, muitas das características depressivas podem ser secundárias às sequelas fisiológicas da semi-inanição, embora também possam ser suficientemente graves para justificar um diagnóstico adicional de transtorno depressivo maior.

Características obsessivo-compulsivas, relacionadas e não relacionadas à comida, são frequentemente proeminentes. A maioria dos indivíduos com anorexia nervosa está preocupada com pensamentos de comida. Alguns colecionam receitas ou acumulam comida. Observações de comportamentos associados a outras formas de fome sugerem que obsessões e compulsões relacionadas à alimentação podem ser exacerbadas pela desnutrição. Quando indivíduos com anorexia nervosa apresentam obsessões e compulsões que não estão relacionadas à alimentação, forma corporal ou peso, um diagnóstico adicional de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) pode ser justificado.

Outras características às vezes associadas à anorexia nervosa incluem preocupações sobre comer em público, sentimentos de ineficácia, um forte desejo de controlar o ambiente, pensamento inflexível, espontaneidade social limitada e expressão emocional excessivamente contida.

384

Em comparação com indivíduos com anorexia nervosa, tipo restritivo, aqueles com compulsão alimentar/purgação têm maiores taxas de impulsividade e são mais propensos a abusar de álcool e outras drogas.

Alguns indivíduos com anorexia nervosa apresentam níveis excessivos de atividade física. Aumentos na atividade física geralmente precedem o início do distúrbio e, ao longo do distúrbio, o aumento da atividade acelera a perda de peso. Durante o tratamento, a atividade excessiva pode ser difícil de controlar, prejudicando a recuperação do peso.

Indivíduos com anorexia nervosa podem fazer uso indevido de medicamentos, como manipular a dosagem, a fim de obter perda de peso ou evitar ganho de peso. Indivíduos com diabetes mellitus podem omitir ou reduzir as doses de insulina para minimizar a utilização de carboidratos.

Prevalência

De acordo com dois estudos epidemiológicos dos EUA realizados em amostras da comunidade, a prevalência de 12 meses de anorexia nervosa varia de 0,0% a 0,05%, com taxas muito mais altas em mulheres do que em homens (0% a 0,08% em mulheres; 0% a 0,01% em homens), e a prevalência ao longo da vida varia de 0,60% a 0,80% (0,9% a 1,42% em mulheres; 0,12% a 0,3% em homens). Por outro lado, um estudo com adolescentes encontrou taxas semelhantes em ambos os sexos.

A anorexia nervosa parece ser mais prevalente em países pós-industrializados de alta renda, como nos Estados Unidos, muitos países europeus, Austrália, Nova Zelândia e Japão.

Embora a prevalência da anorexia nervosa seja incerta na maioria dos países de baixa e média renda, ela parece estar aumentando em muitos países do Sul Global, inclusive na Ásia e no Oriente Médio. A anorexia nervosa ocorre em todos os grupos etnoraciais dos EUA; no entanto, sua prevalência parece ser menor entre negros americanos latinos e não latinos do que entre brancos não latinos.

Desenvolvimento e Curso A

anorexia nervosa geralmente começa durante a adolescência ou a idade adulta jovem. Raramente começa antes da puberdade ou após os 40 anos, mas foram descritos casos de início precoce e tardio. O início desse transtorno é frequentemente associado a um evento estressante da vida, como sair de casa para a faculdade. O curso e o resultado da anorexia nervosa são altamente variáveis. Indivíduos mais jovens podem manifestar características atípicas, incluindo negar “medo de gordura”. Indivíduos mais velhos provavelmente têm uma duração mais longa da doença, e sua apresentação clínica pode incluir mais sinais e sintomas de transtorno de longa duração. Os médicos não devem excluir a anorexia nervosa do diagnóstico diferencial apenas com base na idade avançada.

Muitos indivíduos têm um período de mudança no comportamento alimentar antes de preencher todos os critérios para o transtorno. Alguns indivíduos com anorexia nervosa se recuperam completamente após um único episódio, com alguns exibindo um padrão flutuante de ganho de peso seguido de recaída, e outros experimentando um curso crônico ao longo de muitos anos. A hospitalização pode ser necessária para restaurar o peso e tratar de complicações médicas. A maioria dos indivíduos com anorexia nervosa apresenta remissão dentro de 5 anos após a apresentação. Entre os indivíduos internados em hospitais, as taxas gerais de remissão podem ser menores. A taxa bruta de mortalidade para anorexia nervosa é de aproximadamente 5% por década. A morte geralmente resulta de complicações médicas associadas ao próprio transtorno ou de suicídio.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Indivíduos que desenvolvem transtornos de ansiedade ou exibem traços obsessivos na infância têm risco aumentado de desenvolver anorexia nervosa.

Ambiental. A variabilidade histórica e transcultural na prevalência da anorexia nervosa apóia sua associação com culturas e ambientes em que a magreza é valorizada. Ocupações e ocupações que incentivam a magreza, como modelagem e atletismo de elite, também estão associadas ao aumento do risco.

Genética e fisiológica. Há um risco aumentado de anorexia nervosa e outros transtornos alimentares e psiquiátricos entre parentes biológicos de indivíduos com anorexia nervosa. Estudos de associação ampla do genoma começaram a identificar loci de risco específicos, incluindo loci associados a outros transtornos psiquiátricos e a características metabólicas, como resistência à insulina e perfil lipídico.

Uma série de anormalidades cerebrais, muitas sugerindo processamento anormal de recompensa, foi descrita na anorexia nervosa usando tecnologias de imagem funcional, como ressonância magnética funcional e tomografia por emissão de pósitrons. O grau em que esses achados refletem alterações associadas à desnutrição versus anormalidades primárias associadas ao transtorno não é claro.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura A

anorexia nervosa ocorre em populações cultural e socialmente diversas, embora as evidências disponíveis sugiram variação transcultural em sua ocorrência e apresentação. A apresentação de preocupações com o peso entre indivíduos com distúrbios alimentares e alimentares varia substancialmente entre os contextos culturais. A ausência de um medo intenso e expresso de ganho de peso, às vezes chamado de "fobia de gordura", parece ser relativamente mais comum em populações da Ásia, onde a justificativa para a restrição alimentar é comumente relacionada a uma queixa mais culturalmente sancionada, como desconforto gastrointestinal . A utilização de serviços de saúde mental nos Estados Unidos entre indivíduos com transtorno alimentar é significativamente menor entre grupos étnicos e raciais carentes.

Marcadores de diagnóstico

As seguintes anormalidades laboratoriais podem ser observadas na anorexia nervosa; sua presença pode servir para aumentar a confiança diagnóstica.

Hematologia. A leucopenia é comum, com perda de todos os tipos de células, mas geralmente com linfocitose aparente. Pode ocorrer anemia leve, bem como trombocitopenia e, raramente, problemas de sangramento.

Química do soro. A desidratação pode ser refletida por um nível elevado de nitrogênio ureico no sangue. A hipercolesterolemia é comum. Os níveis de enzimas hepáticas podem estar elevados. Hipomagnesemia, hipozincemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia são ocasionalmente observadas. O vômito autoinduzido pode levar a alcalose metabólica (bicarbonato sérico elevado), hipocloremia e hipocalemia; o abuso de laxantes pode causar uma leve acidose metabólica.

Endócrino. Os níveis séricos de tiroxina (T4) geralmente estão na faixa normal-baixa; os níveis de triiodotironina (T3) estão diminuídos, enquanto os níveis de T3 reverso estão elevados. As fêmeas têm baixos níveis séricos de estrogênio, enquanto os machos têm baixos níveis de testosterona sérica.

Eletrocardiografia. A bradicardia sinusal é comum e, raramente, arritmias são observadas. Significativo prolongamento do intervalo QTc é observado em alguns indivíduos.

Massa óssea. Baixa densidade mineral óssea, com áreas específicas de osteopenia ou osteoporose, é frequentemente observada. O risco de fratura é significativamente elevado.

Eletroencefalografia. Anormalidades difusas, refletindo uma encefalopatia metabólica, podem resultar de distúrbios hidroeletrolíticos significativos.

Gasto energético de repouso. Muitas vezes há uma redução significativa no gasto de energia em repouso.

Sinais e sintomas físicos. Muitos dos sinais e sintomas físicos da anorexia nervosa são atribuíveis à fome. A amenorreia está comumente presente e parece ser um indicador de disfunção fisiológica. Se presente, a amenorreia é geralmente uma consequência da perda de peso, mas em uma minoria de indivíduos pode preceder a perda de peso. Em mulheres pré-púberes, a menarca pode ser tardia. Além da amenorreia, podem ocorrer queixas de constipação, dor abdominal, intolerância ao frio, letargia e excesso de energia.

386

O achado mais notável no exame físico é a emaciação. Comumente, também há hipotensão significativa, hipotermia e bradicardia. Alguns indivíduos desenvolvem lanugem, um pelo fino e felpudo do corpo. Alguns desenvolvem edema periférico, especialmente durante a restauração do peso ou após a cessação do abuso de laxantes e diuréticos. Raramente, petéquias ou equimoses, geralmente nas extremidades, podem indicar diátese hemorrágica. Alguns indivíduos evidenciam um amarelecimento da pele associado à hipercarotenemia. Como pode ser observado em indivíduos com bulimia nervosa, indivíduos com anorexia nervosa que autoinduzem o vômito podem apresentar hipertrofia das glândulas salivares, particularmente das glândulas parótidas, bem como erosão do esmalte dentário. Alguns indivíduos podem ter cicatrizes ou calos na superfície dorsal da mão devido ao contato repetido com os dentes durante a indução do vômito.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas O risco de suicídio é elevado na anorexia nervosa, com taxas relatadas como 18 vezes maiores do que em um grupo de comparação pareado por idade e sexo. Uma revisão sistemática descobriu que o suicídio é a segunda principal causa de morte na anorexia nervosa. Outra revisão descobriu que um quarto a um terço dos indivíduos com anorexia nervosa têm ideação suicida e aproximadamente 9% a 25% dos indivíduos com anorexia nervosa tentaram suicídio. Prováveis contribuintes para o aumento do risco de suicídio em pessoas com transtornos alimentares incluem maior exposição ao abuso sexual; tomada de decisão prejudicada; altas taxas de automutilação não suicida, um conhecido fator de risco para tentativas de suicídio; e comorbidade com transtornos de humor.

Consequências Funcionais da Anorexia Nervosa Indivíduos com anorexia nervosa podem apresentar uma série de limitações funcionais associadas ao transtorno. Enquanto alguns indivíduos permanecem ativos no funcionamento social e profissional, outros demonstram isolamento social significativo e/ou incapacidade de cumprir o potencial acadêmico ou de carreira.

Diagnóstico Diferencial Além da consideração geral do diagnóstico diferencial para todos os casos, é especialmente importante considerar outras possíveis causas de peso corporal significativamente baixo ou perda de peso significativa quando as características apresentadas são atípicas (por exemplo, início após os 40 anos).

Condições médicas (por exemplo, doença gastrointestinal, hipertireoidismo, malignidades ocultas e síndrome da imunodeficiência adquirida [AIDS]).

A perda de peso grave pode ocorrer em condições médicas, mas os indivíduos com esses distúrbios geralmente também não manifestam um distúrbio na maneira como seu peso ou forma corporal é experimentado ou um medo intenso de ganho de peso ou persistem em comportamentos que interferem no ganho de peso adequado.

A perda de peso aguda associada a uma condição médica pode ocasionalmente ser seguida pelo início ou recorrência da anorexia nervosa, que pode inicialmente ser mascarada pela condição médica comórbida. Raramente, a anorexia nervosa se desenvolve após a cirurgia bariátrica.

Transtorno depressivo maior. No transtorno depressivo maior, pode ocorrer perda de peso grave, mas a maioria dos indivíduos com transtorno depressivo maior não tem desejo de perda excessiva de peso ou medo intenso de ganhar peso.

Esquizofrenia. Indivíduos com esquizofrenia podem apresentar comportamento alimentar estranho e, ocasionalmente, apresentar perda de peso significativa, mas raramente mostram o medo de ganhar peso e a perturbação da imagem corporal necessária para o diagnóstico de anorexia nervosa.

Transtornos por uso de substâncias. Indivíduos com transtornos por uso de substâncias podem apresentar baixo peso devido à má ingestão nutricional, mas geralmente não temem ganhar peso e não manifestam distúrbios na imagem corporal. Indivíduos que abusam de substâncias que reduzem o apetite (por exemplo, cocaína, estimulantes) e que também endossam o medo de ganhar peso devem ser cuidadosamente avaliados quanto à possibilidade de comorbidade com anorexia nervosa, uma vez que o uso da substância pode representar um comportamento persistente que interfere no ganho de peso. Critério B).

387

Transtorno de ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal. Algumas das características da anorexia nervosa se sobrepõem aos critérios para transtorno de ansiedade social, TOC e transtorno dismórfico corporal. Especificamente, os indivíduos podem se sentir humilhados ou envergonhados por serem vistos comendo em público, como no transtorno de ansiedade social; pode apresentar obsessões e compulsões relacionadas à alimentação, como no TOC; ou pode estar preocupado com um defeito imaginado na aparência corporal, como no transtorno dismórfico corporal. Se o indivíduo com anorexia nervosa tem medos sociais que se limitam apenas ao comportamento alimentar, o diagnóstico de transtorno de ansiedade social não deve ser feito, mas medos sociais não relacionados ao comportamento alimentar (por exemplo, medo excessivo de falar em público) podem justificar um diagnóstico adicional de transtorno de ansiedade social. Da mesma forma, um diagnóstico adicional de TOC deve ser considerado apenas se o indivíduo apresentar obsessões e compulsões não relacionadas à comida (p. forma e tamanho (por exemplo, preocupação de que o nariz é muito grande)).

Bulimia nervosa. Indivíduos com bulimia nervosa apresentam episódios recorrentes de compulsão alimentar, adotam comportamentos inadequados para evitar ganho de peso (p. No entanto, ao contrário dos indivíduos com anorexia nervosa, do tipo compulsão alimentar/purgação, os indivíduos com bulimia nervosa mantêm o peso corporal em ou acima de um nível minimamente normal.

Transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva. Indivíduos com esse transtorno podem apresentar perda de peso significativa ou deficiência nutricional significativa, mas não têm medo de ganhar peso ou engordar, nem têm um distúrbio na maneira como experimentam a forma e o peso do corpo.

Comorbidade

Transtornos bipolares, depressivos e de ansiedade comumente ocorrem concomitantemente com anorexia nervosa. Muitos

indivíduos com anorexia nervosa relatam a presença de um transtorno de ansiedade ou sintomas de ansiedade antes do início do transtorno alimentar. O TOC é descrito em alguns indivíduos com anorexia nervosa, especialmente aqueles com o tipo restritivo. Transtorno por uso de álcool e outros transtornos por uso de substâncias também podem ser comórbidos com anorexia nervosa, especialmente entre aqueles com compulsão alimentar/purgação.

Bulimia Nervosa

Critério de diagnóstico

F50.2

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelo seguinte: 1. Ingestão, em um período de tempo limitado (por exemplo, em qualquer período de 2 horas), uma quantidade de comida que é definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos comeria em um determinado período. período de tempo semelhante em circunstâncias semelhantes.
- 2. Uma sensação de falta de controle sobre a alimentação durante o episódio (por exemplo, uma sensação de que não se pode parar de comer ou controlar o que ou quanto se está comendo).
- B. Comportamentos compensatórios inadequados recorrentes para evitar ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício excessivo.
- C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana durante 3 meses.
- D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporal.
- E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

388

Especificar

se: **Em remissão parcial:** Depois que todos os critérios para bulimia nervosa foram preenchidos anteriormente, alguns, mas não todos, os critérios foram preenchidos por um período prolongado de tempo.

Em remissão completa: Após preencher os critérios completos para bulimia nervosa, nenhum dos critérios foi atendido por um período prolongado de tempo.

Especifique a gravidade atual:

O nível mínimo de gravidade é baseado na frequência de comportamentos compensatórios inadequados (veja abaixo). O nível de gravidade pode ser aumentado para refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

Leve: uma média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.

Moderado: uma média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.

Grave: uma média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.

Extremo: Uma média de 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.

Características diagnósticas

Existem três características essenciais da bulimia nervosa: episódios recorrentes de compulsão alimentar (Critério A), comportamentos compensatórios inadequados recorrentes para evitar ganho de peso (Critério B) e autoavaliação que é indevidamente influenciada pela forma e peso corporal (Critério D). Para se qualificar para o diagnóstico, a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados devem ocorrer, em média, pelo menos uma vez por semana durante 3 meses (Critério C).

Um “episódio de compulsão alimentar” é definido como a ingestão, em um período de tempo limitado, de uma quantidade de alimentos que é definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria em um período de tempo semelhante sob circunstâncias semelhantes (Critério A1). O contexto em que a alimentação ocorre pode afetar a estimativa do médico sobre se a ingestão é excessiva. Por exemplo, uma quantidade de comida que pode ser considerada excessiva para uma refeição típica pode ser considerada normal durante uma festa ou refeição de feriado. Um “período de tempo discreto” refere-se a um período limitado, geralmente inferior a 2 horas. Um único episódio de compulsão alimentar não precisa ser restrito a um cenário. Por exemplo, um indivíduo pode começar uma farra em um restaurante e depois continuar a comer ao voltar para casa.

Lanches contínuos em pequenas quantidades de comida ao longo do dia não seriam considerados uma compulsão alimentar.

A ocorrência de consumo excessivo de alimentos deve ser acompanhada de sensação de descontrole (Critério A2) para ser considerado um episódio de compulsão alimentar. Um indicador de perda de controle é a incapacidade de se abster de comer ou parar de comer uma vez iniciado. Alguns indivíduos descrevem uma qualidade dissociativa durante ou após os episódios de compulsão alimentar. O prejuízo no controle associado à compulsão alimentar pode não ser absoluto; por exemplo, um indivíduo pode continuar comendo compulsivamente enquanto o telefone está tocando, mas cessará se um colega de quarto ou cônjuge entrar inesperadamente no quarto. Alguns indivíduos relatam que seus episódios de compulsão alimentar não são mais caracterizados por uma sensação aguda de perda de controle, mas sim por um padrão mais generalizado de alimentação descontrolada.

Se os indivíduos relatarem que abandonaram os esforços para controlar sua alimentação, a perda de controle deve ser considerada como presente. A compulsão alimentar também pode ser planejada em alguns casos.

O tipo de alimento consumido durante as compulsões varia tanto entre indivíduos quanto para um determinado indivíduo. A compulsão alimentar parece ser caracterizada mais por uma anormalidade na quantidade de alimentos consumidos do que por um desejo por um nutriente específico. No entanto, durante as compulsões, os indivíduos tendem a comer alimentos que, de outra forma, evitariam.

Indivíduos com bulimia nervosa geralmente têm vergonha de seus problemas alimentares e tentam esconder seus sintomas. A compulsão alimentar geralmente ocorre em segredo ou tão discretamente quanto possível. A compulsão alimentar muitas vezes continua até que o indivíduo esteja desconfortavelmente, ou mesmo dolorosamente, cheio. O antecedente mais comum da compulsão alimentar é o afeto negativo.

que precipitaram o episódio em curto prazo, mas a autoavaliação negativa e a disforia muitas vezes são as consequências tardias.

Outra característica essencial da bulimia nervosa é o uso recorrente de comportamentos compensatórios inadequados para prevenir o ganho de peso (Critério B). Muitos indivíduos com bulimia nervosa empregam vários métodos para compensar a compulsão alimentar. O vômito autoinduzido, um tipo de comportamento purgativo, é o comportamento compensatório inapropriado mais comum. 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, e o indivíduo come compulsivamente para vomitar ou vomitará depois de comer uma pequena quantidade de comida. Indivíduos com bulimia nervosa podem usar uma variedade de métodos para induzir o vômito, incluindo o uso de dedos ou instrumentos para estimular o reflexo de vômito. Os indivíduos geralmente se tornam adeptos da indução do vômito e, eventualmente, são capazes de vomitar à vontade. Raramente, os indivíduos consomem xarope de ipeca para induzir o vômito. Outros comportamentos purgativos incluem o uso indevido de laxantes e diuréticos e, em casos raros, o uso indevido de enemas após episódios de compulsão alimentar, embora esse raramente seja o único método compensatório empregado. Vários métodos compensatórios além da purga também podem ser usados em casos raros. Alguns indivíduos podem tomar hormônio da tireóide na tentativa de evitar o ganho de peso. Indivíduos com diabetes mellitus e bulimia nervosa podem omitir ou reduzir as doses de insulina para reduzir o metabolismo dos alimentos consumidos durante a compulsão alimentar. Indivíduos com bulimia nervosa podem jejunar por um dia ou mais ou se exercitar excessivamente na tentativa de evitar o ganho de peso. O exercício pode ser considerado excessivo quando interfere significativamente em atividades importantes, quando ocorre em horários inadequados ou em ambientes inadequados, ou quando o indivíduo continua a se exercitar apesar de lesão ou outras complicações médicas.

Indivíduos com bulimia nervosa dão ênfase excessiva à forma ou peso corporal em sua autoavaliação, e esses fatores são tipicamente extremamente importantes para determinar a autoestima (Critério D). Indivíduos com esse transtorno podem se assemelhar muito àqueles com anorexia nervosa no medo de ganhar peso, no desejo de perder peso e no nível de insatisfação com seus corpos. Entretanto, um diagnóstico de bulimia nervosa não deve ser feito quando o distúrbio ocorre apenas durante episódios de anorexia nervosa (Critério E).

Recursos associados

Indivíduos com bulimia nervosa geralmente estão dentro da faixa de peso normal ou excesso de peso (índice de massa corporal [IMC] $\geq 18,5$ e < 30 em adultos). O distúrbio ocorre, mas é incomum entre indivíduos obesos. Entre as compulsões alimentares, os indivíduos com bulimia nervosa normalmente restringem seu consumo calórico total e selecionam preferencialmente alimentos de baixa caloria ("dieta"), evitando alimentos que eles percebem que engordam ou provavelmente desencadeiam uma compulsão.

A irregularidade menstrual ou amenorreia geralmente ocorre em mulheres com bulimia nervosa; é incerto se tais distúrbios estão relacionados a flutuações de peso, deficiências nutricionais ou sofrimento emocional. Os distúrbios de fluidos e eletrólitos resultantes do comportamento de purga às vezes são suficientemente graves para constituir problemas medicamente sérios. Complicações raras, mas potencialmente fatais, incluem lacerações esofágicas, ruptura gástrica e arritmias cardíacas.

Graves miopatias cardíacas e esqueléticas foram relatadas em indivíduos após o uso repetido de xarope de ipeca para induzir o vômito. Indivíduos que abusam cronicamente de laxantes podem se tornar dependentes de seu uso para estimular os movimentos intestinais. Os sintomas gastrointestinais são comumente associados à bulimia nervosa, e o prolapsus retal também foi relatado entre

indivíduos com este transtorno.

Prevalência

De acordo com dois estudos epidemiológicos norte-americanos conduzidos em amostras de adultos da comunidade, a prevalência de 12 meses de bulimia nervosa varia de 0,14% a 0,3%, com valores muito maiores

390

em mulheres do que em homens (0,22% a 0,5% em mulheres; 0,05% a 0,1% em homens), e a prevalência ao longo da vida varia de 0,28% a 1,0% (0,46% a 1,5% em mulheres; 0,05% a 0,08% em homens). Em um estudo com adolescentes de 13 a 18 anos, as taxas de prevalência ao longo da vida foram de 1,3% e 0,5% em meninas e meninos, respectivamente.

Nos Estados Unidos, a prevalência de bulimia nervosa é semelhante entre os grupos etnoraciais norte-americanos. A prevalência relatada de bulimia nervosa é maior em populações que residem em países industrializados de alta renda, como Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e muitos países europeus; na maioria desses países, a prevalência de bulimia nervosa é aproximadamente comparável.

A prevalência de bulimia nervosa em algumas regiões da América Latina e Oriente Médio é semelhante à prevalência na maioria dos países de alta renda. A prevalência da bulimia nervosa parece estar aumentando gradualmente em muitos países de baixa e média renda.

Desenvolvimento e Curso A bulimia

nervosa geralmente começa na adolescência ou no início da idade adulta. O início antes da puberdade ou após os 40 anos é incomum. A compulsão alimentar frequentemente começa durante ou após um episódio de dieta para perder peso. Experimentar vários eventos estressantes da vida também pode precipitar o início da bulimia nervosa.

O comportamento alimentar perturbado persiste por pelo menos vários anos em uma alta porcentagem de amostras clínicas. O curso pode ser crônico ou intermitente, com períodos de remissão alternados com recorrências de compulsão alimentar. No entanto, durante o acompanhamento de longo prazo, os sintomas de muitos indivíduos parecem diminuir com ou sem tratamento, embora o tratamento claramente afete o resultado. Períodos de remissão superiores a 1 ano estão associados a melhores resultados a longo prazo.

Risco significativamente elevado de mortalidade (por todas as causas e suicídio) foi relatado para indivíduos com bulimia nervosa. A taxa bruta de mortalidade (razão do número de mortes durante o ano para a população média naquele ano) por bulimia nervosa é de quase 2% por década.

O cruzamento diagnóstico da bulimia nervosa inicial para a anorexia nervosa ocorre em uma minoria de casos (10%-15%). Indivíduos que experimentam crossover para anorexia nervosa geralmente reverterão para bulimia nervosa ou terão múltiplas ocorrências de crossovers entre esses transtornos. Um subconjunto de indivíduos com bulimia nervosa continua a comer compulsivamente, mas não se envolve mais em comportamentos compensatórios inadequados e, portanto, seus sintomas atendem aos critérios para transtorno de compulsão alimentar ou outro transtorno alimentar especificado. O diagnóstico deve ser baseado na apresentação clínica atual (ou seja, nos últimos 3 meses).

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Preocupações com o peso, baixa autoestima, sintomas depressivos, transtorno de ansiedade social,

e transtorno de ansiedade generalizada na infância estão associados a um risco aumentado para o desenvolvimento de bulimia nervosa.

Ambiental. Descobriu-se que a internalização de um ideal de corpo magro aumenta o risco de desenvolver preocupações com o peso, o que, por sua vez, aumenta o risco de desenvolvimento de bulimia nervosa. Indivíduos que sofreram abuso sexual ou físico na infância estão em maior risco de desenvolver bulimia nervosa.

Genética e fisiológica. A obesidade infantil e a maturação puberal precoce aumentam o risco de bulimia nervosa. A transmissão familiar da bulimia nervosa pode estar presente, bem como vulnerabilidades genéticas para o transtorno.

Modificadores de curso. A gravidade da comorbidade psiquiátrica prediz pior resultado a longo prazo da bulimia nervosa.

391

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Embora os dados mostrem que a prevalência de bulimia nervosa na comunidade não difere significativamente entre os grupos étnico-raciais dos EUA, a utilização do tratamento para bulimia nervosa é menor entre os grupos étnicos e raciais dos EUA carentes do que entre a população branca não latina.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero A

bulimia nervosa é muito mais comum em meninas e mulheres do que em meninos e homens. Meninos e homens estão especialmente sub-representados nas amostras de busca de tratamento, por razões que ainda não foram examinadas sistematicamente.

Marcadores de diagnóstico

Atualmente não existe nenhum teste diagnóstico específico para bulimia nervosa. No entanto, várias anormalidades laboratoriais podem ocorrer como consequência da purgação e podem aumentar a certeza diagnóstica. Estes incluem anormalidades de fluidos e eletrólitos, como hipocalemia (que pode provocar arritmias cardíacas), hipocloremia e hiponatremia. A perda de ácido gástrico através do vômito pode produzir uma alcalose metabólica (bicarbonato sérico elevado), e a indução frequente de diarreia ou desidratação por abuso de laxantes e diuréticos pode causar acidose metabólica. Alguns indivíduos com bulimia nervosa apresentam níveis levemente elevados de amilase sérica, provavelmente refletindo um aumento na isoenzima salivar.

O exame físico geralmente não produz achados físicos. No entanto, a inspeção da boca pode revelar perda significativa e permanente de esmalte dentário, especialmente nas superfícies linguais dos dentes anteriores devido a vômitos recorrentes. Esses dentes podem ficar lascados e parecer irregulares e “comidos por traças”. Também pode haver um aumento da frequência de cáries dentárias. Em alguns indivíduos, as glândulas salivares, particularmente as glândulas parótidas, podem tornar-se notavelmente aumentadas. Indivíduos que induzem o vômito estimulando manualmente o reflexo de vômito podem desenvolver calos ou cicatrizes na superfície dorsal da mão devido ao contato repetido com os dentes. Graves miopatias cardíacas e esqueléticas foram relatadas em indivíduos após o uso repetido de xarope de ipeca para induzir o vômito.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

O risco de suicídio é elevado na bulimia nervosa. Uma revisão descobriu que aproximadamente um quarto a um terço dos indivíduos com bulimia nervosa tiveram ideação suicida e uma proporção semelhante tentou suicídio.

Consequências funcionais da bulimia nervosa

Indivíduos com bulimia nervosa podem apresentar uma série de limitações funcionais associadas ao transtorno e reduzir a qualidade de vida relacionada à saúde. Uma minoria de indivíduos relata comprometimento grave do papel, com o domínio da vida social mais provavelmente afetado pela bulimia nervosa.

Diagnóstico diferencial

Anorexia nervosa, tipo compulsão alimentar/purga. Indivíduos cujo comportamento de compulsão alimentar ocorre apenas durante episódios de anorexia nervosa recebem o diagnóstico de anorexia nervosa, tipo compulsão alimentar/purgação, e não devem receber o diagnóstico adicional de bulimia nervosa. Para indivíduos com diagnóstico inicial de anorexia nervosa que se alimentam compulsivamente e purgam, mas cuja apresentação não atende mais aos critérios completos para anorexia nervosa, tipo compulsão alimentar/purga (p. quando todos os critérios para bulimia nervosa foram preenchidos por pelo menos 3 meses).

392

Transtorno de compulsão alimentar. Alguns indivíduos comem compulsivamente, mas não se envolvem em comportamentos compensatórios inadequados regulares. Nesses casos, o diagnóstico de transtorno da compulsão alimentar periódica deve ser considerado.

Síndrome de Kleine-Levin. Em certas condições neurológicas ou outras condições médicas, como a síndrome de Kleine-Levin, há comportamento alimentar perturbado, mas as características psicológicas características da bulimia nervosa, como preocupação excessiva com a forma e o peso do corpo, não estão presentes.

Transtorno depressivo maior, com características atípicas Comer em excesso é comum no transtorno depressivo maior, com características atípicas, mas os indivíduos com esse transtorno não se envolvem em comportamentos compensatórios inadequados e não exibem a preocupação excessiva com a forma e o peso corporal característicos da bulimia nervosa. Se os critérios para ambos os distúrbios forem atendidos, ambos os diagnósticos devem ser dados.

Transtorno de personalidade limítrofe O comportamento de compulsão alimentar está incluído no critério de comportamento impulsivo que faz parte da definição de transtorno de personalidade limítrofe. Se os critérios para transtorno de personalidade limítrofe e bulimia nervosa forem atendidos, ambos os diagnósticos devem ser dados.

Comorbidade A

comorbidade com transtornos mentais é comum em indivíduos com bulimia nervosa, com a maioria apresentando pelo menos um outro transtorno mental e muitos apresentando múltiplas comorbidades. A comorbidade não se limita a nenhum subconjunto específico, mas ocorre em uma ampla gama de transtornos mentais. Há uma frequência aumentada de sintomas depressivos (por exemplo, baixa auto-estima) e transtornos bipolares e depressivos (particularmente transtornos depressivos) em indivíduos com

bulimia nervosa. Em muitos indivíduos, o distúrbio do humor começa ao mesmo tempo ou após o desenvolvimento da bulimia nervosa, e os indivíduos frequentemente atribuem seus distúrbios do humor à bulimia nervosa. No entanto, em alguns indivíduos, a perturbação do humor precede claramente o desenvolvimento da bulimia nervosa. Também pode haver um aumento da frequência de sintomas de ansiedade (por exemplo, medo de situações sociais) ou transtornos de ansiedade. Esses distúrbios de humor e ansiedade freqüentemente desaparecem após o tratamento eficaz da bulimia nervosa. A prevalência ao longo da vida de transtorno por uso de substâncias, particularmente transtorno por uso de álcool ou transtorno por uso de estimulantes, é de pelo menos 30% entre indivíduos com bulimia nervosa. O uso de estimulantes geralmente começa na tentativa de controlar o apetite e o peso. Uma porcentagem substancial de indivíduos com bulimia nervosa também tem características de personalidade que atendem aos critérios para um ou mais transtornos de personalidade, mais frequentemente transtorno de personalidade límitrofe.

Transtorno de compulsão alimentar

Critério de diagnóstico

F50.81

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelo seguinte: 1. Ingestão, em um período de tempo limitado (por exemplo, em qualquer período de 2 horas), uma quantidade de comida que é definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria em um período de tempo semelhante em circunstâncias semelhantes.
 - 2. Uma sensação de falta de controle sobre a alimentação durante o episódio (por exemplo, uma sensação de que não se pode parar de comer ou controlar o que ou quanto se está comendo).
- B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes:
 - 1. Comer muito mais rápido do que o normal.
 - 2. Comer até sentir-se desconfortavelmente cheio.
 - 3. Comer grandes quantidades de comida quando não está com fome física.
 - 4. Comer sozinho por se sentir constrangido com o quanto está comendo.
 - 5. Sentir-se desgostoso consigo mesmo, deprimido ou muito culpado depois.
- C. Angústia marcada em relação à compulsão alimentar está presente.
- D. A compulsão alimentar ocorre, em média, pelo menos uma vez por semana durante 3 meses.
- E. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inadequado como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso da bulimia nervosa ou anorexia nervosa.

Especifique

se: **Em remissão parcial:** Depois que todos os critérios para transtorno de compulsão alimentar foram preenchidos anteriormente, a compulsão alimentar ocorre em uma frequência média de menos de um episódio por

semana por um período prolongado de tempo.

Em remissão completa: Depois que todos os critérios para transtorno de compulsão alimentar foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios foi atendido por um período prolongado de tempo.

Especifique a gravidade atual: O

nível mínimo de gravidade é baseado na frequência dos episódios de compulsão alimentar (veja abaixo). O nível de gravidade pode ser aumentado para refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

Leve: 1-3 episódios de compulsão alimentar por semana.

Moderado: 4 a 7 episódios de compulsão alimentar por semana.

Grave: 8 a 13 episódios de compulsão alimentar por semana.

Extremo: 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de compulsão alimentar periódica são episódios recorrentes de compulsão alimentar que devem ocorrer, em média, pelo menos uma vez por semana durante 3 meses (Critério D). Um “episódio de compulsão alimentar periódica” é definido como a ingestão, em um período de tempo limitado, de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período de tempo semelhante sob circunstâncias semelhantes (Critério A1). O contexto em que a alimentação ocorre pode afetar a estimativa do médico sobre se a ingestão é excessiva. Por exemplo, uma quantidade de comida que pode ser considerada excessiva para uma refeição típica pode ser considerada normal durante uma festa ou refeição de feriado. Um “período de tempo discreto” refere-se a um período limitado, geralmente inferior a 2 horas. Um único episódio de compulsão alimentar não precisa ser restrito a um cenário. Por exemplo, um indivíduo pode começar uma farra em um restaurante e depois continuar a comer ao voltar para casa. Lanches contínuos em pequenas quantidades de comida ao longo do dia não seriam considerados uma compulsão alimentar.

A ocorrência de consumo excessivo de alimentos deve ser acompanhada de sensação de descontrole (Critério A2) para ser considerado um episódio de compulsão alimentar. Um indicador de perda de controle é a incapacidade de se abster de comer ou parar de comer uma vez iniciado. Alguns indivíduos descrevem uma qualidade dissociativa durante ou após os episódios de compulsão alimentar. O prejuízo no controle associado à compulsão alimentar pode não ser absoluto; por exemplo, um indivíduo pode continuar comendo compulsivamente enquanto o telefone está tocando, mas cessará se um colega de quarto ou cônjuge entrar inesperadamente no quarto. Alguns indivíduos relatam que seus episódios de compulsão alimentar não são mais caracterizados por uma sensação aguda de perda de controle, mas sim por um padrão mais generalizado de alimentação descontrolada.

Se os indivíduos relatam que abandonaram os esforços para controlar sua alimentação, a perda de controle ainda pode ser considerada presente. A compulsão alimentar também pode ser planejada em alguns casos.

O tipo de alimento consumido durante as compulsões varia tanto entre indivíduos quanto para um determinado indivíduo. A compulsão alimentar parece ser caracterizada mais por uma anormalidade na quantidade de alimentos consumidos do que por um desejo por um nutriente específico.

cheio; comer grandes quantidades de comida quando não está com fome física; comer sozinho por se sentir constrangido com o quanto está comendo; e sentir-se desgostoso consigo mesmo, deprimido ou muito culpado depois (Critério B).

Indivíduos com transtorno de compulsão alimentar geralmente têm vergonha de seus problemas alimentares e tentam esconder seus sintomas. A compulsão alimentar geralmente ocorre em segredo ou tão discretamente quanto possível. O antecedente mais comum da compulsão alimentar é o afeto negativo. Outros gatilhos incluem estressores interpessoais; restrição alimentar; sentimentos negativos relacionados ao peso corporal, forma corporal e alimentação; e tédio. A compulsão alimentar pode minimizar ou atenuar os fatores que precipitaram o episódio em curto prazo, mas a autoavaliação negativa e a disforia muitas vezes são as consequências tardias.

Recursos associados

O transtorno da compulsão alimentar periódica ocorre em indivíduos com peso normal/sobrepeso e obesos. Está associado de forma confiável ao sobrepeso e à obesidade em indivíduos que procuram tratamento. No entanto, o transtorno da compulsão alimentar periódica é distinto da obesidade. A maioria dos indivíduos obesos não se envolve em compulsão alimentar recorrente. Além disso, em comparação com indivíduos obesos com peso pareado sem transtorno de compulsão alimentar periódica, aqueles com o transtorno consomem mais calorias em estudos laboratoriais de comportamento alimentar e apresentam maior comprometimento funcional, menor qualidade de vida, mais sofrimento subjetivo e maior comorbidade psiquiátrica.

Prevalência

De acordo com dois estudos epidemiológicos dos EUA realizados em amostras comunitárias, a prevalência de 12 meses de transtorno de compulsão alimentar periódica varia de 0,44% a 1,2%, com taxas duas a três vezes maiores em mulheres do que em homens (0,6% a 1,6% em mulheres; 0,26% a 0,8% em homens), e a prevalência ao longo da vida varia de 0,85% a 2,8% (1,25% a 3,5% em mulheres; 0,42% a 2,0% em homens).

Nos Estados Unidos, a prevalência do transtorno da compulsão alimentar periódica parece comparável entre os grupos etnoraciais.

O transtorno da compulsão alimentar periódica tem prevalência aproximadamente semelhante na maioria dos países industrializados de alta renda, incluindo Estados Unidos, Canadá, muitos países europeus, Austrália e Nova Zelândia, com prevalência de 12 meses em países de alta renda variando de 0,1% a 1,2 %. Embora haja menos dados disponíveis de populações de países de baixa e média renda, a prevalência do transtorno da compulsão alimentar periódica em algumas regiões da América Latina parece ser pelo menos tão alta quanto nos Estados Unidos e na Europa. Os mexicanos-americanos nos Estados Unidos têm uma prevalência maior de transtorno da compulsão alimentar periódica do que os mexicanos.

Desenvolvimento e Curso Pouco se

sabe sobre o desenvolvimento do transtorno da compulsão alimentar periódica. Tanto a compulsão alimentar quanto a perda de controle da alimentação sem consumo objetivamente excessivo ocorrem em crianças e estão associadas ao aumento da gordura corporal, ganho de peso e aumento dos sintomas psicológicos. A compulsão alimentar é comum em amostras de adolescentes e universitários. A perda de controle alimentar ou a compulsão alimentar episódica podem representar uma fase prodrómica dos transtornos alimentares para alguns indivíduos.

A dieta segue o desenvolvimento da compulsão alimentar em muitos indivíduos com transtorno de compulsão alimentar periódica. (Isso contrasta com a bulimia nervosa, na qual a dieta disfuncional geralmente precede

o início da compulsão alimentar). Indivíduos com transtorno de compulsão alimentar periódica que procuram tratamento geralmente são mais velhos do que indivíduos com bulimia nervosa ou anorexia nervosa que procuram tratamento.

395

As taxas de remissão tanto no curso natural quanto nos estudos de resultado do tratamento são maiores para o transtorno da compulsão alimentar periódica do que para a bulimia nervosa ou anorexia nervosa. O curso do transtorno da compulsão alimentar periódica é variável e ainda não completamente compreendido, com pelo menos alguns indivíduos afetados apresentando uma trajetória de sintomas relativamente persistente, às vezes recorrente e remitente, comparável à da bulimia nervosa em termos de gravidade e duração. O cruzamento do transtorno da compulsão alimentar periódica para outros transtornos alimentares é incomum.

Fatores de Risco e Prognósticos Genéticos

e fisiológicos. O transtorno da compulsão alimentar periódica parece ocorrer em famílias, o que pode refletir influências genéticas aditivas.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

As apresentações clínicas do transtorno de compulsão alimentar periódica diferem entre os grupos etnoraciais nos Estados Unidos. Indivíduos negros podem relatar menos sintomas de angústia associados à compulsão alimentar e apresentar-se para tratamento com maior frequência de compulsão alimentar em comparação com indivíduos brancos.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

A ideação suicida ocorre em aproximadamente 25% dos indivíduos com transtorno de compulsão alimentar periódica.

Consequências Funcionais do Transtorno da Compulsão Alimentar Compulsiva

O transtorno da compulsão alimentar periódica está associado a uma série de consequências funcionais, incluindo problemas de ajuste do papel social, qualidade de vida e satisfação com a vida prejudicada, aumento da morbidade e mortalidade médica e aumento associado da utilização de cuidados de saúde em comparação com o índice de massa corporal (IMC)-controle pareado. Também pode estar associado a um risco aumentado de ganho de peso e desenvolvimento de obesidade.

Diagnóstico diferencial

Bulimia nervosa. O transtorno da compulsão alimentar periódica tem a compulsão alimentar recorrente em comum com a bulimia nervosa, mas difere do último transtorno em alguns aspectos fundamentais. Em termos de apresentação clínica, o comportamento compensatório inapropriado recorrente (p. ex., purgação, exercício dirigido) observado na bulimia nervosa está ausente no transtorno de compulsão alimentar periódica. Ao contrário dos indivíduos com bulimia nervosa, os indivíduos com transtorno de compulsão alimentar geralmente não apresentam restrição alimentar acentuada ou sustentada projetada para influenciar o peso corporal e a forma entre os episódios de compulsão alimentar.

Eles podem, no entanto, relatar tentativas frequentes de fazer dieta. O transtorno de compulsão alimentar também difere da bulimia nervosa em termos de resposta ao tratamento. As taxas de melhoria são consistentemente mais altas

entre os indivíduos com transtorno da compulsão alimentar periódica do que entre aqueles com bulimia nervosa.

Obesidade. O transtorno da compulsão alimentar periódica está associado ao sobrepeso e à obesidade, mas tem várias características-chave que são distintas da obesidade. Primeiro, os níveis de supervalorização do peso e da forma corporal são maiores em indivíduos obesos com o transtorno do que naqueles sem o transtorno. Em segundo lugar, as taxas de comorbidade psiquiátrica são significativamente maiores entre indivíduos obesos com o transtorno em comparação com aqueles sem o transtorno. Terceiro, o resultado dos tratamentos psicológicos baseados em evidências para o transtorno da compulsão alimentar periódica é mais frequentemente bem-sucedido do que o tratamento da obesidade em indivíduos com obesidade comórbida e transtorno da compulsão alimentar periódica.

Transtornos bipolares e depressivos. Aumentos no apetite e ganho de peso estão incluídos nos critérios para episódio depressivo maior e nos especificadores de características atípicas para

396

transtornos depressivos e bipolares. O aumento da ingestão de alimentos no contexto de um episódio depressivo maior pode ou não estar associado à perda de controle. Se todos os critérios para ambos os distúrbios forem atendidos, ambos os diagnósticos podem ser dados. A compulsão alimentar e outros sintomas de alimentação desordenada são observados em associação com o transtorno bipolar. Se os critérios completos para ambos os distúrbios forem atendidos, ambos os diagnósticos devem ser fornecidos.

Transtorno de personalidade limítrofe. A compulsão alimentar está incluída no critério de comportamento impulsivo que faz parte da definição de transtorno de personalidade limítrofe. Se os critérios completos para ambos os distúrbios forem atendidos, ambos os diagnósticos devem ser fornecidos.

Comorbidade O

transtorno da compulsão alimentar periódica está associado a uma comorbidade psiquiátrica significativa, comparável à bulimia nervosa e à anorexia nervosa. Os transtornos comórbidos mais comuns são o transtorno depressivo maior e o transtorno por uso de álcool. A comorbidade psiquiátrica está ligada à gravidade da compulsão alimentar e não ao grau de obesidade.

Outros Transtornos Alimentares ou Alimentares Especificados

F50,89

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno alimentar e alimentar que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na alimentação e na alimentação. aula diagnóstica de transtornos alimentares. A outra categoria especificada de alimentação ou transtorno alimentar é usada em situações em que o clínico opta por comunicar o motivo específico de que a apresentação não atende aos critérios para qualquer transtorno alimentar e alimentar específico. Isso é feito registrando “outro transtorno alimentar ou alimentar especificado” seguido do motivo específico (por exemplo, “bulimia nervosa de baixa frequência”).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação “outros especificados” incluem o seguinte:

- 1. Anorexia nervosa atípica:** Todos os critérios para anorexia nervosa são atendidos, exceto que, apesar da perda de peso significativa, o peso do indivíduo está dentro ou acima da faixa normal. Indivíduos com anorexia nervosa atípica podem experimentar muitas das complicações fisiológicas associadas à anorexia.
- 2. Bulimia nervosa (de baixa frequência e/ou duração limitada):** Todos os critérios para bulimia nervosa são atendidos, exceto que a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, menos de uma vez por semana e/ou por menos de 3 meses.
- 3. Transtorno da compulsão alimentar periódica (de baixa frequência e/ou duração limitada):** Todos os critérios para transtorno da compulsão alimentar periódica são atendidos, exceto que a compulsão alimentar ocorre, em média, menos de uma vez por semana e/ou por menos de 3 meses.
- 4. Distúrbio purgativo:** Comportamento purgativo recorrente para influenciar o peso ou a forma (p. ex., vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos) na ausência de compulsão alimentar.
- 5. Síndrome da alimentação noturna:** Episódios recorrentes de alimentação noturna, manifestados pela alimentação após o despertar do sono ou pelo consumo excessivo de alimentos após a refeição noturna. Há consciência e recordação do ato de comer. A alimentação noturna não é melhor explicada por influências externas como mudanças no ciclo sono-vigília do indivíduo ou por normas sociais locais. A alimentação noturna causa sofrimento significativo e/ou prejuízo no funcionamento. O padrão desordenado de alimentação não é melhor explicado pelo transtorno da compulsão alimentar periódica ou outro transtorno mental, incluindo o uso de substâncias, e não é atribuível a outra condição médica ou a um efeito de medicação.

397

Alimentação não especificada ou transtorno alimentar

F50.9

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno alimentar e alimentar que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na alimentação e na alimentação. aula diagnóstica de transtornos alimentares. A categoria de alimentação não especificada ou transtorno alimentar é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno alimentar e alimentar específico e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico ex., em ambientes de emergência).

398

Distúrbios de Eliminação

Todos os **distúrbios de eliminação** envolvem a eliminação inadequada de urina ou fezes e geralmente são diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência. Este grupo de distúrbios inclui **enurese**, a micção repetida de urina em locais inadequados, e **encoprese**, a passagem repetida de fezes em locais inadequados. Os subtipos são fornecidos para diferenciar a micção noturna da diurna (ou seja, durante as horas de vigília) para enurese e a presença ou ausência de constipação e incontinência por transbordamento para encoprese. Embora existam requisitos mínimos de idade para o diagnóstico de ambos os transtornos, estes são baseados na idade de desenvolvimento e não apenas na idade cronológica. Ambos os distúrbios podem ser voluntários ou involuntários. Embora esses distúrbios geralmente ocorram separadamente, a co-ocorrência também pode ser observada.

Enurese

Critério de diagnóstico

F98.0

- A. Esvaziamento repetido de urina na cama ou na roupa, involuntário ou intencional.
- B. O comportamento é clinicamente significativo, manifestado por uma frequência de pelo menos 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 do funcionamento.
- C. A idade cronológica é de pelo menos 5 anos (ou nível de desenvolvimento equivalente).
- D. O comportamento não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, um diurético, um medicamento antipsicótico) ou outra condição médica (por exemplo, diabetes, espinha bífida, distúrbio convulsivo).

Especificar se:

Apenas noturno: Passagem de urina apenas durante o sono noturno.

Apenas diurno: Passagem de urina durante as horas de vigília.

Noturno e diurno: Uma combinação dos dois subtipos acima.

Subtipos O

subtipo de enurese somente noturna, às vezes referido como *enurese monossintomática*, é o subtipo mais comum e envolve incontinência apenas durante o sono noturno, geralmente durante o primeiro terço da noite. O subtipo apenas diurno ocorre na ausência de enurese noturna e pode ser referido simplesmente como *incontinência urinária*. Indivíduos com este

subtipo pode ser dividido em dois grupos. Indivíduos com “incontinência de urgência” apresentam sintomas de urgência súbito e instabilidade do detrusor, enquanto indivíduos com “adiamento miccional” adiam conscientemente os impulsos de micção até que a incontinência resulte. O subtipo noturno e diurno também é conhecido como *enurese não monossintomática*.

400

Características diagnósticas

A característica essencial da enurese é a micção repetida durante o dia ou à noite na cama ou na roupa (Critério A). Na maioria das vezes, o esvaziamento é involuntário, mas ocasionalmente pode ser intencional. Para se qualificar para um diagnóstico de enurese, a micção deve ocorrer pelo menos duas vezes por semana durante pelo menos 3 meses consecutivos ou deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico (ocupacional) ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério B). O indivíduo deve ter atingido uma idade na qual a continência é esperada (ou seja, uma idade cronológica de pelo menos 5 anos ou, para crianças com atrasos no desenvolvimento, uma idade mental de pelo menos 5 anos) (Critério C). A incontinência urinária não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. , um distúrbio convulsivo) (Critério D).

Recursos associados

Durante a enurese noturna, ocasionalmente a micção ocorre durante o sono de movimento rápido dos olhos (REM), e a criança pode se lembrar de um sonho que envolveu o ato de urinar. Durante a enurese diurna (diurna), a criança adia a micção até que a incontinência ocorra, às vezes devido à relutância em usar o banheiro como resultado de ansiedade social ou preocupação com a escola ou atividades lúdicas. Os eventos enuréticos ocorrem mais comumente no início da tarde em dias letivos ou após o retorno da escola. Crianças com problemas de funcionamento executivo e outros problemas neurológicos que podem estar associados a sintomas de comportamento disruptivo podem ter alto risco de incontinência urinária sem consciência sensorial. Não é incomum que crianças com incontinência urinária diurna e o subtipo noturno e diurno de enurese tenham persistência da incontinência após o tratamento adequado de uma infecção associada.

Prevalência

A prevalência de incontinência diurna varia de 3,2% a 9,0% em crianças de 7 anos, de 1,1% a 4,2% em jovens de 11 a 13 anos e de 1,2% a 3,0% em adolescentes de 15 a 17 anos.

A prevalência de enurese noturna na comunidade diminui com a idade; em vários contextos geográficos, incluindo Estados Unidos, Holanda e Hong Kong, o intervalo é de cerca de 5% a 10% entre crianças de 5 anos, 3% a 5% entre crianças de 10 anos e cerca de 1% entre indivíduos com 15 anos ou mais. Meninos e membros de grupos socialmente oprimidos podem ter maior prevalência como encontrado em crianças afro-americanas nos Estados Unidos e crianças turcas ou marroquinas na Holanda. O transtorno também pode ter maior prevalência em jovens com dificuldades de aprendizagem ou transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.

Desenvolvimento e Curso A

enurese pode seguir dois cursos: um tipo “primário”, no qual o indivíduo nunca estabeleceu a continência urinária, e um tipo “secundário”, no qual o distúrbio se desenvolve após um período de continência urinária estabelecida. Não há diferenças na prevalência de transtornos mentais comórbidos entre os dois tipos. Por definição, a enurese primária começa aos 5 anos de idade. A época mais comum para o início da enurese secundária é entre 5 e 8 anos, mas pode ocorrer a qualquer momento. Após os 5 anos de idade, a taxa de remissão espontânea é de 5% a 10% ao ano. A maioria das crianças com o transtorno torna-se contínente na adolescência, mas em aproximadamente 1% dos casos o transtorno continua na idade adulta. A enurese diurna é incomum após os 9 anos de idade. Embora a incontinência diurna ocasional não seja incomum na segunda infância, é substancialmente mais comum naqueles que também têm outros problemas de saúde mental concomitantes, incluindo problemas cognitivos e comportamentais. Quando a enurese persiste até o final da infância ou adolescência, a incontinência pode se resolver, mas a frequência urinária geralmente persists e a incontinência pode recorrer mais tarde na idade adulta em mulheres.

401

Fatores de risco e prognóstico Vários

fatores predisponentes para disfunção da bexiga foram sugeridos, incluindo atrasos no desenvolvimento e problemas neuropsiquiátricos.

Ambiental. Fatores reconhecidos como associados à disfunção da bexiga incluem atraso no uso do banheiro e estresse psicossocial.

Genética e fisiológica. A enurese noturna tem sido associada a uma incompatibilidade entre a produção de urina noturna, a capacidade de armazenamento da bexiga noturna e a capacidade de despertar do sono. Subjacente a esses mecanismos estão possivelmente distúrbios do processamento de sinais do sistema nervoso central e da rede de modo padrão. Os limiares de excitação aumentados não significam, entretanto, que essas crianças durmam bem; na verdade, a qualidade do sono de crianças enuréticas é muitas vezes ruim. A enurese noturna é uma doença geneticamente heterogênea. A hereditariedade foi demonstrada em análises de família, gêmeos e segregação. O risco de enurese noturna infantil é aproximadamente 3,6 vezes maior em filhos de mães enuréticas e 10,1 vezes maior na presença de incontinência urinária paterna. As magnitudes de risco para enurese noturna e incontinência diurna são semelhantes.

Problemas de diagnóstico relacionados à

cultura A enurese foi relatada em vários países europeus, africanos e asiáticos, bem como nos Estados Unidos. Em nível nacional, as taxas de prevalência são notavelmente semelhantes, e há grande semelhança nas trajetórias de desenvolvimento encontradas em diferentes países. Pesquisas locais baseadas em escolas, no entanto, mostram ampla variação de prevalência de enurese noturna em ambientes na África, Sul da Ásia, Europa e Caribe (4%–50%), pelo menos em parte devido à variação metodológica. As taxas muito altas de enurese em orfanatos e outras instituições residenciais não são explicadas pelo modo ou tempo precoce do treinamento esfincteriano.

Os contextos culturais afetam tanto o diagnóstico quanto a etiologia percebida da enurese. Por exemplo, a medicina tradicional chinesa atribui a enurese ao yang do rim de longo prazo (肾阳虚).

energia) deficiência. O aumento do impacto sobre os pais da enurese infantil foi relatado em sociedades com limitações econômicas na obtenção de cuidados para a criança ou no contexto de políticas sociais que restringem o número de filhos (por exemplo, a política do filho único da China), possivelmente levando a um maior risco de distúrbios emocionais dos pais.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero A

enurese noturna é mais comum em homens do que em mulheres (quase 2:1). Essa preponderância masculina é particularmente verdadeira em faixas etárias mais jovens, casos com gravidade mais leve e casos envolvendo enurese ocorrendo apenas à noite. Infecções do trato urinário são frequentemente associadas à enurese diurna, especialmente em mulheres. A incontinência diurna é mais comum em mulheres do que em homens, e a proporção aumenta com a idade. O risco relativo de ter um filho que desenvolve enurese é maior para pais previamente enuréticos do que para mães previamente enuréticas.

Consequências funcionais da enurese A quantidade

de deficiência associada à enurese é uma função da limitação das atividades sociais da criança (por exemplo, inelegibilidade para dormir em acampamento) ou seu efeito sobre a autoestima da criança, o grau de ostracismo social por parte dos colegas, e a raiva, punição e rejeição por parte dos cuidadores.

Diagnóstico Diferencial Bexiga

neurogênica ou outra condição médica.

O diagnóstico de enurese não é feito na presença de bexiga neurogênica ou qualquer outra condição estrutural (como válvula uretral posterior ou ureter ectópico) ou outra condição médica que cause poliúria ou

402

urgência (por exemplo, diabetes mellitus não tratado ou diabetes insípido) ou durante uma infecção aguda do trato urinário. No entanto, um diagnóstico é compatível com tais condições médicas se a incontinência urinária estiver presente regularmente antes do desenvolvimento de outra condição médica ou se persistir após a instituição do tratamento adequado da condição médica.

Efeitos colaterais da medicação. A enurese pode ocorrer durante o tratamento com medicamentos antipsicóticos, diuréticos ou outros medicamentos que podem induzir constipação, poliúria ou alterações no funcionamento executivo, os quais podem levar à incontinência. Nesse caso, o diagnóstico não deve ser feito isoladamente, mas pode ser observado como efeito colateral da medicação. No entanto, um diagnóstico de enurese pode ser feito se a incontinência urinária estiver presente regularmente antes do tratamento com a medicação.

Comorbidade

Embora a maioria das crianças com enurese não tenha um transtorno mental comórbido, a prevalência de sintomas comportamentais e de desenvolvimento comórbidos é maior em crianças com enurese diurna e noturna do que em crianças sem incontinência. Atrasos no desenvolvimento, incluindo atrasos de fala, linguagem, aprendizagem e habilidades motoras, também estão presentes em uma parcela das crianças com enurese. A encopresse e a constipação estão presentes tanto na incontinência diurna quanto na noturna. Síndrome das pernas inquietas e parassonias, como distúrbios do despertar do sono com movimentos oculares não rápidos

(tipos sonambulismo e terror noturno) estão associados à enurese noturna. Além disso, existe uma ligação entre enurese noturna e ronco pesado ou apneia do sono. Aproximadamente 50% das crianças enuréticas com distúrbios respiratórios do sono comprovados ficarão secas ao serem submetidas à adenotonsilectomia. As infecções do trato urinário são mais comuns em crianças com incontinência urinária diurna e enurese noturna não monossintomática, especialmente o subtipo diurno, do que naqueles continentes.

Encoprese

Critério de diagnóstico

F98.1

- A. Passagem repetida de fezes em locais inadequados (por exemplo, roupas, chão), involuntária ou intencional.
- B. Pelo menos um desses eventos ocorre a cada mês por pelo menos 3 meses.
- C. A idade cronológica é de pelo menos 4 anos (ou nível de desenvolvimento equivalente).
- D. O comportamento não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, laxantes) ou outra condição médica, exceto através de um mecanismo envolvendo constipação.

Especificarse: Com

constipação e incontinência por transbordamento: Há evidência de constipação no exame físico ou na história.

Sem constipação e incontinência por transbordamento: Não há evidência de constipação no exame físico ou na história.

Subtipos As

fezes na encoprese, subtipo “com constipação e incontinência por transbordamento”, são caracteristicamente (mas não invariavelmente) mal formadas, e o vazamento pode ser infrequente a contínuo, ocorrendo ao longo do dia e às vezes durante o sono. Apenas parte das fezes é eliminada durante o uso do banheiro, e a incontinência desaparece após o tratamento da constipação.

No subtipo “sem constipação e incontinência por transbordamento”, é provável que as fezes sejam de forma e consistência normais e a sujidade é intermitente. As fezes podem ser depositadas em

403

local de destaque. Isso geralmente está associado à presença de transtorno desafiador opositivo ou transtorno de conduta ou pode ser consequência de masturbação anal. Sujar sem constipação é menos comum do que sujar com constipação.

Características Diagnósticas

A característica essencial da encoprese é a passagem repetida de fezes para locais inadequados (por exemplo, roupas ou chão) (Critério A). Na maioria das vezes a passagem é involuntária, mas ocasionalmente pode ser

intencional. O evento deve ocorrer pelo menos uma vez por mês durante pelo menos 3 meses (Critério B), e a idade cronológica da criança deve ser de pelo menos 4 anos (ou para crianças com atraso no desenvolvimento, a idade mental deve ser de pelo menos 4 anos) (Critério C). A incontinência fecal não deve ser atribuída exclusivamente aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, laxantes) ou outra condição médica, exceto por um mecanismo que envolva constipação (Critério D).

Quando a passagem de fezes é involuntária e não intencional, muitas vezes está relacionada à constipação, impactação e retenção com transbordamento subsequente. A constipação pode se desenvolver por razões psicológicas (p. ex., ansiedade sobre defecar em um determinado lugar, um padrão mais geral de comportamento ansioso ou de oposição), levando a evitar a defecação e retenção excessiva de fezes volitiva. As predisposições fisiológicas à constipação incluem esforço ineficaz ou dinâmica paradoxal de defecação, com contração em vez de relaxamento do esfíncter externo ou assoalho pélvico durante o esforço para defecar. Hábitos alimentares (como ingestão insuficiente de líquidos), doença celíaca, hipotireoidismo ou efeito colateral de medicamentos também podem induzir constipação. Uma vez que a constipação se desenvolve, pode ser complicada por uma fissura anal, defecação dolorosa e retenção fecal adicional. A consistência das fezes pode variar. Em alguns indivíduos, as fezes podem ter consistência normal ou quase normal. Em outros indivíduos - como aqueles com incontinência por transbordamento secundária à retenção fecal - pode ser líquido.

Recursos associados

A criança com encoprese muitas vezes sente vergonha e pode querer evitar situações (por exemplo, acampamento, escola) que possam levar ao constrangimento. A quantidade de deficiência é uma função do efeito sobre a auto-estima da criança, o grau de ostracismo social por parte dos colegas e a raiva, punição e rejeição por parte dos cuidadores. As fezes sujas podem ser deliberadas ou acidentais, resultantes da tentativa da criança de limpar ou esconder as fezes que foram expelidas involuntariamente. Quando a incontinência é claramente deliberada, características de transtorno desafiador opositivo ou transtorno de conduta também podem estar presentes. Muitas crianças com encoprese e constipação crônica também apresentam sintomas de enurese e podem ter refluxo urinário associado na bexiga ou ureteres que podem levar a infecções urinárias crônicas, cujos sintomas podem regredir com o tratamento da constipação.

Prevalência

Estima-se que a maioria das crianças maiores de 4 anos com encoprese tenha o subtipo “com constipação e incontinência por transbordamento”. A encoprese afeta 1% a 4% das crianças em países de alta renda, enquanto em alguns países asiáticos (Irã, Coréia do Sul, Sri Lanka) foi relatada uma prevalência de 2% a 8%. A encoprese é mais prevalente em crianças de 4 a 6 anos (> 4%) do que em crianças de 10 a 12 anos (< 2%); a prevalência também é maior entre crianças que sofrem abuso ou negligência precoce e jovens de baixa renda.

Desenvolvimento e Curso A

encoprese não é diagnosticada até que a criança tenha atingido uma idade cronológica de pelo menos 4 anos (ou para crianças com atrasos de desenvolvimento, uma idade mental de pelo menos 4 anos). Inadequado,

podem ser fatores predisponentes. Dois tipos de curso foram descritos: um tipo “primário”, no qual o indivíduo nunca estabeleceu a continência fecal, e um tipo “secundário”, no qual o distúrbio se desenvolve após um período de continência fecal estabelecida. A encoprese pode persistir, com exacerbações intermitentes, por anos.

Fatores de risco e prognóstico A

defecação dolorosa pode levar à constipação e a um ciclo de comportamentos de retenção que tornam a encoprese mais provável. O sexo masculino e a idade anterior à adolescência são fatores de risco para encoprese. Acredita-se que vários fatores contribuam para o desenvolvimento da incontinência fecal, incluindo ansiedade, depressão, distúrbios comportamentais, estressores psicológicos (por exemplo, bullying, baixo desempenho escolar) e baixo nível socioeconômico.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Diferenças na ingestão de alimentos e bebidas em diferentes culturas, condições climáticas quentes em países tropicais e adversidades psicossociais podem influenciar a incidência de constipação, dor abdominal inexplicável e retenção fecal que levam à encoprese. Os pais em algumas sociedades podem não procurar serviços de saúde para encoprese por razões socioculturais. Por exemplo, pais turcos e marroquinos na Holanda podem não relatar encoprese devido a preocupações religiosas sobre a impureza da urina e das fezes.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero Em

crianças menores de 5 anos, a proporção de gênero parece ser igual, mas a encoprese tende a ser mais comum em meninos do que em meninas entre crianças mais velhas, com uma proporção que varia globalmente (na comunidade e no hospital). baseados em estudos) de 2:1 (nos Estados Unidos) a 6:1.

Marcadores de diagnóstico

O diagnóstico de encoprese é um diagnóstico clínico baseado na história e no exame físico e geralmente não requer nenhum teste diagnóstico. A detecção de uma impactação fecal retal pelo toque retal apoiaria o diagnóstico de encoprese, com constipação e incontinência por transbordamento. Embora não indicado para o diagnóstico de encoprese, uma radiografia abdominal demonstrando uma impactação fecal também apoiaria o diagnóstico de encoprese, com constipação e incontinência por transbordamento. O teste de trânsito colônico, que normalmente envolve a ingestão de marcadores radiopacos seguidos por imagem abdominal para avaliar o tempo de trânsito colônico, pode ajudar a diferenciar entre encoprese com ou sem constipação e incontinência por transbordamento. Imagens abdominais demonstrando retenção de marcadores radiopacos sugeririam encoprese, com constipação e incontinência por transbordamento, enquanto a evacuação imediata de marcadores radiopacos apoiaria o diagnóstico de encoprese, sem constipação e incontinência por transbordamento. Em certas crianças, o teste de manometria anorrectal pode ser útil para entender melhor os fatores fisiológicos que podem estar contribuindo para a encoprese. A manometria anorrectal permite a avaliação da função e sensação anorrectal. Na criança com sintomas ou sinais refratários que sugerem a presença de uma condição médica subjacente que leva à incontinência fecal, uma avaliação adicional pode ser indicada. Essa avaliação é projetada para excluir outras condições médicas.

Consequências funcionais da encoprese A encoprese está associada a uma diminuição significativa na qualidade de vida relacionada à saúde e no funcionamento familiar, particularmente em crianças mais velhas.

405

Diagnóstico Diferencial Um

diagnóstico de encoprese na presença de outra condição médica é apropriado apenas se o mecanismo envolver constipação que não pode ser explicada por outras condições médicas. A incontinência fecal relacionada a outras condições médicas (por exemplo, diarreia crônica, espinha bífida, estenose anal) não garantiria um diagnóstico de encoprese do DSM-5.

Comorbidade A

enurese está frequentemente presente em crianças com encoprese, particularmente em crianças com encoprese, sem constipação e incontinência por transbordamento.

Outro Transtorno de Eliminação Especificado

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno de eliminação que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos de eliminação. . A outra categoria de transtorno de eliminação especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar o motivo específico pelo qual a apresentação não atende aos critérios para qualquer transtorno de eliminação específico. Isso é feito registrando “outro transtorno de eliminação especificado” seguido do motivo específico (por exemplo, “enurese de baixa frequência”).

Nota de codificação: Código **N39.498** para outro transtorno de eliminação especificado com sintomas urinários; **R15.9** para outro transtorno de eliminação especificado com sintomas fecais.

Transtorno de Eliminação Não Especificado

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno de eliminação que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos de eliminação. . A categoria de transtorno de eliminação não especificado é usada em situações em que o

o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno de eliminação específico e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, em salas de emergência).

Nota de codificação: Código **R32** para transtorno de eliminação não especificado com sintomas urinários; **R15.9** para transtorno de eliminação não especificado com sintomas fecais.

407

Distúrbios do sono-vigília

A classificação do DSM-5 de distúrbios do sono-vigília destina-se ao uso por médicos de saúde mental e clínicos gerais (aqueles que cuidam de indivíduos adultos, geriátricos e pediátricos).

Os distúrbios do sono-vigília abrangem 10 distúrbios ou grupos de distúrbios: distúrbio de insônia, distúrbio de hipersonolência, narcolepsia, distúrbios do sono relacionados à respiração, distúrbios do sono-vigília do ritmo circadiano, distúrbios do despertar do sono com movimentos não rápidos dos olhos (NREM), distúrbios do pesadelo, movimentos rápidos dos olhos (REM) distúrbio comportamental do sono, síndrome das pernas inquietas e distúrbio do sono induzido por substância/medicamento. Indivíduos com esses distúrbios geralmente apresentam queixas sono-vigília de insatisfação em relação à qualidade, tempo e quantidade de sono. A angústia e o comprometimento diurnos resultantes são características essenciais compartilhadas por todos esses distúrbios do sono-vigília.

A organização deste capítulo visa facilitar o diagnóstico diferencial das queixas de sono-vigília e esclarecer quando o encaminhamento a um especialista em sono é apropriado para avaliação adicional e planejamento de tratamento. A nosologia dos distúrbios do sono do DSM-5 usa uma abordagem simples e clinicamente útil, ao mesmo tempo em que reflete os avanços científicos em epidemiologia, genética, fisiopatologia, avaliação e pesquisa de intervenções desde o DSM-IV. A abordagem adotada para a classificação dos distúrbios do sono-vigília no DSM-5 pode ser entendida no contexto de “agrupamento versus divisão”. Por exemplo, em algumas categorias (p. distúrbios do sono – estão todos incluídos na única categoria de insônia como especificadores), enquanto em outras categorias (por exemplo, narcolepsia), foi adotada uma abordagem de “divisão” (ou seja, existem quatro subtipos de narcolepsia codificados separadamente, como o tipo 1 com cataplexia ou deficiência de hipocretina e tipo 2 sem cataplexia e sem deficiência de hipocretina ou hipocretina não medida), refletindo a disponibilidade de validadores derivados de pesquisas epidemiológicas, neurobiológicas e de intervenções.

Como o DSM-5 é destinado ao uso por médicos de saúde mental e clínicos gerais que não são especialistas em medicina do sono, o DSM-5 apresenta um esforço para simplificar a classificação dos distúrbios do sono-vigília e, assim, agrupa diagnósticos sob rótulos mais amplos e menos diferenciados. Em contraste, a *Classificação Internacional de Distúrbios do Sono*, 3^a Edição (ICSD-3), elabora vários subtipos diagnósticos, reflete a ciência e as opiniões da comunidade de especialistas do sono e foi preparada por e para especialistas do sono.

A abordagem mais simples e menos diferenciada para o diagnóstico de distúrbios do sono-vigília no DSM-5 mostra confiabilidade interobservador superior, bem como validade convergente, discriminante e de face. O texto que acompanha cada conjunto de critérios diagnósticos fornece links para os distúrbios correspondentes incluídos no ICSD-3.

O campo da medicina dos distúrbios do sono progrediu nessa direção desde a publicação do DSM-IV. O uso de validadores biológicos está agora incorporado na classificação do DSM-5 de sono-

distúrbios da vigília, particularmente para distúrbios de sonolência excessiva, como narcolepsia, para os quais os valores de imunorreatividade de hipocretina-1 no líquido cefalorraquidiano podem ser diagnósticos; para distúrbios do sono relacionados à respiração, para os quais são indicados estudos formais do sono (ou seja, polissonografia); e para a síndrome das pernas inquietas, que muitas vezes pode coexistir com movimentos periódicos dos membros durante o sono, detectáveis por meio de polissonografia.

408

Distúrbios concomitantes e diagnóstico diferencial

Os distúrbios do sono são frequentemente acompanhados por depressão, ansiedade e alterações cognitivas que devem ser abordadas no planejamento e gestão do tratamento. Além disso, distúrbios persistentes do sono (tanto insônia quanto sonolência excessiva) são fatores de risco estabelecidos para o desenvolvimento subsequente de doenças mentais (incluindo transtornos por uso e não uso de substâncias) e outras condições médicas. Eles também podem representar uma expressão prodromica de um episódio de doença mental, permitindo a possibilidade de intervenção precoce para antecipar ou atenuar um episódio completo.

O diagnóstico diferencial das queixas de sono-vigília requer uma abordagem multidimensional, considerando condições clínicas possivelmente coexistentes, que são a regra e não a exceção. Os distúrbios do sono fornecem um indicador clinicamente útil de condições clínicas que muitas vezes coexistem com depressão e outros transtornos mentais comuns. Entre essas comorbidades, destacam-se distúrbios do sono relacionados à respiração, condições cardíacas e pulmonares (por exemplo, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica), distúrbios neurodegenerativos (por exemplo, doença de Alzheimer) e distúrbios do sistema musculoesquelético (por exemplo, osteoartrite). Esses distúrbios não apenas podem perturbar o sono, mas também podem ser agravados durante o sono (p. O distúrbio comportamental do sono REM é frequentemente um indicador precoce de distúrbios neurodegenerativos (sinucleinopatias alfa), como a doença de Parkinson. Por todas essas razões – relacionadas ao diagnóstico diferencial, comorbidade clínica e facilitação do planejamento do tratamento – os distúrbios do sono estão incluídos no DSM-5.

Conceitos e termos-chave Quatro

estágios distintos do sono podem ser medidos por polissonografia: sono REM e três estágios do sono NREM (N1, N2 e N3).

- O sono REM, durante o qual ocorre a maioria dos sonhos típicos de histórias, ocupa cerca de 20% a 25% do sono total.
- O estágio 1 do sono NREM (N1) é uma transição da vigília para o sono e ocupa cerca de 5% do tempo gasto dormindo em ambientes saudáveis. adultos.
- O estágio 2 do sono NREM (N2), caracterizado por formas de onda eletroencefalográficas específicas (fusos do sono e complexos K), ocupa cerca de 50% do tempo gasto dormindo.
- O estágio 3 do sono NREM (N3) (também conhecido como sono de ondas lentas) é o nível mais profundo do sono e ocupa cerca de 20% do tempo de sono em adultos jovens e saudáveis.

Esses estágios do sono têm uma organização temporal característica ao longo da noite. N3 tende a ocorrer no primeiro terço a metade da noite e aumenta em duração em resposta à privação de sono. O sono REM ocorre ciclicamente ao longo da noite, alternando com o sono NREM a cada 80-100 minutos. Os períodos de sono REM aumentam em duração pela manhã.

O sono humano também varia characteristicamente ao longo da vida. Após relativa estabilidade com grandes quantidades de sono de ondas lentas na infância e no início da adolescência, a continuidade e a profundidade do sono se deterioram na faixa etária adulta. Essa deterioração é refletida pelo aumento da vigília e sono N1 e diminuição do sono N3. Por isso, a idade deve ser considerada no diagnóstico de um distúrbio do sono em qualquer indivíduo.

A polissonografia é o monitoramento de múltiplos parâmetros eletrofisiológicos durante o sono. A maioria dos estudos polissonográficos são realizados durante as horas habituais de sono do indivíduo, ou seja, à noite. No entanto, estudos polissonográficos diurnos também são usados para quantificar a sonolência diurna. O procedimento diurno mais comum é o sono múltiplo

409

teste de latência, em que o indivíduo é instruído a deitar-se em um quarto escuro e não resistir a adormecer; este protocolo é repetido cinco vezes durante o dia. A quantidade de tempo necessária para adormecer (latência do sono) é medida em cada tentativa e é usada como um índice de sonolência fisiológica.

A seguinte terminologia padrão para medidas polissonográficas é usada em todo o texto neste capítulo e outros termos fornecem contexto para a discussão do capítulo:

- A *continuidade do sono* refere-se ao equilíbrio geral do sono e da vigília durante uma noite de sono. "Melhor" continuidade do sono indica sono consolidado com pouca vigília ou fragmentação; "pior" continuidade do sono indica sono interrompido com mais vigília e fragmentação.

Medidas específicas de continuidade do sono incluem *latência do sono* – a quantidade de tempo necessária para adormecer (expressa em minutos); *despertar após o início do sono* - a quantidade de tempo acordado entre o início do sono inicial e o despertar final (expresso em minutos); o *número de despertares*; e *eficiência do sono* – a proporção entre o tempo real passado dormindo e o tempo gasto na cama (expresso como porcentagem, com números mais altos indicando melhor continuidade do sono).

- A *arquitetura do sono* refere-se à quantidade e distribuição de estágios específicos do sono. As medidas da arquitetura do sono incluem quantidades absolutas de sono REM e cada estágio de sono NREM (em minutos), quantidade relativa de sono REM e estágios de sono NREM (expressos como uma porcentagem do tempo total de sono) e latência entre o início do sono e o primeiro período REM . *latência REM*). Quando a latência para o início do sono REM é < 15 minutos, os termos *início do sono REM* e *início do sono REM período* são empregados.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas Uma revisão de vários estudos descobriu que o sintoma de insônia pode aumentar o risco de pensamentos suicidas, comportamento suicida e morte, mesmo após ajuste para depressão, e que pesadelos aumentam o risco de pensamentos e comportamentos suicidas. Em um estudo com estudantes universitários, 31,3% daqueles com problemas de sono tinham pensamentos suicidas e, inversamente, quase todos (82,7%) indivíduos com pensamentos suicidas tinham problemas de sono. Uma revisão e declaração de consenso da Academia Americana de Medicina do Sono concluiu que, em adolescentes, < 8 horas de sono é

associado ao aumento do risco de automutilação, pensamentos suicidas e comportamento suicida.

Transtorno de Insônia

Critério de diagnóstico

F51.01

- A. Uma queixa predominante de insatisfação com a quantidade ou qualidade do sono, associado a um (ou mais) dos seguintes sintomas: 1. Dificuldade em iniciar o sono. (Em crianças, isso pode se manifestar como dificuldade em iniciar o sono sem intervenção do cuidador.)
- 2. Dificuldade em manter o sono, caracterizada por despertares frequentes ou problemas para voltar a dormir após os despertares. (Em crianças, isso pode se manifestar como dificuldade em voltar a dormir sem intervenção do cuidador.)
- 3. Despertar de manhã cedo com incapacidade de voltar a dormir.
- B. O distúrbio do sono causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional, educacional, acadêmico, comportamental ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- C. A dificuldade para dormir ocorre pelo menos 3 noites por semana.

410

- D. A dificuldade para dormir está presente há pelo menos 3 meses.
- E. A dificuldade para dormir ocorre apesar da oportunidade adequada para dormir.
- F. A insônia não é mais bem explicada e não ocorre exclusivamente durante o curso de outro distúrbio sono-vigília (por exemplo, narcolepsia, distúrbio do sono relacionado à respiração, distúrbio sono-vigília do ritmo circadiano, parassonia).
- G. A insônia não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento).
- H. Transtornos mentais e condições médicas coexistentes não explicam adequadamente a queixa predominante de insônia.

Especifique

se: **Com transtorno mental**, incluindo transtornos por uso de substâncias

Com condição médica

Com outro distúrbio do sono Nota

de codificação: O código F51.01 se aplica a todos os três especificadores. Codifique também o transtorno mental associado relevante, condição médica ou outro transtorno do sono imediatamente após o código para transtorno de insônia para indicar a associação.

Especifique

se: **Episódico:** Os sintomas duram pelo menos 1 mês, mas menos de 3 meses.

associado ao aumento do risco de automutilação, pensamentos suicidas e comportamento suicida.

Transtorno de Insônia

Critério de diagnóstico

F51.01

- A. Uma queixa predominante de insatisfação com a quantidade ou qualidade do sono, associado a um (ou mais) dos seguintes sintomas: 1. Dificuldade em iniciar o sono. (Em crianças, isso pode se manifestar como dificuldade em iniciar o sono sem intervenção do cuidador.)
- 2. Dificuldade em manter o sono, caracterizada por despertares frequentes ou problemas para voltar a dormir após os despertares. (Em crianças, isso pode se manifestar como dificuldade em voltar a dormir sem intervenção do cuidador.)
- 3. Despertar de manhã cedo com incapacidade de voltar a dormir.
- B. O distúrbio do sono causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional, educacional, acadêmico, comportamental ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- C. A dificuldade para dormir ocorre pelo menos 3 noites por semana.

410

- D. A dificuldade para dormir está presente há pelo menos 3 meses.
- E. A dificuldade para dormir ocorre apesar da oportunidade adequada para dormir.
- F. A insônia não é bem explicada e não ocorre exclusivamente durante o curso de outro distúrbio sono-vigília (por exemplo, narcolepsia, distúrbio do sono relacionado à respiração, distúrbio sono-vigília do ritmo circadiano, parassonia).
- G. A insônia não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento).
- H. Transtornos mentais e condições médicas coexistentes não explicam adequadamente a queixa predominante de insônia.

Especifique

se: **Com transtorno mental**, incluindo transtornos por uso de substâncias

Com condição médica

Com outro distúrbio do sono Nota

de codificação: O código F51.01 se aplica a todos os três especificadores. Codifique também o transtorno mental associado relevante, condição médica ou outro transtorno do sono imediatamente após o código para transtorno de insônia para indicar a associação.

Especifique

se: **Episódico:** Os sintomas duram pelo menos 1 mês, mas menos de 3 meses.

Persistente: Os sintomas duram 3 meses ou mais.

Recorrente: Dois (ou mais) episódios no espaço de 1 ano.

Nota: A insônia aguda e de curto prazo (isto é, sintomas com duração inferior a 3 meses, mas que atendem a todos os critérios em relação à frequência, intensidade, angústia e/ou comprometimento) deve ser codificada como outro transtorno de insônia especificado.

Nota: O diagnóstico de transtorno de insônia é dado se ele ocorre como uma condição independente ou é comorbidade com outro transtorno mental (por exemplo, transtorno depressivo maior), condição médica (por exemplo, dor) ou outro transtorno do sono (por exemplo, distúrbio respiratório distúrbio do sono). Por exemplo, a insônia pode desenvolver seu próprio curso com algumas características de ansiedade e depressão sem que essas características preencham os critérios para qualquer transtorno mental.

A insônia também pode se manifestar como uma característica clínica de um transtorno mental mais predominante. A insônia persistente é um fator de risco para depressão, transtornos de ansiedade e transtorno por uso de álcool e é um sintoma residual comum após o tratamento para essas condições. Quando a insônia é comórbida com um transtorno mental, o tratamento pode ter como alvo ambas as condições. Diante desses diferentes cursos, muitas vezes é impossível estabelecer a natureza precisa da relação entre essas entidades clínicas, e essa relação pode mudar ao longo do tempo. Portanto, na presença de insônia e transtorno comórbido, não é necessário fazer uma atribuição causal entre as duas condições. Em vez disso, o diagnóstico de transtorno de insônia é feito com a especificação concomitante das condições comórbidas. Um diagnóstico de insônia concomitante só deve ser considerado quando a insônia for suficientemente grave para justificar atenção clínica independente; caso contrário, nenhum diagnóstico separado é necessário.

Procedimentos de Registro Os

especificadores “com transtorno mental, incluindo transtornos por uso de substâncias”; “com condição médica”; e “com outro distúrbio do sono” estão disponíveis para permitir que o clínico observe comorbidades clinicamente relevantes. Nesses casos, registre F51.01 transtorno de insônia, com [nome da(s) condição(ões) ou transtorno(s) comórbido(s)] seguido do(s) código(s) de diagnóstico para as condições ou transtornos comórbidos (por exemplo, transtorno de insônia F51.01, com transtorno por uso moderado de cocaína e neuralgia do trigêmeo; F14.20 transtorno por uso moderado de cocaína; G50.0 neuralgia do trigêmeo).

411

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de insônia é a insatisfação com a quantidade ou qualidade do sono com queixas de dificuldade em iniciar ou manter o sono. As queixas de sono são acompanhadas por sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento. O distúrbio do sono pode ocorrer durante o curso de outro transtorno mental ou condição médica, ou pode ocorrer de forma independente.

Diferentes manifestações de insônia podem ocorrer em diferentes momentos do período de sono. A insônia no *início do sono* (ou *insônia inicial*) envolve dificuldade em iniciar o sono na hora de dormir. A *insônia de manutenção do sono* (ou *insônia média*) envolve despertares frequentes ou prolongados

Durante a noite. A *insônia tardia* envolve o despertar de manhã cedo com a incapacidade de voltar a dormir. Dificuldade em manter o sono é o sintoma mais comum de insônia, afetando cerca de 60% das pessoas com insônia, seguida por despertar precoce e dificuldade em adormecer, de acordo com uma amostra nacional de membros de planos de saúde dos EUA. Uma combinação desses sintomas é a apresentação mais comum em geral. O tipo específico de queixa de sono geralmente varia ao longo do tempo. Indivíduos que se queixam de dificuldade em adormecer uma vez podem mais tarde se queixar de dificuldade em manter o sono e vice-versa. Os sintomas de dificuldade em adormecer e dificuldade em manter o sono podem ser quantificados pelo autorrelato retrospectivo do indivíduo, diários do sono em que as informações são coletadas prospectivamente ou outros métodos, como actigrafia ou polissonografia. No entanto, o diagnóstico do transtorno de insônia é baseado na percepção subjetiva do sono do indivíduo ou no relato de um cuidador. Relatos subjetivos de indivíduos com distúrbios de insônia frequentemente indicam latências de sono mais longas, maior tempo acordado durante a noite e menos tempo total de sono do que os dados objetivos (por exemplo, polissonográficos) demonstram. As razões para esta discrepância não são bem compreendidas, mas acredita-se que distúrbios na neurofisiologia subjacente que refletem a hiperexcitação ou ativação cortical desempenhem um papel.

O *sono não reparador*, uma queixa de má qualidade do sono que não deixa o indivíduo descansado ao acordar apesar da duração adequada, é uma queixa de sono comum que ocorre geralmente associada à dificuldade de iniciar ou manter o sono, ou menos frequentemente de forma isolada. A relação precisa do sono não reparador isolado com o distúrbio da insônia permanece incerta. A prevalência de sono não reparador isolado foi estimada em cerca de 5% e, diferentemente das queixas de insônia, é relatada mais comumente em indivíduos mais jovens. Essa queixa também pode ser relatada em associação com outro distúrbio do sono (por exemplo, distúrbio do sono relacionado à respiração). Quando uma queixa de sono não reparador ocorre isoladamente (ou seja, na ausência de dificuldade em iniciar e/ou manter o sono ou outros distúrbios do sono-vigília), é feito o diagnóstico de outro distúrbio específico do sono-vigília.

Além dos critérios de frequência e duração necessários para fazer o diagnóstico, diretrizes adicionais são úteis para quantificar a gravidade da insônia. Essas diretrizes quantitativas, embora arbitrárias, são fornecidas apenas para fins ilustrativos. Por exemplo, a dificuldade em iniciar o sono é definida por uma latência subjetiva do sono > 20 a 30 minutos, e a dificuldade em manter o sono é definida por um tempo subjetivo acordado após o início do sono > 20 a 30 minutos. Embora não haja uma definição padrão de despertar matinal, esse sintoma envolve despertar pelo menos 1 hora antes do horário programado e antes que o tempo total de sono atinja 6 horas e meia. É essencial levar em conta não apenas a hora final do despertar, mas também a hora de dormir na noite anterior.

Acordar às 4:00 da manhã não tem o mesmo significado clínico naqueles que vão para a cama às 21:00 como naqueles que vão para a cama às 23:00 . sustentar o sono ou uma mudança dependente da idade no tempo do período principal de sono. Embora esses critérios quantitativos sejam frequentemente empregados em projetos de pesquisa, eles não distinguem de forma confiável indivíduos com insônia de pessoas que dormem normalmente. Além disso, indivíduos cujas apresentações não atendem mais aos critérios diagnósticos subjetivos para transtorno de insônia podem continuar a apresentar distúrbios objetivos por esses parâmetros, bem como comprometimento diurno.

O transtorno de insônia envolve deficiências diurnas, bem como dificuldades de sono noturno. Estes incluem fadiga ou, menos comumente, sonolência diurna; este último é mais comum em indivíduos mais velhos e quando a insônia é comórbida com outra condição médica (por exemplo, dor crônica) ou distúrbio do sono (por exemplo, apnéia do sono). O comprometimento no desempenho cognitivo pode incluir dificuldades de atenção, concentração e memória, além de realizar habilidades manuais complexas. Os distúrbios de humor associados são tipicamente descritos como irritabilidade ou labilidade do humor e, menos comumente, como sintomas depressivos ou ansiosos. Nem todos os indivíduos com distúrbios do sono noturno estão angustiados ou apresentam comprometimento funcional. Por exemplo, a continuidade do sono é frequentemente interrompida em idosos saudáveis que, no entanto, se identificam como bons dormidores. Um diagnóstico de transtorno de insônia deve ser reservado para aqueles indivíduos com sofrimento diurno significativo ou comprometimento relacionado às suas dificuldades de sono noturno.

Recursos associados

A insônia é frequentemente associada a fatores de excitação e condicionamento fisiológicos e cognitivos que interferem no sono. A preocupação com o sono e a angústia atribuíveis à incapacidade de dormir podem levar a um ciclo vicioso: quanto mais o indivíduo se esforça para dormir, mais frustração se acumula e prejudica ainda mais o sono. Assim, atenção e esforços excessivos para dormir, que anulam os mecanismos normais de início do sono, podem contribuir para o desenvolvimento da insônia. Indivíduos com insônia persistente também podem adquirir hábitos de sono desadaptativos (p. Envolver-se em tais atividades em um ambiente em que o indivíduo passou frequentemente noites sem dormir pode agravar ainda mais a excitação condicionada e perpetuar as dificuldades de sono. Por outro lado, o indivíduo pode adormecer mais facilmente quando não está tentando fazê-lo.

Alguns indivíduos também relatam dormir melhor quando estão longe de seus próprios quartos e de suas rotinas habituais.

A insônia pode ser acompanhada por uma variedade de queixas e sintomas diurnos, incluindo fadiga, diminuição da energia e distúrbios do humor. Indivíduos com transtorno de insônia podem parecer fatigados ou abatidos ou, inversamente, superexcitados e “ligados”. Pode haver uma incidência aumentada de sintomas psicofisiológicos relacionados ao estresse (por exemplo, cefaleia tensional, tensão ou dor muscular, sintomas gastrointestinais); entretanto, não há anormalidades consistentes ou características no exame físico. Sintomas de ansiedade ou depressão que não atendem aos critérios para um transtorno mental específico podem estar presentes, bem como um foco excessivo nos efeitos percebidos da perda de sono no funcionamento diurno.

Indivíduos com insônia podem ter pontuações elevadas nos inventários psicológicos ou de personalidade de autorrelato com perfis indicando depressão e ansiedade leves, um estilo cognitivo preocupante, um estilo de resolução de conflitos focado na emoção e internalizado e um foco somático. Os padrões de comprometimento neurocognitivo entre os indivíduos com transtorno de insônia são inconsistentes, embora possa haver prejuízos na realização de tarefas de maior complexidade e que exijam mudanças frequentes na estratégia de desempenho. Indivíduos com insônia geralmente exigem mais esforço para manter o desempenho cognitivo.

Prevalência

As estimativas baseadas na população variam, dependendo da amostra e dos critérios empregados, mas

indicam que, em vários países, cerca de um terço dos adultos relatam sintomas de insônia, 10% a 15% apresentam deficiências diurnas associadas e 4% a 22% apresentam sintomas que atendem aos critérios para transtorno de insônia, com uma média de cerca de 10%. O transtorno de insônia é o mais prevalente de todos os distúrbios do sono. Em ambientes de cuidados primários em todo o país, aproximadamente 20% a 40% dos indivíduos queixam-se de sintomas significativos de insônia. As taxas de prevalência para populações médicas e psiquiátricas são significativamente mais altas do que as da população em geral,

413

especialmente entre indivíduos com transtornos de humor, ansiedade e uso de substâncias. Quarenta a cinquenta por cento dos indivíduos com transtorno de insônia têm um transtorno mental comórbido. A insônia é uma queixa mais prevalente entre as mulheres do que entre os homens, com uma proporção de gênero de cerca de 1,3:1 em amostras multinacionais. A proporção de gênero aumenta para 1,7:1 após os 45 anos. A prevalência na Noruega entre adolescentes mais velhos (16-18 anos) é quase o dobro em meninas em comparação com meninos. Embora a insônia possa ser um sintoma ou um transtorno independente, é mais frequentemente observada como uma condição comórbida com outra condição médica ou transtorno mental.

Desenvolvimento e Curso O início

dos sintomas de insônia pode ocorrer a qualquer momento durante a vida, mas o primeiro episódio é mais comum na idade adulta jovem. Menos frequentemente, a insônia começa na infância ou adolescência. Nas mulheres, a incidência de insônia de início recente aumenta com a menopausa e pode persistir mesmo após a resolução de outros sintomas (por exemplo, ondas de calor). A insônia pode ter um início tardio da vida, que muitas vezes está associada ao aparecimento de outras condições relacionadas à saúde.

A insônia pode ser situacional, persistente ou recorrente. A insônia situacional ou aguda geralmente dura alguns dias ou algumas semanas e é frequentemente associada a eventos da vida ou mudanças rápidas nos horários de sono ou no ambiente. Geralmente resolve quando o evento precipitante inicial desaparece. Para alguns indivíduos, talvez aqueles mais vulneráveis a distúrbios do sono, a insônia pode persistir por muito tempo após o evento desencadeante inicial, possivelmente devido a fatores condicionantes e excitação aumentada. Os fatores que precipitam a insônia podem diferir daqueles que a perpetuam. Por exemplo, um indivíduo que está acamado com uma lesão dolorosa e tem dificuldade para dormir pode desenvolver associações negativas para o sono. A excitação condicionada pode então persistir e levar à insônia persistente. Um curso semelhante pode se desenvolver no contexto de um estresse psicológico agudo ou de um transtorno mental. Por exemplo, a insônia que ocorre durante um episódio de transtorno depressivo maior pode se tornar foco de atenção, com consequente condicionamento negativo, e persistir mesmo após a resolução do episódio depressivo em pelo menos 40% a 50% dos indivíduos. Em alguns casos, a insônia também pode ter um início insidioso sem qualquer fator precipitante identificável.

O curso da insônia também pode ser episódico, com episódios recorrentes de dificuldades de sono associados à ocorrência de eventos estressantes. As taxas de cronicidade variam de 45% a 75% para acompanhamentos de 1 a 7 anos. Mesmo quando o curso da insônia se torna crônico, há variabilidade nos padrões de sono noite a noite, com uma ocasional noite de sono repousante intercalada com várias noites de sono ruim. As características da insônia também podem mudar ao longo do tempo. Muitos indivíduos com insônia têm um histórico de sono “leve” ou facilmente perturbado antes do início de problemas de sono mais persistentes.

As queixas de insônia são mais prevalentes entre adultos de meia-idade e idosos. O tipo de

Os sintomas de insônia mudam em função da idade, sendo as dificuldades para iniciar o sono mais comuns entre os adultos jovens e os problemas para manter o sono ocorrendo com mais frequência entre os indivíduos de meia-idade e idosos.

Dificuldades em iniciar e manter o sono também podem ocorrer em crianças e adolescentes, mas há dados mais limitados sobre prevalência, fatores de risco e comorbidade durante essas fases de desenvolvimento da vida. As dificuldades do sono na infância podem resultar de fatores condicionantes (p).

A insônia na adolescência é frequentemente desencadeada ou exacerbada por horários irregulares de sono, especialmente atraso de fase. Tanto em crianças quanto em adolescentes, fatores psicológicos e médicos podem contribuir para a insônia.

O aumento da prevalência de insônia em idosos é parcialmente explicado pela maior incidência de problemas de saúde física com o envelhecimento. As alterações nos padrões de sono associadas ao processo normal de desenvolvimento devem ser diferenciadas daquelas que excedem as alterações relacionadas à idade.

Indivíduos mais velhos podem apresentar atrasos significativos no início do sono ou despertares frequentes que não estão associados a queixas ou consequências diárias. Embora

414

A polissonografia tem valor limitado na avaliação de rotina da insônia, pode ser mais útil no diagnóstico diferencial entre idosos porque as comorbidades associadas à insônia (por exemplo, apneia do sono) são mais comuns em idosos.

Fatores de risco e prognóstico Embora

os fatores de risco e prognóstico discutidos nesta seção aumentem a vulnerabilidade à insônia, é mais provável que ocorram distúrbios do sono quando indivíduos predispostos são expostos a eventos precipitantes, como eventos importantes da vida (por exemplo, doença, separação) ou eventos menos graves, mas estresse diário mais crônico. A maioria dos indivíduos retoma os padrões normais de sono após o evento desencadeante inicial ter desaparecido, mas outros – talvez aqueles mais vulneráveis à insônia – continuam enfrentando dificuldades persistentes para dormir. Fatores perpetuantes, como maus hábitos de sono, horários irregulares de sono e o medo de não dormir, alimentam o problema da insônia e podem contribuir para um ciclo vicioso que pode induzir a insônia persistente.

Temperamental. Ansiedade ou personalidade propensa a preocupações ou estilos cognitivos, maior predisposição à excitação, maior reatividade ao estresse e tendência a reprimir emoções podem aumentar a vulnerabilidade à insônia.

Ambiental. Ruído, luz ou temperatura desconfortavelmente alta ou baixa podem aumentar a vulnerabilidade à insônia. A altitude elevada também pode predispor à insônia atribuível a dificuldades respiratórias periódicas durante o sono.

Genética e fisiológica. O sexo feminino e a idade avançada estão associados ao aumento da vulnerabilidade à insônia. O sono interrompido e a insônia exibem uma disposição familiar. Trinta e cinco por cento a setenta por cento das pessoas com transtorno de insônia relatam um ou mais parentes de primeiro grau (mais comumente, a mãe) com histórico de insônia. A hereditariedade pode ser maior para o transtorno de insônia sem comorbidades. A prevalência de insônia é maior entre gêmeos monozigóticos em relação a gêmeos dizigóticos; também é maior em familiares de primeiro grau.

comparado com a população em geral. A extensão em que essa ligação é herdada por uma predisposição genética, aprendida por observações de modelos parentais ou estabelecida como um subproduto de outra psicopatologia permanece indeterminada, embora a reatividade do sono ao estresse pareça desempenhar algum papel.

Modificadores de curso. Modificadores deletérios do curso incluem práticas inadequadas de higiene do sono (por exemplo, uso excessivo de cafeína, horários irregulares de sono).

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

A insônia é uma experiência humana universal. A identificação da insônia como um problema, os modelos explicativos para a condição e as escolhas de busca de ajuda associadas são afetadas pela cultura. A insônia pode ser entendida como uma parte normal do envelhecimento ou da resposta ao estresse, levando à baixa procura de ajuda ou ao enfrentamento por meio de apoio social e atividades tradicionais, como a oração. Os modelos explicativos da insônia variam muito, incluindo atribuições ao efeito do ambiente (por exemplo, umidade) e processos corporais (por exemplo, má circulação sanguínea, calor interno), entre outros, e podem estar associados à busca de tratamento não biomédico.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero O

primeiro aparecimento nas mulheres é frequentemente associado ao nascimento de um novo filho ou à menopausa. Apesar da maior prevalência entre as mulheres na perimenopausa e na pós-menopausa, estudos polissonográficos sugerem melhor preservação da continuidade do sono e do sono de ondas lentas em mulheres mais velhas do que em homens mais velhos.

Marcadores

diagnósticos A polissonografia geralmente mostra deficiências na continuidade do sono (p.

415

na cama dormindo]) e pode apresentar aumento do estágio 1 do sono e diminuição do estágio 3 do sono. A gravidade desses distúrbios do sono nem sempre corresponde à apresentação clínica do indivíduo ou à queixa subjetiva de sono ruim, pois indivíduos com insônia geralmente subestimam a duração do sono e superestimam a vigília em relação à polissonografia. Análises eletroencefalográficas quantitativas podem indicar que indivíduos com insônia têm maior poder eletroencefalográfico de alta frequência em relação aos bons dormidores, tanto no período de início do sono quanto durante o sono sem movimentos oculares rápidos, embora os achados variem de acordo com a idade e o sexo. Esta característica é consistente com o aumento da excitação cortical. Estudos de neuroimagem sugeriram função cerebral regional alterada consistente com hiperexcitação na insônia, embora a interpretação desses achados seja complexa. Indivíduos com transtorno de insônia podem ter uma menor propensão ao sono e normalmente não apresentam aumento da sonolência diurna em medidas laboratoriais objetivas do sono em comparação com indivíduos sem distúrbios do sono.

Outras medidas laboratoriais mostram evidências, embora não consistentes, de aumento da excitação e ativação generalizada do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (por exemplo, aumento dos níveis de cortisol, variabilidade da frequência cardíaca, reatividade ao estresse, aumento da taxa metabólica). Em geral, os achados são consistentes com a hipótese de que o aumento da excitação fisiológica e cognitiva desempenha um papel

papel significativo no transtorno da insônia.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

O sintoma de insônia foi identificado como um fator de risco independente para pensamentos e comportamentos suicidas.

Consequências Funcionais do Transtorno de Insônia

Problemas interpessoais, sociais e ocupacionais podem se desenvolver como resultado de insônia ou preocupação excessiva com o sono, aumento da irritabilidade diurna e falta de concentração. A diminuição da atenção e concentração são comuns e podem estar relacionadas a maiores taxas de acidentes observadas em indivíduos com insônia. A insônia persistente também está associada a consequências a longo prazo, incluindo duas ou mais vezes o aumento do risco de transtorno depressivo maior de início recente, transtornos de ansiedade e transtornos por uso de substâncias. Os sintomas de insônia também podem ser um fator de risco para a recaída do transtorno depressivo maior. O transtorno de insônia, especialmente com duração de sono curta (< 6 horas) demonstrada objetivamente, é um fator de risco significativo para várias doenças cardiovasculares, incluindo hipertensão, doença arterial coronariana/infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva e doença cerebrovascular. O aumento do absenteísmo e redução da produtividade no trabalho, redução da qualidade de vida e aumento da carga econômica também são consequências funcionais significativas do transtorno de insônia.

Diagnóstico diferencial

Variações normais do sono. A duração normal do sono varia consideravelmente entre as pessoas. Alguns indivíduos que precisam de pouco sono ("dormidores curtos") podem estar preocupados com a duração do sono. Os que dormem pouco diferem dos indivíduos com transtorno de insônia pela falta de dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo e pela ausência de sintomas diurnos característicos (por exemplo, fadiga, problemas de concentração, irritabilidade). No entanto, alguns dorminhocos curtos podem desejar ou tentar dormir por um longo período de tempo e, ao prolongar o tempo na cama, podem criar um padrão de sono semelhante à insônia. A insônia clínica também deve ser diferenciada das alterações normais do sono relacionadas à idade. A insônia também deve ser distinguida da privação do sono atribuível à oportunidade ou circunstância inadequada para dormir resultante, por exemplo, de uma emergência ou de obrigações profissionais ou familiares que forçam o indivíduo a permanecer acordado.

Insônia situacional/aguda. A *insônia situacional/aguda* é uma condição que dura de alguns dias a vários semanas, muitas vezes associada a estresse agudo devido a eventos da vida ou a mudanças no

horários de sono. Esses sintomas de insônia aguda ou de curto prazo também podem produzir sofrimento significativo e interferir no funcionamento social, pessoal e ocupacional. Quando tais sintomas são suficientemente frequentes e atendem a todos os outros critérios, exceto pela duração de 3 meses, é feito um diagnóstico de outro transtorno de insônia especificado ou transtorno de insônia não especificado. Embora o distúrbio muitas vezes ceda com a diminuição do estresse ou ajuste à mudança no horário de sono, alguns indivíduos desenvolverão padrões de pensamento e comportamento mal adaptados que resultam no desenvolvimento de um distúrbio de insônia crônica.

Fase de sono atrasada e tipos de trabalho por turnos de distúrbio sono-vigília do ritmo circadiano. Indivíduos com o tipo de fase tardia do sono do distúrbio sono-vigília do ritmo circadiano relatam insônia no início do sono apenas quando tentam dormir em horários socialmente normais, mas não relatam dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo quando a hora de dormir e acordar estão atrasadas e coincidem com o seu ritmo circadiano endógeno. Esse padrão é observado principalmente entre adolescentes e adultos mais jovens. O tipo de trabalho por turnos difere do transtorno de insônia pela história de trabalho por turnos recente.

Síndrome das pernas inquietas. A síndrome das pernas inquietas geralmente produz dificuldades para iniciar e manter o sono. No entanto, um desejo de mover as pernas e qualquer sensação desagradável nas pernas são características que diferenciam esse distúrbio do distúrbio de insônia.

Distúrbios do sono relacionados à respiração. A maioria dos indivíduos com distúrbios do sono relacionados à respiração tem histórico de ronco alto, pausas respiratórias durante o sono e sonolência diurna excessiva. No entanto, até 50% dos indivíduos com apnéia do sono também podem relatar sintomas de insônia, uma característica mais comum entre mulheres e idosos.

Narcolepsia. A narcolepsia pode causar queixas de insônia, mas se distingue do transtorno de insônia pela predominância de sintomas de sonolência diurna excessiva, cataplexia, paralisia do sono e alucinações relacionadas ao sono.

Parassonias. As parassonias são caracterizadas por uma queixa de comportamento ou eventos incomuns durante o sono que podem levar a despertares intermitentes e dificuldade em retomar o sono. No entanto, são esses eventos comportamentais, e não a insônia em si, que dominam o quadro clínico.

Distúrbio do sono induzido por substância/medicamento, tipo insônia. O distúrbio do sono induzido por substância/medicamento, tipo insônia, é diferenciado do distúrbio de insônia pelo fato de que uma substância (ou seja, uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina) é considerada etiologicamente relacionada à insônia (ver “Transtorno do Sono Induzido por Substância/Medicamentos” mais adiante neste capítulo). Por exemplo, a insônia que ocorre apenas no contexto do consumo pesado de café seria diagnosticada como distúrbio do sono induzido por cafeína, do tipo insônia, com início durante a intoxicação.

Comorbidade A

insônia é uma comorbidade comum de muitas condições médicas, incluindo, entre outras, câncer, diabetes, doença coronariana, doença pulmonar obstrutiva crônica, artrite, fibromialgia, outras condições de dor crônica, doenças cerebrais degenerativas e lesão cerebral traumática. A relação de risco parece ser bidirecional: a insônia aumenta o risco de muitas dessas condições médicas e os problemas médicos aumentam o risco de insônia. A direção do relacionamento nem sempre é clara e pode mudar com o tempo; por esta razão, insônia comórbida é a terminologia preferida quando a insônia coexiste com outra condição médica (ou transtorno mental). O transtorno de insônia também coexiste com vários outros distúrbios do sono.

Aproximadamente um em cada sete indivíduos com transtorno de insônia tem apneia obstrutiva do sono moderada a grave. As taxas de queixas de insônia entre indivíduos com narcolepsia são estimadas em cerca de 50%.

Transtornos bipolares, depressivos e ansiosos. A insônia persistente representa um fator de risco ou um sintoma precoce de transtornos bipolares, depressivos, de ansiedade e de uso de substâncias subsequentes. Indivíduos com insônia podem abusar de medicamentos ou álcool para ajudar no sono noturno, ansiolíticos para combater a tensão ou ansiedade e cafeína ou outros estimulantes para combater a fadiga diurna excessiva. Além de piorar a insônia, esse tipo de uso de substâncias pode, em alguns casos, evoluir para um transtorno por uso de substâncias.

Relação com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono A Classificação

Internacional de Distúrbios do Sono, 3^a Edição (ICSD-3), reconhece três diagnósticos de insônia: *distúrbio de insônia crônica*, *distúrbio de insônia de curta duração* e *outros distúrbios de insônia*. O transtorno de insônia do DSM-5 e o transtorno de insônia crônica da ICSD-3 são muito semelhantes no que diz respeito aos critérios de sintomas, duração e frequência; no entanto, ao contrário do DSM-5, o ICSD-3 não inclui uma designação separada para transtorno do sono induzido por substância/medicamento, tipo insônia.

Transtorno de hipersonolência

Critério de diagnóstico	F51.11
A. Sonolência excessiva autorrelatada (hipersonolência) apesar de um período principal de sono com duração de pelo menos 7 horas, com pelo menos um dos seguintes sintomas:	1. Períodos recorrentes de sono ou lapsos de sono no mesmo dia.
2. Um episódio de sono principal prolongado de mais de 9 horas por dia que não é reparador (ou seja, não revigorante).	
3. Dificuldade em estar totalmente acordado após um despertar abrupto.	
B. A hipersonolência ocorre pelo menos três vezes por semana, por pelo menos 3 meses.	
C. A hipersonolência é acompanhada por sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento cognitivo, social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.	
D. A hipersonolência não é melhor explicada e não ocorre exclusivamente durante o curso de outro distúrbio do sono (por exemplo, narcolepsia, distúrbio do sono relacionado à respiração, distúrbio do sono-vigília do ritmo circadiano ou parassonia).	
E. A hipersonolência não é atribuível aos efeitos fisiológicos de um substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento).	
F. Transtornos mentais e médicos coexistentes não explicam adequadamente a queixa predominante de hipersonolência.	

Especifique

se: **Com transtorno mental**, incluindo transtornos por uso de substâncias **Com condição médica**

Com outro distúrbio do sono

Nota de codificação: O código F51.11 se aplica a todos os três especificadores. Codifique também o transtorno mental associado relevante, condição médica ou outro transtorno do sono imediatamente após o código para transtorno de hipersonolência para indicar a associação.

Especifique se:

Agudo: Duração inferior a 1 mês.

Subaguda: Duração de 1 a 3 meses.

Persistente: Duração superior a 3 meses.

418

Especifique a gravidade

atual: especifique a gravidade com base no grau de dificuldade em manter o estado de alerta diurno, manifestado pela ocorrência de múltiplos ataques de sonolência irresistível em um determinado dia, por exemplo, enquanto sedentário, dirigindo, visitando amigos ou trabalhando.

Leve: Dificuldade em manter o estado de alerta diurno 1-2 dias/semana.

Moderado: Dificuldade em manter o estado de alerta diurno 3-4 dias/semana.

Grave: Dificuldade em manter o estado de alerta diurno de 5 a 7 dias/semana.

Procedimentos de Registro Os

especificadores “com transtorno mental, incluindo transtornos por uso de substâncias”; “com condição médica”; e “com outro distúrbio do sono” estão disponíveis para permitir que o clínico observe comorbidades clinicamente relevantes. Nesses casos, registre o transtorno de hipersonolência F51.11, com [nome da(s) condição(ões) ou transtorno(s) comórbido(s)] seguido pelo(s) código(s) diagnóstico(s) para as condições ou transtornos comórbidos (por exemplo, transtorno de hipersonolência F51.11, com transtorno depressivo maior; F33.1 transtorno depressivo maior, recorrente, moderado).

Características diagnósticas

O transtorno de *hipersonolência* inclui sintomas de quantidade excessiva de sono (p . (Critério A). Indivíduos com esse distúrbio geralmente adormecem rapidamente e têm uma boa eficiência do sono (> 90%). Os indivíduos normalmente sentem sonolência se desenvolvendo ao longo de um período de tempo, em vez de experimentar um “ataque” súbito de sono. Episódios de sono não intencionais geralmente ocorrem em situações sedentárias (por exemplo, ao assistir a palestras, ler, assistir televisão ou dirigir longas distâncias), mas em casos mais graves podem se manifestar em situações de alta atenção, como no trabalho, em reuniões ou em eventos sociais. encontros. A necessidade persistente de sono pode levar a um comportamento automático (geralmente do tipo muito rotineiro e de baixa complexidade) que o indivíduo realiza com pouca ou nenhuma lembrança posterior. Por exemplo, os indivíduos podem se encontrar dirigindo vários quilômetros de onde pensavam que estavam, sem saber da direção “automática” que fizeram nos minutos anteriores.

Cerca de 40% dos indivíduos com transtorno de hipersonolência podem ter inércia do sono (também conhecida como “embriaguez do sono”), e esse sintoma pode ajudar a diferenciar o transtorno de hipersonolência de outras causas de sonolência. Eles podem ter dificuldade em acordar de manhã, às vezes parecendo confusos, combativos ou atáxicos. Os indivíduos podem definir vários despertadores ou confiar em outras pessoas para ajudá-los a sair da cama. A inércia do sono também pode ocorrer ao acordar de um cochilo diurno. Durante esse período, o indivíduo parece acordado, mas a coordenação motora é prejudicada, o comportamento pode ser inadequado e podem ocorrer déficits de memória, desorientação no tempo e no espaço e sentimentos de torpor. Este período pode durar alguns minutos a horas.

Para alguns indivíduos com transtorno de hipersonolência, o maior episódio de sono (para a maioria dos indivíduos, sono noturno) tem duração de 9 horas ou mais. Nos casos mais extremos, os episódios de sono podem durar até 20 horas. No entanto, o sono geralmente não é reparador e é seguido por dificuldade para acordar pela manhã. Para outros indivíduos com transtorno de hipersonolência, o principal episódio de sono é de duração normal do sono noturno (7-9 horas), e eles tiram cochilos diurnos relativamente longos (> 1 hora) que não melhoram o estado de alerta. A maioria dos indivíduos com transtorno de hipersonolência tira cochilos diurnos quase todos os dias, independentemente da duração do sono noturno. Enquanto muitos indivíduos com hipersonolência são capazes de reduzir o tempo de sono durante os dias de trabalho, o sono de fim de semana e feriado aumenta muito (até 3 horas).

419

Recursos associados

Aproximadamente 80% dos indivíduos com transtorno de hipersonolência relatam que seu sono não é reparador, mas esse sintoma é inespecífico e pode ocorrer com distúrbios que interrompem o sono, como apneia obstrutiva do sono. As sonecas costumam ser longas (> 1 hora) e não refrescantes. Cochilos curtos (isto é, com duração < 30 minutos) geralmente não são revigorantes. Indivíduos com hipersonolência muitas vezes parecem sonolentos e podem até adormecer na sala de espera do médico.

Um subconjunto de indivíduos com transtorno de hipersonolência tem história familiar de hipersonolência e também apresenta sintomas de disfunção do sistema nervoso autônomo, incluindo dores de cabeça recorrentes do tipo vascular, reatividade do sistema vascular periférico (fenômeno de Raynaud) e desmaios.

Prevalência

Aproximadamente 5% a 10% dos indivíduos nos Estados Unidos que consultam clínicas de distúrbios do sono com queixas de sonolência diurna são diagnosticados como portadores de distúrbio de hipersonolência. Estima-se que cerca de 1% da população geral europeia e norte-americana tenha episódios de inércia do sono. A hipersonolência ocorre com frequência relativamente igual em homens e mulheres.

Desenvolvimento e Curso O

transtorno de hipersonolência geralmente começa no final da adolescência ou início da idade adulta, com idade média de início de 17 a 24 anos e progressão gradual ao longo de semanas a meses. Pouco se sabe sobre a história natural, mas para a maioria dos indivíduos, os sintomas são persistentes e estáveis, a menos que o tratamento seja iniciado. A remissão espontânea ocorre em cerca de 11% a 25% dos indivíduos após 5 a 7 anos. Indivíduos com transtorno de hipersonolência são diagnosticados, em média, 10 a 15 anos após o aparecimento dos primeiros sintomas. Os casos pediátricos são raros. O desenvolvimento de outro so-

distúrbios do sono (por exemplo, distúrbio do sono relacionado à respiração) podem piorar o grau de sonolência.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. A hipersonolência pode ser aumentada temporariamente por estresse psicológico e uso de álcool, mas eles não foram documentados como fatores precipitantes ambientais. Infecções virais foram relatadas como tendo precedido ou acompanhado a hipersonolência em cerca de 10% dos casos. A hipersonolência é comum nos meses após a lesão cerebral traumática.

Genética e fisiológica. A hipersonolência pode ser familiar, com um modo de herança autossômico dominante.

Marcadores diagnósticos

A polissonografia noturna demonstra duração do sono normal a prolongada, latência do sono curta e continuidade do sono normal a aumentada. A distribuição noturna do sono de movimento rápido dos olhos (REM) também é normal. A eficiência do sono é tipicamente $> 90\%$. O teste de latência múltipla do sono documenta a tendência do sono, normalmente indicada por valores médios de latência do sono < 8 minutos. No transtorno de hipersonolência, a latência média do sono é tipicamente < 10 minutos e frequentemente 8 minutos ou menos. Períodos REM de início do sono (ou seja, a ocorrência de sono REM dentro de 20 minutos do início do sono) podem estar presentes, mas ocorrem com pouca frequência. Infelizmente, o teste de latência múltipla do sono tem baixa confiabilidade teste-reteste e não distingue bem entre transtorno de hipersonolência e narcolepsia tipo 2.

420

Um diário de sono de 2 semanas pode ajudar a documentar a quantidade e o tempo de sono, e a actigrafia fornece dados mais precisos sobre os padrões habituais de sono. Em um protocolo de repouso no leito de 32 horas no qual os indivíduos foram encorajados a dormir à vontade, os indivíduos com transtorno de hipersonolência dormiram > 4 horas a mais do que os controles.

Consequências funcionais do transtorno de hipersonolência O baixo nível de alerta que ocorre enquanto um indivíduo luta contra a necessidade de sono pode levar à redução da eficiência, diminuição da concentração e memória fraca durante as atividades diárias. A hipersonolência pode levar a sofrimento e disfunção significativos no trabalho e nas relações sociais. O sono noturno prolongado e a dificuldade para acordar podem resultar em dificuldade em cumprir as obrigações matinais, como chegar ao trabalho no horário. Episódios de sono diurnos não intencionais podem ser embaraçosos e até perigosos se, por exemplo, o indivíduo estiver dirigindo ou operando máquinas quando o episódio ocorrer.

Diagnóstico Diferencial Variação

normativa no sono. A duração do sono "normal" varia consideravelmente na população em geral. As pessoas que dormem muito (ou seja, pessoas que precisam de uma quantidade de sono maior do que a média) não apresentam sonolência excessiva, inércia do sono ou comportamento automático quando obtêm a quantidade necessária de sono noturno. O sono é relatado para ser refrescante. Se as demandas sociais ou ocupacionais levarem a um sono noturno mais curto, os sintomas diurnos podem aparecer. Na hipersonolência

Em contrapartida, os sintomas de sonolência excessiva ocorrem independentemente da duração do sono noturno.

Uma quantidade inadequada de sono noturno, ou *síndrome do sono insuficiente induzida por comportamento*, pode produzir sintomas de sonolência diurna muito semelhantes aos do transtorno de hipersonolência. Uma duração média de sono inferior a 7 horas por noite sugere fortemente sono noturno inadequado, mas nos Estados Unidos, o adulto médio obtém apenas 6,75 horas de sono em noites típicas da semana. Indivíduos com sono noturno inadequado normalmente “alcangam” durações de sono mais longas nos dias em que estão livres de demandas sociais ou ocupacionais ou em férias. Um diagnóstico de transtorno de hipersonolência não deve ser feito se houver dúvida sobre a adequação da duração do sono noturno. Um teste diagnóstico e terapêutico de extensão do sono por 10 a 14 dias muitas vezes pode esclarecer o diagnóstico.

Narcolepsia. Assim como no transtorno de hipersonolência, os indivíduos com narcolepsia apresentam sonolência crônica, mas vários achados clínicos e laboratoriais ajudam a distinguir os transtornos. Em contraste com aqueles com transtorno de hipersonolência, os indivíduos com narcolepsia tendem a dormir de 7 a 8 horas por dia e geralmente se sentem revigorados ao acordar pela manhã. Indivíduos com narcolepsia geralmente se sentem mais alertas após um cochilo de 15 a 20 minutos, enquanto aqueles com transtorno de hipersonolência tendem a tirar cochilos mais longos, têm problemas para acordar e não se sentem alertas depois. Indivíduos com narcolepsia também apresentam quantidades variadas de cataplexia, alucinações hipnagógicas, paralisia do sono e sono noturno fragmentado, enquanto a cataplexia nunca ocorre no transtorno de hipersonolência e os outros sintomas são incomuns. O teste de latência múltipla do sono normalmente mostra mais de dois períodos REM de início do sono na narcolepsia.

Fadiga como sintoma de outro transtorno mental ou condição médica. O transtorno de hipersonolência deve ser diferenciado do cansaço relacionado à fadiga que pode ser um sintoma de outro transtorno mental (por exemplo, transtorno de ansiedade generalizada) ou condição médica (por exemplo, síndrome da fadiga crônica). Ao contrário da hipersonolência, o cansaço não é necessariamente aliviado pelo aumento do sono e não está relacionado à quantidade ou qualidade do sono.

421

Distúrbios do sono relacionados à respiração A sonolência crônica é comum em distúrbios do sono relacionados à respiração. Indivíduos com hipersonolência e distúrbios do sono relacionados à respiração podem ter padrões semelhantes de sonolência excessiva. Os distúrbios do sono relacionados à respiração são sugeridos por uma história de ronco alto, pausas na respiração durante o sono e sono não reparador. O exame frequentemente revela obesidade, via aérea pequena e grande diâmetro do pescoço. A hipertensão é comum e alguns indivíduos podem apresentar sinais de insuficiência cardíaca. Estudos polissonográficos podem confirmar a presença de eventos apneicos no distúrbio do sono relacionado à respiração (e sua ausência no distúrbio de hipersonolência).

Distúrbios do sono-vigília do ritmo circadiano. Em contraste com indivíduos com transtorno de hipersonolência, indivíduos com subtipos específicos de transtorno de sono-vigília do ritmo circadiano apresentam padrões temporais específicos de sintomas. Por exemplo, indivíduos com tipo de fase de sono atrasada geralmente têm inércia do sono e sonolência pela manhã e se sentem mais alertas à noite e à noite, com horas de dormir habitualmente tardias. Em contraste, aqueles com tipo avançado de fase do sono ficam sonolentos e vão para a cama no início da noite, mas estão alertas e acordam facilmente no início da manhã.

Parassonias. Parassonias, como distúrbios do despertar do sono não REM (sonambulismo/terror do sono)

ou distúrbio comportamental do sono REM raramente produz sono noturno prolongado e não perturbado ou sonolência diurna característico do distúrbio de hipersonolência. No entanto, parassonias como transtorno de pesadelo, que pode resultar em redução significativa do tempo total de sono, podem se manifestar com sonolência diurna.

Hipersonolência em outros transtornos mentais e condições médicas. O transtorno de hipersonolência deve ser diferenciado da hipersonolência que ocorre como sintoma de outro transtorno mental (por exemplo, episódio depressivo maior, especialmente episódios com características atípicas) ou condição médica (por exemplo, certos tipos de câncer, esclerose múltipla). Se a queixa predominante de sonolência excessiva for adequadamente explicada por outro transtorno mental ou condição médica, não se justifica um diagnóstico adicional de transtorno de hipersonolência. No entanto, se a hipersonolência não for adequadamente explicada por um transtorno mental ou condição médica comórbida (por exemplo, a gravidade e a natureza da hipersonolência excedem em muito o que seria esperado com o transtorno mental ou condição médica), é necessário um diagnóstico adicional de transtorno de hipersonolência.

Comorbidade

Muitos indivíduos com transtorno de hipersonolência apresentam sintomas de depressão que podem preencher os critérios para um transtorno depressivo. Essa apresentação pode estar relacionada às consequências psicosociais do aumento persistente da necessidade de sono. Mais da metade dos indivíduos com transtorno de hipersonolência apresentam sintomas de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Indivíduos com transtorno de hipersonolência também estão em risco de transtornos relacionados a substâncias, particularmente relacionados à automedicação com estimulantes. Essa falta geral de especificidade pode contribuir para perfis muito heterogêneos entre indivíduos cujos sintomas atendem aos critérios diagnósticos para transtorno de hipersonolência. Condições neurodegenerativas, como doença de Alzheimer, doença de Parkinson e atrofia de múltiplos sistemas, também podem estar associadas à hipo

Relação com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono A Classificação

Internacional de Distúrbios do Sono, 3^a Edição (ICSD-3), diferencia nove subtipos de “distúrbios centrais de hipersonolência”, incluindo distúrbios não cobertos pelo DSM, como a síndrome de Kleine-Levin (episódios recorrentes de hipersonia), hipersonolência devida a uma condição médica/neurológica ou uso de substâncias e síndrome do sono insuficiente.

422

Narcolepsia

Critério de diagnóstico

- A. Períodos recorrentes de necessidade irreprimível de dormir, adormecer ou cochilar ocorrendo no mesmo dia. Estes devem ter ocorrido pelo menos três vezes por semana nos últimos 3 meses.
- B. A presença de pelo menos um dos seguintes:

1. Episódios de cataplexia, definidos como (a) ou (b), ocorrendo pelo menos algumas vezes por mês: a.
Em indivíduos com doença de longa duração, episódios breves (segundos a minutos) de perda súbita bilateral do tônus muscular com manutenção da consciência que são precipitados por risadas ou brincadeiras.

b. Em crianças ou em indivíduos dentro de 6 meses após o início, caretas espontâneas ou episódios de abertura da mandíbula com protrusão da língua ou hipotonía global, sem nenhum gatilho emocional óbvio.
2. Deficiência de hipocretina, medida usando valores de imunorreatividade de hipocretina-1 no líquido cefalorraquídiano (LCR) (menor ou igual a um terço dos valores obtidos em indivíduos saudáveis testados usando o mesmo ensaio, ou menor ou igual a 110 pg/mL). Níveis baixos de hipocretina-1 no LCR não devem ser observados no contexto de lesão cerebral aguda, inflamação ou infecção.
3. Polissonografia do sono noturno mostrando latência do sono de movimento rápido dos olhos (REM) menor ou igual a 15 minutos, ou um teste de latência múltipla do sono mostrando uma latência média do sono menor ou igual a 8 minutos e dois ou mais períodos REM de início do sono.

Especificar se:

G47.411 Narcolepsia com cataplexia ou deficiência de hipocretina (tipo 1): Critério B1 (episódios de cataplexia) ou Critério B2 (níveis baixos de hipocretina-1 no LCR) é atendido.

G47.419 Narcolepsia sem cataplexia e sem deficiência de hipocretina ou hipocretina não medida (tipo 2): Critério B3 (polissonografia positiva/teste de latência múltipla do sono) é atendido, mas Critério B1 não é atendido (ou seja, não há cataplexia presente) e Critério B2 não for atendida (ou seja, os níveis de hipocretina-1 no LCR não estão baixos ou não foram medidos).

G47.421 Narcolepsia com cataplexia ou deficiência de hipocretina devido a uma condição médica

G47.429 Narcolepsia sem cataplexia e sem deficiência de hipocretina devido a uma condição médica

Nota de codificação: Para o subtipo narcolepsia com cataplexia ou deficiência de hipocretina devido a uma condição médica e o subtipo narcolepsia sem cataplexia e sem deficiência de hipocretina devido a uma condição médica, codifique primeiro a condição médica subjacente (por exemplo, G71.11 distrofia miotônica; G47.429 narcolepsia sem cataplexia e sem deficiência de hipocretina por distrofia miotônica).

Especifique a gravidade atual:

Leve: Necessidade de cochilos apenas uma ou duas vezes por dia. O distúrbio do sono, se presente, é leve. A cataplexia, quando presente, é pouco frequente (ocorre menos de uma vez por semana).

Moderado: Necessidade de vários cochilos diariamente. O sono pode ser moderadamente perturbado. A cataplexia, quando presente, ocorre diariamente ou a cada poucos dias.

Grave: sonolência quase constante e, muitas vezes, sono noturno altamente perturbado (que pode incluir movimento corporal excessivo e sonhos vívidos). A cataplexia, quando presente, é resistente a medicamentos, com múltiplos ataques diários.

Subtipos

Um diagnóstico de narcolepsia tipo 1 (NT1; ou seja, com cataplexia ou deficiência de hipocretina) é mais frequentemente baseado na presença de sonolência e cataplexia recorrentes (dado o uso limitado de determinações de hipocretina no líquido cefalorraquidiano [LCR]). No entanto, a cataplexia pode surgir anos após o início da sonolência. Portanto, alguns indivíduos podem receber inicialmente um diagnóstico de narcolepsia, tipo 2 (NT2; ou seja, sem cataplexia e sem deficiência de hipocretina ou com hipocretina não medida), com base nos achados de sonolência e teste de latência múltipla do sono (MSLT) positivo, apenas para ser reatribuído a um diagnóstico de NT1 após o surgimento de cataplexia. NT1 estabelecido pela demonstração de baixos níveis de hipocretina no LCR pode se manifestar sem evidência de cataplexia clara. Outras explicações para sonolência diurna excessiva (p. . NT2 é estabelecido com base na sonolência crônica e achados característicos da polissonografia noturna do sono (p.

NT1 e NT2 podem resultar de outras condições neurológicas, infecciosas, metabólicas e genéticas. Doenças hereditárias, tumores e traumatismo craniano são as causas mais comuns de narcolepsia secundária. Em outros casos, a destruição de neurônios de hipocretina pode ser secundária a trauma ou cirurgia hipotalâmica. Traumatismo craniano ou infecções do sistema nervoso central podem, no entanto, produzir reduções transitórias nos níveis de hipocretina-1 no LCR sem perda de células de hipocretina, complicando o diagnóstico.

Outras etiologias incluem lesões inflamatórias devido à esclerose múltipla e encefalomielite disseminada aguda, distúrbios vasculares como acidente vascular cerebral e encefalite. Ataxia cerebelar autossômica dominante, surdez e narcolepsia, ou ADCA DN, é um distúrbio degenerativo familiar devido a mutações missense do gene DNA metiltransferase (DNMT1). A cataplexia com algum grau de sonolência pode ser causada por outras condições neurológicas, incluindo síndrome de Prader Willi, doença de Niemann-Pick tipo C, síndrome de Möbius e doença de Norrie.

A deficiência de hipocretina também foi relatada na doença de Parkinson. A fisiologia do tipo NT2 foi relatada na distrofia miotônica e na síndrome de Prader-Willi.

Características diagnósticas

As características essenciais da narcolepsia são cochilos diurnos recorrentes ou lapsos de sono que ocorrem normalmente diariamente, mas que devem ocorrer no mínimo três vezes por semana por pelo menos 3 meses (Critério A), e são acompanhados por um ou mais dos seguintes: cataplexia (Critério B1), deficiência de hipocretina (Critério B2) ou anormalidades características em uma polissonografia noturna ou no TLMS (Critério B3). Na maioria dos indivíduos com NT1, o primeiro sintoma a se manifestar é a sonolência ou aumento da necessidade de sono, seguido pela cataplexia. A sonolência é pior em circunstâncias sedentárias e geralmente é aliviada por cochilos breves (10 a 20 minutos).

NT1 geralmente se manifesta com **cataplexia**, episódios tipicamente breves (segundos até 2 minutos) de

perda súbita e bilateral do tônus muscular precipitada por emoções. Uma série de emoções positivas pode desencadear a cataplexia, incluindo aquelas associadas ao riso, antecipação ou surpresa. Menos comumente, a cataplexia pode ser desencadeada por emoções negativas, como raiva e constrangimento.

Os músculos afetados incluem os do pescoço, mandíbula, braços, pernas ou corpo inteiro, resultando em movimentos de cabeça, queda de mandíbula ou quedas completas. Os indivíduos estão acordados e conscientes durante a cataplexia. A cataplexia não deve ser confundida com “fraqueza” que ocorre em

424

no contexto de atividades atléticas (fisiológicas) ou exclusivamente após gatilhos emocionais incomuns, como estresse ou ansiedade (sugerindo possível psicopatologia).

Em crianças e raramente em adultos com início agudo dos sintomas de NT1, a cataplexia pode se manifestar como hipotonia contínua, em vez de crises episódicas de fraqueza desencadeadas por emoções fortes. Essa hipotonia contínua pode resultar em instabilidade da marcha, ptose e mandíbula frouxa. Sobreposta a essa fraqueza muscular, alguns indivíduos podem apresentar fenômenos como protrusão da língua e caretas. Esta cataplexia estática é mais comum dentro de 6 meses de um início rápido.

NT1 é causado pela perda de neurônios hipotalâmicos que produzem os neuropeptídeos hipocretina (orexina), e os níveis de hipocretina no LCR são tipicamente inferiores a um terço dos valores de controle (< 110 pg/mL na maioria dos laboratórios). Indivíduos com cataplexia demonstraram ter níveis baixos de hipocretina no LCR em 85% a 90% dos casos. Em contraste, a maioria dos indivíduos com NT2 tem níveis normais ou intermediários de hipocretina no LCR. Assim, a deficiência de hipocretina é um teste diagnóstico suficiente para NT1 (Critério B2). Se a hipocretina do LCR for medida e não baixa, um diagnóstico de NT2 é baseado nos sintomas clínicos (Critério A) e nos dados do estudo do sono descritos no Critério B3.

Uma polissonografia noturna seguida de um MSLT é o método convencional para confirmar o diagnóstico de NT1 (se o teste de hipocretina não estiver disponível ou não for viável) e NT2 (Critério B3). Esses testes devem ser realizados após o indivíduo ter interrompido todos os medicamentos psicotrópicos (por uma duração baseada na meia-vida de eliminação) e obtido um tempo de sono adequado em um horário normal de sono-vigília (conforme documentado com diários de sono ou, preferencialmente, actigrafia), idealmente por 2 semanas. Notavelmente, a descontinuação abrupta de antidepressivos, medicamentos agonistas à adrenérgicos ou estimulantes ou uso desses medicamentos durante o teste pode alterar a fisiologia do sono REM.

O resultado do MSLT deve ser positivo para o diagnóstico de NT2, mostrando latência média do sono à 8 minutos mais pelo menos dois SOREMPs; especificamente, o sono REM deve ocorrer em pelo menos duas das cinco oportunidades de cochilo. Alternativamente, um período noturno de início do sono REM (nSOREMP; latência do início do sono REM à 15 minutos) durante a polissonografia é suficiente para confirmar o diagnóstico e atende ao Critério B3. Um nSOREMP é altamente específico para NT1 (95%–97%), mas apenas moderadamente sensível (54%–57%). Achados falsos positivos de SOREMPs podem ocorrer com trabalho por turnos, distúrbios do sono-vigília do ritmo circadiano, apneia obstrutiva do sono grave, efeitos de medicamentos e distúrbio do sono insuficiente.

A polissonografia noturna e o TLMS são diagnósticos limitados, principalmente no NT2.

Embora a confiabilidade do teste diagnóstico de MSLT seja relativamente alta, de 85% a 95% para NT1, a confiabilidade para o diagnóstico de NT2 é menor. A confiabilidade teste-reteste pode ser < 50%. Essa baixa confiabilidade pode ser devido à variabilidade diária na fisiologia do NT2 e aspectos técnicos da polissonografia e do teste MSLT, especialmente atenção inadequada ao horário/horário de sono prévio e uso de medicamentos/drogas.

Níveis normais ou intermediários de hipocretina no LCR entre indivíduos com sintomas de cataplexia pode diminuir para níveis indetectáveis ao longo do tempo.

Recursos associados

Quando a sonolência é grave, podem ocorrer comportamentos automáticos, com o indivíduo continuando suas atividades de forma semiautomática, semelhante a uma névoa, sem memória ou consciência.

Aproximadamente 20% a 60% dos indivíduos experimentam alucinações hipnagógicas vívidas antes ou ao adormecer ou alucinações hipnopômpicas logo após o despertar. Essas alucinações são tipicamente visuais ou auditivas e, às vezes, tátteis. Eles são distintos da mentalidade onírica menos vívida e não alucinatória no início do sono que ocorre em pessoas com sono normal.

Aproximadamente 20% a 60% dos indivíduos afetados apresentam paralisia do sono ao adormecer ou ao acordar, deixando-os acordados, mas incapazes de se mover ou falar. No entanto, muitos dorminhocos normais também relatam paralisia do sono ocasional, especialmente com estresse ou sono

425

privação. Indivíduos com narcolepsia podem ter uma série de sintomas de sono noturno, incluindo sono noturno interrompido (acordos frequentes e breves), sonhos vívidos e realistas, movimentos periódicos dos membros do sono e distúrbio comportamental do sono REM. Pode ocorrer alimentação noturna. A obesidade é comum. Os indivíduos podem parecer sonolentos ou adormecer na sala de espera ou durante o exame clínico. Durante a cataplexia, os indivíduos podem cair em uma cadeira e ter fala arrastada ou pálpebras caídas. Se o clínico for capaz de verificar os reflexos durante a cataplexia (a maioria dos ataques dura < 10 segundos), os reflexos são abolidos durante a cataplexia de corpo inteiro – um achado importante que distingue a cataplexia genuína do distúrbio de sintomas neurológicos funcionais (distúrbio de conversão).

Embora o teste de QI seja geralmente normal em indivíduos com narcolepsia, memória de trabalho e funcionamento executivo foram relatados.

Prevalência

A narcolepsia-cataplexia (NT1) afeta 0,02%–0,05% da população adulta geral em todo o mundo e tem uma incidência de 0,74 por 100.000 pessoas-ano nos Estados Unidos. Alguma variação de prevalência foi relatada, incluindo taxas mais baixas em Israel e taxas mais altas no Japão do que na Europa e nos Estados Unidos. A verdadeira prevalência de NT2 é desconhecida em parte devido à variabilidade diagnóstica. A narcolepsia afeta ambos os sexos igualmente, mas isso pode variar entre diferentes populações.

Desenvolvimento e início do curso

ocorre mais frequentemente na infância e adolescência ou na idade adulta jovem, mas raramente na velhice. A idade máxima de início é em torno de 15 a 25 anos. O início pode ser abrupto ou progressivo, com a cataplexia se desenvolvendo ao longo dos anos. Tem sido relatado que crianças que apresentam início abrupto de sintomas de NT1 têm a maior gravidade da doença, mas a gravidade da doença nesses casos tende a melhorar parcialmente nos primeiros anos após o início. O início abrupto em crianças jovens e pré-púberes pode estar associado à obesidade e à puberdade prematura. Cerca de 50% dos indivíduos com narcolepsia diagnosticados na idade adulta lembram o início dos sintomas na infância ou adolescência, destacando problemas

de atrasos diagnósticos para esta condição. Uma vez que o distúrbio se manifestou, o curso é persistente e ao longo da vida.

Em 90% dos casos, o primeiro sintoma a se manifestar é sonolência ou aumento do sono, seguido de cataplexia (dentro de 1 ano em 50% dos casos, em 3 anos em 85%). Sonolência, alucinações hipnagógicas, sonhos vívidos e distúrbio comportamental do sono REM (vocalizações ou comportamento motor complexo durante o sono REM) são sintomas iniciais. O sono excessivo progride rapidamente para uma incapacidade de ficar acordado durante o dia e de manter um bom sono à noite, sem um aumento claro no tempo total de sono de 24 horas. Nos primeiros meses, a cataplexia pode ser atípica, especialmente em crianças, manifestando-se com hipotonia generalizada e não com fraqueza episódica desencadeada emocionalmente. Em geral, os sintomas da narcolepsia permanecem bastante estáveis, mas podem flutuar com eventos da vida, como gravidez e estressores. Exacerbações dos sintomas sugerem falta de adesão aos medicamentos ou desenvolvimento de um distúrbio do sono concomitante, principalmente apnéia do sono, que foi identificada em cerca de um quarto dos indivíduos com narcolepsia.

Crianças e adolescentes com narcolepsia geralmente desenvolvem agressividade ou problemas comportamentais secundários à sonolência e/ou interrupção do sono noturno. A carga de trabalho e a pressão social aumentam durante o ensino médio e a faculdade, reduzindo o tempo de sono disponível à noite. A gravidez não parece modificar os sintomas de forma consistente. Após a aposentadoria, os indivíduos normalmente têm mais oportunidades de cochilar, reduzindo a necessidade de estimulantes. Manter um horário regular beneficia indivíduos de todas as idades.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental Indivíduos com narcolepsia geralmente relatam que precisam de mais sono do que outros membros da família.

426

Ambiental. Infecção de garganta por estreptococos do grupo A, influenza (principalmente pandemia H1N1 2009) ou outras infecções de inverno, bem como vacinas (especificamente a vacinação Pandemrix H1N1), podem desencadear um processo autoimune em alguns indivíduos, produzindo narcolepsia alguns meses depois. Traumatismo craniano e mudanças abruptas nos padrões de sono-vigília (por exemplo, mudanças de emprego, estresse) podem ser gatilhos adicionais.

Genética e fisiológica. Gêmeos monozigóticos são 25%–32% concordantes para narcolepsia. A prevalência de narcolepsia é de 1% a 2% em parentes de primeiro grau (um aumento geral de 10 a 40 vezes). A narcolepsia está fortemente associada ao HLA DQB1*06:02 (ver “Marcadores de Diagnóstico”). DQB1*03:01 aumenta, enquanto DQB1*05:01, DQB1*06:01 e DQB1*06:03 reduzem o risco na presença de DQB1*06:02, mas o efeito é pequeno. Polimorfismos dentro do gene alfa do receptor de células T e outros genes imunomoduladores também modulam ligeiramente o risco.

Questões de diagnóstico relacionadas à

cultura A narcolepsia foi descrita em muitos grupos etnoraciais e contextos culturais. Um estudo de 1.097 indivíduos em busca de tratamento sugeriu que entre os afro-americanos, mais casos podem se manifestar sem cataplexia ou com cataplexia atípica (embora a hipocretina no LCR seja baixa) e com início mais precoce em comparação com brancos não latinos. O diagnóstico pode ser ainda mais complicado pela maior presença de obesidade e apneia obstrutiva do sono nessa população, que pode ser

relacionados à exposição diferencial a determinantes sociais da saúde, incluindo insegurança alimentar, desertos alimentares e acesso limitado a locais seguros e acessíveis para atividade física. Indivíduos com narcolepsia muitas vezes experimentam paralisia do sono, que pode ser atribuída a forças sobrenaturais (por exemplo, espírito assustador está sentado no peito do adormecido) em alguns contextos culturais, contribuindo para a percepção de periculosidade da condição e para decisões de busca de ajuda.

Marcadores de diagnóstico

A polissonografia noturna seguida por um MSLT é usada para confirmar o diagnóstico de narcolepsia, especialmente quando o distúrbio está sendo diagnosticado pela primeira vez e antes do início do tratamento. Na presença de cataplexia nítida, a polissonografia e o MSLT são confirmatórios para NT1. Na ausência de cataplexia e deficiência de hipocretina (se medida), o MSLT é diagnóstico de NT2. Efeitos de drogas ou medicamentos (por exemplo, antidepressivos inibidores do REM ou medicamentos sedativos), abstinência de estimulantes, privação prévia de sono, trabalho por turnos ou depressão grave podem resultar em um resultado de MSLT impreciso e devem ser descartados antes da realização do MSLT. Em particular, o sono cronicamente insuficiente é comum e deve ser considerado.

Um nSOREMP é altamente específico (aproximadamente 1% positivo em indivíduos de controle), mas moderadamente sensível (aproximadamente 50%) para NT1. Em contraste, um nSOREMP foi encontrado apenas em 10% a 23% das pessoas NT2 com níveis normais de hipocretina, sugerindo sensibilidade ainda menor nesse subtipo. O resultado do MSLT é considerado positivo para narcolepsia se apresentar latência média do sono \leq 8 minutos e SOREMPs em dois ou mais cochilos em um teste de quatro ou cinco cochilos. O resultado do MSLT é positivo em 90%–95% dos indivíduos com NT1 versus 2%–4% dos indivíduos controle ou indivíduos com outros distúrbios do sono. Conforme observado, a baixa confiabilidade teste-reteste para NT2 impede a determinação de dados comparáveis para NT2. Achados polissonográficos adicionais entre indivíduos com narcolepsia geralmente incluem despertares frequentes, diminuição da eficiência do sono e aumento do estágio 1 do sono. Movimentos periódicos dos membros (encontrados em cerca de 40% dos indivíduos com NT1) e apneia do sono são frequentemente observados.

A deficiência de hipocretina é demonstrada medindo-se os níveis de hipocretina-1 no LCR. O teste é particularmente útil em indivíduos com suspeita de pseudocataplexia e naqueles sem cataplexia típica, ou em casos refratários ao tratamento. O valor diagnóstico do teste não é afetado por medicamentos, privação de sono ou hora do dia ou da noite em que é coletado, mas os achados não são interpretáveis quando o indivíduo está gravemente doente com um quadro concomitante.

427

infecção ou traumatismo craniano ou está em coma. A citologia, a proteína e a glicose do LCR estão dentro da faixa normal, mesmo quando coletadas dentro de semanas após o início rápido do distúrbio. Quando medido em indivíduos com sintomas típicos de cataplexia, a hipocretina-1 no LCR muitas vezes já está muito diminuída ou indetectável.

Cerca de 85%–95% dos indivíduos com NT1 são positivos para o haplótipo HLA DQB1*06:02. Este gene influencia a apresentação de抗ígenos do sistema imunológico, apoiando uma fisiopatologia autoimune subjacente de NT1. Surtos de NT1 após vacinações e infecções específicas apoiam ainda mais uma etiologia autoimune. Em contraste com NT1, não há biomarcadores de NT2. Apenas cerca de 40%–50% dos indivíduos com NT2 são positivos para DQB1*06:02. Como 12%–38% da população geral é positiva para DQB1*06:02, o teste para este alelo não é muito útil para diagnosticar NT2.

mas pode ser útil para triagem de NT1.

Consequências funcionais da narcolepsia O desempenho

escolar, a condução, o trabalho ou outras atividades que requerem atenção sustentada são prejudicados e os indivíduos com narcolepsia devem evitar trabalhos que coloquem a si mesmos (por exemplo, trabalhar com máquinas) ou outros (por exemplo, motorista de ônibus, piloto) em perigo. Uma vez que a narcolepsia é controlada com terapia, os indivíduos geralmente podem dirigir, embora raramente longas distâncias sozinhos. Indivíduos não tratados também correm o risco de isolamento social e lesões accidentais a si mesmos ou a outros. As relações sociais podem sofrer à medida que esses indivíduos se esforçam para evitar a cataplexia exercendo controle sobre emoções ou estímulos que causam emoções.

Diagnóstico Diferencial Outras

hipersonias. O transtorno de hipersonolência (também conhecido como hipersonia idiopática) e a narcolepsia são semelhantes em relação à presença de sonolência diurna crônica, idade de início (tipicamente adolescência ou início da idade adulta) e curso estável ao longo do tempo, mas podem ser distinguidos com base em características clínicas e laboratoriais distintas recursos. Indivíduos com transtorno de hipersonolência normalmente têm sono noturno mais longo e menos interrompido, maior dificuldade para acordar, sonolência diurna mais persistente (em oposição a "ataques de sono" mais discretos na narcolepsia), episódios de sono diurno mais longos e menos refrescantes e pouco ou nenhum sonho durante o dia sonecas. Por outro lado, indivíduos com NT1 geralmente têm cataplexia. Aqueles com NT1 ou NT2 podem demonstrar intrusões recorrentes de elementos do sono REM na transição entre o sono e a vigília (por exemplo, alucinações relacionadas ao sono e paralisia do sono). O MSLT normalmente demonstra latências de sono mais curtas (ou seja, maior sonolência fisiológica), bem como a presença de múltiplos SOREMPs em indivíduos com narcolepsia.

Privação de sono e sono noturno insuficiente. A privação do sono e o sono noturno insuficiente são comuns em adolescentes e trabalhadores em turnos. Em adolescentes, as dificuldades para adormecer à noite são comuns, causando privação do sono. O resultado do MSLT pode ser falsamente positivo se realizado enquanto o indivíduo está privado de sono ou enquanto seu sono está com atraso de fase.

Síndromes de apneia do sono. A apneia obstrutiva do sono é comum na população geral e pode estar presente em indivíduos com narcolepsia devido à obesidade. Como a apneia obstrutiva do sono é mais frequente que a narcolepsia, a cataplexia pode ser negligenciada (ou ausente). A narcolepsia deve ser considerada em indivíduos com sonolência persistente apesar do tratamento da apneia do sono.

Distúrbio de insônia. Indivíduos com narcolepsia podem se concentrar na presença de interrupção do sono noturno e atribuir incorretamente a sonolência diurna ao distúrbio da insônia. Embora os indivíduos com narcolepsia, como aqueles com transtorno de insônia, possam experimentar despertares frequentes durante a noite, os indivíduos com narcolepsia geralmente não têm dificuldade em iniciar o sono ou retornar ao sono, em contraste com aqueles com transtorno de insônia.

Além disso, o distúrbio da insônia não está tipicamente associado à gravidade da sonolência diurna observada na narcolepsia.

Transtorno depressivo maior. A sonolência diurna excessiva é uma queixa comum de ambos

indivíduos com depressão maior e indivíduos com narcolepsia. A presença de cataplexia (que não é uma característica do transtorno depressivo maior) juntamente com a gravidade da sonolência diurna excessiva indica um diagnóstico de NT1 em vez de transtorno depressivo maior. Além disso, em indivíduos com depressão maior, os resultados do TLMS são na maioria das vezes normais, havendo dissociação entre sonolência subjetiva e objetiva, medida pela latência média do sono durante o TLMS. Em uma meta-análise de indivíduos com transtornos psiquiátricos avaliados quanto à sonolência, enquanto 25% tiveram uma latência média do sono < 8 minutos no MSLT, apenas raramente dois ou mais SOREMPs foram observados no MSLT, destacando a disfunção do sono REM mais específica de narcolepsia.

Transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão; pseudocataplexia). com ~~Indivíduos~~ de sintomas neurológicos funcionais podem apresentar fraqueza que pode levantar questões de cataplexia. No entanto, no transtorno de sintomas neurológicos funcionais, a fraqueza geralmente é duradoura, tem gatilhos incomuns e pode resultar em quedas frequentes. Os indivíduos podem relatar dormir e sonhar durante os cochilos do MSLT, mas o MSLT não mostra a característica SOREMP. Gravações de vídeo caseiras e vídeos durante os estudos do sono podem ser úteis para distinguir essa condição da verdadeira cataplexia. A fraqueza geralmente é generalizada na pseudocataplexia, sem ataques parciais.

A pseudocataplexia completa e de longa duração pode ocorrer durante a consulta, permitindo ao médico examinador tempo suficiente para verificar os reflexos, que permanecem intactos.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou outros problemas comportamentais. Em crianças e adolescentes, a sonolência pode causar problemas comportamentais, incluindo agressividade e desatenção, levando a um diagnóstico errôneo de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH).

Convulsões atônicas. As convulsões atônicas, um tipo de convulsão que causa perda súbita de força muscular, devem ser diferenciadas da cataplexia. Convulsões atônicas não são comumente desencadeadas por emoções e tendem a se manifestar como quedas abruptas, em vez da qualidade de “derreter” mais lenta da cataplexia. As crises atônicas geralmente ocorrem em indivíduos com tipos de crises adicionais e têm assinaturas distintas no eletroencefalograma.

Síncope. Assim como a sícope, a cataplexia geralmente se desenvolve em vários segundos, mas os indivíduos com cataplexia não apresentam sintomas pré-sincopais de tontura, visão de túnel e alterações auditivas.

Corea e distúrbios motores. Em crianças pequenas, a cataplexia pode ser diagnosticada erroneamente como coreia ou distúrbios neuropsiquiátricos autoimunes pediátricos associados a infecções estreptocócicas (PANDAS), especialmente no contexto de uma infecção na garganta por estreptococos e altos níveis de anticorpos antiestreptolisina O. Algumas crianças podem ter um distúrbio motor sobreposto próximo ao início da cataplexia.

Esquizofrenia. Na presença de alucinações hipnagógicas floreadas e vívidas, os indivíduos com narcolepsia podem pensar que essas experiências são reais – uma característica que sugere a presença de uma verdadeira alucinação característica da esquizofrenia. No entanto, diferenças claras foram descritas no padrão de experiências alucinatórias na narcolepsia em comparação com a esquizofrenia. Indivíduos com narcolepsia tendem a relatar alucinações “holísticas” multissensoriais relacionadas ao sono (visual, auditiva, tátil) em vez do modo sensorial predominantemente verbal-auditivo de indivíduos com esquizofrenia. Além disso, o tratamento com altas doses de estimulantes de indivíduos com narcolepsia pode resultar no desenvolvimento de delírios persecutórios. Se a cataplexia estiver presente com alucinações ou delírios, a primeira suposição clínica seria que esses sintomas são secundários à narcolepsia antes da consideração de um diagnóstico concomitante de esquizofrenia.

Comorbidade As

comorbidades médicas e psiquiátricas são comuns entre indivíduos com narcolepsia e incluem obesidade, bruxismo, enurese, puberdade precoce (entre indivíduos com narcolepsia de início pediátrico), transtornos de humor e TDAH. O ganho de peso rápido é comum em crianças pequenas com início súbito da doença. Parassonias (por exemplo, sonambulismo, distúrbio comportamental do sono REM), apneia obstrutiva do sono, síndrome das pernas inquietas e movimentos periódicos dos membros são comuns em indivíduos que desenvolvem narcolepsia. A apneia do sono comórbida deve ser considerada se houver um agravamento súbito de narcolepsia preexistente.

Relação com a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono A Classificação

Internacional dos Distúrbios do Sono, 3^a Edição (ICSD-3), diferencia dois subtipos de narcolepsia: NT1 (narcolepsia com cataplexia ou deficiência de hipocretina) e NT2 (narcolepsia sem cataplexia ou deficiência de hipocretina). NT1 secundário a outra condição médica (G47.421) e NT2 secundário a outra condição médica (G47.429) são relatados na ICSD-3 como subtipos de narcolepsia secundária.

Distúrbios do Sono Relacionados à Respiração

A categoria de distúrbios do sono relacionados à respiração engloba três distúrbios relativamente distintos: apnéia obstrutiva do sono hipopnéia, apnéia central do sono e hipoventilação relacionada ao sono.

Hipopneia Obstrutiva do Sono Hipopneia

Critério de diagnóstico	G47.33
<p>A. Ou (1) ou (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evidência por polissonografia de pelo menos cinco apneias ou hipopneias obstrutivas por hora de sono e um dos seguintes sintomas de sono: a. Distúrbios respiratórios noturnos: ronco, respiração ofegante ou pausas respiratórias durante o sono. b. Sonolência diurna, fadiga ou sono não reparador apesar de oportunidades suficientes para dormir que não é melhor explicada por outro transtorno mental (incluindo um transtorno do sono) e não é atribuível a outra condição médica. 2. Evidência por polissonografia de 15 ou mais apneias obstrutivas e/ou hipopneias por hora de sono, independentemente dos sintomas acompanhantes. <p><i>Especifique a gravidade atual:</i></p> <p>Leve: o índice de apnêa e hipopnéia é menor que 15.</p>	

Moderado: o índice de apnéia e hipopnéia é de 15 a 30.

Grave: o índice de apnéia e hipopnéia é maior que 30.

Especificadores

A gravidade da doença é medida pela contagem do número de apneias mais hipopneias por hora de sono (índice de apneia-hipopneia) usando polissonografia ou outro monitoramento noturno.

430

A *apneia* refere-se à ausência total de fluxo aéreo e a *hipopneia* refere-se à redução do fluxo aéreo.

A gravidade geral também é informada pelos níveis de dessaturação noturna e fragmentação do sono (medido pela frequência de despertar cortical cerebral e estágios do sono) e grau de sintomas associados e comprometimento diurno. No entanto, o número exato e os limites podem variar de acordo com as técnicas de medição específicas usadas, e esses números podem mudar ao longo do tempo. Independentemente do índice de apneia e hipopneia (contagem) per se, o distúrbio é considerado mais grave quando as apneias e hipopneias são acompanhadas por dessaturação significativa da hemoglobina de oxigênio (por exemplo, quando mais de 10% do tempo de sono é gasto em níveis de dessaturação << 90%) ou quando o sono está severamente fragmentado, como mostrado por um índice de despertar elevado (despertares por hora de sono > 30) ou tempo reduzido em sono profundo (por exemplo, estágio percentual N3 [sono de ondas lentas] < 5%).

Características diagnósticas

Apnéia obstrutiva do sono hipopnéia é o distúrbio do sono mais comum relacionado à respiração.

Caracteriza-se por episódios repetidos de obstrução das vias aéreas superiores (faríngeas) (apneias e hipopneias) durante o sono. Cada apneia ou hipopneia representa uma redução na respiração de pelo menos 10 segundos de duração em adultos ou duas respirações perdidas em crianças e está tipicamente associada a quedas na saturação de oxigênio de $\geq 3\%$ e/ou um despertar eletroencefalográfico. Tanto os sintomas relacionados ao sono (noturnos) quanto os de vigília são comuns. Os sintomas cardinais da apneia obstrutiva do sono e hipopneia são o ronco e a sonolência diurna.

Hipopneia obstrutiva do sono em adultos é diagnosticada com base nos achados de uma polissonografia (ou teste do sono realizado fora do centro do sono, referido como *teste do sono fora do centro* [OCST]) e sintomas. O diagnóstico é baseado em sintomas de 1) distúrbios respiratórios noturnos (ou seja, ronco, bufar/engasgo, pausas respiratórias durante o sono) ou 2) sonolência diurna, fadiga ou sono não reparador, apesar de oportunidades suficientes para dormir que não são melhor explicadas por outro transtorno mental e não atribuível a outra condição médica, juntamente com 3) evidência por polissonografia (ou OCST) de cinco ou mais apneias ou hipopneias obstrutivas por hora de sono (Critério A1). O diagnóstico pode ser feito na ausência desses sintomas se houver evidência por polissonografia (ou OCST limitado) de 15 ou mais apneias obstrutivas e/ou hipopneias por hora de sono (Critério A2).

Os critérios para o diagnóstico de apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono em crianças diferem daqueles para o diagnóstico em adultos. Um índice de apnéia e hipopnéia obstrutiva de um ou mais eventos por hora ou evidência de hipoventilação obstrutiva em associação com ronco ou evidência polissonográfica de obstrução ao fluxo aéreo é usado para definir limiares de anormalidade em crianças.

Os achados polissonográficos em crianças podem diferir daqueles em adultos, pois as crianças podem demonstrar respiração difícil; hipovenilação obstrutiva parcial (reduções sustentadas do volume corrente devido a limitações de fluxo das vias aéreas superiores) com dessaturações cíclicas de oxigênio; hipercapnia; e respiração paradoxal.

A maioria dos casos de apneia obstrutiva do sono permanece sem diagnóstico. Portanto, atenção específica aos sintomas de distúrbios do sono que ocorrem em associação com ronco ou pausas respiratórias e achados físicos que aumentam o risco de apneia obstrutiva do sono e hipopneia (por exemplo, obesidade central, obstrução das vias aéreas faríngeas, pressão arterial elevada) é importante para reduzir a chance de falha para diagnosticar esta condição tratável.

Recursos associados

Devido à frequência de despertares noturnos que ocorrem com apneia e hipopneia obstrutiva do sono, os indivíduos podem relatar sintomas de insônia. Outros sintomas comuns, embora inespecíficos, de apneia obstrutiva do sono e hipopneia são azia, noctúria, dores de cabeça matinais, boca seca, disfunção erétil e redução da libido. Os indivíduos podem queixar-se de dificuldade em respirar enquanto estão deitados em decúbito dorsal ou dormindo. A hipertensão pode ocorrer em mais de 60% dos indivíduos com apneia e hipopneia obstrutiva do sono.

431

As medições de gasometria arterial enquanto o indivíduo está acordado geralmente são normais, mas alguns indivíduos podem demonstrar hipoxemia ou hipercapnia ao acordar. Esse padrão deve alertar o clínico para a possibilidade de coexistência de doença pulmonar ou hipovenilação. Os procedimentos de imagem podem revelar estreitamento das vias aéreas superiores. Testes cardíacos podem mostrar evidências de função ventricular prejudicada. Arritmias como pausas sinusais, batimentos ectópicos atriais e ventriculares frequentes ou fibrilação atrial podem estar presentes durante o sono. Indivíduos com dessaturação de oxigênio noturna grave também podem ter valores elevados de hemoglobina ou hematócrito.

Prevalência

A hipopneia obstrutiva do sono é um distúrbio muito comum. A prevalência pode ser particularmente alta entre os homens em comparação com as mulheres, variando de 2:1 a 4:1; idosos; e certos grupos raciais e étnicos. A prevalência varia entre os países, em parte devido a diferenças nos métodos de avaliação. Como o distúrbio está fortemente associado à obesidade, o aumento das taxas de obesidade resultou em um aumento da prevalência desse distúrbio.

Nos Estados Unidos, 13% dos homens e 6% das mulheres têm evidência polissonográfica de 15 ou mais apneias ou hipopneias obstrutivas por hora de sono, e 14% dos homens e 5% das mulheres têm mais de 5 apneias ou hipopneias obstrutivas por hora de sono, mais sintomas de sonolência diurna. As diferenças de gênero diminuem com a idade avançada, possivelmente devido ao aumento da prevalência em mulheres após a menopausa; mulheres na pós-menopausa são 2,6 a 3,5 vezes mais propensas a ter apneia obstrutiva do sono em comparação com mulheres na pré-menopausa.

Na comunidade em geral, as taxas de prevalência nos Estados Unidos de hipopneia obstrutiva do sono não diagnosticada podem ser muito altas em indivíduos idosos. A apneia obstrutiva do sono também ocorre em crianças, com prevalência estimada de 1%–4%; não há diferença de gênero entre crianças pré-púberes. Crianças que são obesas têm taxas mais altas.

A prevalência de apnêa obstrutiva do sono parece ser maior entre afro-americanos do que entre brancos não latinos americanos. Um aumento da prevalência entre afro-americanos, índios americanos e hispânicos pode estar relacionado a taxas mais altas de obesidade, que podem estar associadas à exposição diferencial a determinantes sociais da saúde, incluindo insegurança alimentar, desertos alimentares e acesso limitado a locais seguros e acessíveis para atividade física.

Desenvolvimento e Curso A

distribuição etária da hipopneia da apneia obstrutiva do sono tem vários picos. A primeira ocorre em crianças de 3 a 8 anos, quando a nasofaringe pode estar comprometida por uma massa relativamente grande de tecido tonsilar em comparação com o tamanho da via aérea superior. Com o crescimento das vias aéreas e regressão do tecido linfóide durante a infância tardia, há redução na prevalência. No entanto, com o aumento da obesidade em adolescentes, ocorre um segundo pico de prevalência nessa faixa etária. Finalmente, à medida que a prevalência de obesidade continua a aumentar na meia-idade e as mulheres entram na menopausa, as taxas de apnêa e hipopnêa obstrutiva do sono aumentam ainda mais. O curso na idade avançada não é claro; a prevalência do distúrbio pode estabilizar após os 65 anos, mas em alguns indivíduos, a gravidade pode piorar com o envelhecimento. Os resultados polissonográficos devem ser interpretados à luz de outros dados clínicos. Sintomas clínicos significativos de insônia ou hipersonia devem ser investigados independentemente da idade do indivíduo.

A hipopneia da apneia obstrutiva do sono geralmente tem início insidioso, progressão gradual e curso persistente. Normalmente, o ronco alto está presente há muitos anos, muitas vezes desde a infância, mas o aumento de sua gravidade pode levar o indivíduo a procurar avaliação. O ganho de peso pode precipitar um aumento dos sintomas. Embora a hipopneia da apneia obstrutiva do sono possa ocorrer em qualquer idade, ela se manifesta mais comumente entre indivíduos com idades entre 40 e 60 anos. Ao longo de 4 a 5 anos, o índice médio de apneia e hipopneia aumenta em adultos e idosos em aproximadamente duas apneias ou hipopneias por hora. O índice de apneia-hipopneia está aumentado e a hipopneia de apneia obstrutiva do sono incidente é maior entre

432

indivíduos que são mais velhos, que são do sexo masculino ou que têm um índice de massa corporal (IMC) basal mais alto ou aumentam seu IMC ao longo do tempo. A resolução espontânea da apneia obstrutiva do sono e hipopneia tem sido relatada com perda de peso, particularmente após cirurgia bariátrica. Em crianças, foi observada variação sazonal na hipopneia da apneia obstrutiva do sono, assim como melhora com o crescimento geral.

Em crianças pequenas, os sinais e sintomas de apneia obstrutiva do sono e hipopneia podem ser mais sutis do que em adultos, tornando o diagnóstico mais difícil de estabelecer. A polissonografia é útil para confirmar o diagnóstico. Evidências de fragmentação do sono na polissonografia podem não ser tão aparentes quanto em estudos com indivíduos mais velhos, possivelmente devido ao alto impulso homeostático em indivíduos jovens. Sintomas como o ronco geralmente são relatados pelos pais e, portanto, têm sensibilidade reduzida. Podem ocorrer despertares agitados e posturas de sono incomuns, como dormir sobre as mãos e os joelhos. A enurese noturna também pode ocorrer e deve levantar a suspeita de apnéia e hipopnêa obstrutiva do sono se ela se repetir em uma criança que estava previamente seca à noite. As crianças também podem manifestar sonolência diurna excessiva, embora não seja tão comum ou pronunciada como nos adultos. Respiração oral diurna, dificuldade de deglutição e má articulação da fala são

também características comuns em crianças. Crianças menores de 5 anos apresentam mais frequentemente sintomas noturnos, como apneias observadas ou respiração difícil, do que sintomas comportamentais (ou seja, os sintomas noturnos são mais perceptíveis e mais frequentemente levam a criança ao atendimento clínico). Em crianças com mais de 5 anos, sintomas diurnos, como sonolência e problemas comportamentais (p.

Crianças com apneia obstrutiva do sono e hipopneia também podem apresentar atraso no crescimento, déficit de crescimento e atrasos no desenvolvimento. Embora a obesidade seja um fator de risco menos importante em crianças pequenas, ela contribui para a ocorrência de apneia obstrutiva do sono.

Fatores de Risco e Prognósticos

Genéticos e fisiológicos

Os principais fatores de risco para apneia obstrutiva do sono e hipopneia são a obesidade e o sexo masculino. Outros incluem retrognatia maxilar-mandibular ou micrognatia, história familiar positiva de apneia do sono, síndromes genéticas que reduzem a permeabilidade das vias aéreas superiores (p. várias síndromes endócrinas (por exemplo, acromegalia).

Em comparação com as mulheres na pré-menopausa, os homens apresentam risco aumentado para apneia e hipopneia obstrutiva do sono, possivelmente refletindo as influências dos hormônios sexuais no controle ventilatório e distribuição de gordura corporal, bem como diferenças de gênero na estrutura das vias aéreas. Medicamentos para transtornos mentais e condições médicas que tendem a induzir sonolência podem piorar o curso dos sintomas de apnéia se esses medicamentos não forem administrados com cuidado.

A hipopneia da apneia obstrutiva do sono tem uma forte base genética, como evidenciado pela significativa agregação familiar do índice de apneia-hipopneia. A prevalência de hipopneia de apneia obstrutiva do sono é aproximadamente duas vezes maior entre os parentes de primeiro grau de probandos com hipopneia de apneia obstrutiva do sono em comparação com membros de famílias de controle. Um terço da variação no índice de apnéia e hipopnéia é explicado por fatores familiares compartilhados. Embora os marcadores genéticos com valor diagnóstico ou prognóstico ainda não estejam disponíveis para uso, a obtenção de uma história familiar de apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono deve aumentar a suspeita clínica do distúrbio.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Há um potencial para que a sonolência e a fadiga sejam relatadas de forma diferente entre as culturas. Em alguns grupos, o ronco pode ser considerado um sinal de saúde normal e, portanto, pode não desencadear preocupações, levando ao subdiagnóstico.

433

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero

Menopausa, gravidez e síndrome do ovário policístico aumentam o risco de apneia obstrutiva do sono em mulheres. A transição da pré-menopausa para a pós-menopausa está associada ao aumento da gravidade da apneia obstrutiva do sono. As mulheres podem relatar mais comumente fadiga, falta de energia ou insônia em vez de sonolência e podem subnotificar o ronco.

Marcadores de diagnóstico

A polissonografia fornece dados quantitativos sobre a frequência de distúrbios respiratórios relacionados ao sono e alterações associadas na saturação de oxigênio e na continuidade do sono. Medidas de sono validadas (por exemplo, teste de latência múltipla do sono, teste de manutenção da vigília) podem identificar sonolência.

Consequências funcionais da hipopneia da apneia obstrutiva do sono Mais de 50%

dos indivíduos com hipopneia de apneia obstrutiva do sono moderada a grave relatam sintomas de sonolência diurna. Um risco duas vezes maior de acidentes de trabalho foi relatado em associação com sintomas de ronco e sonolência. Acidentes de veículos motorizados também foram relatados como sendo sete vezes maiores entre indivíduos com valores elevados de índice de apnéia e hipopnéia. Os médicos devem estar cientes dos requisitos do governo estadual para relatar esse distúrbio, especialmente em relação a motoristas comerciais. Escores reduzidos nas medidas de qualidade de vida relacionada à saúde são comuns em indivíduos com apneia e hipopneia obstrutiva do sono. Embora o maior impacto funcional seja observado no domínio “vitalidade”, a apneia obstrutiva do sono grave afeta negativamente a saúde geral e o funcionamento físico e social também.

Diagnóstico diferencial

Ronco primário e outros distúrbios do sono. Indivíduos com apneia obstrutiva do sono e hipopneia devem ser diferenciados de indivíduos com ronco primário (ou seja, indivíduos assintomáticos que roncam e não apresentam anormalidades na polissonografia noturna). Indivíduos com apnéia obstrutiva do sono e hipopnéia também podem relatar engasgos e engasgos noturnos, que podem ser confundidos com a presença de asma ou refluxo gastroesofágico. A presença de sonolência ou outros sintomas diurnos não explicados por outras etiologias sugere o diagnóstico de apneia e hipopneia obstrutiva do sono, mas essa diferenciação requer polissonografia. O diagnóstico diferencial definitivo entre transtorno de hipersonolência, apneia central do sono, hipoventilação relacionada ao sono e apneia obstrutiva do sono hipopneia também requer estudos polissonográficos.

A hipopneia da apneia obstrutiva do sono deve ser diferenciada de outras causas de sonolência, como narcolepsia, distúrbio de hipersonolência, sono insuficiente e distúrbios do sono do ritmo circadiano. A hipopneia da apneia obstrutiva do sono pode ser diferenciada da narcolepsia pela ausência de cataplexia, alucinações relacionadas ao sono e paralisia do sono e pela presença de ronco alto, respiração ofegante durante o sono ou apneias observadas durante o sono. Os episódios de sono diurno na narcolepsia são caracteristicamente mais curtos, mais revigorantes e mais frequentemente associados a sonhos. A hipopneia da apneia obstrutiva do sono mostra apneias e hipopneias características e dessaturação de oxigênio durante os estudos polissonográficos noturnos. A narcolepsia resulta em vários períodos de movimento rápido dos olhos (REM) no início do sono durante o MSLT. A narcolepsia, como a hipopneia da apneia obstrutiva do sono, pode estar associada à obesidade, e alguns indivíduos apresentam narcolepsia concomitante e hipopneia da apneia obstrutiva do sono. Um diagnóstico de narcolepsia não exclui o diagnóstico de apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono, pois as duas condições podem ocorrer concomitantemente.

Apneia central do sono. A apneia central do sono pode ser diferenciada da apneia obstrutiva do sono pela presença de apneias ou hipopneias repetitivas devido à redução ou ausência do esforço respiratório no

gravação de polissonografia. O ronco pode estar presente, embora possa ser menos proeminente do que o observado na hipopneia obstrutiva do sono ou completamente ausente. Indivíduos com apneia central do sono geralmente apresentam sono fragmentado e também podem se queixar de sonolência diurna. A apneia central do sono é vista mais comumente em indivíduos com insuficiência cardíaca congestiva (respiração de Cheyne-Stokes) ou doença neurológica, ou naqueles que usam medicamentos opioides.

Distúrbio de insônia. Para indivíduos que se queixam de dificuldade em iniciar ou manter o sono ou despertares de manhã cedo, o transtorno de insônia pode ser diferenciado da apnéia e hipopneia obstrutiva do sono pela ausência de ronco e ausência de história, sinais e sintomas característicos deste último distúrbio. No entanto, insônia e hipopneia obstrutiva do sono podem coexistir e, nesse caso, ambos os distúrbios podem precisar ser tratados simultaneamente para melhorar o sono.

Ataques de pânico. Os ataques de pânico noturnos podem incluir sintomas de respiração ofegante ou engasgos durante o sono que podem ser difíceis de distinguir clinicamente da hipopneia obstrutiva do sono. No entanto, a menor frequência de episódios, a excitação autonômica intensa e a falta de sonolência excessiva diferenciam os ataques de pânico noturnos da hipopneia obstrutiva do sono. A polissonografia (ou OCST) em indivíduos com ataques de pânico noturnos não revela o padrão típico de apneias ou dessaturação de oxigênio característico da apneia e hipopneia obstrutiva do sono. Indivíduos com apneia obstrutiva do sono e hipopneia não apresentam histórico de ataques de pânico diurnos.

Asma noturna. A asma noturna muitas vezes pode causar despertar súbito do sono com sintomas de respiração ofegante ou asfixia que são indistinguíveis de episódios de dispneia resultantes de apnéia obstrutiva do sono. No entanto, uma história de asma geralmente está presente e a polissonografia (ou OCST) não encontra evidências de apneias, hipopneias ou dessaturação de oxigênio indicativas de apneia obstrutiva. No entanto, asma noturna e apneia obstrutiva do sono podem coexistir, o que pode dificultar a determinação das contribuições relativas de cada condição.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em crianças pode incluir sintomas de desatenção, deficiência acadêmica, hiperatividade e comportamentos internalizantes, todos os quais também podem ser sintomas de hipopneia obstrutiva do sono infantil.

A presença de outros sintomas e sinais de hipopneia de apneia obstrutiva do sono na infância (p. Apneia obstrutiva do sono, hipopneia e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade podem comumente ocorrer concomitantemente, e pode haver relações causais entre eles; portanto, fatores de risco como aumento das amígdalas, obesidade ou histórico familiar de apneia do sono podem ajudar a alertar o médico sobre sua ocorrência concomitante.

Insônia ou hipersonia induzida por substância/medicamento. O uso de substâncias e a abstinência de substâncias (incluindo medicamentos) podem produzir insônia ou hipersonia. Uma história cuidadosa geralmente é suficiente para identificar a substância/medicamento relevante, e o acompanhamento mostra melhora do distúrbio do sono após a descontinuação da substância/medicamento. Em outros casos, o uso de uma substância/medicamento (por exemplo, álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, opiáceos) demonstrou exacerbar a hipopneia obstrutiva do sono. Um indivíduo com sintomas e sinais consistentes com apneia obstrutiva do sono e hipopneia deve receber esse diagnóstico, mesmo na presença de uso concomitante de substâncias que esteja exacerbando a condição.

Comorbidade

Hipertensão sistêmica, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes e aumento da mortalidade estão consistentemente associados à hipopneia obstrutiva do sono. Risco

435

as estimativas variam de 30% a 300% para apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono moderada a grave. A apneia obstrutiva do sono e as doenças cardiovasculares estão fortemente relacionadas, e o tratamento da apneia obstrutiva do sono reduz a morbidade e a mortalidade das doenças cardiovasculares. Grupos étnicos e raciais que não receberam cuidados de saúde adequados podem estar em maior risco de fatores de risco cardiovascular não detectados associados à apneia obstrutiva do sono. Evidência de hipertensão pulmonar e insuficiência cardíaca direta (p. Hipopneia da apneia obstrutiva do sono também pode ocorrer com maior frequência em associação com várias condições médicas ou neurológicas (por exemplo, doença cerebrovascular, doença de Parkinson). Os achados físicos refletem a co-ocorrência dessas condições.

Até um terço dos indivíduos encaminhados para avaliação de apnéia obstrutiva do sono e hipopnéia relatam sintomas de depressão, com até 10% apresentando escores de depressão consistentes com depressão moderada a grave. A gravidade da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono, medida pelo índice de apnéia e hipopnéia, está correlacionada com a gravidade dos sintomas de depressão. Essa associação pode ser mais forte em homens do que em mulheres.

Relação com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono *A Classificação Internacional*

de Distúrbios do Sono, 3^a Edição (ICSD-3), diferencia 11 subtipos de “distúrbios respiratórios relacionados ao sono”, incluindo apneia central do sono (ACS) (p. uma condição médica/neurológica, CSA devido a uma substância ou medicamento), apnéia obstrutiva do sono (adulto e pediátrico) e distúrbios de hipoventilação relacionados ao sono.

Apneia Central do Sono

Critério de diagnóstico

- A. Evidência por polissonografia de cinco ou mais apneias centrais por hora de sono.
- B. O distúrbio não é melhor explicado por outro distúrbio do sono atual.

Especificar se:

G47.31 Apneia do sono central idiopática: Caracterizada por episódios repetidos de apneias e hipopneias durante o sono causados pela variabilidade do esforço respiratório, mas sem evidência de obstrução das vias aéreas.

R06.3 Respiração de Cheyne-Stokes: Um padrão de variação periódica crescendo-decrescendo no volume corrente que resulta em apneias e hipopneias centrais com uma frequência de pelo menos cinco eventos por hora, acompanhadas de despertares frequentes.

G47.37 Apneia central do sono comórbida com o uso de opioides: A patogênese deste subtipo é atribuída aos efeitos dos opioides nos geradores do ritmo respiratório na medula, bem como aos efeitos diferenciais no drive respiratório hipóxico versus hipercápnico.

Nota de codificação (somente para o código G47.37): Quando um transtorno por uso de opioides estiver presente, primeiro codifique o transtorno por uso de opioides: F11.10 transtorno por uso de opioides leve ou F11.20 transtorno por uso de opioides moderado ou grave; em seguida, codifique G47.37 apnéia central do sono comórbida com uso de opióides. Quando um transtorno por uso de opioides não estiver presente (por exemplo, após um uso intenso da substância uma única vez), codifique apenas G47.37 apneia central do sono comórbida com opioide usar.

436

Especifique a gravidade atual:

A gravidade da apneia central do sono é graduada de acordo com a frequência dos distúrbios respiratórios, bem como a extensão da dessaturação de oxigênio associada e fragmentação do sono que ocorrem como consequência de distúrbios respiratórios repetitivos.

Subtipos

Existem vários subtipos de apnêia central do sono. A apneia do sono central idiopática (alternativamente denominada *apneia do sono central primária*) e a apneia do sono central com respiração de Cheyne-Stokes são caracterizadas pelo aumento do ganho do sistema de controle ventilatório, também referido como *ganho de alça alta*, o que leva à instabilidade na ventilação e nos níveis de PaCO₂. Essa instabilidade é denominada *respiração periódica* e pode ser reconhecida por hiperventilação alternada com hipoventilação.

Indivíduos com esses distúrbios normalmente apresentam níveis de pCO₂ enquanto acordados que são levemente hipocápnicos ou normocápnicos. A apneia central do sono também pode se manifestar durante o início do tratamento da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (denominada *apneia do sono central emergente do tratamento*) ou pode ocorrer em associação com a síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono. A ocorrência de apneia central do sono associada à apneia obstrutiva do sono também é considerada devido ao alto ganho de alça. Em contraste, a patogênese da apnêia central do sono comórbida com o uso de opióides tem sido atribuída aos efeitos dos opióides nos geradores do ritmo respiratório na medula, bem como aos seus efeitos diferenciais no drive respiratório hipóxico versus hipercápnico. Esses indivíduos podem ter níveis elevados de pCO₂ enquanto estão acordados. Indivíduos que recebem terapia de manutenção crônica com metadona têm aumentado a sonolência e a depressão, embora o papel dos distúrbios respiratórios induzidos por opióides na causa desses problemas não tenha sido estudado. Da mesma forma, a apnêia central devido a um distúrbio médico sem respiração de Cheyne-Stokes é resultado de um processo patológico que afeta os centros de controle ventilatório do tronco cerebral.

Especificadores

Um aumento no índice de apnêia central (ou seja, número de apnéias centrais por hora de sono) reflete um aumento na gravidade da apnêia central do sono. A continuidade e a qualidade do sono podem ser marcadamente prejudicadas com reduções nos estágios restauradores do sono com movimentos oculares não rápidos (NREM) (ou seja,

diminuição do sono de ondas lentas [estágio N3]). Em indivíduos com respiração grave de Cheyne-Stokes, o padrão também pode ser observado durante a vigília em repouso, achado que se acredita ser um marcador prognóstico para aumento da mortalidade.

Características diagnósticas

Os distúrbios da apneia central do sono são caracterizados por episódios repetidos de apneias e hipopneias durante o sono causados pela variabilidade do esforço respiratório. São distúrbios do controle ventilatório em que os eventos respiratórios ocorrem de forma periódica ou intermitente. A *apneia central do sono idiopática* é caracterizada por sonolência, insônia e despertares devido à dispneia em associação com cinco ou mais apneias centrais por hora de sono. Indivíduos com insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral ou insuficiência renal que apresentam apneia central do sono geralmente têm um padrão respiratório chamado *respiração de Cheyne-Stokes*, que é caracterizado por um padrão de variação periódica crescendo-decrescendo no volume corrente que resulta em apneias e hipopneias centrais ocorrendo em uma frequência de pelo menos cinco eventos por hora. Os eventos são frequentemente associados à excitação, mas a excitação não é necessária para o diagnóstico. A apneia central do sono observada em grandes altitudes ocorre após a subida a grandes altitudes, geralmente pelo menos 2.500 metros acima do nível do mar. As apneias do sono centrais e obstrutivas podem coexistir; um diagnóstico de hipopneia de apneia central do sono requer que os eventos centrais sejam > 50% do número total de eventos respiratórios.

Alterações no controle neuromuscular da respiração podem ocorrer em associação com medicamentos ou substâncias, que podem causar ou exacerbar comprometimentos do ritmo respiratório e da ventilação.

Indivíduos que tomam medicamentos com esses efeitos podem ter um distúrbio respiratório relacionado ao sono que pode contribuir para distúrbios do sono e sintomas como

437

como sonolência, confusão e depressão. Especificamente, o uso crônico de medicamentos opioides de ação prolongada é frequentemente associado ao comprometimento do controle respiratório, levando à apneia central do sono.

Recursos associados

Indivíduos com apneia central do sono e hipopneias podem apresentar sonolência ou insônia. Podem apresentar queixas de fragmentação do sono, incluindo despertar com dispneia. Alguns indivíduos são assintomáticos. A apneia obstrutiva do sono e a hipopneia podem coexistir com a respiração de Cheyne Stokes e, portanto, ronco e eventos obstrutivos interrompidos abruptamente podem ser observados durante o sono.

Os achados físicos observados em indivíduos com padrão respiratório de Cheyne-Stokes relacionam-se aos seus fatores de risco. Achados consistentes com insuficiência cardíaca, como distensão venosa jugular, bulha S3, crepitações pulmonares e edema de membros inferiores, podem estar presentes.

Prevalência

A prevalência da apneia do sono central idiopática é desconhecida, mas pensa-se que seja rara. A prevalência da respiração de Cheyne-Stokes é alta em indivíduos com fração de ejeção ventricular cardíaca deprimida. Em indivíduos com fração de ejeção < 45%, a prevalência relatada varia de 15% a 44%. A razão de gênero para prevalência na América do Norte, Europa,

e a Austrália é ainda mais inclinada para os homens do que para a apneia e hipopneia obstrutiva do sono. A prevalência aumenta com a idade, e a maioria dos indivíduos com o transtorno tem mais de 60 anos. A respiração de Cheyne-Stokes ocorre em aproximadamente 20% dos indivíduos com AVC agudo, conforme avaliado em Barcelona e Toronto. A apneia central do sono comórbida com o uso de opioides ocorre em aproximadamente 24% dos indivíduos que tomam opioides cronicamente para dor não maligna e, da mesma forma, em indivíduos que recebem terapia de manutenção com metadona, como observado em vários países de alta renda. Doses mais altas de opioides estão associadas a maior gravidade, especialmente em doses diárias equivalentes de morfina > 200 mg. Em crianças avaliadas na França e Canadá, a prevalência varia de 4% a 6%.

Desenvolvimento e Curso Os

parâmetros da polissonografia para o diagnóstico de apneia central do sono são diferentes para crianças e adultos e incluem qualquer um dos seguintes: 1) cessação do fluxo aéreo e esforço respiratório por mais de 20 segundos, dois ciclos respiratórios associados a um despertar do sono, ou > 3% de dessaturação de oxigênio; ou 2) dois ciclos respiratórios associados à bradicardia.

O início da respiração de Cheyne-Stokes parece estar ligado ao desenvolvimento de insuficiência cardíaca. O padrão respiratório de Cheyne-Stokes está associado a oscilações na frequência cardíaca, pressão arterial e dessaturação de oxigênio e atividade elevada do sistema nervoso simpático que pode promover a progressão da insuficiência cardíaca. O significado clínico da respiração de Cheyne-Stokes no cenário de AVC não é conhecido, mas a respiração de Cheyne-Stokes pode ser um achado transitório que se resolve com o tempo após o AVC agudo. A apneia central do sono comórbida com o uso de opioides foi documentada com o uso crônico (ou seja, vários meses).

Fatores de Risco e Prognósticos

Genéticos e fisiológicos. A respiração de Cheyne-Stokes está frequentemente presente em indivíduos com insuficiência cardíaca. A coexistência de fibrilação atrial aumenta ainda mais o risco, assim como a idade avançada e o sexo masculino. A respiração de Cheyne-Stokes também é observada em associação com acidente vascular cerebral agudo e possivelmente insuficiência renal. A instabilidade ventilatória subjacente no cenário de insuficiência cardíaca tem sido atribuída ao aumento da quimiossensibilidade ventilatória e hiperventilação devido à congestão vascular pulmonar e atraso circulatório. A apneia central do sono é observada em indivíduos que tomam opioides de ação prolongada. Em crianças, a apneia central do sono pode ser encontrada em

438

indivíduos com anomalias congênitas, particularmente malformação de Arnold-Chiari, ou condições médicas comórbidas, como refluxo gastroesofágico. Raramente, a apneia central do sono resultante de uma condição congênita pode não se manifestar até a idade adulta (por exemplo, malformação de Arnold-Chiari e hipoventilação central congênita).

Marcadores de diagnóstico

A polissonografia é usada para caracterizar as características respiratórias de cada subtipo de distúrbio do sono relacionado à respiração. As apneias centrais do sono são registradas quando ocorrem períodos de interrupção da respiração por mais de 10 segundos. A respiração de Cheyne-Stokes é caracterizada por um padrão de variação periódica crescendo-decrescendo no volume corrente que resulta em apneias e hipopneias centrais.

ocorrendo com uma frequência de pelo menos cinco eventos por hora com o número de apneias e hipopneias centrais > 50% do número total de apneias e hipopneias. A duração do ciclo da respiração de Cheyne Stokes (ou o tempo desde o final de uma apneia central até o final da próxima apneia) é de cerca de 60 segundos.

Consequências Funcionais da Apneia Central do Sono Foi relatado que

a apneia central do sono idiopática causa sintomas de interrupção do sono, incluindo insônia e sonolência. A respiração de Cheyne-Stokes com insuficiência cardíaca comórbida tem sido associada a sonolência excessiva, fadiga e insônia, embora muitos indivíduos possam ser assintomáticos. A coexistência de insuficiência cardíaca e respiração de Cheyne-Stokes pode estar associada ao aumento de arritmias cardíacas e aumento da mortalidade ou transplante cardíaco. Indivíduos com apnéia central do sono comorbidade com o uso de opioides podem apresentar sintomas de sonolência ou insônia.

Diagnóstico Diferencial A

apnéia do sono central idiopática deve ser diferenciada de outros distúrbios do sono relacionados à respiração, outros distúrbios do sono e condições médicas e distúrbios mentais que causam fragmentação do sono, sonolência e fadiga. Isto é conseguido usando polissonografia.

Outros distúrbios do sono relacionados à respiração e distúrbios do sono A apneia central do sono pode ser distinguida da hipopneia obstrutiva do sono pela presença de pelo menos cinco apneias centrais por hora de sono. Essas condições podem ocorrer concomitantemente, mas a apneia central do sono é considerada predominante quando os eventos respiratórios centrais são > 50% do número total de eventos respiratórios.

A respiração de Cheyne-Stokes pode ser diferenciada de outros transtornos mentais, incluindo outros distúrbios do sono e outras condições médicas que causam fragmentação do sono, sonolência e fadiga com base na presença de uma condição predisponente (por exemplo, insuficiência cardíaca ou acidente vascular cerebral) e sinais e exames polissonográficos. evidência do padrão respiratório característico. Os achados respiratórios polissonográficos podem ajudar a distinguir a respiração de Cheyne-Stokes da insônia devido a outras condições médicas. Por exemplo, a apnéia do sono central devido à respiração periódica de alta altitude tem um padrão que se assemelha à respiração de Cheyne-Stokes, mas tem um tempo de ciclo mais curto, ocorre apenas em grandes altitudes e não está associada à insuficiência cardíaca.

A apneia central do sono comórbida com o uso de opioides pode ser diferenciada de outros tipos de distúrbios do sono relacionados à respiração com base no uso de medicamentos opioides de ação prolongada em conjunto com evidências polissonográficas de apneias centrais e respiração periódica ou atáxica. Pode ser distinguida da insônia por uso de drogas ou substâncias com base em evidências polissonográficas de apneia central do sono.

Comorbidade Os

distúrbios centrais da apneia do sono estão frequentemente presentes em usuários de opioides de ação prolongada, como a metadona. Indivíduos que tomam esses medicamentos têm um distúrbio do sono relacionado à respiração que pode contribuir para distúrbios do sono e sintomas como sonolência,

apneias, apneias periódicas e respiração atáxica podem ser observadas. A hipopneia da apneia obstrutiva do sono pode coexistir com a apneia central do sono, e características consistentes com essa condição também podem estar presentes (consulte "Hipopneia da apneia obstrutiva do sono" anteriormente neste capítulo). A respiração de Cheyne-Stokes é mais comumente observada em associação com condições que incluem insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e insuficiência renal e é vista com mais frequência em indivíduos com fibrilação atrial. Indivíduos com respiração de Cheyne-Stokes são mais propensos a ser mais velhos, do sexo masculino e ter menor peso do que os indivíduos com apnéia e hipopneia obstrutiva do sono.

Relação com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono A *Classificação Internacional de Distúrbios do Sono*, 3^a Edição (ICSD-3), inclui oito subtipos de apnêia central do sono (apnêia central do sono com respiração de Cheyne-Stokes, apnêia central devido a um distúrbio médico sem Cheyne-Stokes respiratória, apneia do sono central devido à respiração periódica em altitude elevada, apneia do sono central devido a um medicamento ou substância, apneia do sono central primária, apneia do sono central primária da infância, apneia do sono central primária da prematuridade e apneia do sono central emergente do tratamento). Assim como no DSM-5, a maioria desses diagnósticos requer uma frequência de 5 ou mais eventos centrais por hora de sono. Além disso, os critérios da ICSD-3 também requerem a presença de sinais ou sintomas (por exemplo, queixas de insônia ou sonolência diurna). Os eventos centrais devem constituir pelo menos 50% do número total de apneias e hipopneias. A apneia central primária do sono da infância e a apneia central primária do sono da prematuridade têm seus próprios conjuntos de critérios distintos que diferem das formas adultas de apneia central do sono.

Hipoventilação relacionada ao sono

Critério de diagnóstico

A. A polissonografia demonstra episódios de diminuição da respiração associados a níveis elevados de CO₂.

(**Observação:** na ausência de medição objetiva de CO₂, níveis baixos persistentes de saturação de oxigênio da hemoglobina não associados a eventos apneicos/hipopnécicos podem indicar hipoventilação.)

B. A perturbação não é melhor explicada por outro distúrbio do sono atual.

Especificar se:

G47.34 Hipoventilação idiopática: Este subtipo não é atribuível a nenhuma condição prontamente identificada.

G47.35 Hipoventilação alveolar central congênita: Este subtipo é um distúrbio congênito raro no qual o indivíduo apresenta tipicamente no período perinatal com respiração superficial, ou cianose e apneia durante o sono.

G47.36 Comorbidade hipoventilação relacionada ao sono: Este subtipo ocorre como consequência de uma condição médica, como um distúrbio pulmonar (por exemplo, doença pulmonar intersticial, doença pulmonar obstrutiva crônica) ou um distúrbio neuromuscular ou da parede torácica (por exemplo, distrofias musculares, síndrome pós-polio, lesão da medula espinhal cervical, cifoescoliose) ou medicamentos (por exemplo,

benzodiazepinas, opiáceos). Também ocorre com a obesidade (transtorno de hipoventilação por obesidade), onde reflete uma combinação de aumento do trabalho respiratório devido à redução da complacência da parede torácica e incompatibilidade ventilação-perfusão e redução variável do drive ventilatório. Esses indivíduos geralmente são caracterizados por índice de massa corporal maior que 30 e hipercapnia durante a vigília (com pCO₂ maior que 45), sem outras evidências de hipoventilação.

440

Especifique a gravidade atual:

A gravidade é classificada de acordo com o grau de hipoxemia e hipercapnia presentes durante o sono e a evidência de comprometimento de órgãos-alvo devido a essas anormalidades (por exemplo, insuficiência cardíaca do lado direito). A presença de alterações gasométricas durante a vigília é um indicador de maior gravidade.

Subtipos

Os subtipos de hipoventilação relacionada ao sono incluem o seguinte:

- A *hipoventilação idiopática*, também chamada de *hipoventilação alveolar central idiopática*, é caracterizada pela redução do volume corrente e elevação do CO₂ durante o sono, na ausência de qualquer comorbidade identificável que explicaria a hipoventilação.
- A *hipoventilação alveolar central congênita* é uma doença rara associada à mutação do gene *PHOX2B*. Normalmente manifesta no nascimento.
- A *hipoventilação comórbida relacionada ao sono* é devido a uma das inúmeras comorbidades potenciais, incluindo doença pulmonar (por exemplo, doença pulmonar obstrutiva crônica [DPOC]), anormalidades da parede torácica (por exemplo, cifoescoliose), doença neuromuscular (por exemplo, esclerose lateral amiotrófica) e obesidade (referido como hipoventilação da obesidade), bem como o uso de medicamentos ou substâncias, especialmente opióides.

Características diagnósticas

A hipoventilação relacionada ao sono pode ocorrer de forma independente ou, mais frequentemente, comórbida com distúrbios médicos ou neurológicos, uso de medicamentos ou transtorno por uso de substâncias. Embora os sintomas não sejam obrigatórios para fazer esse diagnóstico, os indivíduos frequentemente relatam sonolência diurna excessiva, despertares e despertares frequentes durante o sono, dores de cabeça matinais e queixas de insônia.

Recursos associados

Indivíduos com hipoventilação relacionada ao sono podem apresentar queixas de insônia ou sonolência relacionadas ao sono. Episódios de ortopnéia podem ocorrer em indivíduos com fraqueza do diafragma. Dores de cabeça ao acordar podem estar presentes. Durante o sono, podem ser observados episódios de respiração superficial, podendo coexistir apneia obstrutiva do sono, hipopneia ou apneia central do sono. Consequências de insuficiência ventilatória, incluindo hipertensão pulmonar, cor pulmonale (insuficiência cardíaca direita), policitemia e disfunção neurocognitiva, podem estar presentes.

Com a progressão da insuficiência ventilatória, as anormalidades gasométricas se estendem até a vigília. Características de uma condição médica que causa hipoventilação relacionada ao sono também podem estar presentes. Episódios de hipoventilação podem estar associados a despertares frequentes ou bradicardia. Os indivíduos podem queixar-se de sonolência excessiva e insônia ou dores de cabeça matinais ou podem apresentar achados de disfunção neurocognitiva ou depressão. A hipoventilação pode não estar presente durante a vigília.

Prevalência

A hipoventilação idiopática relacionada ao sono em adultos é muito incomum. A prevalência de hipoventilação alveolar central congênita é desconhecida, mas o distúrbio é raro. A hipoventilação comórbida relacionada ao sono (ou seja, hipoventilação comórbida com outras condições, como DPOC, distúrbios neuromusculares ou obesidade) é mais comum.

A prevalência de hipoventilação relacionada ao sono comórbida devido à obesidade na população geral é estimada em aproximadamente 0,14%–0,6% com base nas taxas nacionais de obesidade e prevalência de apneia obstrutiva do sono em vários países. As taxas crescentes de obesidade estão associadas ao aumento da prevalência de hipoventilação relacionada ao sono comórbida

441

devido à obesidade. Em indivíduos encaminhados a uma clínica do sono com índice de massa corporal > 35 kg/m², a prevalência pode chegar a 42%.

Desenvolvimento e Curso

Acredita-se que a hipoventilação idiopática relacionada ao sono seja um distúrbio lentamente progressivo do comprometimento respiratório. Quando o distúrbio de hipoventilação relacionado ao sono ocorre em comorbidade com outros distúrbios (por exemplo, DPOC, distúrbios neuromusculares, obesidade), a gravidade da doença reflete a gravidade da condição subjacente e a doença progride à medida que a condição piora. Complicações como hipertensão pulmonar, cor pulmonale, arritmias cardíacas, policitemia, disfunção neurocognitiva e piora da insuficiência respiratória podem se desenvolver com o aumento da gravidade das anormalidades dos gases sanguíneos.

A hipoventilação alveolar central congênita geralmente se manifesta ao nascimento com respiração superficial, errática ou ausente. Esse distúrbio também pode se manifestar durante a infância e a idade adulta devido à penetrância variável da mutação *PHOX2B*.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. O drive ventilatório pode ser reduzido em indivíduos que estão usando depressores do sistema nervoso central, incluindo benzodiazepínicos, opiáceos e álcool.

Genética e fisiológica. A hipoventilação idiopática relacionada ao sono está associada à redução do impulso ventilatório devido a uma quimiorresposta embotada ao CO₂ (redução do impulso respiratório; ou seja, “não vai respirar”), refletindo déficits neurológicos subjacentes nos centros que governam o controle da ventilação. Mais comumente, a hipoventilação relacionada ao sono é comórbida com outra condição médica, como distúrbio pulmonar, distúrbio neuromuscular ou da parede torácica, hipotireoidismo ou uso de medicamentos (por exemplo, benzodiazepínicos, opiáceos). Nestas condições,

a hipoventilação pode ser consequência do aumento do trabalho respiratório e/ou comprometimento da função dos músculos respiratórios (ou seja, “não consigo respirar”) ou redução do impulso respiratório.

Os distúrbios neuromusculares influenciam a respiração através do comprometimento da inervação motora respiratória ou da função muscular respiratória. Eles incluem condições como esclerose lateral amiotrófica, lesão da medula espinhal, paralisia diafragmática, miastenia gravis, síndrome de Lambert-Eaton, miopatias tóxicas ou metabólicas, síndrome pós-pólio e síndrome de Charcot-Marie-Tooth.

A hipoventilação alveolar central congênita é um distúrbio genético atribuível a mutações do *PHOX2B*, um gene crucial para o desenvolvimento do sistema nervoso autônomo embrionário e derivados da crista neural. Crianças com hipoventilação alveolar central congênita apresentam respostas ventilatórias embotadas à hipercapnia, especialmente no sono sem movimentos oculares rápidos.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero

As distribuições de gênero para hipoventilação relacionada ao sono que ocorrem em associação com comorbidades refletem as distribuições de gênero das comorbidades. Por exemplo, a DPOC está mais presente em homens e com o aumento da idade. Ao contrário dos dados anteriores, acredita-se agora que a hipoventilação da obesidade ocorra igualmente entre os sexos e, em alguns estudos, pode haver uma prevalência um pouco maior em mulheres.

Marcadores diagnósticos A

Hipoventilação relacionada ao sono é diagnosticada por polissonografia, que demonstra hipoxemia e hipercapnia relacionadas ao sono que não são melhor explicadas por outro distúrbio do sono relacionado à respiração. A documentação de 1) aumento dos níveis de pCO₂ arterial para > 55 mmHg durante o sono ou 2) aumento ≥ 10 mmHg nos níveis de pCO₂ (para um nível que também excede

442

50 mmHg) durante o sono em comparação com os valores em supino acordado, em cada caso superior a 10 minutos de duração, é o padrão-ouro para o diagnóstico. No entanto, a obtenção das gasometrias arteriais durante o sono é impraticável, e as medidas não invasivas de pCO₂ não foram adequadamente validadas durante o sono e não são amplamente utilizadas durante a polissonografia em adultos.

Quedas prolongadas e sustentadas na saturação de oxigênio (saturação de oxigênio < 90% por mais de 5 minutos com um nadir de pelo menos 85%, ou saturação de oxigênio < 90% por pelo menos 30% do tempo de sono) na ausência de evidência de obstrução das vias aéreas superiores é frequentemente usada como indicação de hipoventilação relacionada ao sono; no entanto, esse achado não é específico, pois existem outras causas potenciais de hipoxemia, como a decorrente de doença pulmonar.

Crianças com hipoventilação alveolar central congênita são mais propensas a ter distúrbios do sistema nervoso autônomo, doença de Hirschsprung, tumores da crista neural e face em forma de caixa característica (ou seja, a face é curta em relação à sua largura).

Consequências funcionais da hipoventilação relacionada ao sono As

consequências da hipoventilação relacionada ao sono estão relacionadas aos efeitos da exposição crônica à hipercapnia e hipoxemia. Esses distúrbios dos gases sanguíneos causam vasoconstrição do

vascular pulmonar levando à hipertensão pulmonar, que, se grave, pode resultar em insuficiência cardíaca do lado direito (cor pulmonale). A hipoxemia pode levar à disfunção de órgãos como cérebro, sangue e coração, levando a desfechos como disfunção cognitiva, policitemia e arritmias cardíacas. A hipercapnia pode deprimir o impulso ventilatório, levando à insuficiência respiratória progressiva.

Diagnóstico diferencial

Outras condições médicas que afetam a ventilação. Em adultos, a variedade idiopática de hipoventilação relacionada ao sono é muito incomum e é determinada pela exclusão da presença de doenças pulmonares, malformações esqueléticas, distúrbios neuromusculares e outros distúrbios médicos e neurológicos ou medicamentos que afetam a ventilação. A hipoventilação relacionada ao sono deve ser diferenciada de outras causas de hipoxemia relacionada ao sono, como a decorrente de doença pulmonar.

Outros distúrbios do sono relacionados à respiração. A hipoventilação relacionada ao sono pode ser diferenciada da hipopneia obstrutiva do sono e da apneia central do sono com base nas características clínicas e nos achados da polissonografia. A hipoventilação relacionada ao sono geralmente mostra períodos mais sustentados de dessaturação de oxigênio, em vez dos episódios periódicos observados na hipopneia obstrutiva do sono e na apneia central do sono. Hipopneia obstrutiva do sono e apneia central do sono também mostram um padrão de episódios discretos de reduções repetidas do fluxo aéreo que podem estar ausentes na hipoventilação relacionada ao sono. No entanto, tanto apneias e hipopneias obstrutivas quanto centrais podem ocorrer em associação com hipoventilação relacionada ao sono. Na hipoventilação da obesidade, a maioria dos indivíduos terá apneia obstrutiva do sono comórbida.

Comorbidade

A hipoventilação relacionada ao sono geralmente ocorre em associação com um distúrbio pulmonar (p. obesidade ou, mais relevante para o clínico, com uso de medicamentos (por exemplo, benzodiazepínicos, opiáceos). A hipoventilação alveolar central congênita geralmente ocorre em associação com disfunção autonômica e pode ocorrer em associação com a doença de Hirschsprung. A DPOC, um distúrbio de obstrução das vias aéreas inferiores geralmente associada ao tabagismo, pode resultar em hipoventilação e hipoxemia relacionadas ao sono. A presença de apnéia obstrutiva do sono coexistente

443

Acredita-se que a hipopneia exacerba a hipoxemia e a hipercapnia durante o sono e a vigília. A relação entre hipoventilação alveolar central congênita e hipoventilação idiopática relacionada ao sono não é clara; em alguns indivíduos, a hipoventilação idiopática relacionada ao sono pode representar casos de hipoventilação alveolar central congênita de início tardio.

Relação com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono A Classificação

Internacional de Distúrbios do Sono, 3^a Edição (ICSD-3), reconhece seis subtipos de distúrbios de hipoventilação do sono. A síndrome de hipoventilação alveolar central congênita e a hipoventilação idiopática (hipoventilação alveolar central idiopática no ICSD-3) são classificadas identicamente no DSM-5 e no ICSD-3. No entanto, a obesidade subtipos ICSD-3

síndrome de hipoventilação, hipoventilação relacionada ao sono devido a um medicamento ou substância e hipoventilação relacionada ao sono devido a um distúrbio médico são incluídos na hipoventilação relacionada ao sono comórbida no DSM-5. O subtipo hipoventilação central de início tardio com disfunção hipotalâmica não está no DSM-5. A abordagem de classificação do DSM-5 reflete a co-ocorrência frequente de distúrbios que levam à hipoventilação e hipoxemia. Em contraste, a classificação usada na ICSD-3 reflete a evidência de que existem processos patogenéticos distintos relacionados ao sono que levam à hipoventilação.

Distúrbios do sono-vigília do ritmo circadiano

Critério de diagnóstico

- A. Um padrão persistente ou recorrente de interrupção do sono que se deve principalmente a uma alteração do sistema circadiano ou a um desalinhamento entre o ritmo circadiano endógeno e o horário sono-vigília exigido pelo ambiente físico ou horário social ou profissional de um indivíduo.
- B. A interrupção do sono leva à sonolência excessiva ou insônia, ou ambas.
- C. O distúrbio do sono causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo na social, ocupacional e outras áreas importantes de funcionamento.

Especifique:

G47.21 Tipo de fase de sono atrasada: Um padrão de atraso no início do sono e nos horários de despertar, com incapacidade de adormecer e acordar em um horário mais cedo desejado ou convencionalmente aceitável.

Especifique

se: **Familiar:** Um histórico familiar de atraso na fase do sono está presente.

Especifique

se: **Sobreposição com tipo sono-vigília não 24 horas:** O tipo de fase de sono atrasado pode se sobrepor a outro distúrbio sono-vigília do ritmo circadiano, tipo sono-vigília não 24 horas.

G47.22 Tipo de fase avançada do sono: Um padrão de início avançado do sono e horários de despertar, com incapacidade de permanecer acordado ou dormindo até os horários de sono ou vigília posteriores desejados ou convencionalmente aceitáveis.

Especifique

se: **Familiar:** Um histórico familiar de fase avançada do sono está presente.

G47.23 Tipo de sono-vigília irregular: Um padrão de sono-vigília desorganizado temporalmente, de modo que o tempo dos períodos de sono e vigília é variável ao longo do período de 24 horas.

G47.24 Tipo de sono-vigília sem 24 horas: Um padrão de ciclos de sono-vigília que não é sincronizado com o ambiente de 24 horas, com um desvio diário consistente (geralmente para horários cada vez mais tardios) dos horários de início do sono e despertar.

G47.26 Tipo de trabalho por turnos: Insônia durante o maior período de sono e/ou sonolência excessiva (incluindo sono inadvertido) durante o maior período de vigília associado a um horário de trabalho por turnos (ou seja, exigindo horas de trabalho não convencionais).

G47.20 Tipo não especificado

Especifique se: Episódico: Os

sintomas duram pelo menos 1 mês, mas menos de 3 meses.

Persistente: Os sintomas duram 3 meses ou mais.

Recorrente: Dois ou mais episódios ocorrem no espaço de 1 ano.

Tipo de fase de sono atrasada

Características diagnósticas

O tipo de fase de sono atrasada baseia-se principalmente em um histórico de atraso no tempo do maior período de sono (geralmente mais de 2 horas) em relação ao sono desejado e à hora de despertar, resultando em sintomas de insônia e excesso de sono. sonolência. Quando autorizados a definir seu próprio horário, os indivíduos com tipo de fase de sono atrasada exibem qualidade e duração do sono normais para a idade. Sintomas de insônia no início do sono, dificuldade em acordar pela manhã e sonolência excessiva no início do dia são proeminentes.

Recursos associados

Características comuns associadas ao tipo de fase do sono atrasada incluem uma história de transtornos mentais ou um transtorno mental concomitante. Dificuldade extrema e prolongada para acordar com confusão matinal também é comum. O transtorno de insônia pode se desenvolver como resultado de comportamentos desadaptativos que prejudicam o sono e aumentam a excitação devido a repetidas tentativas de adormecer mais cedo.

Prevalência

A prevalência do tipo de fase tardia do sono é maior em adolescentes e adultos jovens, com taxas estimadas entre 3,3% e 4,6% na Noruega e na Suécia. Estudos de prevalência em adultos produzem taxas significativamente mais baixas, estimadas em 0,2%–1,7% na Noruega e na Nova Zelândia. Embora a prevalência do tipo de fase de sono atrasada familiar não tenha sido estabelecida, uma história familiar de fase de sono atrasada está frequentemente presente em indivíduos com tipo de fase de sono atrasada.

Desenvolvimento e Curso O curso

é persistente, com exacerbações intermitentes ao longo da vida adulta em alguns indivíduos.

Embora a idade de início seja variável, os sintomas começam tipicamente na adolescência e no início da idade adulta e persistem por vários meses a anos antes do diagnóstico ser estabelecido. A gravidade pode diminuir com a idade. A recaída dos sintomas é comum.

A expressão clínica pode variar ao longo da vida, dependendo das obrigações sociais, escolares e de trabalho. A exacerbação geralmente é desencadeada por uma mudança no horário de trabalho ou escola que exige um horário de acordar cedo. Indivíduos que podem alterar seus horários de trabalho para acomodar o atraso circadiano do sono e da vigília podem experimentar remissão dos sintomas.

O aumento da prevalência na adolescência pode ser consequência de fatores fisiológicos e comportamentais. As alterações hormonais podem estar envolvidas especificamente, uma vez que o atraso da fase do sono está associado ao início da puberdade. Assim, o tipo de fase atrasada do sono em adolescentes deve ser diferenciado do atraso comum na sincronia dos ritmos circadianos nessa faixa etária. Na forma familiar, o curso é persistente e pode não melhorar significativamente com a idade.

445

Fatores de Risco e Prognósticos

Genéticos e fisiológicos. Os fatores predisponentes podem incluir um período circadiano mais longo do que a média, alterações na sensibilidade à luz e diminuição do impulso homeostático do sono. Alguns indivíduos com tipo de fase atrasada do sono podem ser hipersensíveis à luz da noite, que pode servir como um sinal de atraso para o relógio circadiano, ou podem ser hipossensíveis à luz da manhã, de modo que seus efeitos de avanço de fase sejam reduzidos. Fatores genéticos podem desempenhar um papel na patogênese das formas familiares e esporádicas do tipo de fase tardia do sono. Um estudo de famílias não aparentadas mostrando forte herdabilidade do distúrbio descreveu uma mutação no gene do relógio, *CRY1*, ocorrendo em cerca de 0,6% da população, o que resulta em aumento da inibição da transcrição dos genes do relógio ativador, *CLOCK* e *BMAL1*.

Marcadores de diagnóstico

A confirmação do diagnóstico inclui um histórico completo e uso de um diário de sono ou actigrafo (ou seja, um detector de movimento usado no pulso que monitora a atividade motora por períodos prolongados; se medido por pelo menos 7 dias, a atividade motora pode ser usada como proxy para padrões de sono-vigília). O período coberto deve incluir fins de semana, quando as obrigações sociais e ocupacionais são menos rígidas, para garantir que o indivíduo apresente um padrão de sono-vigília consistentemente atrasado. O marcador de fase derivado de laboratório mais comumente disponível é o tempo de início da melatonina de luz fraca salivar (DLMO). No entanto, nem todos os indivíduos com fase de sono atrasada diagnosticada apresentam DLMO atrasado. Uma investigação de indivíduos rigorosamente diagnosticados descobriu que apenas 57% exibiram atrasos de fase fisiológica (medido por um tempo de DLMO ocorrido após a hora de dormir desejada), enquanto os 43% restantes tiveram tempos de DLMO que ocorreram antes da hora de dormir desejada. Como observado acima, o comportamento, em vez da alteração fisiológica circadiana, pode desempenhar um papel mais predominante no último grupo (DLMO anterior). Diante disso, os marcadores de fase podem, em última análise, demonstrar mais valor para a otimização do tempo de tratamento e/ou como medida da resposta ao tratamento.

Consequências Funcionais do Tipo de Fase do Sono Atrasado

A sonolência excessiva no início do dia é proeminente. Dificuldade extrema e prolongada de despertar com

confusão matinal (ou seja, inércia do sono) também é comum. A gravidade dos sintomas de insônia e sonolência excessiva varia substancialmente entre os indivíduos e depende em grande parte das demandas ocupacionais e sociais do indivíduo.

Diagnóstico Diferencial Variações

normativas do sono. O tipo de fase atrasada do sono deve ser diferenciado dos padrões de sono "normais" nos quais uma pessoa tem um horário atrasado que não causa sofrimento pessoal, social ou ocupacional (mais comumente visto em adolescentes e adultos jovens).

Outros distúrbios do sono. Transtorno de insônia e outros distúrbios sono-vigília do ritmo circadiano devem ser incluídos no diferencial. A sonolência excessiva também pode ser causada por outros distúrbios do sono, como distúrbios do sono relacionados à respiração, insônia, síndrome das pernas inquietas e distúrbios médicos, neurológicos e mentais. A polissonografia noturna pode ajudar na avaliação de outros distúrbios do sono comórbidos, como apneia do sono. A natureza circadiana do tipo de fase tardia do sono, no entanto, deve diferenciá-lo de outros distúrbios com queixas semelhantes.

Comorbidade O

tipo de fase atrasada do sono está associado a transtornos depressivos, transtornos de personalidade, transtorno de sintomas somáticos ou transtorno de ansiedade de doença, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno do espectro autista. Além disso, distúrbios do sono comórbidos, como distúrbio de insônia, síndrome das pernas inquietas e apnéia do sono, como

446

assim como os transtornos depressivos e bipolares e os transtornos de ansiedade, podem exacerbar os sintomas de insônia e sonolência excessiva. O tipo de fase de sono atrasada pode se sobrepor a outro distúrbio sono-vigília do ritmo circadiano, tipo sono-vigília não 24 horas. Indivíduos videntes com distúrbio do tipo sono-vigília não 24 horas geralmente também têm história de atraso na fase circadiana do sono.

Tipo de fase de sono avançado

Especificadores

A presença de uma história familiar do tipo fase avançada do sono pode ser indicada com o especificador "familiar". Na forma familiar, mutações específicas demonstram um modo de herança autossômico dominante, o curso é persistente e a gravidade dos sintomas pode aumentar com a idade. A prevalência do tipo de fase avançada do sono familiar não foi estabelecida.

Recursos de diagnóstico O

tipo avançado de fase do sono é caracterizado por horários de sono-vigília que são várias horas mais cedo do que os horários desejados ou convencionais. O diagnóstico baseia-se principalmente na história de um avanço no tempo do maior período de sono (geralmente mais de 2 horas) em relação ao horário desejado de sono e despertar, com sintomas de insônia matinal e sonolência diurna excessiva.

Quando autorizados a definir sua programação, os indivíduos com tipo avançado de fase do sono apresentarão qualidade e duração de sono normais para a idade.

Recursos associados

Indivíduos com tipo avançado de fase do sono são “tipos matinais”, com horários de sono e vigília mais cedo, com o tempo de biomarcadores circadianos, como a melatonina e os ritmos da temperatura corporal central, ocorrendo 2 a 4 horas antes do normal. Quando obrigados a manter um horário convencional que exige um atraso na hora de dormir, esses indivíduos continuarão tendo um horário de acordar cedo, levando à privação de sono persistente e sonolência diurna. O uso de hipnóticos ou álcool para combater a insônia de manutenção do sono e estimulantes para reduzir a sonolência diurna pode levar ao abuso de substâncias nesses indivíduos.

Prevalência

A prevalência estimada do tipo de fase avançada do sono é de aproximadamente 1% em adultos de meia-idade nos Estados Unidos. Os tempos de sono-vigília e o avanço da fase circadiana em idosos provavelmente são responsáveis pela maior prevalência nessa população.

Desenvolvimento e Curso

O desenvolvimento e o curso do tipo de fase avançada do sono geralmente ocorre no final da idade adulta, embora na forma familiar o início possa ser mais precoce (durante a infância ou início da idade adulta). O curso é tipicamente persistente, durando mais de 3 meses, mas a gravidez pode aumentar dependendo dos horários de trabalho e sociais. O tipo de fase avançada do sono é mais comum em adultos mais velhos.

A expressão clínica pode variar ao longo da vida, dependendo das obrigações sociais, escolares e de trabalho. Indivíduos que podem alterar seus horários de trabalho para acomodar o sono circadiano avançado e o horário de vigília podem experimentar remissão dos sintomas. O aumento da idade tende a adiantar a fase do sono. No entanto, não está claro se o tipo comum de fase avançada do sono associado à idade é atribuível apenas a uma mudança no tempo circadiano (como visto na forma familiar) ou também a mudanças relacionadas à idade na regulação homeostática do sono, resultando em despertar precoce. A gravidez, remissão e recaída dos sintomas dependem da adesão a tratamentos comportamentais e ambientais projetados para controlar a estrutura e a luz do sono e da vigília exposição.

447

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. A diminuição da exposição à luz no final da tarde/início da noite e/ou aumento da exposição à luz da manhã devido ao despertar matinal pode aumentar o risco de tipo de fase avançada do sono pelo avanço dos ritmos circadianos. Ao deitarem-se cedo, esses indivíduos não ficam expostos à luz na região de atraso de fase da curva, resultando na perpetuação da fase avançada. No tipo familiar de fase avançada do sono, um encurtamento do período circadiano endógeno pode resultar em uma fase avançada do sono, embora o período circadiano não pareça diminuir sistematicamente com a idade.

Genética e fisiológica. O tipo avançado de fase do sono demonstrou um modo de herança autossômico dominante, incluindo uma mutação no gene *PER2* causando hipofosforilação da proteína *PER2* e uma mutação missense em *CKI*.

Marcadores de diagnóstico

Um diário do sono e actigrafia são usados como marcadores de diagnóstico, conforme descrito anteriormente para o tipo de fase de sono atrasada.

Consequências funcionais do tipo de fase avançada do sono

A sonolência excessiva associada à fase avançada do sono pode ter um efeito negativo no desempenho cognitivo, na interação social e na segurança. O uso de agentes promotores da vigília para combater a sonolência no final do dia ou sedativos para inibir o despertar matinal pode aumentar o potencial de abuso de substâncias.

Diagnóstico Diferencial

Variações normais do sono

Fatores comportamentais, como horários irregulares de sono, despertar precoce voluntário e exposição à luz no início da manhã, devem ser considerados, principalmente em idosos.

Outros distúrbios que causam o despertar matinal. Atenção cuidadosa deve ser tomada para descartar outros distúrbios do sono-vigília (por exemplo, transtorno de insônia), outros transtornos mentais (por exemplo, transtornos depressivos, transtornos bipolares) e condições médicas que podem causar o despertar matinal.

Comorbidade

Tentativas repetitivas de retomar o sono e o desenvolvimento de cognições mal-adaptativas e comportamentos relacionados ao sono podem resultar no desenvolvimento de um transtorno de insônia comórbida que requer atenção clínica.

Tipo de sono-vigília irregular

Características diagnósticas

O tipo sono-vigília irregular é caracterizado por uma falta de ritmo circadiano de sono-vigília discernível. O diagnóstico do tipo sono-vigília irregular baseia-se principalmente na história de sintomas de insônia à noite (durante o período habitual de sono) e sonolência excessiva (cochilos) durante o dia. Não há grande período de sono, e os períodos de sono e vigília ao longo de 24 horas são fragmentados, com o sono fragmentado em pelo menos três períodos durante as 24 horas do dia. O período de sono mais longo tende a ocorrer entre 2h e 6h e geralmente é < 4 horas .

Recursos associados

Uma história de isolamento ou reclusão pode ocorrer em associação com o transtorno e contribuir para os sintomas por meio da falta de estímulos externos para ajudar a estabelecer um padrão normal.

Indivíduos ou seus cuidadores relatam cochilos frequentes ao longo do dia. O tipo sono-vigília irregular é mais comumente associado a distúrbios neurodegenerativos, como distúrbio neurocognitivo maior e muitos distúrbios do neurodesenvolvimento em crianças.

Prevalência

A prevalência do tipo sono-vigília irregular na população geral é desconhecida.

Desenvolvimento e Curso

O curso do tipo sono-vigília irregular é persistente. A idade de início é variável, mas o distúrbio é mais comum em adultos mais velhos.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. A diminuição da exposição à luz ambiental e a atividade diurna estruturada podem estar associadas a um ritmo circadiano de baixa amplitude. Indivíduos hospitalizados são especialmente propensos a tais estímulos externos fracos, e mesmo fora do ambiente hospitalar, indivíduos com transtorno neurocognitivo maior são expostos a luz significativamente menos brilhante.

Genética e fisiológica. Distúrbios neurodegenerativos, como doença de Alzheimer, doença de Parkinson e doença de Huntington, e distúrbios do neurodesenvolvimento em crianças aumentam o risco de tipo irregular de sono-vigília.

Marcadores de diagnóstico

Um histórico detalhado do sono e um diário do sono (por um cuidador) ou actigrafia ajudam a confirmar o padrão irregular de sono-vigília.

Consequências funcionais do tipo sono-vigília irregular

A falta de um período principal de sono e vigília claramente discernível no tipo sono-vigília irregular resulta em insônia ou sonolência excessiva em horários irregulares do dia. A interrupção do sono do cuidador também ocorre com frequência e é uma consideração importante.

Diagnóstico diferencial

Variações normativas do sono. O tipo de sono-vigília irregular deve ser diferenciado de um horário de sono-vigília irregular voluntário e má higiene do sono, que pode resultar em insônia e sonolência excessiva.

Outras condições médicas e transtornos mentais. Outras causas de insônia e sonolência diurna, incluindo comorbidades médicas e transtornos mentais ou medicamentos, devem ser consideradas.

Comorbidade

O tipo sono-vigília irregular é frequentemente comórbido com transtornos neurodegenerativos e do neurodesenvolvimento, como transtorno neurocognitivo maior, transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) e lesão cerebral traumática. Também é comórbido com outras condições médicas e transtornos mentais em que há isolamento social e/ou falta de atividades leves e estruturadas.

Tipo de sono-vigília não 24 horas

Características diagnósticas

O diagnóstico do tipo sono-vigília não 24 horas baseia-se principalmente no histórico de sintomas de insônia ou sonolência excessiva relacionados à sincronização anormal entre o ciclo claro-escuro de 24 horas e o ritmo circadiano endógeno. Indivíduos tipicamente apresentam períodos de insônia, sonolência excessiva ou ambos, que se alternam com

449

períodos assintomáticos. A partir do período assintomático, quando a fase do sono do indivíduo está alinhada ao ambiente externo, a latência do sono aumentará gradativamente e o indivíduo se queixará de insônia no início do sono. À medida que a fase do sono continua a flutuar, de modo que a hora do sono agora é diurna, o indivíduo terá dificuldade em permanecer acordado durante o dia e se queixará de sonolência. Como o período circadiano não está alinhado ao ambiente externo de 24 horas, os sintomas dependerão de quando um indivíduo tenta dormir em relação ao ritmo circadiano de propensão ao sono.

Recursos associados

O tipo sono-vigília não 24 horas é mais comum entre indivíduos cegos ou deficientes visuais que apresentam diminuição da percepção da luz. Em indivíduos videntes, muitas vezes há história de atraso na fase do sono e diminuição da exposição à luz e atividade física e social estruturada.

Indivíduos videntes com tipo sono-vigília não 24 horas também apresentam aumento da duração do sono.

Prevalência

A prevalência do tipo sono-vigília não 24 horas na população geral não é clara, mas o distúrbio parece raro em indivíduos com visão. A prevalência em cegos nos Estados Unidos é estimada em 50%.

Desenvolvimento e Curso O

curso do tipo sono-vigília não 24 horas é persistente, com remissão intermitente e exacerbações como resultado de mudanças nos horários de trabalho e sociais ao longo da vida. A idade de início é variável, dependendo do início da deficiência visual. Em indivíduos com visão, devido à sobreposição com o tipo de fase de sono atrasada, o tipo de sono-vigília não 24 horas pode se desenvolver na adolescência ou no início da idade adulta. A remissão e recaída dos sintomas em indivíduos cegos e videntes dependem em grande parte da adesão a tratamentos destinados a controlar a estrutura do sono e vigília e a exposição à luz.

A expressão clínica pode variar ao longo da vida, dependendo das obrigações sociais, escolares e de trabalho. Em adolescentes e adultos, horários irregulares de sono-vigília e exposição à luz ou falta de luz em momentos críticos do dia podem exacerbar os efeitos da perda de sono e interromper o arrastamento circadiano. Consequentemente, os sintomas de insônia, sonolência diurna e funcionamento escolar, ocupacional e interpessoal podem piorar.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. Em indivíduos com visão, diminuição da exposição ou sensibilidade à luz e

pistas de atividade física podem contribuir para um ritmo circadiano de corrida livre. Com a alta frequência de transtornos mentais envolvendo isolamento social e casos do tipo sono-vigília não 24 horas que se desenvolvem após uma mudança nos hábitos de sono (por exemplo, trabalho noturno, perda de emprego), fatores comportamentais em combinação com a tendência fisiológica podem precipitar e perpetuar esse distúrbio em indivíduos com visão. Indivíduos hospitalizados com distúrbios neurológicos e psiquiátricos podem tornar-se insensíveis às pistas sociais, predispondo-os ao desenvolvimento do tipo sono-vigília não 24 horas.

Genética e fisiológica. A cegueira é um fator de risco para o tipo sono-vigília não 24 horas. Não-24-hora de sono-vigília tem sido associada a lesão cerebral traumática.

Marcadores de diagnóstico

O diagnóstico é confirmado pela história e diário do sono ou actigrafia por um período prolongado.

A medição sequencial de marcadores de fase (por exemplo, melatonina) pode ajudar a determinar a fase circadiana em indivíduos cegos e videntes.

450

Consequências funcionais do tipo sono-vigília não 24 horas As queixas de insônia (início e manutenção do sono), sonolência excessiva ou ambas são proeminentes. A imprevisibilidade dos horários de sono e vigília (normalmente um atraso diário) resulta em dificuldade para frequentar a escola ou manter um emprego estável e pode aumentar o potencial de isolamento social.

Diagnóstico Diferencial Outros

distúrbios sono-vigília do ritmo circadiano. Em indivíduos com visão, o tipo de sono-vigília não 24 horas deve ser diferenciado do tipo de fase de sono atrasada, pois indivíduos com tipo de fase de sono atrasada podem apresentar um atraso progressivo semelhante no período de sono por vários dias.

Transtornos depressivos. Os transtornos depressivos podem resultar em desregulação circadiana semelhante e sintomas.

Comorbidade A

cegueira é frequentemente comórbida com o tipo sono-vigília não 24 horas, assim como os transtornos depressivos e bipolares com isolamento social.

Tipo de trabalho por turno

Recursos de diagnóstico O

diagnóstico é baseado principalmente em um histórico do indivíduo trabalhando fora da janela diurna normal das 8h às 18h (particularmente à noite) regularmente (ou seja, sem horas extras). Os sintomas de sonolência excessiva no trabalho e sono prejudicado em casa, de forma persistente, são proeminentes. A presença de ambos os conjuntos de sintomas geralmente é necessária para um diagnóstico do tipo de trabalho por turnos. Normalmente, quando o indivíduo volta a uma rotina diária de trabalho,

sintomas se resolvem.

Prevalência

A prevalência do tipo de trabalho por turnos não é clara, mas estima-se que o transtorno afete 5% a 10% da população de trabalhadores noturnos nos Estados Unidos (16% a 20% da força de trabalho). A prevalência aumenta com o avanço para a meia-idade e além.

O tipo de trabalho **de Desenvolvimento**

e Turno de Curso pode aparecer em indivíduos de qualquer idade, mas é mais prevalente em indivíduos com mais de 50 anos e normalmente piora com o passar do tempo se o horário de trabalho perturbador persistir. Embora os adultos mais velhos possam apresentar taxas semelhantes de ajuste da fase circadiana a uma mudança na rotina, como os adultos mais jovens, eles parecem sofrer significativamente mais interrupções do sono como consequência da mudança da fase circadiana.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Os fatores predisponentes incluem uma disposição do tipo matinal e a necessidade de longas durações de sono (ou seja, mais de 8 horas) para se sentir bem descansado.

Ambiental. Tentar equilibrar fortes necessidades sociais e domésticas concorrentes (por exemplo, em pais de crianças pequenas) pode levar ao desenvolvimento do tipo de trabalho por turnos. As pessoas que são capazes de se comprometer com um estilo de vida noturno, com poucas demandas competitivas orientadas para o dia, parecem ter um risco menor para o tipo de trabalho por turnos.

451

Genética e fisiológica. Como os trabalhadores em turnos são mais propensos do que os trabalhadores diurnos a serem obesos, apnéia obstrutiva do sono pode estar presente e pode exacerbar os sintomas.

Marcadores de diagnóstico

Uma história e um diário do sono ou actigrafia podem ser úteis no diagnóstico, conforme discutido anteriormente para o tipo de fase atrasada do sono.

Consequências funcionais do tipo de trabalho

com tipo de trabalho por turnos não só podem ter um desempenho ruim no trabalho, mas também parecem estar em risco de acidentes no trabalho e no caminho para casa. Indivíduos com histórico de transtorno bipolar são particularmente vulneráveis a episódios de mania relacionados ao tipo de trabalho por turnos resultantes de noites perdidas de sono. O tipo de trabalho por turnos geralmente resulta em problemas interpessoais.

Diagnóstico Diferencial Variações

normativas do sono com trabalho em turnos. O diagnóstico do tipo de trabalho em turnos, ao contrário das dificuldades "normais" do trabalho em turnos, depende em certa medida da gravidade dos sintomas e/ou do nível de sofrimento vivenciado pelo indivíduo.

Outros distúrbios do sono. A presença de sintomas do tipo trabalho por turnos mesmo quando o indivíduo é capaz

viver em uma rotina diurna por várias semanas pode sugerir a presença de outros distúrbios do sono, como apneia do sono, insônia e narcolepsia, que devem ser descartados.

Fuso horário. Indivíduos que viajam por muitos fusos horários com muita frequência podem experimentar efeitos semelhantes aos experimentados por indivíduos com tipo de trabalho por turnos que trabalham em turnos rotativos. A distinção deve ser clara, com base no histórico de viagens.

Comorbidade O

tipo de trabalho por turnos tem sido associado ao aumento do transtorno por uso de álcool, outros transtornos por uso de substâncias e depressão. Uma variedade de distúrbios de saúde física (por exemplo, distúrbios gastrointestinais, doenças cardiovasculares, diabetes, câncer) foram associados à exposição prolongada ao trabalho por turnos.

Relação com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono A Classificação

Internacional de Distúrbios do Sono, 3ª Edição, distúrbios do sono-vigília do ritmo circadiano são muito semelhantes ao DSM-5, mas também incluem o tipo jet lag.

Parassonias

As *parassonias* são distúrbios caracterizados por eventos comportamentais, experenciais ou fisiológicos anormais que ocorrem em associação com o sono, estágios específicos do sono ou transições sono-vigília. As parassonias mais comuns são distúrbios do despertar do sono com movimentos oculares não rápidos (NREM) e distúrbios comportamentais do sono com movimentos rápidos dos olhos (REM). Cada uma dessas condições tem fisiopatologia, características clínicas e considerações prognósticas e terapêuticas distintas, discutidas nas seções a seguir específicas para cada distúrbio.

452

Distúrbios do despertar do sono com movimentos oculares não rápidos

Critério de diagnóstico

- A. Episódios recorrentes de despertar incompleto do sono, geralmente ocorrendo durante o primeiro terço do episódio principal de sono, acompanhados por qualquer um dos seguintes: 1. **Sonambulismo:** Episódios repetidos de levantar da cama durante o sono e caminhar. Durante o sonambulismo, o indivíduo tem um rosto vazio e fixo; é relativamente indiferente aos esforços dos outros para se comunicar com ele ou ela; e só pode ser despertado com grande dificuldade.

2. **Terror noturno:** episódios recorrentes de despertares abruptos de terror do sono,

geralmente começando com um grito de pânico. Há medo intenso e sinais de excitação autonômica, como midríase, taquicardia, respiração rápida e sudorese, durante cada episódio. Há relativa falta de resposta aos esforços dos outros para confortar o indivíduo durante os episódios.

- B. Nenhuma ou pouca (por exemplo, apenas uma única cena visual) imagens oníricas são lembradas.
- C. A amnésia para os episódios está presente.
- D. Os episódios causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento).
- F. Transtornos mentais e condições médicas coexistentes não explicam os episódios de sonambulismo ou terrores noturnos.

Especifique se: F51.3

Tipo de sonambulismo *Especifique*

se: **Com alimentação relacionada**

ao sono Com comportamento

sexual relacionado ao sono (sexsônia)

F51.4 Tipo de terror noturno

Características diagnósticas

A característica essencial dos distúrbios do despertar do sono com movimentos oculares não rápidos (NREM) é a ocorrência repetida de despertares incompletos, geralmente começando durante o primeiro terço do episódio principal do sono (Critério A), que normalmente são breves, com duração de 1 a 10 minutos, mas pode ser prolongado, com duração de até 1 hora. A duração máxima de um evento é desconhecida. Os olhos geralmente estão abertos durante esses eventos. Muitos indivíduos exibem ambos os subtipos de excitação (ou seja, tipo sonambulismo e tipo terror noturno) em diferentes ocasiões, o que ressalta a fisiopatologia subjacente unitária. Os subtipos refletem vários graus de ocorrência simultânea de vigília e sono NREM, resultando em comportamentos complexos decorrentes do sono com vários graus de consciência, atividade motora e ativação autonômica.

A característica essencial do *sonambulismo* são episódios repetidos de comportamento motor complexo iniciados durante o sono, incluindo levantar da cama e caminhar (Critério A1). Os episódios de sonambulismo começam durante qualquer estágio do sono NREM, mais comumente durante o sono de ondas lentas e, portanto, ocorrem mais frequentemente durante o primeiro terço da noite. Durante os episódios, o indivíduo tem estado de alerta e capacidade de resposta reduzidos, um olhar vazio e relativa falta de resposta à comunicação com os outros ou aos esforços dos outros para despertar o indivíduo. Se acordado durante o episódio (ou ao acordar na manhã seguinte), o

indivíduo tem memória limitada para o episódio. Após o episódio, pode haver inicialmente um breve período de confusão ou dificuldade de orientação, seguido de recuperação completa da função cognitiva e comportamento adequado.

A característica essencial dos *terrores noturnos* é a ocorrência repetida de despertares precipitados do sono, geralmente começando com um grito ou choro de pânico (Critério A2). Os terrores noturnos geralmente começam durante o primeiro terço do episódio principal de sono e duram de 1 a 10 minutos, mas podem durar consideravelmente mais, principalmente em crianças. Os episódios são acompanhados por uma impressionante excitação autonômica e manifestações comportamentais de medo intenso. Durante um episódio, o indivíduo é difícil de acordar ou confortar. Se o indivíduo acorda após o terror noturno, pouco ou nada do sonho, ou apenas imagens fragmentárias, isoladas, são lembradas. Durante um episódio típico de terror noturno, o indivíduo senta-se abruptamente na cama gritando ou chorando, com expressão amedrontada e sinais autonômicos de ansiedade intensa (por exemplo, taquicardia, respiração rápida, sudorese, dilatação das pupilas). O indivíduo pode estar inconsolável e geralmente não responde aos esforços dos outros para despertá-lo ou confortá-lo. Terrores noturnos também são chamados de “terror noturno” ou “pavor noturno”.

Para ambos os subtipos de distúrbios do despertar do sono NREM, a determinação de “distúrbio” depende de vários fatores, que podem variar individualmente e dependerão da frequência de eventos, potencial de violência ou comportamentos prejudiciais, constrangimento ou interrupção/ angústia de outros membros da família. A determinação da gravidade é melhor feita com base na natureza ou consequência dos comportamentos, em vez de simplesmente na frequência.

Recursos associados

Os episódios de sonambulismo podem incluir uma grande variedade de comportamentos. Os episódios podem começar com confusão: o indivíduo pode simplesmente sentar-se na cama, olhar em volta ou pegar no cobertor ou lençol. Este comportamento torna-se então progressivamente complexo. O indivíduo pode realmente sair da cama e entrar nos armários, sair do quarto e até mesmo sair dos prédios. Os indivíduos podem usar o banheiro, comer, conversar ou se envolver em comportamentos mais complexos. Corridas e tentativas frenéticas de escapar de alguma ameaça aparente também podem ocorrer. A maioria dos comportamentos durante os episódios de sonambulismo são rotineiros e de baixa complexidade. No entanto, casos de destrancar portas e até mesmo operar máquinas (dirigir um automóvel) foram relatados. O sonambulismo também pode incluir comportamento inadequado (por exemplo, geralmente urinar em um armário ou lixeira). A maioria dos episódios dura de vários minutos a meia hora, mas pode ser mais prolongada. Visto que o sono é um estado de relativa analgesia, lesões dolorosas sofridas durante o sonambulismo podem não ser apreciadas até o despertar após o fato.

Existem duas formas “especializadas” de sonambulismo: comportamento alimentar relacionado ao sono e comportamento sexual relacionado ao sono (sexsônia ou sexo durante o sono). Indivíduos com *alimentação relacionada ao sono* experimentam episódios recorrentes indesejados de alimentação com graus variados de amnésia, variando de nenhuma consciência a plena consciência sem a capacidade de evitar ou parar de comer. Durante esses episódios, podem ser ingeridos alimentos inadequados ou até mesmo itens não alimentares (ou seja, embalagens de doces, pequenas caixas de comida ou até mesmo brinquedos pequenos). Indivíduos com transtorno alimentar relacionado ao sono podem encontrar evidências de sua alimentação apenas na manhã seguinte. Na *sexsônia*, graus variados de atividade sexual (por exemplo, masturbação, carícias, apalpação, relação sexual) ocorrem como comportamentos complexos decorrentes do sono sem percepção consciente. Essa condição é mais comum no sexo masculino e pode resultar em sérios problemas de relacionamento interpessoal ou consequências médico-legais.

Durante um episódio típico de terror noturno, muitas vezes há uma sensação de pavor avassalador, com compulsão de escapar. Embora possam ocorrer imagens fragmentárias de sonhos vívidos, uma sequência de sonho semelhante a uma história (como nos pesadelos) não é relatada. Mais comumente, o indivíduo não desperta

totalmente, mas volta a dormir e tem amnésia para o episódio ao acordar na manhã seguinte. Normalmente, apenas um episódio ocorrerá em qualquer noite. Ocasionalmente, vários episódios podem ocorrer em intervalos ao longo da noite. Esses eventos raramente surgem durante os cochilos diurnos.

454

Prevalência

Comportamentos de despertar do sono NREM isolados ou infrequentes são muito comuns na população geral em todo o mundo. De 10% a 30% das crianças tiveram pelo menos um episódio de sonambulismo, e a taxa de prevalência de 12 meses para sonambulismo em crianças é de aproximadamente 5%. A prevalência de episódios de sonambulismo (não distúrbio de sonambulismo) é estimada em 12%–14,5% das crianças no Canadá e 1,0%–7,0% entre os adultos no Reino Unido, com episódios semanais a mensais ocorrendo em apenas 0,5%–0,7% dos adultos. As estimativas para a prevalência geral de sonambulismo ao longo da vida variam de aproximadamente 6,9% a 29,2% em todo o mundo, com uma prevalência de sonambulismo no ano passado de 1,5% a 3,6% em adultos.

A prevalência do transtorno do terror noturno na população em geral é desconhecida. A prevalência de episódios de terror noturno (em oposição ao transtorno de terror noturno, no qual há recorrência e angústia ou prejuízo) é de aproximadamente 34,4%–36,9% aos 18 meses de idade e 19,7% aos 30 meses de idade em crianças canadenses, e 2,2 % em adultos canadenses e britânicos.

Desenvolvimento e Curso Os

distúrbios do despertar do sono NREM ocorrem mais comumente na infância e diminuem em frequência com o aumento da idade. O sonambulismo e os terrores noturnos são freqüentemente superados após a primeira infância e tornam-se menos frequentes na adolescência, com taxas de remissão entre 50% e 65%; para indivíduos com idades entre 10 e 18 anos, a frequência é relatada em 1,1% para sonambulismo e 0,6% para terror noturno.

Atividade violenta ou sexual durante episódios de sonambulismo é mais provável de ocorrer em adultos. O início do sonambulismo em adultos sem histórico de sonambulismo na infância deve levar à busca de etiologias específicas, como apneia obstrutiva do sono, convulsões noturnas ou efeito de medicação.

Crianças mais velhas e adultos podem fornecer uma lembrança mais detalhada de imagens de medo associadas a terrores noturnos do que crianças mais novas, que são mais propensas a ter amnésia completa ou relatar apenas uma vaga sensação de medo.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. O uso de sedativos, a privação do sono, as interrupções do horário sono-vigília, a fadiga e o estresse físico ou emocional aumentam a probabilidade de episódios. A febre e a privação do sono podem produzir um aumento da frequência de distúrbios do despertar do sono NREM.

Genética e fisiológica. Uma história familiar de sonambulismo ou terrores noturnos pode ocorrer em até 80% dos indivíduos que sonambulismo. O risco de sonambulismo aumenta ainda mais (até 60% da prole) quando ambos os pais têm histórico do distúrbio. A agregação familiar de terrores noturnos e sonambulismo foi descrita, pois a história de sonambulismo dos pais prediz incidentes e terrores noturnos persistentes em seus filhos.

Indivíduos com terror noturno frequentemente apresentam

história familiar positiva de terror noturno ou sonambulismo, com um aumento de até 10 vezes na prevalência do distúrbio entre parentes biológicos de primeiro grau. Terrores noturnos são muito mais comuns em gêmeos monozigóticos em comparação com gêmeos dizigóticos. O modo exato de herança é desconhecido.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero Comer

durante episódios de sonambulismo é mais comumente visto em mulheres. O sonambulismo ocorre mais frequentemente em meninas durante a infância, mas mais frequentemente em homens durante a idade adulta.

Entre as crianças, os terrores noturnos são mais comuns em meninos do que em meninas. Entre os adultos, são igualmente comuns em homens e mulheres.

455

Marcadores diagnósticos Os

distúrbios do despertar do sono NREM surgem de qualquer estágio do sono NREM, mas mais comumente do sono NREM profundo (sono de ondas lentas). Eles são mais propensos a aparecer no primeiro terço da noite e geralmente não ocorrem durante os cochilos diurnos. Durante o episódio, a polissonografia pode ficar obscurecida com artefato de movimento. Na ausência de tal artefato, o eletroencefalograma (EEG) pode mostrar uma variedade de padrões, incluindo a continuação da atividade delta rítmica até o despertar, indicando excitação parcial ou incompleta; ou, alternativamente, atividade de EEG de frequência teta, alfa ou mista pode ser observada durante o episódio, com despertares frequentes de EEG de frequência mista lenta/mista durante o sono de ondas lentas sendo mais comuns em indivíduos com distúrbios de despertar do sono NREM do que em indivíduos controle. Ao contrário de uma crise epiléptica, os distúrbios da parassonia do sono NREM do despertar não mostram características de evolução espaço-temporal dos ritmos do EEG durante o episódio.

A polissonografia em conjunto com o monitoramento audiovisual pode ser usada para documentar episódios de sonambulismo. Na ausência de captura real de um evento durante uma gravação polissonográfica, não há características polissonográficas confiáveis que possam servir como marcador para sonambulismo. A privação do sono pode aumentar a probabilidade de capturar um evento. Como grupo, os indivíduos sonâmbulos apresentam instabilidade do sono NREM profundo, mas a sobreposição de achados com pessoas que não sonambulismo é grande o suficiente para impedir o uso desse indicador no estabelecimento de um diagnóstico. Ao contrário dos despertares do sono REM associados a pesadelos, nos quais há um aumento da frequência cardíaca e da respiração antes do despertar, os despertares do sono NREM dos terrores noturnos começam precipitadamente a partir do sono, sem alterações autonômicas antecipadas. Os despertares estão associados a uma atividade autonômica impressionante, com duplicação ou triplicação da frequência cardíaca. A fisiopatologia é pouco compreendida, mas parece haver instabilidade nos estágios mais profundos do sono NREM. Além de capturar um evento durante um estudo formal do sono, não há indicadores polissonográficos confiáveis da tendência a experimentar terrores noturnos.

Consequências Funcionais do Despertar do Sono com Movimentos Oculares Não Rápidos Distúrbios

Para que o diagnóstico de um distúrbio de despertar do sono NREM seja feito, o indivíduo ou membros da família devem experimentar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo, embora tais sintomas possam ocorrer ocasionalmente em populações não clínicas e sejam subliminares para o diagnóstico.

O constrangimento em relação aos episódios pode prejudicar as relações sociais. O isolamento social ou dificuldades ocupacionais podem resultar. Raramente, os distúrbios do despertar do sono NREM podem resultar em lesões graves para o indivíduo ou para alguém tentando consolá-lo. Lesões a outras pessoas estão confinadas às pessoas próximas; indivíduos não são "procurados". Para indivíduos com comportamentos alimentares relacionados ao sono, preparar ou comer alimentos sem saber durante o período de sono pode criar problemas como controle inadequado do diabetes, ganho de peso, lesões (cortes e queimaduras) ou consequências da ingestão de alimentos não comestíveis perigosos ou tóxicos. Os distúrbios do despertar do sono NREM raramente podem resultar em comportamentos violentos ou prejudiciais com implicações forenses.

Diagnóstico Diferencial Transtorno do

Pesadelo.

Em contraste com os indivíduos com distúrbios do despertar do sono NREM, os indivíduos com distúrbio de pesadelo geralmente despertam fácil e completamente, relatam sonhos vívidos semelhantes a histórias que acompanham os episódios e tendem a ter episódios mais tarde durante a noite. Os distúrbios do despertar do sono NREM ocorrem durante o sono NREM, enquanto os pesadelos geralmente ocorrem durante o sono REM. Pais de crianças com distúrbios do despertar do sono NREM podem interpretar erroneamente relatos de imagens fragmentárias como pesadelos.

456

Distúrbios do sono relacionados à respiração. Distúrbios respiratórios durante o sono também podem produzir despertares confusionais com amnésia subsequente. No entanto, os distúrbios do sono relacionados à respiração também são caracterizados por sintomas de ronco, pausas respiratórias e sonolência diurna. Em alguns indivíduos, um distúrbio do sono relacionado à respiração pode precipitar episódios de sonambulismo.

Distúrbio comportamental do sono REM. O distúrbio comportamental do sono REM pode ser difícil de distinguir dos distúrbios do despertar do sono NREM. O distúrbio comportamental do sono REM é caracterizado por episódios de movimentos proeminentes e complexos, muitas vezes envolvendo lesões pessoais decorrentes do sono. Em contraste com os distúrbios do despertar do sono NREM, o distúrbio comportamental do sono REM ocorre durante o sono REM. Indivíduos com distúrbio comportamental do sono REM podem acordar facilmente durante um episódio e relatar conteúdo de sonho mais detalhado e vívido do que indivíduos com distúrbios do despertar do sono NREM. Esses indivíduos e/ou seus parceiros de cama geralmente relatam que "encenam sonhos".

Síndrome de sobreposição de parassonia. A síndrome de sobreposição de parassonia consiste em características clínicas e polissonográficas de sonambulismo e distúrbio comportamental do sono REM.

Convulsões relacionadas ao sono. Alguns tipos de convulsões podem produzir episódios de comportamentos muito incomuns que ocorrem predominantemente ou exclusivamente durante o sono. As convulsões noturnas podem imitar de perto os distúrbios do despertar do sono NREM, mas tendem a ser de natureza mais estereotipada, ocorrem várias vezes à noite e são mais prováveis de ocorrer em cochilos diurnos. Além disso, as convulsões podem surgir da vigília, o que não ocorre com os distúrbios do despertar do sono NREM. A presença de convulsões relacionadas ao sono não exclui a presença de distúrbios do despertar do sono NREM. Quando recorrentes, as convulsões relacionadas ao sono são consideradas uma forma de epilepsia.

Apagões induzidos pelo álcool. Os apagões induzidos pelo álcool podem estar associados a comportamentos extremamente complexos na ausência de outras sugestões de intoxicação. Eles não envolvem a perda de consciência, mas refletem uma ruptura isolada da memória para eventos durante um episódio de bebida. Pela história, esses comportamentos podem ser indistinguíveis daqueles observados no sono NREM

distúrbios de excitação.

Amnésia dissociativa, com fuga dissociativa.

A fuga dissociativa pode ser extremamente difícil de distinguir do sonambulismo. Ao contrário de todas as outras parassonias, a fuga dissociativa noturna surge de um período de vigília durante o sono, e não precipitadamente do sono sem vigília intermediária. Uma história de abuso físico ou sexual recorrente na infância geralmente está presente (mas pode ser difícil de obter).

Simulação ou outro comportamento voluntário.

Assim como na fuga dissociativa, a simulação ou outro comportamento voluntário ocorre durante a vigília.

Síndrome do pânico. Os ataques de pânico também podem causar despertares abruptos do sono NREM profundo acompanhados de medo, mas esses episódios produzem um despertar rápido e completo sem a confusão, amnésia ou atividade motora típica dos distúrbios do despertar do sono NREM.

Comportamentos complexos induzidos por medicamentos. Comportamentos semelhantes aos dos distúrbios do despertar do sono NREM podem ser induzidos pelo uso ou abstinência de substâncias ou medicamentos (por exemplo, benzodiazepínicos, sedativo-hipnóticos não benzodiazepínicos, opiáceos, cocaína, nicotina, antipsicóticos ou outros agentes bloqueadores dos receptores de dopamina, antidepressivos tricíclicos, hidrato de cloral). Tais comportamentos podem surgir a partir do período de sono e podem ser extremamente complexos. A fisiopatologia subjacente parece ser uma amnésia relativamente isolada. Nesses casos, o distúrbio do sono induzido por substância/medicamento, tipo parassonia, deve ser diagnosticado (consulte “Transtorno do sono induzido por substância/medicamento” mais adiante neste capítulo).

Síndrome do comer noturno. Em contraste com a forma de sonambulismo alimentar relacionada ao sono, que é caracterizada por episódios recorrentes de alimentação durante despertares incompletos do sono, a síndrome do comer noturno é considerada uma anormalidade no ritmo circadiano do horário das refeições, com um horário circadiano normal do sono. Início em que o indivíduo acorda no meio da noite e come demais.

457

Comorbidade

Normalmente, o sonambulismo em crianças e adultos não está associado a transtornos mentais significativos. Entretanto, em adultos, há associação entre sonambulismo e episódios depressivos maiores e transtorno obsessivo-compulsivo. Crianças ou adultos com terror noturno podem ter pontuações elevadas para depressão e ansiedade nos inventários de personalidade.

Relação com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono

A Classificação Internacional de Distúrbios do Sono, 3^a Edição, inclui “despertar confuso, terror noturno e sonambulismo” como distúrbios do despertar do sono NREM.

Transtorno de Pesadelo

Critério de diagnóstico

F51.5

- A. Ocorrências repetidas de sonhos prolongados, extremamente disfóricos e bem lembrados que geralmente envolvem esforços para evitar ameaças à sobrevivência, segurança ou integridade física e que geralmente ocorrem durante a segunda metade do episódio principal do sono.
- B. Ao despertar dos sonhos disfóricos, o indivíduo fica rapidamente orientado e alerta.
- C. O distúrbio do sono causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- D. Os sintomas do pesadelo não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de um substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento).
- E. Transtornos mentais e condições médicas coexistentes não explicam adequadamente a queixa predominante de sonhos disfóricos.

Especificar

se: **Durante o início do sono** *Especificar se: Com transtorno mental*, incluindo transtornos por uso de substâncias **Com condição médica**
Com outro distúrbio do sono Nota de codificação: O código F51.5 se aplica a todos os três especificadores. Codifique também o transtorno mental associado relevante, condição médica ou outro transtorno do sono imediatamente após o código para transtorno de pesadelo para indicar a associação.

Especifique

se: **Agudo:** A duração do período de pesadelos é de 1 mês ou menos.

Subagudo: A duração do período de pesadelos é superior a 1 mês, mas inferior a 6 meses.

Persistente: A duração do período de pesadelos é de 6 meses ou mais.

Especifique a gravidade atual:

A gravidade pode ser avaliada pela frequência com que os pesadelos ocorrem: **Leve:** Menos de um episódio por semana em média.

Moderado: Um ou mais episódios por semana, mas menos do que todas as noites.

Grave: Episódios todas as noites.

Procedimentos de Registro

Os especificadores “com transtorno mental, incluindo transtornos por uso de substâncias”; “com condição médica”; e “com outro distúrbio do sono” estão disponíveis para permitir que o clínico observe comorbidades clinicamente relevantes. Nesses casos, registre o transtorno de pesadelo F51.5 com [nome do

comorbidade(s) ou transtorno(s)] seguido(s) pelo(s) código(s) diagnóstico(s) para as comorbidades ou transtornos (por exemplo, F51.5 transtorno de pesadelo com transtorno por uso moderado de álcool e transtorno do comportamento do sono com movimentos rápidos dos olhos; F10.20 moderado transtorno por uso de álcool; G47.52 transtorno comportamental do sono REM).

Características diagnósticas

Pesadelos são tipicamente sequências longas, elaboradas e semelhantes a histórias de imagens oníricas que parecem reais e que incitam ansiedade, medo ou outras emoções disfóricas. O conteúdo do pesadelo geralmente se concentra em tentativas de evitar ou lidar com o perigo iminente, mas pode envolver temas que evocam outras emoções negativas. Pesadelos que ocorrem após experiências traumáticas podem replicar a situação ameaçadora (“pesadelos replicativos”), mas a maioria não. Ao despertar, os pesadelos são bem lembrados e podem ser descritos em detalhes. Eles surgem quase exclusivamente durante o sono REM e, portanto, podem ocorrer durante o sono, mas são mais prováveis na segunda metade do episódio principal do sono, quando o sonho é mais longo e mais intenso. Fatores que aumentam a intensidade do sono REM no início da noite, como fragmentação ou privação do sono, jet lag e medicamentos que afetam o sono REM, podem facilitar pesadelos no início da noite, inclusive no início do sono.

Os pesadelos geralmente terminam com o despertar e o rápido retorno do estado de alerta total. No entanto, as emoções disfóricas podem persistir na vigília e contribuir para a dificuldade de voltar a dormir e para o sofrimento diurno duradouro. Alguns pesadelos, conhecidos como “sonhos ruins”, podem não induzir ao despertar e são lembrados apenas mais tarde. Se os pesadelos ocorrem durante os períodos REM de início do sono (*hipnagógicos*), a emoção disfórica é frequentemente acompanhada por um despertar e incapacidade de se mover voluntariamente (*paralisia do sono*), que também pode ocorrer isoladamente sem um sonho ou pesadelo anterior.

Recursos associados

A excitação autonômica leve, incluindo sudorese, taquicardia e taquipneia, pode caracterizar pesadelos. Movimentos corporais e vocalizações não são característicos devido à perda do tônus muscular esquelético relacionada ao sono REM. Quando a fala ou a emoção ocorrem no transtorno do pesadelo, os comportamentos vocais ou motores são tipicamente eventos breves que encerram o pesadelo. Distinto de tal atividade motora ou vocal, o verdadeiro comportamento de encenação do sonho pode ocorrer quando há uma perda da atonia REM normal (distúrbio comportamental do sono REM).

Prevalência

A prevalência de pesadelos durante a infância é de aproximadamente 1% a 5%. De 1,3% a 3,9% dos pais relatam que seus filhos pré-escolares têm pesadelos “frequentemente” ou “sempre”. A prevalência aumenta para 5,2% em crianças de 5 a 15 anos. História familiar de pesadelos, sintomas de parassonia e consequências diárias de crises de temperamento/distúrbio de humor e baixo desempenho acadêmico estão associados a pesadelos frequentes durante a infância e adolescência, com insônia comórbida observada em aproximadamente 20% das crianças com pesadelos frequentes. Entre os adultos, a prevalência de pesadelos pelo menos mensalmente é de 6%. Entre adultos em vários países, a prevalência de pesadelos semanais é de 2% a 6%, enquanto a prevalência de pesadelos frequentes é de 1% a 5%. As estimativas muitas vezes combinam pesadelos idiopáticos e pós-traumáticos indiscriminadamente.

Os pesadelos **do desenvolvimento e**

do curso geralmente começam entre as idades de 3 e 6 anos, mas atingem um pico de prevalência e gravidade no final da adolescência ou início da idade adulta. Pesadelos provavelmente aparecem em crianças

459

expostos a estressores psicossociais agudos ou crônicos e, portanto, podem não se resolver espontaneamente. Em uma minoria, pesadelos frequentes persistem na idade adulta, tornando-se virtualmente uma perturbação para toda a vida. Embora o conteúdo específico do pesadelo possa refletir a idade do indivíduo, as características essenciais do transtorno são as mesmas em todas as faixas etárias.

Fatores de risco e prognóstico Pesadelos

frequentes em adultos de meia-idade na população geral da comunidade foram mostrados em dois estudos em Hong Kong e Finlândia como associados a baixa renda, distúrbios do humor, insônia ou distúrbios respiratórios do sono e uso de antidepressivos ou uso pesado de álcool.

Ambiental. A privação ou fragmentação do sono e horários irregulares de sono-vigília que alteram o tempo, a intensidade ou a quantidade do sono REM podem colocar os indivíduos em risco de pesadelos.

Indivíduos que experimentam pesadelos relatam eventos adversos passados mais frequentes, mas não necessariamente traumas.

Genética e fisiológica. Estudos com gêmeos identificaram efeitos genéticos na disposição para pesadelos e sua co-ocorrência com outros comportamentos noturnos (por exemplo, falar durante o sono).

Modificadores de curso. Comportamentos adaptativos dos pais à beira do leito, como acalmar a criança após pesadelos, pode proteger contra o desenvolvimento de pesadelos crônicos.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura O

significado atribuído aos pesadelos pode variar de acordo com a cultura, e a sensibilidade a tais crenças pode facilitar a revelação. Em vários contextos culturais, os pesadelos podem ser vistos como indicadores importantes do status espiritual do indivíduo ou da condição daqueles que morreram (por exemplo, entre sobreviventes da guerra civil na Indonésia, veteranos de índios americanos e refugiados cambojanos). Pesadelos frequentes entre refugiados cambojanos estão fortemente associados à presença de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT); A avaliação da sequência temporal e da gravidade dos pesadelos em relação a outros sintomas é necessária para determinar se um diagnóstico separado do transtorno do pesadelo é necessário. Entre os imigrantes hmong nos Estados Unidos, pesadelos frequentes são mais comuns do que entre brancos não latinos na mesma região e estão associados a experiências traumáticas e outros distúrbios do sono, como paralisia do sono e sono agitado.

Questões de diagnóstico relacionadas a sexo e gênero Mulheres

adultas relatam ter pesadelos com mais frequência do que homens adultos, mas essa diferença de gênero não foi encontrada em crianças e idosos. O conteúdo do pesadelo difere por gênero, com as mulheres tendendo a relatar temas de assédio sexual ou de entes queridos desaparecendo/morrendo, e os homens tendendo a relatar temas de agressão física ou guerra/terror.

Marcadores diagnósticos

Estudos polissonográficos demonstram despertares abruptos do sono REM, geralmente durante a segunda metade da noite, antes do relato de pesadelo. As taxas de movimento cardíaco, respiratório e ocular podem acelerar ou aumentar a variabilidade antes de acordar. Pesadelos após eventos traumáticos também podem surgir durante o sono leve não REM (NREM), particularmente o sono do estágio 2 (agora chamado de sono N2). O sono típico de indivíduos com pesadelos é levemente prejudicado (p).

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Indivíduos com pesadelos frequentes correm um risco substancialmente maior de pensamentos ou comportamentos suicidas, mesmo quando o gênero e a doença mental são levados em consideração.

460

Consequências Funcionais do Transtorno de Pesadelo Os pesadelos

causam sofrimento subjetivo mais significativo do que prejuízo social ou ocupacional demonstrável. No entanto, se os despertares forem frequentes ou resultarem em evitação do sono, os indivíduos podem apresentar sonolência diurna excessiva, falta de concentração, depressão, ansiedade ou irritabilidade.

Pesadelos frequentes na infância (por exemplo, vários por semana) podem causar sofrimento significativo aos pais e filhos.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de Terror Noturno

Tanto o transtorno do pesadelo quanto o transtorno do terror noturno incluem despertares ou despertares parciais com medo e ativação autonômica, mas os dois transtornos podem ser facilmente diferenciados. Pesadelos geralmente ocorrem mais tarde durante a noite, durante o sono REM, e produzem sonhos vívidos, semelhantes a histórias e claramente evocados; excitação autonômica leve; e despertares completos. Os terrores noturnos geralmente surgem no primeiro terço da noite durante o sono NREM profundo (especialmente durante o estágio 3 do sono, agora chamado de sono N3) e não produzem lembranças de sonhos ou imagens sem uma elaborada qualidade de história. Acredita-se que os terrores noturnos sejam causados por despertares parciais misturados com sono persistente, com manifestações clínicas de confusão, desorientação e responsividade apenas parcial, e muitas vezes com excitação autonômica substancial. Geralmente há amnésia para o evento pela manhã.

Distúrbio comportamental do sono REM. A presença de atividade vocal e motora complexa durante sonhos assustadores deve levar a uma avaliação mais aprofundada do distúrbio comportamental do sono REM, que ocorre mais tipicamente entre homens de meia-idade e idade avançada, mas também pode afetar mulheres. Embora os pesadelos sejam tipicamente característicos do distúrbio comportamental do sono REM, ao contrário do distúrbio do pesadelo, o distúrbio comportamental do sono REM está associado à encenação do sonho que pode causar lesões noturnas. Se os pesadelos precedem o distúrbio comportamental do sono REM e requerem atenção clínica independente, um diagnóstico adicional de distúrbio do pesadelo pode ser dado.

Luto. Sonhos disfóricos podem ocorrer durante o luto, mas geralmente envolvem perda e tristeza e são seguidos por auto-reflexão e insight, ao invés de angústia, ao despertar.

TEPT ou transtorno de estresse agudo. Pesadelos em que o conteúdo ou efeito do sonho está relacionado a um evento traumático podem ser um componente de TEPT ou transtorno de estresse agudo. Um diagnóstico adicional de transtorno de pesadelo pode ser justificado se a gravidade ou a frequência dos pesadelos exigirem atenção clínica independente.

Narcolepsia. Os pesadelos são uma queixa frequente na narcolepsia, mas a presença de sonolência, com ou sem cataplexia, diferencia essa condição do transtorno do pesadelo.

Convulsões relacionadas ao sono. As convulsões noturnas geralmente envolvem atividade motora estereotipada. Pesadelos associados, se lembrados, muitas vezes também são repetitivamente estereotipados por natureza ou refletem características epileptogênicas, como o conteúdo de auras diurnas, fosfenos (sensações visuais na ausência de entrada de luz) ou imagens ictais.

Distúrbios do sono relacionados à respiração. Distúrbios do sono relacionados à respiração podem levar a despertares com excitação autonômica, mas estes geralmente não são acompanhados por lembranças de pesadelos.

Síndrome do pânico. Os ataques de pânico que surgem durante o sono podem produzir despertares abruptos com excitação autonômica e medo, mas os pesadelos geralmente não são relatados e os sintomas são semelhantes aos ataques de pânico que surgem durante a vigília.

Distúrbios dissociativos relacionados ao sono. Os indivíduos podem recordar traumas físicos ou emocionais reais como um “sonho” durante os despertares documentados por eletroencefalografia.

Uso de substância ou medicamento. Numerosas substâncias/medicamentos podem precipitar pesadelos, incluindo drogas dopaminérgicas; antagonistas β -adrenérgicos e outros anti-hipertensivos; substâncias do tipo anfetamina, cocaína e outros estimulantes; antidepressivos; auxílios para parar de fumar; e melatonina. Retirada de medicamentos supressores do sono REM

461

(por exemplo, antidepressivos) e álcool podem produzir rebote do sono REM acompanhado de pesadelos.

Se os pesadelos forem suficientemente graves para justificar atenção clínica independente, deve-se considerar o diagnóstico de distúrbio do sono induzido por substância/medicamento.

Comorbidade

Pesadelos podem ser comórbidos com várias condições médicas, incluindo doença coronariana, câncer, parkinsonismo e dor, e podem acompanhar tratamentos médicos, como hemodiálise ou abstinência de medicamentos ou substâncias de abuso. Pesadelos frequentemente ocorrem concomitantemente com outros transtornos mentais, incluindo TEPT, transtorno de estresse agudo, transtorno de insônia, transtorno de comportamento do sono REM e transtornos psicóticos, de humor, ansiedade, adaptação e personalidade, bem como com luto durante o luto. Um diagnóstico de transtorno de pesadelo concomitante só deve ser considerado quando for necessária atenção clínica independente. Essas condições devem ser listadas com o especificador de categoria de comorbidade apropriado (por exemplo, “com distúrbio comportamental do sono REM”); veja também “Procedimentos de Gravação”.

Relação com a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono A *Classificação Internacional*

dos Distúrbios do Sono, 3^a Edição, apresenta critérios diagnósticos semelhantes para o transtorno do pesadelo.

Distúrbio Comportamental do Sono com Movimentos Oculares Rápidos

Critério de diagnóstico

G47.52

- A. Episódios repetidos de despertar durante o sono associados à vocalização e/ou comportamentos motores complexos.
- B. Esses comportamentos surgem durante o sono de movimento rápido dos olhos (REM) e, portanto, geralmente ocorrem mais de 90 minutos após o início do sono, são mais frequentes durante as partes posteriores do período de sono e raramente ocorrem durante os cochilos diurnos.
- C. Ao despertar desses episódios, o indivíduo está completamente acordado, alerta e não confuso ou desorientado.
- D. Qualquer um dos seguintes: 1.
Sono REM sem atonia no registro polissonográfico.
2. Uma história sugestiva de distúrbio comportamental do sono REM e um diagnóstico estabelecido de sinucleinopatia (por exemplo, doença de Parkinson, atrofia de múltiplos sistemas).
- E. Os comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (o que pode incluir danos a si mesmo ou ao parceiro de cama).
- F. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica.
- G. Transtornos mentais e condições médicas coexistentes não explicam os episódios.

Características de diagnóstico

A característica essencial do distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos (REM) são episódios repetidos de vocalizações e/ou comportamentos motores complexos decorrentes do sono REM (Critério A). Esses comportamentos geralmente refletem respostas motoras ao conteúdo de sonhos violentos ou cheios de ação de ser atacado ou tentar escapar de uma situação ameaçadora, que podem ser chamados de *comportamentos de encenação de sonhos*. As vocalizações são muitas vezes altas, cheias de emoção e profanas. Esses comportamentos podem ser muito incômodos para o indivíduo e o parceiro de cama e

462

pode resultar em lesão significativa (por exemplo, cair, pular ou voar para fora da cama; correr, socar, empurrar, bater ou chutar). No entanto, indivíduos com distúrbio comportamental do sono REM também podem apresentar comportamentos vocais ou motores relativamente sutis durante o sono REM, que normalmente não são a queixa principal do sono, mas se manifestam durante a anamnese ou polissonografia no sono, consultas neurológicas e psiquiátricas. Ao acordar, o indivíduo geralmente fica imediatamente acordado, alerta e orientado (Critério C) e muitas vezes é capaz de recordar a MENTAÇÃO do sonho, que se correlaciona intimamente com o comportamento observado. Os olhos normalmente

permanecer fechado durante esses eventos. A presença de sono REM sem atonia durante uma polissonografia é normalmente necessária para o diagnóstico de distúrbio comportamental do sono REM.

Alternativamente, se a polissonografia não foi realizada, um diagnóstico provisório de provável distúrbio comportamental do sono REM pode ser dado se houver um diagnóstico estabelecido de sinucleinopatia (p. D). O diagnóstico de distúrbio comportamental do sono REM requer sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo (Critério E); essa determinação dependerá de vários fatores, incluindo a frequência dos eventos, o potencial de violência ou comportamentos prejudiciais, constrangimento e angústia em outros membros da família.

A determinação da gravidade é melhor feita com base na natureza ou consequência do comportamento, em vez de simplesmente na frequência. Embora os comportamentos sejam tipicamente proeminentes e violentos, comportamentos menores também podem ocorrer.

Prevalência

A prevalência de distúrbio comportamental do sono REM foi de aproximadamente 1% em uma amostra da população geral de meia a idade avançada na Suíça e aproximadamente 2% em uma amostra da população geral idosa na Coreia do Sul. Um estudo de prevalência encontrou prevalência igual entre homens e mulheres em indivíduos com menos de 50 anos, enquanto outro estudo relatou prevalência de pouco mais de 1% sem diferença entre homens e mulheres em uma população com idade média de 59 anos. A prevalência em indivíduos com transtornos psiquiátricos pode ser maior, possivelmente relacionada a medicamentos prescritos para o transtorno psiquiátrico.

Desenvolvimento e Curso O início

do distúrbio comportamental do sono REM pode ser gradual ou rápido. Por causa da associação muito alta com o aparecimento posterior de um distúrbio neurodegenerativo subjacente, o estado neurológico de indivíduos com distúrbio comportamental do sono REM deve ser monitorado de perto. Em indivíduos com distúrbio comportamental do sono REM idiopático, o risco de desenvolver uma doença neurodegenerativa definida, na maioria das vezes uma sinucleinopatia (ou seja, doença de Parkinson, distúrbio neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy ou atrofia de múltiplos sistemas), é de aproximadamente 75% em 10 a 10 anos. 15 anos após o diagnóstico, com risco anualizado de aproximadamente 6%–7% ao ano.

Os sintomas em indivíduos jovens, particularmente mulheres jovens, devem levantar a possibilidade de narcolepsia; distúrbio do sono induzido por substância/medicamento, tipo parassonnia; uma lesão do tronco cerebral; ou uma encefalopatia autoimune.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Indivíduos chineses diagnosticados com distúrbio comportamental do sono REM por um serviço de neurologia em Taiwan tinham características clínicas e laboratoriais semelhantes aos indivíduos brancos não latinos nos Estados Unidos; no entanto, eles diferiram em ter uma maior taxa de perambulação noturna para fora do quarto e uma menor taxa de lesões relacionadas ao sono, possivelmente como resultado da detecção precoce pela família.

Problemas de diagnóstico relacionados a sexo e gênero

O distúrbio comportamental do sono REM é mais comum em homens com mais de 50 anos, mas cada vez mais esse distúrbio está sendo identificado em mulheres e em indivíduos mais jovens. As mulheres são mais jovens do que os homens em idade de início e de diagnóstico.

463

Marcadores diagnósticos

Os achados laboratoriais associados à polissonografia indicam aumento da atividade eletromiográfica tônica e/ou fásica durante o sono REM, normalmente associada à atonia muscular.

O aumento da atividade muscular afeta de forma variável os diferentes grupos musculares; monitoramento eletromiográfico mais extenso com eletromiografia de braço (por exemplo, bíceps braquial) deve ser considerado porque essa medida é mais específica para um diagnóstico de distúrbio comportamental do sono REM. Sugere-se que a monitorização eletromiográfica também inclua os grupos musculares submentoniano, flexor superficial dos dedos bilateral e tibial anterior bilateral. O monitoramento contínuo por vídeo deve acompanhar a polissonografia. Outros achados polissonográficos podem incluir atividade eletromiográfica de extremidades periódica e aperiódica muito frequente durante o sono não REM (NREM). O sono REM sem atonia está presente em praticamente todos os casos de distúrbio comportamental do sono REM, mas também pode ser um achado polissonográfico assintomático. Não se sabe se o sono REM isolado sem atonia é um precursor do distúrbio comportamental do sono REM, embora um estudo piloto tenha sugerido que o sono REM isolado sem atonia também possa estar associado a marcadores neurodegenerativos (ou seja, hiposmia, hipotensão ortostática, perda da visão de cores) e que 7% a 14% dos indivíduos com sono REM isolado sem atonia desenvolvem posteriormente distúrbio clínico do comportamento do sono REM. Também foram publicados limiares para sono REM normativo sem níveis de atonia que podem servir para distinguir casos limítrofes e aqueles cujo estado neurológico deve ser monitorado.

Consequências Funcionais do Comportamento do Sono com Movimentos Oculares Rápidos Transtorno

As consequências mais sérias do distúrbio comportamental do sono REM são os riscos de curto prazo de lesão ao indivíduo ou parceiro de cama relacionados a ataques de encenação do sonho e o risco de longo prazo de desenvolver uma doença neurodegenerativa definida. De acordo com pesquisas de indivíduos e seus parceiros de cama, aproximadamente 55% dos indivíduos com distúrbio comportamental do sono REM podem sofrer lesões como consequência de seus ataques, sendo 12% das lesões graves (incluindo fraturas de ossos longos ou costelas ou hematomas subdurais) e exigindo atenção médica.

Diagnóstico Diferencial

Outras parassonias.

Despertares confusos, sonambulismo e terrores noturnos podem ser facilmente confundidos com o distúrbio comportamental do sono REM. Em geral, esses distúrbios ocorrem em indivíduos com menos de 50 anos. Ao contrário do distúrbio comportamental do sono REM, eles surgem do sono NREM e, portanto, tendem a ocorrer na parte inicial do período de sono. O despertar de uma excitação confusional está associado à confusão, desorientação e recordação incompleta da psique do sonho que acompanha o comportamento. O monitoramento polissonográfico nos distúrbios do despertar geralmente revela atonia normal do sono REM, a menos que haja uma parassonia comórbida.

Distúrbio do sono induzido por medicamentos, tipo parassonia. Muitos medicamentos amplamente prescritos, incluindo antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação da serotonina e inibidores da recaptação da serotonina-norepinefrina, podem resultar em evidências polissonográficas de sono REM sem atonia e em distúrbio comportamental do sono REM franco, que é diagnosticado como um distúrbio do sono induzido por medicação. tipo de parassonia. Não se sabe se os medicamentos per se resultam em sono REM sem atonia e/ou distúrbio comportamental do sono REM, ou se desmascaram uma predisposição subjacente.

Sono REM assintomático sem atonia. Comportamentos clínicos de encenação de sonhos, juntamente com o achado polissonográfico de sono REM sem atonia, são necessários para o diagnóstico de distúrbio comportamental do sono REM. O sono REM sem atonia sem história clínica de comportamentos de encenação do sonho é simplesmente uma observação polissonográfica assintomática com um significado clínico ainda desconhecido.

464

Convulsões noturnas. As convulsões noturnas podem imitar o distúrbio comportamental do sono REM, mas os comportamentos característicos das convulsões noturnas são geralmente estereotipados. O monitoramento polissonográfico empregando uma montagem eletroencefalográfica completa da crise pode diferenciar os dois. O sono REM sem atonia geralmente não está presente no monitoramento polissonográfico em indivíduos com epilepsia.

Apneia obstrutiva do sono. A apneia obstrutiva do sono pode resultar em vocalizações e comportamentos motores que se assemelham muito ao distúrbio comportamental do sono REM, como falar, gritar, gesticular e socar, além de sonhos desagradáveis. O monitoramento polissonográfico é necessário para diferenciar esses dois distúrbios. No distúrbio comportamental do sono REM, os sintomas de parassonia ocorrem durante os períodos de sono REM sem atonia. Na apneia obstrutiva do sono, os sintomas da parassonia ocorrem apenas durante os despertares no final dos eventos apneicos obstrutivos do sono e desaparecem após o tratamento eficaz da apneia obstrutiva do sono (pressão positiva contínua nas vias aéreas). O sono REM sem atonia não é tipicamente observado na apneia obstrutiva do sono.

Outro transtorno dissociativo especificado (transtorno dissociativo psicogênico relacionado ao sono) contrário de praticamente todas as outras parassonias, que surgem precipitadamente do sono NREM ou REM, os comportamentos dissociativos psicogênicos surgem de um período de vigília bem definido durante o período de sono.

Ao contrário do distúrbio comportamental do sono REM, essa condição é mais prevalente em mulheres jovens.

Simulação. Muitos casos de simulação em que o indivíduo relata movimentos problemáticos do sono imitam as características clínicas do distúrbio comportamental do sono REM, e a documentação polissonográfica é obrigatória.

Comorbidade O

distúrbio comportamental do sono REM está presente concomitantemente em aproximadamente 30% dos pacientes com narcolepsia. Quando ocorre na narcolepsia, a demografia reflete a faixa etária mais jovem da narcolepsia, com igual frequência em homens e mulheres. Com base nos achados de indivíduos que se apresentam em clínicas do sono, a maioria dos indivíduos (> 70%) com distúrbio comportamental do sono REM inicialmente “idiopático” acabará por desenvolver uma doença neurodegenerativa – mais notavelmente, uma das

sinucleinopatias (doença de Parkinson, atrofia de múltiplos sistemas ou distúrbio neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy). O distúrbio comportamental do sono REM geralmente antecede qualquer outro sinal desses distúrbios em muitos anos (geralmente mais de uma década).

Relação com a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono O distúrbio comportamental do sono REM é praticamente idêntico ao distúrbio comportamental do sono REM na *Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono*, 3^a Edição.

Síndrome das pernas inquietas

Critério de diagnóstico

G25.81

- A. Um desejo de mover as pernas, geralmente acompanhado ou em resposta a sensações desconfortáveis e desagradáveis nas pernas, caracterizado por todos os seguintes: 1. O desejo de mover as pernas começa ou piora durante períodos de descanso ou inatividade.
- 2. O desejo de mover as pernas é parcial ou totalmente aliviado pelo movimento.
- 3. O desejo de mover as pernas é pior à noite ou à noite do que durante o dia, ou ocorre apenas à noite ou à noite.
- B. Os sintomas do Critério A ocorrem pelo menos três vezes por semana e têm persistiu por pelo menos 3 meses.
- C. Os sintomas do Critério A são acompanhados por sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional, educacional, acadêmico, comportamental ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- D. Os sintomas no Critério A não são atribuíveis a outro transtorno mental ou condição médica (p. .
- E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma droga de abuso ou medicação (por exemplo, acatisia).

465

Características Diagnósticas

A síndrome das pernas inquietas (SPI) é um distúrbio sensório-motor e neurológico do sono caracterizado pelo desejo de mover as pernas ou os braços, geralmente associado a sensações desconfortáveis tipicamente descritas como rastejar, rastejar, formigamento, queimação ou coceira (Critério A). Movimentos frequentes

das pernas ocorrem em um esforço para aliviar as sensações desconfortáveis. Embora os sintomas possam ocorrer durante o dia, eles geralmente ocorrem no final da tarde ou à noite e, em alguns indivíduos, os sintomas ocorrem apenas à noite ou à noite. Os sintomas geralmente são mais graves à noite, quando o indivíduo está em repouso, como sentado ou deitado na cama. A piora noturna ocorre independentemente de quaisquer diferenças na atividade. O diagnóstico de SPI é baseado principalmente no auto-relato individual e na história. É importante diferenciar a SPI de outras condições que causam desconforto nas pernas, como desconforto posicional e cãibras nas pernas (Critério D).

Os sintomas da SPI podem retardar o início do sono e despertar o indivíduo do sono e estão associados à fragmentação significativa do sono. O alívio obtido ao mover as pernas pode não ser mais aparente em casos graves. A SPI está associada à sonolência diurna e é frequentemente acompanhada por sofrimento clínico significativo ou comprometimento funcional.

Recursos associados

Movimentos periódicos das pernas durante o sono (PLMS) podem servir como evidência corroborativa para RLS, com até 90% dos indivíduos diagnosticados com RLS demonstrando PLMS quando as gravações são feitas em várias noites. Movimentos periódicos das pernas durante a vigília também ajudam no diagnóstico de SPI. Relatos de dificuldade em iniciar e manter o sono e de sonolência diurna excessiva fundamentam o diagnóstico de SPI. Características de suporte adicionais incluem uma história familiar de SPI entre parentes de primeiro grau e uma redução dos sintomas, pelo menos inicialmente, com tratamento dopaminérgico.

Prevalência

As taxas de prevalência de SPI variam muito quando são utilizados critérios amplos. Quando a frequência dos sintomas é de pelo menos três vezes por semana com sofrimento moderado ou grave, a taxa de prevalência nos Estados Unidos e na Europa foi estimada em 1,6%. A SPI que é grave o suficiente para prejudicar significativamente o funcionamento ou está associada a transtornos mentais, incluindo depressão e ansiedade, ocorre em aproximadamente 2% a 3% da população, conforme avaliado na Europa Ocidental, Estados Unidos e Coréia do Sul. A SPI é cerca de duas vezes mais comum em mulheres do que em homens e aumenta em prevalência com a idade. Relatos de SPI variam entre regiões geográficas, com menor prevalência em várias populações asiáticas (por exemplo, Japão, Coréia do Sul).

466

Desenvolvimento e Curso O início

da SPI ocorre tipicamente na segunda ou terceira década. Aproximadamente 40% dos indivíduos diagnosticados com SPI durante a idade adulta relatam ter apresentado sintomas antes dos 20 anos e 20% relatam ter apresentado sintomas antes dos 10 anos. As taxas de prevalência de SPI aumentam de forma constante com a idade até cerca de 60 anos, com os sintomas permanecendo estáveis ou diminuindo ligeiramente em grupos etários mais velhos. Em comparação com casos não familiares, a SPI familiar geralmente tem uma idade de início mais jovem e um curso progressivo mais lento. O curso clínico da SPI difere pela idade de início. Quando o início ocorre antes dos 45 anos, geralmente há uma progressão lenta dos sintomas. Na SPI de início tardio, a progressão rápida é típica e os fatores agravantes são comuns. O fenótipo RLS parece semelhante ao longo da vida.

O diagnóstico de SPI em crianças pode ser difícil devido à centralidade do autorrelato em

estabelecimento do diagnóstico. Enquanto o Critério A para adultos assume que a descrição da “necessidade de se mover” é feita pelo indivíduo, o diagnóstico pediátrico também requer uma descrição nas próprias palavras da criança ao invés de um pai ou responsável. Normalmente, crianças de 6 anos ou mais são capazes de fornecer descrições detalhadas e adequadas de RLS. No entanto, as crianças raramente usam ou entendem a palavra “impulso”, relatando que suas pernas “têm que” ou “têm que” se mover. Além disso, potencialmente relacionado a períodos prolongados sentados durante as aulas, dois terços das crianças e adolescentes com SPI relatam sensações nas pernas durante o dia. Assim, para o critério diagnóstico A3, é importante comparar a duração igual de sentar ou deitar durante o dia com a de sentar ou deitar à tarde ou à noite. A piora noturna tende a persistir mesmo na SPI pediátrica. Assim como na SPI em adultos, há um impacto negativo significativo no sono, humor, cognição e função. O comprometimento em crianças e adolescentes se manifesta com mais frequência nos domínios comportamental e educacional.

Fatores de Risco e Prognósticos

Genéticos e fisiológicos. Os fatores predisponentes incluem sexo feminino, idade avançada, variantes de risco genético e história familiar de SPI. Fatores precipitantes, como deficiência de ferro, geralmente são limitados no tempo, com a maioria dos indivíduos retomando os padrões normais de sono após o desaparecimento do evento desencadeante. Variantes de risco genético também desempenham um papel na SPI secundária a distúrbios como a uremia, sugerindo que indivíduos com suscetibilidade genética desenvolvem SPI na presença de fatores de risco adicionais.

Estudos de associação de todo o genoma descobriram que a RLS está significativamente associada a múltiplas variantes genéticas em regiões intrônicas ou intergênicas. A variante em *MEIS1* tem a associação mais forte com RLS desses genes, com quase o dobro do risco de RLS nos 7% da população com esse polimorfismo entre as amostras de ascendência europeia estudadas.

Os mecanismos fisiopatológicos da SPI também incluem distúrbios nos sistemas dopaminérgicos e opioidérgicos centrais e distúrbios no metabolismo do ferro. A eficácia do tratamento de drogas dopaminérgicas, opióides e ferro fornece suporte adicional de que esses sistemas desempenham um papel na fisiopatologia da SPI. A SPI pode predispor à depressão, e o tratamento eficaz da SPI pode reduzir significativamente os sintomas depressivos. No entanto, os antidepressivos serotonérígicos podem induzir ou agravar a SPI em alguns indivíduos.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Entre populações adultas latino-americanas de descendência indígena nos Estados Unidos, incluindo mexicanos-americanos com baixa aculturação à sociedade norte-americana, a prevalência relatada de SPI parece ser menor quando comparada com mexicanos-americanos com maior aculturação. Entre os participantes que relataram SPI em uma grande pesquisa de base populacional, os fatores de risco associados à SPI foram diferentes em mexicanos-americanos (maiores entre mulheres e pessoas que fumam) em comparação com brancos não latinos (idade mais avançada, definida como ≥ 48 anos).

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero

Embora a SPI seja mais prevalente em mulheres do que em homens, não há diferenças diagnósticas de acordo com o gênero. A prevalência de SPI durante a gravidez é duas a três vezes maior

do que na população em geral. A SPI associada à gravidez atinge o pico durante o terceiro trimestre e melhora ou desaparece na maioria dos casos logo após o parto. A diferença entre os sexos na prevalência da SPI é explicada, pelo menos em parte, pela paridade, com as fêmeas nulíparas apresentando o mesmo risco de SPI que os machos da mesma idade.

Marcadores de diagnóstico

A polissonografia demonstra anormalidades significativas na SPI, incluindo aumento da latência para dormir e maior índice de despertar. Os movimentos periódicos dos membros são o sinal motor da SPI e geralmente estão presentes na polissonografia noturna, bem como durante os testes de imobilização em vigília e durante o repouso tranquilo, os quais podem provocar sintomas de SPI.

Consequências Funcionais da Síndrome das Pernas Inquietas

Embora o impacto dos sintomas mais leves seja menos bem caracterizado, os indivíduos com SPI queixam-se de interrupção em pelo menos uma atividade da vida diária, com até 50% relatando impacto negativo no humor e falta de energia. Uma consequência comum da SPI é o distúrbio do sono, incluindo dificuldade em adormecer e fragmentação do sono, com redução associada no tempo total de sono. A SPI também está associada a prejuízos na qualidade de vida. A SPI pode resultar em sonolência diurna ou fadiga e é frequentemente acompanhada por sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento afetivo, social, ocupacional, educacional, acadêmico, comportamental ou cognitivo.

Diagnóstico Diferencial

As condições mais importantes no diagnóstico diferencial da SPI são cãibras nas pernas, desconforto posicional, artralgias/artrites, mialgias, isquemia posicional (dormência), edema nas pernas, neuropatia periférica, radiculopatia e batidas habituais nos pés. Cãibras musculares, alívio com uma única mudança postural, limitação nas articulações, dor à palpação (mialgias) e outras anormalidades no exame físico não são características da SPI. Ao contrário da SPI, as cãibras noturnas nas pernas geralmente não se manifestam com o desejo de mover os membros nem há movimentos frequentes dos membros. Condições menos comuns a serem diferenciadas da SPI incluem acatisia induzida por neurolépticos, mielopatia, insuficiência venosa sintomática, doença arterial periférica, eczema, outros problemas ortopédicos e inquietação induzida por ansiedade. Piora à noite e movimentos periódicos dos membros são mais comuns na SPI do que na acatisia induzida por medicação ou neuropatia periférica.

Embora seja importante que os sintomas da SPI não sejam explicados apenas por outra condição médica ou comportamental, também deve ser considerado que qualquer uma dessas condições semelhantes pode ocorrer em um indivíduo com SPI. Isso requer um foco separado em cada condição possível no processo de diagnóstico e ao avaliar o impacto. Para casos em que o diagnóstico de SPI não é certo, a avaliação das características de suporte da SPI, particularmente PLMS ou história familiar de SPI, pode ser útil. Características clínicas, como resposta a um agente dopaminérgico e história familiar positiva para SPI, podem ajudar no diagnóstico diferencial.

A comorbidade

SPI está associada a taxas mais altas de depressão, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico e transtorno de estresse pós-traumático. A principal condição médica comórbida com SPI é

doença cardiovascular. Pode haver uma associação com várias outras condições médicas, incluindo hipertensão, enxaqueca, doença de Parkinson, esclerose múltipla, neuropatia periférica, diabetes mellitus, fibromialgia, osteoporose, obesidade, doença da tireoide e câncer, bem como outros distúrbios do sono, incluindo narcolepsia e distúrbios obstrutivos. apnéia do sono. A SPI é comum em pessoas com deficiência de ferro, gravidez e insuficiência renal crônica e pode melhorar drasticamente quando essas condições se resolverem.

468

Relação com a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono

A *Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono*, 3^a Edição, apresenta critérios diagnósticos semelhantes para SPI, mas não contém um critério que especifique a frequência ou duração dos sintomas.

Transtorno do Sono Induzido por Substância/Medicamentos

Critério de diagnóstico

- A. Uma perturbação proeminente e grave do sono.
- B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de (1) e (2): 1. Os sintomas no Critério A se desenvolveram durante ou logo após a intoxicação ou abstinência de substância ou após exposição ou abstinência de um medicamento .
- 2. A substância/medicamento envolvida é capaz de produzir os sintomas em Critério A.
- C. A perturbação não é melhor explicada por um distúrbio do sono que não seja induzido por substância/medicamento. Essa evidência de um distúrbio do sono independente pode incluir o seguinte:
 Os sintomas precedem o início do uso da substância/medicamento; os sintomas persistem por um período de tempo substancial (por exemplo, cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação grave; ou há outras evidências sugerindo a existência de um distúrbio do sono independente não induzido por substâncias/medicamentos (por exemplo, uma história de episódios recorrentes não relacionados a substâncias/medicamentos).
- D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírio.
- E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Nota: Este diagnóstico deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância apenas quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e quando são suficientemente graves para justificar atenção clínica.

Nota de codificação: Os códigos CID-10-CM para a substância induzida por [substância específica/medicamento] distúrbios do sono estão indicados na tabela abaixo. Observe que o código ICD-10-CM depende se há ou não um transtorno por uso de substância comórbido presente para mesma classe de substância. Em qualquer caso, um diagnóstico separado adicional de um transtorno por uso de substâncias não é dado. Se um transtorno leve por uso de substâncias for comórbido com o distúrbio do sono induzido por substância, o caractere da 4^a posição é “1”, e o médico deve registrar “transtorno de uso de [substância] leve” antes do tratamento induzido por substância. distúrbio do sono (por exemplo, “transtorno por uso de cocaína leve com sono induzido por cocaína transtorno”). Se um transtorno por uso de substâncias moderado ou grave é comórbido com o distúrbio do sono induzido por substância, o caractere da 4^a posição é “2”, e o clínico deve registrar “transtorno de uso de [substância] moderado” ou “transtorno de uso de [substância] grave transtorno”, dependendo da gravidade do transtorno por uso de substância comórbido. Se lá não há transtorno por uso de substância comórbido (por exemplo, após um uso pesado único do substância), então o caractere da 4^a posição é “9”, e o clínico deve registrar apenas o distúrbio do sono induzido por substância.

Existem duas exceções a esta convenção de codificação, uma vez que se aplica à cafeína e distúrbios do sono induzidos pelo tabaco. Porque o transtorno por uso de cafeína não é um categoria DSM-5,

469

existe apenas um único código CID-10-CM para transtorno do sono induzido por cafeína: F15.982. Além disso, como a CID-10-CM assume que o distúrbio do sono induzido pelo tabaco pode ocorrer apenas no contexto de transtorno por uso de tabaco moderado ou grave, a CID-10- O código CM para transtorno do sono induzido por tabaco é F17.208.

CID-10-CM

	Com uso suave transtorno	Com moderado ou transtorno de uso grave	Sem uso transtorno
Álcool	F10.182	F10.282	F10.982
Cafeína	N / D	N / D	F15.982
Cannabis	F12.188	F12.288	F12.988
opióide	F11.182	F11.282	F11.982
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	F13.182	F13.282	F13.982
Substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)	F15.182	F15.282	F15.982
Cocaína	F14.182	F14.282	F14.982
Tabaco	N / D	F17.208	N / D
Outra substância (ou desconhecida)	F19.182	F19.282	F19.982

Especifique se:

Tipo de insônia: Caracterizado por dificuldade em adormecer ou manter o sono, despertares noturnos frequentes ou sono não reparador.

Tipo de sonolência diurna: Caracterizada por queixa predominante de

sonolência/fadiga excessiva durante as horas de vigília ou, menos comumente, um longo período de sono.

Tipo de parassonia: Caracterizado por eventos comportamentais anormais durante o sono.

Tipo misto: Caracterizado por um problema de sono induzido por substância/medicamento caracterizado por vários tipos de sintomas do sono, mas nenhum sintoma predomina claramente.

Especifique (consulte a [Tabela 1](#) no capítulo “Transtornos relacionados a substâncias e dependências”, que indica se “com início durante intoxicação” e/ou “com início durante a abstinência” se aplica a uma determinada classe de substância; ou *especifique* “com início após o uso de medicação ”): **Com início durante a intoxicação:** Se os critérios para intoxicação com a substância forem preenchidos e os sintomas se desenvolverem durante a intoxicação.

Com início durante a abstinência: Se os critérios para abstinência da substância forem atendidos e os sintomas se desenvolverem durante ou logo após a abstinência.

Com início após o uso da medicação: se os sintomas se desenvolveram no início da medicação, com uma mudança no uso da medicação ou durante a retirada da medicação.

Procedimentos de registro O

nome do distúrbio do sono induzido por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, álcool) que se presume estar causando o distúrbio do sono. O código CID-10-CM que corresponde à classe de medicamento aplicável é selecionado na tabela incluída no conjunto de critérios. Para substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes (por exemplo, fluoxetina), o código ICD-10-CM para a outra classe de substância (ou desconhecida) deve ser usado e o nome

470

da substância específica registrada (por exemplo, F19.982 distúrbio do sono induzido por fluoxetina, tipo de insônia). Nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas a substância específica é desconhecida, o código CID-10-CM para a outra classe de substância (ou desconhecida) é usado e o fato de a substância ser desconhecida é registrado (por exemplo, , F19.982 transtorno do sono induzido por substância desconhecida, tipo hipersonia).

Para registrar o nome do transtorno, o transtorno de uso de substância comórbido (se houver) é listado primeiro, seguido de “com transtorno do sono induzido por substância/medicamento” (incorporando o nome da substância/medicamento etiológico específico), seguido da especificação de início (ou seja, com início durante a intoxicação, com início durante a abstinência, com início após o uso da medicação), seguido pela designação do subtipo (ou seja, tipo de insônia, tipo de sonolência diurna, tipo de parassonia, tipo misto). Por exemplo, no caso de insônia que ocorre durante a abstinência em um homem com transtorno por uso de lorazepam grave, o diagnóstico é F13.282 transtorno por uso de lorazepam grave com distúrbio do sono induzido por lorazepam, com início durante a abstinência, tipo insônia. Um diagnóstico separado do transtorno grave por uso de lorazepam comórbido não é fornecido. Se o distúrbio do sono induzido por substância ocorrer sem um distúrbio de uso de substância comórbido (p.

prescrito), nenhum transtorno de uso de substância acompanhante é observado (por exemplo, transtorno do sono induzido por bupropiona F19.982, com início durante o uso de medicação, tipo insônia). Quando mais de uma substância é considerada como tendo um papel significativo no desenvolvimento do distúrbio do sono, cada uma deve ser listada separadamente (por exemplo, F10.282 transtorno por uso de álcool grave com distúrbio do sono induzido pelo álcool, com início durante intoxicação, tipo de insônia; F14.282 transtorno por uso de cocaína grave com transtorno do sono induzido por cocaína, com início durante intoxicação, tipo insônia).

Especificadores

Dependendo da substância envolvida, um dos quatro tipos de distúrbios do sono é indicado. O tipo de insônia e o tipo de sonolência diurna são os mais comuns, enquanto o tipo parassonia é visto com menos frequência. O tipo misto é observado quando mais de um tipo de sintoma relacionado ao distúrbio do sono está presente e nenhum predomina.

Características Diagnósticas

A característica essencial do distúrbio do sono induzido por substância/medicamento é um distúrbio do sono proeminente que é suficientemente grave para justificar atenção clínica independente (Critério A). O distúrbio do sono pode ser caracterizado por insônia, sonolência diurna, parassonia ou alguma combinação destes. Considera-se que o distúrbio do sono está principalmente associado aos efeitos farmacológicos de uma substância (ou seja, uma droga de abuso, um medicamento, exposição a toxina) (Critério B). A perturbação não deve ser melhor explicada por outro distúrbio do sono que não seja induzido por substância/medicamento (Critério C). Um distúrbio do sono induzido por substância/medicamento é diferenciado de um distúrbio de insônia ou um distúrbio associado à sonolência diurna excessiva considerando o início e o curso. Para drogas de abuso, deve haver evidência de intoxicação ou abstinência da história, exame físico ou achados laboratoriais.

O distúrbio do sono induzido por substância/medicamento surge apenas em associação com estados de intoxicação ou descontinuação/abstinência, enquanto outros distúrbios do sono podem preceder o início do uso de substâncias ou ocorrer durante períodos de abstinência sustentada. Como os estados de descontinuação/retirada de algumas substâncias podem ser prolongados, o início do distúrbio do sono pode ocorrer 4 semanas após a cessação do uso da substância, e o distúrbio pode ter características atípicas de outros distúrbios do sono (p. O diagnóstico não é feito se o distúrbio do sono ocorrer apenas durante um delirium (Critério D). Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério E). Este diagnóstico deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância apenas quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e quando os sintomas exigem atenção clínica independente.

Recursos associados

Durante os períodos de uso de substâncias/medicamentos, intoxicação ou abstinência, os indivíduos frequentemente se queixam de humor disfórico, incluindo depressão e ansiedade, irritabilidade, comprometimento cognitivo, incapacidade de concentração e fadiga.

Distúrbios do sono proeminentes e graves podem ocorrer em associação com intoxicação com as seguintes classes de substâncias: álcool; cafeína; cannabis; opióides; sedativos, hipnóticos ou

ansiolíticos; estimulantes (incluindo cocaína); e outras substâncias (ou desconhecidas). Distúrbios do sono proeminentes e graves podem ocorrer em associação com a abstinência das seguintes classes de substâncias: álcool; cafeína; cannabis; opióides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes (incluindo cocaína); tabaco; e outras substâncias (ou desconhecidas). Os medicamentos que provocam distúrbios do sono incluem agonistas e antagonistas adrenérgicos, agonistas e antagonistas da dopamina, agonistas e antagonistas colinérgicos, agonistas e antagonistas serotoninérgicos, anti-histamínicos e corticosteróides.

Álcool. O distúrbio do sono induzido pelo álcool geralmente ocorre como tipo de insônia. Durante a intoxicação aguda com doses $> 1 \text{ g/kg}$, o álcool produz um efeito sedativo imediato, dependendo da dose, acompanhado de redução da latência do sono, aumento dos estágios 2 e 3 do sono não rápido (NREM) do sono (N2 e N3) e redução do sono de movimento rápido dos olhos (REM). Após esses efeitos iniciais, pode haver aumento da vigília, sono inquieto e sonhos vívidos e carregados de ansiedade pelo restante do período de sono. Em paralelo, N2 e N3 são reduzidos, e a vigília e o sono REM são aumentados durante a última parte da noite. Com o uso habitual, o álcool continua apresentando efeito sedativo de curta duração na primeira metade da noite, seguido de interrupção da continuidade do sono na segunda metade. Durante a abstinência aguda de álcool, há uma continuidade do sono extremamente interrompida e um aumento da quantidade e intensidade do sono REM, associado frequentemente a sonhos vívidos, que em forma extrema constituem parte do delírio de abstinência de álcool. Após a abstinência aguda, os usuários crônicos de álcool podem continuar a se queixar de sono leve e fragmentado por meses a anos, associado a um prolongamento persistente da latência do sono e déficit no sono de ondas lentas. O álcool também agrava o distúrbio do sono relacionado à respiração, incluindo apneia obstrutiva do sono e hipoventilação relacionada ao sono.

Cafeína. A cafeína consumida em doses baixas a moderadas durante as horas da manhã normalmente não produz efeito significativo no sono noturno em pessoas com sono normal ou com insônia. A cafeína pode produzir insônia de maneira dependente da dose e do horário, particularmente quando doses maiores são consumidas no final do dia ou durante a noite. Prolongamento da latência do sono, redução do sono de ondas lentas, aumento do despertar noturno e redução da duração do sono são relatados. Alguns indivíduos, particularmente os consumidores de alto nível, podem apresentar sonolência diurna e deficiências de desempenho relacionadas à abstinência.

Cannabis. A administração aguda de cannabis pode encurtar a latência do sono, embora também ocorram efeitos despertadores com incrementos na latência do sono. A cannabis melhora o sono de ondas lentas e suprime o sono REM após a administração aguda. Em usuários crônicos, desenvolve-se tolerância aos efeitos indutores do sono e de aumento do sono de ondas lentas. Após a retirada, foram relatados problemas de sono e sonhos desagradáveis com duração de várias semanas. Estudos polissonográficos demonstram redução do sono de ondas lentas e aumento do sono REM durante esta fase.

Opióides. Os opióides podem produzir um aumento na sonolência e na profundidade subjetiva do sono, e redução do sono REM e do sono de ondas lentas, durante o uso agudo de curto prazo. Com a administração continuada, desenvolve-se tolerância aos efeitos sedativos dos opióides e há queixas de insônia. Estudos polissonográficos demonstram redução da eficiência do sono e do tempo total de sono, com redução do sono de ondas lentas e possivelmente do sono REM. Consistente com seus efeitos depressores respiratórios, os opioides exacerbam a apneia obstrutiva do sono. O surgimento de apneia central do sono também é observado, especialmente com o uso crônico de opioides de ação prolongada.

Substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas. Sedativos, hipnóticos e ansiolíticos (por exemplo, benzodiazepínicos, meprobamato, glutetimida, metilprilon) têm efeitos semelhantes aos opioides no sono. Durante a intoxicação aguda, as drogas sedativo-hipnóticas produzem o esperado aumento da sonolência e diminuição da vigília. Pode ocorrer sonolência diurna, principalmente com agentes de ação prolongada. O uso crônico de benzodiazepínicos pode estar associado ao desenvolvimento de tolerância, insônia rebote e efeitos de abstinência potencialmente graves. Agonistas de receptores de benzodiazepínicos mais recentes, como zolpidem e eszopiclona, demonstraram manter a eficácia por períodos de 6 meses a 2 anos, sem evidência de aumento da dosagem ou efeitos de abstinência importantes. Agentes hipnóticos mais recentes, como ramelteon, doxepina em baixa dose e suvorexant, não parecem ter potencial de abuso significativo, depressão respiratória ou síndromes de abstinência maiores. Drogas sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas com curta duração de ação são mais propensas a produzir queixas de insônia rebote. Alguns medicamentos sedativo-hipnóticos podem aumentar a frequência e a gravidade dos eventos de apneia obstrutiva do sono, embora nem os benzodiazepínicos nem os agonistas dos receptores de benzodiazepínicos tenham piorado definitivamente a apneia obstrutiva do sono.

A hipoventilação pode piorar em indivíduos suscetíveis. Parassomias (sonambulismo e alimentação relacionada ao sono) têm sido associadas ao uso de agonistas dos receptores de benzodiazepínicos, especialmente quando esses medicamentos são tomados em doses mais altas e quando combinados com outros medicamentos sedativos.

Substâncias do tipo anfetamina, outros estimulantes e MDMA. por ^{Dorme} _{distúrbios} ^{induzido} _{substâncias} do tipo anfetamina e outros estimulantes são caracterizadas por insônia durante a intoxicação e sonolência excessiva durante a abstinência. Durante a intoxicação aguda, os estimulantes reduzem a quantidade total de sono, aumentam a latência do sono e os distúrbios de continuidade do sono e diminuem o sono REM. O sono de ondas lentas tende a ser reduzido. Durante a retirada do uso crônico de estimulantes, há duração prolongada do sono noturno e sonolência diurna excessiva.

Vários testes de latência do sono podem mostrar aumento da sonolência diurna durante a fase de retirada. Drogas como 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA; "ecstasy") e substâncias relacionadas levam a um sono agitado e perturbado dentro de 48 horas após a ingestão; o uso frequente desses compostos está associado a sintomas persistentes de ansiedade, depressão e distúrbios do sono, mesmo durante a abstinência de longo prazo. Há também evidências que sugerem um aumento da frequência de apneia obstrutiva do sono em jovens usuários de MDMA, mesmo após um período de abstenção da droga.

Tabaco. O uso crônico de tabaco está associado principalmente a sintomas de insônia, diminuição do sono de ondas lentas com redução da eficiência do sono e aumento da sonolência diurna.

A abstinência do tabaco pode levar ao sono prejudicado. Indivíduos que fumam muito podem experimentar despertares noturnos regulares causados pelo desejo de fumar.

Outras substâncias/medicamentos desconhecidos Outras substâncias/medicamentos podem produzir distúrbios do sono, particularmente medicamentos que afetam o sistema nervoso central ou autônomo (por exemplo, agonistas e antagonistas adrenérgicos, agonistas e antagonistas da dopamina, agonistas e antagonistas colinérgicos, agonistas e antagonistas serotoninérgicos, anti-histamínicos, corticosteróides).

Desenvolvimento e Curso A

insônia em crianças pode ser identificada por um dos pais ou pela criança. Muitas vezes, a criança tem um claro distúrbio do sono associado ao início de uma medicação, mas pode não relatar sintomas, embora os pais observem os distúrbios do sono. O uso de algumas substâncias recreativas (por exemplo,

cannabis, ecstasy) é prevalente na adolescência e início da idade adulta. A insônia ou qualquer outro distúrbio do sono encontrado nessa faixa etária deve levar a uma consideração cuidadosa sobre se o distúrbio do sono é atribuível ao consumo dessas substâncias. O comportamento de busca de ajuda para o distúrbio do sono nessas faixas etárias é limitado e

473

assim, um relatório comprobatório pode ser obtido de um pai, cuidador ou professor. Indivíduos mais velhos tomam mais medicamentos e correm maior risco de desenvolver um distúrbio do sono induzido por substância/medicamento. Eles podem interpretar o distúrbio do sono como parte do envelhecimento normal e não relatam sintomas. Indivíduos com transtorno neurocognitivo maior (por exemplo, demência) estão em risco de distúrbios do sono induzidos por substâncias/medicamentos, mas podem não relatar sintomas, tornando o relato comprobatório do(s) cuidador(es) particularmente importante.

Fatores de risco e prognóstico Os fatores

de risco e prognóstico envolvidos no uso de substâncias ou medicamentos são normativos para determinadas faixas etárias. Eles são relevantes e provavelmente aplicáveis ao tipo de distúrbio do sono encontrado (consulte o capítulo “Transtornos Relacionados a Substâncias e Dependências” para descrições dos respectivos transtornos por uso de substâncias).

Temperamental. O uso de substâncias geralmente precipita ou acompanha a insônia em indivíduos vulneráveis. Assim, a presença de insônia em resposta ao estresse ou mudança no ambiente ou horário do sono pode representar um risco para o desenvolvimento de transtorno do sono induzido por substância/medicamento. Um risco semelhante pode estar presente para indivíduos com outros distúrbios do sono (por exemplo, indivíduos com hipersonia que usam estimulantes).

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero A

mesma quantidade e duração do consumo de uma determinada substância pode levar a resultados altamente diferentes relacionados ao sono em homens e mulheres com base, por exemplo, em diferenças específicas de sexo no funcionamento hepático.

Marcadores de diagnóstico

Cada um dos distúrbios do sono induzidos por substâncias/medicamentos produz padrões de sono eletroencefalográficos que estão associados, mas não podem ser considerados diagnósticos de outros distúrbios. O perfil de sono eletroencefalográfico para cada substância está relacionado ao estágio de uso e se está no contexto de ingestão/intoxicação, uso crônico ou abstinência após a descontinuação da substância. A polissonografia noturna pode ajudar a definir a gravidade das queixas de insônia, enquanto o teste de múltiplas latências do sono fornece informações sobre a gravidade da sonolência diurna. O monitoramento da respiração noturna e dos movimentos periódicos dos membros com polissonografia pode verificar o impacto de uma substância na respiração noturna e no comportamento motor. Diários de sono por 2 semanas e actigrafia são considerados úteis para confirmar a presença de distúrbio do sono induzido por substância/medicamento, especialmente no caso de suspeita do tipo de insônia. A triagem de drogas pode ser útil quando o indivíduo não está ciente ou não está disposto a relatar informações sobre a ingestão da substância.

Consequências Funcionais do Sono Induzido por Substância/Medicação Transtorno

Embora existam muitas consequências funcionais associadas aos distúrbios do sono, a única consequência única para o distúrbio do sono induzido por substância/medicamento é o aumento do risco de recaída. Por exemplo, o grau de distúrbio do sono durante a abstinência de álcool (por exemplo, rebote do sono REM) prediz o risco de recaída do consumo de álcool. O monitoramento da qualidade do sono e da sonolência diurna durante e após a retirada pode fornecer informações clinicamente significativas sobre se um indivíduo está em maior risco de recaída.

Diagnóstico diferencial

Intoxicação por substância e abstinência de substância.

Os distúrbios do sono são comumente encontrados no contexto de intoxicação e abstinência de substâncias. Um diagnóstico de distúrbio do sono induzido por substância/medicamento deve ser feito em vez de um diagnóstico

474

diagnóstico de intoxicação por substância ou abstinência de substância somente quando o distúrbio do sono é predominante no quadro clínico e é suficientemente grave para justificar atenção clínica independente.

Delírio. Se a perturbação do sono induzida por substância/medicamento ocorrer exclusivamente durante o curso de um delirium, não se diagnostica separadamente.

Outros distúrbios do sono. Um distúrbio do sono induzido por substância/medicamento é diferenciado de outro distúrbio do sono se uma substância/medicamento for considerada etiologicamente relacionada aos sintomas. Um distúrbio do sono induzido por substância/medicamento atribuído a um medicamento prescrito para um transtorno mental ou condição médica deve ter seu início enquanto o indivíduo está recebendo o medicamento ou durante a descontinuação, se houver uma síndrome de descontinuação/abstinência associada ao medicamento. Uma vez que o tratamento é descontinuado, o distúrbio do sono geralmente desaparece dentro de dias a várias semanas. Se os sintomas persistirem além de 4 semanas, outras causas para os sintomas relacionados ao distúrbio do sono devem ser consideradas. Não raramente, indivíduos com outro distúrbio do sono usam medicamentos ou drogas de abuso para automedicar seus sintomas (por exemplo, álcool para controle da insônia). Se a substância/medicamento for considerada como tendo um papel significativo na exacerbação do distúrbio do sono, um diagnóstico adicional de distúrbio do sono induzido por substância/medicamento pode ser justificado.

Distúrbio do sono associado à condição médica. O distúrbio do sono induzido por substância/medicamento e distúrbios do sono com uma condição médica (isto é, distúrbio de insônia, distúrbio de hipersonolência e distúrbio de pesadelo) podem produzir sintomas semelhantes de insônia, sonolência diurna ou pesadelos, respectivamente. Muitas condições médicas que causam distúrbios do sono são tratadas com medicamentos que também podem causar distúrbios do sono. A cronologia dos sintomas é o fator mais importante na distinção entre essas duas fontes de sintomas do sono. Dificuldades com o sono em um indivíduo com uma condição médica comórbida que precede claramente o uso de qualquer medicamento para tratamento dessa condição médica sugeriria um diagnóstico de transtorno de insônia, transtorno de hipersonolência ou transtorno de pesadelo com o especificador “com [condição médica específica]” aplicável ao diagnóstico. Por outro lado, os sintomas do sono que aparecem apenas

após o início de uma determinada substância/medicamento sugerem um distúrbio do sono induzido por substância/medicamento. Se o distúrbio do sono for comórbido com outra condição médica e também for exacerbado pelo uso de substâncias, ambos os diagnósticos serão dados (ou seja, transtorno de insônia, transtorno de hipersonolência ou transtorno de pesadelo, “com [condição médica específica]” respectivamente; e [substância específica/ distúrbio do sono induzido por medicação). Quando não há evidência suficiente para determinar se o distúrbio do sono é atribuível a uma substância/medicamento ou a uma condição médica, ou independente (ou seja, não atribuível a uma substância/medicamento ou a uma condição médica), um diagnóstico de distúrbio de sono-vigília não especificado é indicado.

Comorbidade

Consulte as seções “Comorbidade” para outros distúrbios do sono neste capítulo, incluindo distúrbio de insônia, distúrbio de hipersonolência, apneia central do sono, hipoventilação relacionada ao sono e distúrbios do sono-vigília do ritmo circadiano, tipo de trabalho por turnos.

Relação com a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono A Classificação

Internacional dos Distúrbios do Sono, 3^a Edição (ICSD-3), lista os distúrbios do sono “devidos a um medicamento ou substância” sob seus respectivos fenótipos (por exemplo, hipersonia, distúrbio do movimento, parassonia). A ICSD-3 não identifica um diagnóstico separado para “insônia devido a um medicamento ou substância” com base em evidências de que a confiabilidade de distinguir fatores etiológicos específicos e únicos para insônia crônica é baixa.

475

Outro transtorno de insônia especificado

G47.09

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos do transtorno de insônia que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para transtorno de insônia ou qualquer um dos distúrbios do sono. classe diagnóstica de distúrbios da vigília. A outra categoria de transtorno de insônia especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar o motivo específico pelo qual a apresentação não atende aos critérios para transtorno de insônia ou qualquer transtorno específico do sono-vigília. Isso é feito registrando “outro transtorno de insônia especificado” seguido pelo motivo específico (por exemplo, “transtorno de insônia de curto prazo”).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação “outros especificados” incluem o seguinte: 1. **Transtorno de insônia de curta duração:** A duração é inferior a 3 meses.

2. **Restrito ao sono não reparador:** A queixa predominante é o sono não reparador não acompanhado por outros sintomas do sono, como dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo.

Transtorno de Insônia Não Especificado

G47,00

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos do transtorno de insônia que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para transtorno de insônia ou qualquer um dos distúrbios do sono. classe diagnóstica de distúrbios da vigília. A categoria de transtorno de insônia não especificado é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para transtorno de insônia ou um transtorno de sono-vigília específico e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer uma avaliação mais específica. diagnóstico.

Outro Transtorno de Hipersonolência Especificado

G47.19

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos do transtorno de hipersonolência que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para transtorno de hipersonolência ou qualquer um dos distúrbios do sono. classe diagnóstica de distúrbios da vigília. A outra categoria de transtorno de hipersonolência especificada é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não atende aos critérios para transtorno de hipersonolência ou qualquer transtorno específico do sono-vigília. Isso é feito registrando “outro transtorno de hipersonolência especificado” seguido pelo motivo específico (por exemplo, “hipersonolência de curta duração”, como na síndrome de Kleine-Levin).

476

Transtorno de hipersonolência não especificado

G47.10

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos do transtorno de hipersonolência que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para transtorno de hipersonolência ou qualquer um dos transtornos no

classe diagnóstica dos distúrbios do sono-vigília. A categoria de transtorno de hipersonolência não especificado é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para transtorno de hipersonolência ou um transtorno de sono-vigília específico e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer uma avaliação mais específica. diagnóstico.

Outro transtorno específico do sono-vigília

G47.8

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um distúrbio do sono-vigília que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos distúrbios do sono-vigília. classe diagnóstica de transtornos e não se qualificam para o diagnóstico de outro transtorno de insônia especificado ou outro transtorno de hipersonolência especificado. A outra categoria de transtorno específico do sono-vigília é usada em situações em que o clínico opta por comunicar o motivo específico pelo qual a apresentação não atende aos critérios para qualquer transtorno específico do sono-vigília. Isso é feito registrando “outro distúrbio específico do sono-vigília” seguido do motivo específico (por exemplo, “despertares repetidos durante o sono com movimentos oculares rápidos sem polissonografia ou história de doença de Parkinson ou outra sinucleinopatia”).

Distúrbio de sono-vigília não especificado

G47.9

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um distúrbio do sono-vigília que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos distúrbios do sono-vigília. classe diagnóstica de transtornos e não se qualificam para um diagnóstico de transtorno de insônia não especificado ou transtorno de hipersonolência não especificado. A categoria de transtorno do sono-vigília não especificado é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno do sono-vigília específico e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico .

Disfunções Sexuais

Disfunções **sexuais** incluem ejaculação retardada, transtorno erétil, transtorno orgástico feminino, transtorno de interesse/exitação sexual feminino, transtorno de dor/penetração genitopélvica, transtorno de desejo sexual masculino hipoativo, ejaculação precoce (precoce), disfunção sexual induzida por substância/medicamento, outros especificados disfunção sexual e disfunção sexual não especificada.

As disfunções sexuais são um grupo heterogêneo de distúrbios que são tipicamente caracterizados por um distúrbio clinicamente significativo na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou experimentar prazer sexual. Um indivíduo pode ter várias disfunções sexuais ao mesmo tempo. Nesses casos, todas as disfunções devem ser diagnosticadas.

O julgamento clínico deve ser usado para determinar se as dificuldades性uals são resultado de estimulação sexual inadequada; nesses casos, ainda pode haver necessidade de atendimento, mas não seria feito o diagnóstico de disfunção sexual. Esses casos podem incluir, mas não estão limitados a, condições nas quais a falta de conhecimento sobre estimulação efetiva impede a experiência de excitação ou orgasmo.

Subtipos são usados para designar o início da dificuldade. Em muitos indivíduos com disfunções sexuais, o tempo de início pode indicar diferentes etiologias e intervenções. *Ao longo* da vida refere-se a um problema sexual que está presente desde as primeiras experiências sexuais, e *adquirido* aplica-se a disfunções sexuais que se desenvolvem após um período de função sexual relativamente normal.

Generalizada refere-se a dificuldades sexuais que não se limitam a determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros, e *situacional* refere-se a dificuldades sexuais que ocorrem apenas com determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Além dos subtipos ao longo da vida/adquiridos e generalizados/situacionais, vários fatores devem ser considerados durante a avaliação da disfunção sexual, uma vez que podem ser relevantes para a etiologia ou tratamento e podem contribuir, em graus variados, entre os indivíduos: 1) fatores do parceiro (por exemplo, problemas sexuais do parceiro; estado de saúde do parceiro); 2) fatores de relacionamento (por exemplo, má comunicação; discrepâncias no desejo de atividade sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, imagem corporal ruim; histórico de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade) ou estressores (por exemplo, perda de emprego, luto); 4) fatores culturais ou religiosos (por exemplo, inibições relacionadas a proibições de atividade ou prazer sexual; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso ou tratamento.

O julgamento clínico sobre o diagnóstico de disfunção sexual deve levar em consideração fatores culturais que podem influenciar as expectativas ou gerar proibições sobre a experiência do prazer sexual. O envelhecimento e a duração do relacionamento podem estar associados a uma diminuição normativa na resposta sexual.

A resposta sexual tem uma base biológica necessária, mas geralmente é experimentada em um contexto intrapessoal, interpessoal e cultural. Assim, a função sexual envolve uma interação complexa entre fatores biológicos, socioculturais e psicológicos. Em muitos contextos clínicos, uma compreensão precisa da etiologia de um problema sexual é desconhecida. Ainda assim, uma sexualidade

diagnóstico de disfunção requer a exclusão de problemas que são mais bem explicados por um transtorno mental não sexual, pelos efeitos de uma substância (por exemplo, droga ou

478

medicação), por uma condição médica (p.

A população de pessoas com diversidade de gênero, incluindo transgêneros, não-binários e agêneros, pode não se identificar ou parecer se encaixar nas categorias existentes de diagnóstico baseadas em sexo e gênero descritas neste capítulo. Apesar dos nomes dados ao transtorno do desejo sexual hipoativo masculino e ao transtorno da excitação do interesse sexual feminino, os critérios diagnósticos descrevem sintomas e experiências que não dependem do sexo ou gênero específico do indivíduo. Como tal, qualquer diagnóstico pode ser aplicado a indivíduos de gênero diverso com base no julgamento clínico. Para diagnósticos ligados à anatomia reprodutiva (por exemplo, disfunção erétil, ejaculação precoce [precoce], ejaculação retardada e distúrbio de dor/penetração genitopélvica), os diagnósticos devem ser baseados na anatomia atual do indivíduo e não no sexo do indivíduo atribuído no nascimento. Muito mais pesquisas são necessárias para entender as experiências de disfunção sexual entre pessoas de gênero diverso. Enquanto isso, como em todas as categorias do DSM, os médicos devem usar seu melhor julgamento.

Se a disfunção sexual é principalmente explicável por outro transtorno mental não sexual (por exemplo, transtorno depressivo ou bipolar, transtorno de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno psicótico), então apenas o diagnóstico de outro transtorno mental deve ser feito. Se o problema for melhor explicado pelo uso/uso indevido ou descontinuação de uma droga ou substância, deve ser diagnosticado como uma disfunção sexual induzida por substância/medicamento. Se a disfunção sexual for atribuível a outra condição médica (por exemplo, neuropatia periférica), a pessoa não receberá um diagnóstico psiquiátrico. Se a angústia grave no relacionamento, a violência do parceiro ou estressores significativos explicarem melhor as dificuldades sexuais, então um diagnóstico de disfunção sexual não é feito, mas um código Z apropriado para o problema ou estressor do relacionamento pode ser listado (por exemplo, Z63.0 Dificuldade no relacionamento com o cônjuge ou parceiro íntimo); consulte o capítulo “Outras condições que podem ser foco de atenção clínica”. Em muitos casos, uma relação etiológica precisa entre outra condição (por exemplo, uma condição médica) e uma disfunção sexual não pode ser estabelecida. É possível ter um diagnóstico de disfunção sexual e uma condição médica coexistente, transtorno mental não sexual ou uso/uso indevido ou descontinuação de uma droga ou substância; e é possível ter um ou mais diagnósticos de disfunção sexual.

Ejaculação atrasada

Critério de diagnóstico

F52.32

- A. Qualquer um dos seguintes sintomas deve ser experimentado em quase todas ou todas as ocasiões (aproximadamente 75%–100%) de atividade sexual em parceria (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos), e sem que o indivíduo deseje atraso:

1. Atraso marcado na ejaculação.
 2. Infrequência marcada ou ausência de ejaculação.
- B. Os sintomas do Critério A persistiram por um período mínimo de aproximadamente 6 meses.
- C. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo no indivíduo.
- D. A disfunção sexual não é melhor explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de um grave sofrimento no relacionamento ou outros estressores significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou outra condição médica.

Especifique se: Ao

Longo da vida: A perturbação está presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirida: A perturbação começou após um período de função sexual relativamente normal.

479

Especifique se:

Generalizado: Não se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional: Só ocorre com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especifique a gravidade atual:

Leve: Evidência de angústia leve sobre os sintomas do Critério A.

Moderado: Evidência de sofrimento moderado sobre os sintomas do Critério A.

Grave: Evidência de sofrimento grave ou extremo sobre os sintomas do Critério A.

Características

diagnósticas A característica essencial da ejaculação retardada é um atraso acentuado ou incapacidade de atingir a ejaculação ou infrequência marcada da ejaculação em todas ou quase todas as ocasiões de atividade sexual em parceria, apesar da presença de estimulação sexual adequada e do desejo de ejacular (Critério A). Para se qualificar para um diagnóstico DSM-5 de ejaculação retardada, os sintomas devem ter persistido por um período mínimo de aproximadamente 6 meses (Critério B) e devem causar sofrimento clinicamente significativo no indivíduo (Critério C). A atividade sexual em parceria pode incluir estimulação manual, oral, coital ou anal. Na maioria dos casos, o diagnóstico será feito por auto-relato, embora para homens em relacionamentos heterossexuais, frequentemente é a angústia da parceira que motiva a procura de tratamento. É comum que os homens que apresentam ejaculação retardada consigam ejacular com autoestimulação, mas não durante a atividade sexual em parceria.

A definição de “atraso” não tem limites precisos, pois não há consenso sobre o que constitui um tempo razoável para atingir o orgasmo ou o que é inaceitavelmente longo para a maioria dos homens e suas parceiras sexuais. Embora as definições de ejaculação retardada se apliquem igualmente

Tanto a orientação heterossexual quanto a homossexual, a grande maioria do foco da pesquisa tem sido baseada no conceito de latência intravaginal e, portanto, na relação homem-mulher. As descobertas desses estudos documentam que a maioria do intervalo do tempo de latência ejaculatória intravaginal (IELT) dos homens é de aproximadamente 4 a 10 minutos. Também não há um delineamento diagnóstico claro entre a ejaculação retardada como disfunção sexual e o atraso que é uma consequência do envelhecimento normal. Portanto, o diagnóstico de ejaculação tardia é baseado no julgamento clínico, levando em consideração a história psicossexual e médica do indivíduo, idade, contexto de relacionamento e padrões e comportamentos de estimulação sexual. O diagnóstico de ejaculação retardada não deve ser dado se o clínico julgar que a insatisfação do indivíduo é inteiramente atribuível a expectativas irrealis.

Recursos associados

O homem e sua parceira podem relatar impulsos prolongados para atingir o orgasmo até o ponto de exaustão ou desconforto genital e às vezes até machucar a si mesmo e/ou sua parceira antes de finalmente cessar. Alguns homens podem relatar evitar a atividade sexual por causa de um padrão repetitivo de dificuldade de ejacular.

A ejaculação retardada está associada à masturbação muito frequente, ao uso de técnicas de masturbação que não são facilmente reproduzidas por um parceiro e a disparidades marcantes entre as fantasias sexuais durante a masturbação e a realidade do sexo com um parceiro.

Homens com ejaculação tardia geralmente relatam menos atividade sexual, níveis mais altos de angústia no relacionamento, insatisfação sexual, menor excitação subjetiva, ansiedade sobre seu desempenho sexual e problemas gerais de saúde do que homens sexualmente funcionais.

Além das considerações dos subtipos aplicáveis (ou seja, se o atraso ejaculatório está presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo ou começou após um período de função sexual relativamente normal, e se o atraso ejaculatório é generalizado ou ocorre apenas com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros), os seguintes fatores são importantes a serem considerados na avaliação da ejaculação retardada: 1) fatores do parceiro (por exemplo, problemas sexuais ou de saúde do parceiro); 2) fatores de relacionamento (por exemplo, má comunicação, discrepâncias

480

no desejo de atividade sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, desejo sexual hipoativo), comorbidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade) ou estressores como perda de emprego ou estresse; 4) fatores culturais/religiosos (por exemplo, inibições relacionadas a proibições de atividade sexual; atitudes em relação à sexualidade); 5) fatores médicos, particularmente hipogonadismo ou distúrbios neurológicos (por exemplo, esclerose múltipla, neuropatia diabética); e 6) uso de substâncias ou medicamentos que possam inibir a ejaculação (por exemplo, uso de drogas serotoninérgicas).

Prevalência

A prevalência de ejaculação tardia nos Estados Unidos é estimada em 1% a 5%, mas variou até 11% em estudos internacionais. No entanto, a variação nas definições da síndrome entre os estudos pode ter contribuído para as diferenças na prevalência do transtorno do DSM-5.

Desenvolvimento e Curso

A ejaculação retardada ao longo da vida começa com as primeiras experiências sexuais e continua ao longo da vida de um indivíduo. A ejaculação retardada adquirida começa após um período de função sexual normal. Uma série de fatores biomédicos, psicossociais e culturais podem contribuir para a predisposição ou manutenção da ejaculação retardada ao longo da vida ou adquirida (consulte a seção "Fatores de risco e prognóstico"), e qualquer subtipo pode ser generalizado ou de natureza situacional.

A prevalência de ejaculação tardia aumenta com a idade. À medida que os homens envelhecem, é mais provável que tenham progressivamente mais das seguintes alterações na função ejaculatória, incluindo, mas não se limitando a, volume, força e sensação ejaculatórios reduzidos e aumento do "tempo refratário".

A latência refratária aumenta para os homens devido a complicações cirúrgicas, médicas e farmacêuticas, bem como ao envelhecimento.

Fatores de Risco e Prognósticos A

Latência ejaculatória é uma consequência final que é determinada por uma série de fatores. Um grande número de fatores psicossociais aumenta a probabilidade de um indivíduo apresentar ejaculação tardia, sendo a depressão e a insatisfação com o relacionamento os contribuintes predominantes.

Genética e fisiológica. Numerosas condições médicas podem levar ao retardo da ejaculação, incluindo procedimentos que interrompem a inervação simpática ou somática da região genital, como a prostatectomia radical para tratamento do câncer. Distúrbios neurológicos e endócrinos, incluindo lesão medular, acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, cirurgia da região pélvica, diabetes grave, epilepsia, anormalidades hormonais e apneia do sono, bem como abuso de álcool, disfunção intestinal, uso de cannabis e fatores ambientais, podem ser associada à ejaculação retardada.

Além disso, medicamentos que inibem a inervação β -adrenérgica do sistema ejaculatório (por exemplo, tansulosina) estão associados ao retardo da ejaculação, assim como agentes anti-hipertensivos, antidepressivos (por exemplo, inibidores seletivos da recaptação de serotonina) e medicamentos antipsicóticos.

A perda relacionada à idade dos nervos sensoriais periféricos de condução rápida e a diminuição da secreção de esteróides sexuais relacionada à idade podem estar associadas a um aumento na ejaculação retardada em homens à medida que envelhecem. Níveis reduzidos de andrógenos com a idade também podem estar associados à ejaculação tardia.

Questões de diagnóstico relacionadas ao sexo e ao gênero

Por definição, o diagnóstico de ejaculação retardada é dado apenas aos homens. Dificuldades angustiantes com o orgasmo em mulheres seriam consideradas sob transtorno orgástico feminino.

481

Consequências Funcionais da Ejaculação Atrasada

A ejaculação retardada é frequentemente associada a um considerável sofrimento psicológico em um ou ambos os parceiros.

A dificuldade com a ejaculação pode contribuir para dificuldades na concepção e levar a uma avaliação significativa da fertilidade, pois a falta de ejaculação muitas vezes não é discutida espontaneamente pelos indivíduos, a menos que haja um questionamento direto de seu médico.

Diagnóstico Diferencial

Outra condição médica ou lesão e/ou seu tratamento.

Um grande desafio diagnóstico

é

diferenciar entre uma ejaculação retardada que é totalmente explicada por outra condição médica ou lesão (ou seu tratamento) e uma ejaculação retardada atribuível a uma variedade de fatores biomédico-psicossociais e culturais proporcionalmente diferentes que determinam o(s) sintoma(s). Uma série de condições médicas ou lesões, juntamente com seus tratamentos, podem produzir atrasos na ejaculação, independentemente de questões psicossociais e culturais.

A ejaculação retardada deve ser diferenciada de uma série de condições urológicas (especialmente outros distúrbios ejaculatórios), incluindo ejaculação retrógrada ou *anejaculação*, que normalmente é o resultado de etiologias que variam de anormalidades hormonais a neurológicas e/ou anatômicas, incluindo obstrução do ducto ejaculatório e outros distúrbios urológicos.

Uso de substâncias/medicamentos. Vários agentes farmacológicos, como antidepressivos, antipsicóticos, drogas γ simpáticas, álcool e drogas opióides, podem causar problemas ejaculatórios.

Nesses casos, o diagnóstico é disfunção sexual induzida por substância/medicamento em vez de ejaculação retardada.

Disfunção com orgasmo. É importante na história verificar se a queixa diz respeito à ejaculação retardada ou à sensação de orgasmo, ou ambos. A ejaculação ocorre nos genitais, enquanto acredita-se que a experiência do orgasmo seja principalmente subjetiva. Ejaculação e orgasmo geralmente ocorrem juntos, mas nem sempre. Por exemplo, um homem com padrão ejaculatório normal pode queixar-se de diminuição do prazer (isto é, ejaculação anedônica). Tal queixa não seria codificada como ejaculação retardada, mas poderia ser codificada como outra disfunção sexual especificada ou disfunção sexual não especificada.

Comorbidade

Existem algumas evidências que sugerem que a ejaculação retardada pode ser mais comum em formas graves de transtorno depressivo maior.

Distúrbio Erétil

Critério de diagnóstico

F52.21

- A. Pelo menos um dos três sintomas a seguir deve ser experimentado em quase todas ou todas (aproximadamente 75%–100%) ocasiões de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos):
 - 1. Dificuldade acentuada em obter uma ereção durante a atividade sexual.
 - 2. Dificuldade acentuada em manter uma ereção até a conclusão da relação sexual atividade.
 - 3. Diminuição acentuada da rigidez erétil.
- B. Os sintomas do Critério A persistiram por um período mínimo de aproximadamente 6 meses.
- C. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo no indivíduo.

D. A disfunção sexual não é melhor explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de um grave sofrimento no relacionamento ou outros estressores significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou outra condição médica.

Especifique se: Ao

Longo da vida: A perturbação está presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirida: A perturbação começou após um período de função sexual relativamente normal.

Especifique se:

Generalizado: Não se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional: Só ocorre com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especifique a gravidade atual:

Leve: Evidência de angústia leve sobre os sintomas do Critério A.

Moderado: Evidência de sofrimento moderado sobre os sintomas do Critério A.

Grave: Evidência de sofrimento grave ou extremo sobre os sintomas do Critério A.

Características

diagnósticas A característica essencial do transtorno erétil é uma dificuldade acentuada em obter ou manter uma ereção ou uma diminuição acentuada da rigidez erétil em todas ou quase todas as ocasiões de atividade sexual (Critério A) que persistiu por pelo menos 6 meses (Critério B) e que causa sofrimento clinicamente significativo no indivíduo (Critério C). Uma história sexual cuidadosa é necessária para verificar se o problema está presente por um período significativo de tempo (ou seja, pelo menos aproximadamente 6 meses) e ocorre na maioria das ocasiões sexuais (ou seja, pelo menos 75% das vezes). Os sintomas podem ocorrer apenas em situações específicas envolvendo certos tipos de estímulos ou parceiros, ou podem ocorrer de forma generalizada em todos os tipos de situações, estímulos ou parceiros.

Este capítulo usa os termos *transtorno erétil* e *disfunção erétil*, que não são sinônimos. A *disfunção erétil* é um termo descritivo amplamente utilizado (inclusive na CID-10) que se refere à dificuldade em obter e manter uma ereção. O *transtorno erétil* é a categoria diagnóstica mais específica do DSM-5 na qual a disfunção erétil persists por pelo menos 6 meses e causa sofrimento no indivíduo.

Recursos associados

Muitos homens com transtorno erétil podem ter baixa auto-estima, baixa autoconfiança e um senso de masculinidade diminuído, e podem apresentar humor deprimido. A disfunção erétil também está fortemente associada a sentimentos de culpa, auto-culpa, sensação de fracasso, raiva e preocupação em decepcionar o parceiro. Pode ocorrer medo e/ou evitação de futuros encontros sexuais.

Satisfação sexual diminuída e desejo sexual reduzido no parceiro do indivíduo são comuns.

Além das considerações dos subtipos aplicáveis (ou seja, se a disfunção erétil tem

estava presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo ou começou após um período de função sexual relativamente normal, e se a disfunção erétil é generalizada ou ocorre apenas com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros), os seguintes fatores são importantes a serem considerados na avaliação do distúrbio erétil: 1) fatores do parceiro (por exemplo, problemas sexuais ou de saúde do parceiro); 2) fatores de relacionamento (por exemplo, má comunicação, discrepâncias no desejo de atividade sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, desejo sexual hipoativo), comorbidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade) ou estressores como perda de emprego ou estresse; 4) fatores culturais/religiosos (por exemplo, inibições relacionadas a proibições de atividade sexual; atitudes em relação à sexualidade); 5) fatores médicos, particularmente cirurgia (por exemplo, ressecção transuretral da próstata), hipogonadismo ou condições neurológicas

483

(por exemplo, esclerose múltipla, neuropatia diabética); e 6) uso de substâncias ou medicamentos que possam inibir a ejaculação (por exemplo, uso de drogas serotoninérgicas).

Prevalência

A prevalência de transtorno erétil ao longo da vida versus adquirido é desconhecida. Há um forte aumento relacionado à idade tanto na prevalência quanto na incidência de problemas de ereção, particularmente após os 50 anos. Internacionalmente, a prevalência de transtorno erétil na população geral é de aproximadamente 13% a 21% dos homens com idades entre 40 e 80 anos. As taxas parecem ser inferiores a 10% em homens com menos de 40 anos, cerca de 20% a 40% em homens na faixa dos 60 anos e 50% a 75% em homens com mais de 70 anos. Em um estudo longitudinal na Austrália, 80% dos homens com 70 anos ou mais sofreram de distúrbio erétil. Em uma revisão de estudos em grande parte de países ocidentais, cerca de 20% dos homens temiam problemas de ereção em sua primeira experiência sexual, enquanto aproximadamente 8% apresentavam problemas de ereção que dificultavam a penetração durante sua primeira experiência sexual.

Entre os entrevistados nos EUA a uma pesquisa on-line, não houve diferença estatisticamente significativa na prevalência de transtorno erétil por origem etnoracial. Dados nacionalmente representativos dos EUA mostram que a prevalência de dificuldades eréteis é semelhante em homens mais velhos que fazem sexo com homens ou com homens e mulheres.

Desenvolvimento e curso A falha

erétil na primeira tentativa sexual está relacionada a ter relações sexuais com um parceiro previamente desconhecido, uso concomitante de drogas ou álcool, não querer fazer sexo e pressão dos pares. Há evidências mínimas sobre a persistência de tais problemas após a primeira tentativa. Supõe-se que a maioria desses problemas regide espontaneamente sem intervenção profissional, mas alguns homens podem continuar a ter problemas episódicos. Em contraste, o distúrbio erétil adquirido é frequentemente associado a fatores biológicos, como diabetes e doenças cardiovasculares. É provável que o distúrbio erétil adquirido seja persistente na maioria dos homens.

A história natural do distúrbio erétil ao longo da vida é desconhecida. A observação clínica apóia a associação do transtorno erétil ao longo da vida com fatores psicológicos que são autolimitados ou responsivos a intervenções psicológicas, enquanto, como observado acima, o transtorno erétil adquirido é mais provável de estar relacionado a fatores biológicos e de ser persistente. A incidência de distúrbio erétil aumenta com a idade. Uma minoria de homens diagnosticados como tendo insuficiência erétil moderada

pode experimentar remissão espontânea dos sintomas sem intervenção médica. A angústia associada ao distúrbio erétil é menor em homens mais velhos em comparação com homens mais jovens.

Fatores de risco e prognóstico

Modificadores de curso. Os fatores de risco para disfunção erétil adquirida e, como consequência, transtorno erétil incluem idade, tabagismo, falta de exercício físico, diabetes e diminuição do desejo.

Problemas de diagnóstico relacionados à cultura

A prevalência do distúrbio erétil varia entre os países. Não está claro até que ponto essas variações representam diferenças nas expectativas culturais em oposição a diferenças genuínas na frequência da falha erétil. O endosso diferencial pode estar relacionado a preocupações culturais sobre parecer fraco ou menos masculino ou a diversas normas culturais sobre mudanças na função erétil durante o envelhecimento saudável. As expectativas culturais sobre relacionamentos conjugais, desempenho sexual, fertilidade e papéis de gênero podem influenciar as ansiedades que podem contribuir para o transtorno erétil. Com base nas respostas a uma pesquisa online, o distúrbio erétil pode estar associado à preocupação com o tamanho genital nos Estados Unidos e no Oriente Médio e com medos de infertilidade masculina com maior frequência no Oriente Médio.

484

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero

Por definição, o diagnóstico de disfunção erétil é dado apenas aos homens. Dificuldades angustiantes com a excitação sexual em mulheres seriam consideradas como transtorno de interesse/excitação sexual feminino.

Marcadores diagnósticos

O teste de tumescência peniana noturna e a turgidez erétil medida durante o sono podem ser empregados para ajudar a diferenciar problemas eréteis orgânicos de psicogênicos, supondo que ereções adequadas durante o sono com movimentos rápidos dos olhos indicam uma etiologia psicológica para o problema. Vários outros procedimentos diagnósticos podem ser empregados dependendo da avaliação do clínico de sua relevância, dada a idade do indivíduo, problemas médicos comórbidos e apresentação clínica. A ultrassonografia Doppler e a injeção intravascular de drogas vasoativas, bem como procedimentos diagnósticos invasivos, como cavernosografia de infusão dinâmica, podem ser usados para avaliar a integridade vascular. Estudos de condução do nervo pudendo, incluindo potenciais evocados somatossensoriais, podem ser empregados quando há suspeita de neuropatia periférica. O teste para baixos níveis séricos de testosterona biodisponível ou livre é apropriado especialmente quando há diabetes, para homens que também apresentam desejo hipofágico e para aqueles que não respondem aos inibidores da fosfodiesterase tipo 5. A função da tireoide também pode ser avaliada. A determinação da glicose sérica em jejum é útil para rastrear a presença de diabetes mellitus. A avaliação dos lipídios séricos é importante, pois o distúrbio erétil em homens com 40 anos ou mais é preditivo do risco futuro de doença arterial coronariana.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Entre os homens que recebem tratamento para transtorno erétil com depressão comórbida, taxas elevadas

de pensamentos ou comportamentos suicidas foram observados; enquanto os homens afetados atribuíram os sintomas suicidas ao seu distúrbio erétil, a presença de depressão também foi um provável fator contribuinte. As taxas elevadas de suicídio entre homens com câncer de próstata podem, em parte, estar relacionadas à disfunção erétil associada ao tratamento e consequentes sintomas depressivos.

Consequências funcionais do transtorno erétil

O transtorno erétil pode interferir na fertilidade e produzir sofrimento individual e interpessoal. O medo e/ou a evitação de encontros sexuais podem interferir na capacidade de desenvolver relacionamentos íntimos. Sofrimento psicológico significativo pode ocorrer entre os homens que apresentam transtorno erétil.

Diagnóstico diferencial

Transtornos mentais não sexuais. O transtorno depressivo maior e o transtorno erétil estão intimamente associados, e o transtorno erétil que acompanha o transtorno depressivo grave pode ocorrer. Se as dificuldades de ereção são melhor explicadas por outro transtorno mental, como a depressão maior, o diagnóstico de transtorno erétil não seria feito.

Função erétil normal. O diferencial deve incluir a consideração da função erétil normal em homens com expectativas excessivas.

Uso de substâncias/medicamentos. Um início de disfunção erétil que coincide com o início do uso de substância/medicamento e que se dissipa com a descontinuação da substância/medicamento ou redução da dose é sugestivo de disfunção sexual induzida por substância/medicamento, que deve ser diagnosticada em vez de distúrbio erétil.

485

Outra condição médica. O aspecto mais difícil do diagnóstico diferencial do distúrbio erétil é descartar problemas eréteis que são totalmente explicados por fatores médicos. Tais casos não receberiam um diagnóstico de transtorno mental. A distinção entre transtorno erétil como transtorno mental e disfunção erétil como resultado de outra condição médica geralmente não é clara, e muitos casos terão etiologias biológicas e psiquiátricas complexas e interativas. Se o indivíduo tiver mais de 40-50 anos e/ou tiver problemas médicos concomitantes, o diagnóstico diferencial deve incluir etiologias médicas, especialmente doença vascular. A presença de uma doença orgânica conhecida por causar problemas de ereção não confirma uma relação causal. Por exemplo, um homem com diabetes mellitus pode desenvolver distúrbio erétil em resposta ao estresse psicológico. Em geral, a disfunção erétil devido a fatores orgânicos é generalizada e de início gradual. Uma exceção seria problemas de ereção após lesão traumática da inervação nervosa dos órgãos genitais (por exemplo, lesão da medula espinhal). Problemas de ereção que são situacionais e inconsistentes e que têm um início agudo após um evento estressante da vida são mais frequentemente atribuíveis a eventos psicológicos. Uma idade inferior a 40 anos também é sugestiva de uma etiologia psicológica para a dificuldade.

Comorbidade

O distúrbio erétil pode ser comórbido com outros diagnósticos sexuais, como prematuro (precoce)

ejaculação e transtorno do desejo sexual hipoativo masculino, bem como com ansiedade e transtornos depressivos. O risco de depressão é significativamente maior em homens com transtorno erétil, com um risco marcadamente maior de depressão no primeiro ano após o início. Em homens diagnosticados com transtorno de estresse pós-traumático, problemas de ereção são comuns. O distúrbio erétil é comum em homens com sintomas do trato urinário inferior relacionados à hipertrofia prostática. O distúrbio erétil pode ser comórbido com dislipidemia, doença cardiovascular, hipogonadismo, esclerose múltipla, diabetes mellitus e outras doenças que interferem na função vascular, neurológica ou endócrina necessária para a função erétil normal.

Distúrbio Orgâsmico Feminino

Critério de diagnóstico

F52.31

- A. Presença de qualquer um dos seguintes sintomas e experimentada em quase todas ou todas (aproximadamente 75%–100%) ocasiões de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos): 1. Atraso acentuado, marcado infrequência ou ausência de orgasmo.
2. Intensidade marcadamente reduzida das sensações orgásticas.
- B. Os sintomas do Critério A persistiram por um período mínimo de aproximadamente 6 meses.
- C. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo no indivíduo.
- D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de sofrimento grave no relacionamento (por exemplo, violência do parceiro) ou outros estressores significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou outra condição médica.

Especifique se: Ao

longo da vida: A perturbação está presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirida: A perturbação começou após um período de função sexual relativamente normal.

486

Especifique se:

Generalizado: Não se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional: Só ocorre com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especifique

se: Nunca experimentou um orgasmo em nenhuma situação.

Especifique a gravidade atual:

Leve: Evidência de angústia leve sobre os sintomas do Critério A.

Moderado: Evidência de sofrimento moderado sobre os sintomas do Critério A.

Grave: Evidência de sofrimento grave ou extremo sobre os sintomas do Critério A.

Características Diagnósticas

O transtorno orgástico feminino é caracterizado por dificuldade em experimentar o orgasmo e/ou intensidade marcadamente reduzida das sensações orgásticas (Critério A). As mulheres mostram grande variabilidade no tipo ou intensidade de estimulação que provoca o orgasmo. Da mesma forma, as descrições subjetivas do orgasmo são extremamente variadas, sugerindo que ele é experimentado de maneiras muito diferentes, tanto entre as mulheres quanto em diferentes ocasiões pela mesma mulher. Para um diagnóstico de transtorno orgásrico feminino, os sintomas devem ser experimentados em quase todas ou todas (aproximadamente 75%–100%) ocasiões de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, se generalizados, em todos os contextos) e ter uma duração mínima de aproximadamente 6 meses. O uso dos critérios mínimos de gravidade e duração destina-se a distinguir as dificuldades transitórias do orgasmo das disfunções orgásricas mais persistentes. A inclusão de “aproximadamente” no Critério B permite o julgamento clínico nos casos em que a duração dos sintomas não atende ao limite recomendado de 6 meses.

Para que uma mulher tenha um diagnóstico de transtorno orgástico feminino, a angústia clinicamente significativa deve acompanhar os sintomas (Critério C). Em muitos casos de problemas de orgasmo, as causas são multifatoriais ou não podem ser determinadas. Se o transtorno orgásrico feminino for considerado melhor explicado por outro transtorno mental, os efeitos de uma substância/medicamento ou uma condição médica, então o diagnóstico de transtorno orgásrico feminino não seria feito. Finalmente, se fatores interpessoais ou contextuais significativos, como sofrimento grave no relacionamento, violência por parceiro íntimo ou outros estressores significativos, estiverem presentes, o diagnóstico de transtorno orgásrico feminino não será feito.

Muitas mulheres precisam de estimulação do clitóris para atingir o orgasmo, e uma proporção relativamente pequena de mulheres relata que sempre experimentam o orgasmo durante a relação pênis-vaginal. Assim, a experiência do orgasmo de uma mulher através da estimulação do clitóris, mas não durante a relação sexual, não atende aos critérios para um diagnóstico clínico de transtorno orgásrico feminino. Também é importante considerar se as dificuldades de orgasmo são resultado de estimulação sexual inadequada; nesses casos, ainda pode haver necessidade de atendimento, mas não seria feito o diagnóstico de transtorno orgásrico feminino.

Recursos associados

Associações entre padrões específicos de traços de personalidade ou psicopatologia e disfunção orgástica geralmente não têm sido apoiadas. Em comparação com mulheres sem o transtorno, algumas mulheres com transtorno orgástico feminino podem ter maior dificuldade em se comunicar sobre questões sexuais. A satisfação sexual geral, no entanto, não está fortemente correlacionada com a experiência orgástica. Muitas mulheres relatam altos níveis de satisfação sexual, apesar de raramente ou nunca terem experimentado o orgasmo. Dificuldades de orgasmo em mulheres muitas vezes co-ocorrem com problemas relacionados ao interesse e excitação sexual.

Além dos subtipos “ao longo da vida/adquirido” e “generalizado/situacional”, os cinco fatores a seguir devem ser considerados durante a avaliação e diagnóstico do transtorno orgásrico feminino, uma vez que podem ser relevantes para a etiologia ou tratamento: 1) fatores do parceiro (p. problemas sexuais do parceiro, estado de saúde do parceiro); 2) fatores de relacionamento (por exemplo,

comunicação, discrepâncias no desejo de atividade sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, imagem corporal ruim, histórico de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade) ou estressores (por exemplo, perda de emprego, luto); 4) fatores culturais/religiosos (por exemplo, inibições relacionadas a proibições de atividade sexual; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso ou tratamento. Cada um desses fatores pode contribuir de forma diferente para os sintomas de apresentação de diferentes mulheres com esse transtorno.

Prevalência

As taxas de prevalência relatadas para problemas de orgasmo em mulheres na pré-menopausa variam amplamente, de 8% a 72%, dependendo de vários fatores (por exemplo, idade, contexto e cultura cultural, duração, gravidade dos sintomas); no entanto, essas estimativas não levam em conta a presença de sofrimento. Apenas uma proporção de mulheres que experimentam dificuldades de orgasmo também relatam sofrimento associado. A variação na forma como os sintomas são avaliados (por exemplo, a duração dos sintomas e o período de recuperação) também influenciam as taxas de prevalência. Internacionalmente, aproximadamente 10% das mulheres não experimentam o orgasmo ao longo da vida.

Desenvolvimento e Curso Por

definição, o transtorno orgástico feminino ao longo da vida indica que as dificuldades de orgasmo sempre estiveram presentes, enquanto o subtipo adquirido seria atribuído se as dificuldades de orgasmo da mulher se desenvolvessem após um período de funcionamento orgástico normal.

A primeira experiência de orgasmo de uma mulher pode ocorrer a qualquer momento, desde o período pré-puberal até a idade adulta. As mulheres mostram um padrão mais variável na idade do primeiro orgasmo do que os homens, e os relatos das mulheres de terem experimentado o orgasmo aumentam com a idade. Muitas mulheres aprendem a experimentar o orgasmo à medida que experimentam uma ampla variedade de estímulos e adquirem mais conhecimento sobre seus corpos. As taxas de consistência orgástica das mulheres (definidas como “geralmente ou sempre” experimentando o orgasmo) são mais altas durante a masturbação do que durante a atividade sexual com um parceiro.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Uma ampla gama de fatores psicológicos, como ansiedade e preocupações sobre gravidez, pode potencialmente interferir com a capacidade da mulher de experimentar o orgasmo.

Ambiental. Existe uma forte associação entre problemas de relacionamento, saúde física e saúde mental e dificuldades de orgasmo em mulheres. Fatores socioculturais (por exemplo, expectativas de papéis de gênero e normas religiosas) também são influências importantes na experiência de dificuldades de orgasmo.

Genética e fisiológica. Muitos fatores fisiológicos podem influenciar a experiência de orgasmo de uma mulher, incluindo condições médicas e medicamentos. Condições como esclerose múltipla, lesão do nervo pélvico por histerectomia radical e lesão da medula espinhal podem influenciar o funcionamento do orgasmo nas mulheres. Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina são conhecidos por retardar ou inibir o orgasmo em mulheres. Mulheres com atrofia vulvovaginal (caracterizada por sintomas como secura vaginal, coceira e dor) são significativamente mais propensas a relatar dificuldades de orgasmo do que mulheres sem essa condição. O estado menopausal não está consistentemente associado ao

probabilidade de dificuldades de orgasmo. Pode haver uma contribuição genética significativa para a variação na função orgástica feminina. No entanto, fatores psicológicos, socioculturais e fisiológicos provavelmente interagem de maneiras complexas para influenciar a experiência feminina do orgasmo e das dificuldades do orgasmo.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

O grau em que a falta de orgasmo nas mulheres é considerada um problema que requer tratamento pode variar dependendo do contexto cultural. Visões culturais que desvalorizam as mulheres

488

satisfação sexual ou que percebem o sexo conjugal como um dever da mulher e não como uma atividade prazerosa estão associados à menor procura de ajuda. Além disso, as mulheres diferem na importância do orgasmo para sua satisfação sexual. Pode haver diferenças socioculturais e geracionais marcantes na capacidade orgástica das mulheres. Por exemplo, os relatos da prevalência da incapacidade de atingir o orgasmo variam em duas vezes nas regiões do mundo.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero

Por definição, o diagnóstico de transtorno orgástico feminino é dado apenas às mulheres. Dificuldades angustiantes com o orgasmo em homens seriam consideradas sob ejaculação retardada.

Marcadores de diagnóstico

Embora ocorram mudanças fisiológicas mensuráveis durante o orgasmo feminino, incluindo mudanças nos hormônios, musculatura do assoalho pélvico e ativação cerebral, há uma variabilidade significativa nesses indicadores de orgasmo entre as mulheres. Em situações clínicas, o diagnóstico de transtorno orgásrico feminino é baseado no autorrelato da mulher.

Associação com Pensamentos Suicidas ou Comportamento

Disfunções de excitação sexual e satisfação têm sido associadas a pensamentos suicidas entre veteranas do sexo feminino e membros do serviço militar, mesmo após ajuste para provável transtorno de estresse pós-traumático, provável depressão, histórico de implantação, estado de casado, idade, serviço no exército , e raça.

Consequências Funcionais do Transtorno Orgásrico Feminino As

consequências funcionais do transtorno orgásrico feminino não são claras. Embora haja uma forte associação entre problemas de relacionamento e dificuldades de orgasmo em mulheres, não está claro se os fatores de relacionamento são fatores de risco para dificuldades de orgasmo ou são consequências dessas dificuldades.

Diagnóstico diferencial

Transtornos mentais não sexuais. Se as dificuldades do orgasmo forem melhor explicadas por outro transtorno mental, como a depressão maior, o diagnóstico de transtorno orgásrico feminino não seria feito.

Disfunção sexual induzida por substância/medicamento. Um início de disfunção orgásica que coincide com o início do uso de substância/medicamento e que se dissipa com a descontinuação da substância/medicamento ou redução da dose é sugestivo de disfunção sexual induzida por substância/medicamento, que deve ser diagnosticada em vez de transtorno orgásico feminino.

Outra condição médica. Se o distúrbio for atribuível a outra condição médica (por exemplo, esclerose múltipla, lesão na medula espinhal), o diagnóstico de distúrbio orgásico feminino não será feito.

Fatores interpessoais. Se fatores interpessoais ou contextuais significativos, como sofrimento grave no relacionamento, violência por parceiro íntimo ou outros estressores significativos, estão associados às dificuldades do orgasmo, então o diagnóstico de transtorno orgásico feminino não seria feito.

Outras disfunções sexuais. O transtorno orgásico feminino pode ocorrer em associação com outras disfunções性 (por exemplo, transtorno do interesse/excitação sexual feminino). A presença de outra disfunção sexual não exclui o diagnóstico de transtorno orgásico feminino. Dificuldades ocasionais de orgasmo que são de curto prazo ou infreqüentes e não são acompanhadas por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo não são diagnosticadas como transtorno orgásico feminino. Um diagnóstico também não é apropriado se os problemas forem resultado de estimulação sexual inadequada.

489

Comorbidade

Mulheres com transtorno orgástico feminino podem ter dificuldades de interesse/excitação sexual concomitantes. Mulheres com diagnóstico de outros transtornos mentais não sexuais, como transtorno depressivo maior, podem apresentar menor interesse/excitação sexual, e isso pode aumentar indiretamente a probabilidade de dificuldades de orgasmo.

Transtorno de Interesse/Excitação Sexual Feminino

Critério de diagnóstico	F52.22
<p>A. Ausência ou redução significativa de interesse/excitação sexual, conforme manifestado por pelo menos três dos seguintes: 1. Ausência/interesse reduzido em atividade sexual. 2. Ausência/redução de pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas. 3. Não/reduzido início da atividade sexual e normalmente não receptivo ao parceiro tentativas de iniciar. 4. Excitação/prazer sexual ausente/reduzida durante a atividade sexual em quase todos ou todos (aproximadamente 75%–100%) encontros sexuais (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos). 5. Ausência/redução do interesse/excitação sexual em resposta a qualquer problema interno ou externo pistas sexuais/eróticas (por exemplo, escritas, verbais, visuais). 6. Sensações genitais ou não genitais ausentes/reduzidas durante a atividade sexual em</p>	

quase todos ou todos (aproximadamente 75%–100%) encontros sexuais (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos).

- B. Os sintomas do Critério A persistiram por um período mínimo de aproximadamente 6 meses.
- C. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo no indivíduo.
- D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de sofrimento grave no relacionamento (por exemplo, violência do parceiro) ou outros estressores significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou outra condição médica.

Especifique se: Ao

longo da vida: A perturbação está presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirida: A perturbação começou após um período de função sexual relativamente normal.

Especifique se:

Generalizado: Não se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional: Só ocorre com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especifique a gravidade atual:

Leve: Evidência de angústia leve sobre os sintomas do Critério A.

Moderado: Evidência de sofrimento moderado sobre os sintomas do Critério A.

Grave: Evidência de sofrimento grave ou extremo sobre os sintomas do Critério A.

Características diagnósticas

Ao avaliar o transtorno de interesse/excitação sexual feminino, o contexto interpessoal deve ser levado em consideração. Uma “discrepância de desejo”, na qual uma mulher tem menor desejo de atividade sexual do que seu parceiro, não é suficiente para diagnosticar o transtorno de interesse/excitação sexual feminino. Para que os critérios para o transtorno sejam atendidos, deve haver ausência ou frequência reduzida ou

490

intensidade de pelo menos três dos seis indicadores (Critério A) por uma duração mínima de aproximadamente 6 meses (Critério B). Pode haver diferentes perfis de sintomas entre as mulheres, bem como variabilidade na forma como o interesse e a excitação sexual são expressos. Por exemplo, em uma mulher, o transtorno de interesse/excitação sexual pode ser expresso como falta de interesse na atividade sexual, ausência de pensamentos eróticos ou sexuais e relutância em iniciar a atividade sexual e responder aos convites sexuais de um parceiro. Em outra mulher, a incapacidade de ficar sexualmente excitada, a incapacidade de responder aos estímulos sexuais com desejo sexual e a correspondente falta de sinais de excitação sexual física podem ser as características primárias. Dificuldades no desejo e na excitação sexual também podem ocorrer simultaneamente, pois as mulheres com perda de desejo sexual podem ter nove vezes mais chances de também terem perdido a excitação ou excitação sexual. Mudanças de curto prazo no interesse ou excitação sexual são comuns

e podem ser respostas adaptativas a eventos na vida de uma mulher e não representam uma disfunção sexual. O diagnóstico de transtorno de interesse/excitação sexual feminino requer uma duração mínima dos sintomas de aproximadamente 6 meses como um reflexo de que os sintomas devem ser um problema persistente. A estimativa de persistência pode ser determinada por julgamento clínico quando uma duração de 6 meses não pode ser determinada com precisão.

Pode haver frequência ou intensidade de interesse pela atividade sexual ausente ou reduzida (Critério A1), que anteriormente era o único critério para *transtorno do desejo sexual hipoativo*; esta condição é agora representada pelo transtorno de interesse/excitação sexual feminino. A frequência ou intensidade de pensamentos ou fantasias sexuais e eróticas podem estar ausentes ou reduzidas (Critério A2). A expressão de fantasias varia muito entre as mulheres e pode incluir memórias de experiências sexuais passadas. O declínio normativo dos pensamentos sexuais com a idade deve ser levado em consideração na avaliação desse critério. Ausência ou frequência reduzida de iniciar a atividade sexual e de receptividade aos convites sexuais de um parceiro (Critério A3) é um critério focado no comportamento. As crenças e preferências de um casal quanto aos padrões de iniciação sexual são altamente relevantes para a avaliação desse critério. Pode haver excitação ou prazer sexual ausente ou reduzido durante a atividade sexual em quase todos ou todos (aproximadamente 75%–100%) encontros sexuais (Critério A4). A falta de prazer é uma queixa clínica comum em mulheres com baixo desejo. Entre as mulheres que relatam baixo desejo sexual, há menos pistas sexuais ou eróticas que provocam interesse ou excitação sexual (ou seja, há falta de “desejo responsivo”). Evidências sugerem que pode haver pelo menos dois tipos de transtorno de interesse/excitação sexual feminino: um baseado na baixa sensibilidade a estímulos sexuais e um segundo baseado na superativação da inibição sexual. A avaliação da adequação dos estímulos sexuais ajudará a determinar se há dificuldade com o desejo sexual responsivo (Critério A5). A frequência ou intensidade das sensações genitais ou não genitais durante a atividade sexual pode estar reduzida ou ausente (Critério A6). Isso pode incluir lubrificação/vasocongestão vaginal reduzida, mas como as medidas fisiológicas da resposta sexual genital não diferenciam as mulheres que relatam preocupações com a excitação sexual daquelas que não o fazem, o autorrelato de sensações genitais ou não genitais reduzidas ou ausentes é suficiente.

Para que seja feito um diagnóstico de transtorno de interesse/excitação sexual feminino, a angústia clinicamente significativa deve acompanhar os sintomas do Critério A. A angústia pode ser sentida como resultado da falta de interesse/excitação sexual ou como resultado de interferência vida e bem-estar. Se uma falta de desejo sexual ao longo da vida é melhor explicada pela auto-identificação como “assexual”, então um diagnóstico de transtorno de interesse/excitação sexual feminino não seria feito.

Recursos associados

O transtorno de interesse/excitação sexual feminino é frequentemente associado a problemas em experimentar o orgasmo, dor durante a atividade sexual, atividade sexual infrequente e discrepâncias no desejo do casal. Dificuldades de relacionamento, estresse crônico e transtornos de humor também são características frequentemente associadas ao transtorno de interesse/excitação sexual feminino. Expectativas e normas irreais em relação ao nível “apropriado” de

interesse ou excitação, juntamente com técnicas sexuais ruins e falta de informação sobre sexualidade, também podem ser evidentes em mulheres diagnosticadas com transtorno de interesse/excitação sexual feminino. O último,

assim como as crenças normativas sobre os papéis de gênero, são fatores importantes a serem considerados.

Além dos subtipos “ao longo da vida/adquirido” e “generalizado/situacional”, os cinco fatores a seguir devem ser considerados durante a avaliação e diagnóstico do transtorno de interesse/excitação sexual feminino, uma vez que podem ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento: 1) fatores do parceiro (por exemplo, problemas sexuais do parceiro, estado de saúde do parceiro, sofrimento relacionado ao parceiro); 2) fatores de relacionamento (por exemplo, comunicação deficiente, discrepâncias no desejo de atividade sexual; duração do relacionamento); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, imagem corporal ruim, histórico de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade) ou estressores (por exemplo, perda de emprego, luto); 4) fatores culturais/religiosos (por exemplo, inibições relacionadas a proibições de atividade sexual; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso ou tratamento. Observe que cada um desses fatores pode contribuir de forma diferente para os sintomas de apresentação de diferentes mulheres com esse transtorno.

Prevalência

Aproximadamente 30% das mulheres experimentam baixo desejo crônico, com aproximadamente metade delas experimentando sofrimento significativo relacionado ao parceiro e um quarto experimentando angústia pessoal. A prevalência de baixo desejo sexual e de problemas com a excitação sexual (com e sem angústia associada) pode variar acentuadamente em relação à idade, contexto cultural, duração dos sintomas e presença de angústia. Em relação à duração dos sintomas, há diferenças marcantes nas estimativas de prevalência entre problemas de curto prazo e persistentes relacionados à falta de interesse sexual. Quando a angústia sobre o funcionamento sexual é necessária, as estimativas de prevalência são marcadamente mais baixas. Embora haja uma forte relação entre baixo desejo e idade, a prevalência de angústia relacionada ao sexo associada ao baixo desejo diminui à medida que as mulheres envelhecem.

Desenvolvimento e curso

Por definição, o transtorno de interesse/excitação sexual feminino ao longo da vida sugere que a falta de interesse ou excitação sexual esteve presente durante toda a vida sexual da mulher. Para os Critérios A3, A4 e A6, que avaliam o funcionamento durante a atividade sexual, um subtipo vitalício significaria presença de sintomas desde as primeiras experiências sexuais do indivíduo. O subtipo adquirido seria atribuído se as dificuldades com interesse ou excitação sexual se desenvolvessem após um período de funcionamento sexual não problemático. Mudanças adaptativas e normativas no funcionamento sexual podem resultar de eventos relacionados ao parceiro, interpessoais ou pessoais e podem ser de natureza transitória. No entanto, a persistência dos sintomas por aproximadamente 6 meses ou mais constituiria uma disfunção sexual.

Há mudanças normativas no interesse e excitação sexual ao longo da vida. Além disso, as mulheres em relacionamentos de longa duração são mais propensas a relatar o envolvimento em sexo, apesar de não haver sentimentos óbvios de desejo sexual no início de um encontro sexual, em comparação com mulheres em relacionamentos de curta duração. Segura vaginal em mulheres mais velhas está relacionada à idade e menopausa status.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Os fatores temperamentais incluem cognições e atitudes negativas sobre sexualidade e história pregressa de transtornos mentais. Diferenças na propensão à excitação sexual e

a inibição também pode prever a probabilidade de desenvolver problemas sexuais.

Ambiental. Os fatores ambientais incluem dificuldades de relacionamento, funcionamento sexual do parceiro e histórico de desenvolvimento, como relacionamentos precoces com cuidadores e estressores da infância.

492

Genética e fisiológica. Algumas condições médicas (por exemplo, diabetes mellitus, disfunção da tireoide) podem ser fatores de risco para transtorno de interesse/excitação sexual feminino. Parece haver uma forte influência de fatores genéticos na vulnerabilidade a problemas sexuais em mulheres. A pesquisa psicofisiológica usando fotopletismografia vaginal não encontrou diferenças entre mulheres com e sem percepção de falta de excitação genital.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Há uma variabilidade marcante nas taxas de prevalência relatadas de baixo desejo em todas as regiões do mundo, variando de 26% a 43%. Baixos níveis de desejo sexual foram relatados por alguns grupos étnico-raciais e migrantes. Embora níveis mais baixos de desejo e excitação sexual relatados possam refletir menos interesse em sexo, essas diferenças de grupo podem ser um artefato das medidas usadas para quantificar o desejo e de fatores culturais que afetam a resposta, como a conveniência de relatar atividade sexual por pessoas não casadas, na menopausa, ou viúvas. Um julgamento sobre se o baixo desejo sexual relatado por uma mulher de uma determinada origem etnocultural atende aos critérios para transtorno de interesse/excitação sexual feminino deve levar em consideração o fato de que diferentes grupos culturais podem variar em normas e expectativas de comportamento sexual.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero Por

definição, o diagnóstico de transtorno de interesse/excitação sexual feminino só é dado às mulheres. Dificuldades angustiantes com o desejo sexual em homens seriam consideradas no transtorno do desejo sexual hipoativo masculino. Não há dados mostrando que as taxas ou expressões de transtorno de interesse/excitação sexual feminina diferem entre mulheres heterossexuais e lésbicas.

Associação com Pensamentos Suicidas ou Comportamento

Disfunções de excitação e satisfação sexual têm sido associadas a pensamentos suicidas entre veteranas do sexo feminino e membros do serviço militar, mesmo após ajuste para provável TEPT, provável depressão, história de emprego, estado de casado, idade, serviço no exército e raça.

Consequências Funcionais do Transtorno de Interesse/Excitação Sexual Feminino Dificuldades no interesse/excitação sexual estão frequentemente associadas à diminuição da satisfação no relacionamento.

Diagnóstico diferencial

Transtornos mentais não sexuais. Transtornos mentais não sexuais, como o transtorno depressivo maior, no qual há “interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias”, podem explicar a falta de interesse/excitação sexual. Se a falta de interesse

ou a excitação é completamente atribuível a outro transtorno mental, então um diagnóstico de transtorno de interesse/excitação sexual feminino não seria feito.

Uso de substâncias/medicamentos. Um início de dificuldades no desejo ou excitação que coincide com o início do uso da substância/medicamento e que se dissipa com a descontinuação da substância/medicamento ou redução da dose é sugestivo de disfunção sexual induzida por substância/medicamento, que deve ser diagnosticada em vez de feminina transtorno de interesse/excitação sexual.

Outra condição médica. Se os sintomas sexuais são considerados quase exclusivamente associados aos efeitos de outra condição médica (p.

493

doença endotelial, disfunção da tireóide, doença do sistema nervoso central), então um diagnóstico de transtorno de interesse/excitação sexual feminino não seria feito.

Fatores interpessoais. Se fatores interpessoais ou contextuais significativos, como sofrimento grave no relacionamento, violência por parceiro íntimo ou outros estressores significativos, explicam os sintomas de interesse/excitação sexual, então um diagnóstico de transtorno de interesse/excitação sexual feminino não seria feito.

Outras disfunções sexuais. A presença de outra disfunção sexual não exclui o diagnóstico de transtorno de interesse/excitação sexual feminino. É comum que as mulheres experimentem mais de uma disfunção sexual. Por exemplo, a presença de dor genital crônica pode levar à falta de desejo pela atividade sexual (dolorosa). A falta de interesse e excitação durante a atividade sexual pode prejudicar a capacidade orgásrica. Para algumas mulheres, todos os aspectos da resposta sexual podem ser insatisfatórios e angustiantes.

Estímulos sexuais inadequados ou ausentes. Quando os diagnósticos diferenciais estão sendo considerados, é importante avaliar a adequação dos estímulos sexuais dentro da experiência sexual da mulher. Nos casos em que estímulos sexuais inadequados ou ausentes estejam contribuindo para o quadro clínico, pode haver evidências para o atendimento clínico, mas o diagnóstico de disfunção sexual não seria feito. Da mesma forma, alterações transitórias e adaptativas no funcionamento sexual secundárias a um evento significativo na vida ou pessoal devem ser consideradas no diagnóstico diferencial.

Comorbidade A

comorbidade entre problemas de interesse/excitação sexual e outras dificuldades sexuais é extremamente comum. O sofrimento sexual e a insatisfação com a vida sexual também estão altamente correlacionados em mulheres com baixo desejo sexual. O baixo desejo angustiante está associado à depressão, problemas de tireóide, ansiedade, incontinência urinária e outros fatores médicos. A artrite e a doença inflamatória ou do intestino irritável também estão associadas a problemas de excitação sexual. O baixo desejo parece ser comórbido com depressão, abuso sexual e físico na idade adulta e uso de álcool.

Dor Genito-Pélvica/Transtorno de Penetração

Critério de diagnóstico	F52.6
-------------------------	-------

- A. Dificuldades persistentes ou recorrentes com um (ou mais) dos seguintes: 1. Penetração vaginal durante a relação sexual.
2. Dor vulvovaginal ou pélvica acentuada durante a relação sexual ou penetração vaginal tentativas.
3. Medo ou ansiedade acentuados sobre dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação a, durante ou como resultado da penetração vaginal.
4. Tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante a tentativa penetração vaginal.
- B. Os sintomas do Critério A persistiram por um período mínimo de aproximadamente 6 meses.
- C. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo no indivíduo.
- D. A disfunção sexual não é melhor explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de um sofrimento grave no relacionamento (por exemplo, violência do parceiro) ou outros estressores significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou outra condição médica.

494

Especifique se: Ao

Longo da vida: A perturbação está presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirida: A perturbação começou após um período de função sexual relativamente normal.

Especifique a gravidade atual:

Leve: Evidência de angústia leve sobre os sintomas do Critério A.

Moderado: Evidência de sofrimento moderado sobre os sintomas do Critério A.

Grave: Evidência de sofrimento grave ou extremo sobre os sintomas do Critério A.

Características diagnósticas

O transtorno de dor/penetração genitopélvica refere-se a quatro dimensões de sintomas comumente comórbidos: 1) dificuldade em ter relações sexuais, 2) dor genitopélvica, 3) medo de dor ou penetração vaginal e 4) tensão dos músculos do assoalho pélvico (Critério UMA). Como a dificuldade maior em qualquer uma dessas dimensões dos sintomas é muitas vezes suficiente para causar sofrimento clinicamente significativo, um diagnóstico pode ser feito com base na dificuldade acentuada em apenas uma dimensão do sintoma. No entanto, todas as quatro dimensões de sintomas devem ser avaliadas mesmo que um diagnóstico possa ser feito com base em apenas uma dimensão de sintoma.

Dificuldade acentuada em ter relação sexual/penetração vaginal (Critério A1) pode variar desde uma total incapacidade de experimentar penetração vaginal em qualquer situação (por exemplo, relação sexual, exames ginecológicos, inserção de tampão) até a capacidade de experimentar facilmente a penetração em uma situação, mas não em outra. Embora a situação clínica mais comum seja quando uma mulher é incapaz de

experiência sexual ou penetração com um parceiro, dificuldades em realizar os exames ginecológicos obrigatórios também podem estar presentes. *Dor vulvovaginal ou pélvica acentuada durante a relação sexual vaginal ou tentativas de penetração* (Critério A2) refere-se à dor que ocorre em diferentes locais na área genito-pélvica. A localização da dor, bem como a intensidade, devem ser avaliadas.

Tipicamente, a dor pode ser caracterizada como superficial (vulvovaginal ou ocorrendo durante a penetração) ou profunda (pélvica; ou seja, não sentida até a penetração mais profunda). A intensidade da dor muitas vezes não está linearmente relacionada à angústia ou interferência com a penetração vaginal ou outras atividades sexuais. Algumas dores genitopélvicas só ocorrem quando provocadas (isto é, por relação sexual ou estimulação mecânica); outras dores genitopélvicas podem ser tanto espontâneas quanto provocadas. A dor genitopélvica também pode ser utilmente caracterizada qualitativamente (por exemplo, “ardente”, “cortante”, “atirando”, “pulsante”). A dor pode persistir por um período após o término da relação sexual e também pode ocorrer durante a micção. Normalmente, a dor sentida durante a relação sexual vaginal pode ser reproduzida durante um exame ginecológico.

Medo ou ansiedade acentuados sobre dor vulvovaginal ou pélvica, seja em antecipação, durante ou como resultado da penetração vaginal (Critério A3) é comumente relatado por mulheres que têm experimentado dor regularmente durante a penetração vaginal. Essa reação “normal” pode levar a evitar situações sexuais/intimas. Em outros casos, esse medo acentuado não parece estar intimamente relacionado à experiência da dor, mas, no entanto, leva à evitação de relações性 e situações de penetração vaginal. Alguns descreveram isso como semelhante a uma reação fóbica, exceto que o objeto fóbico pode ser a penetração vaginal ou o medo da dor.

A tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante a tentativa de penetração vaginal (Critério A4) pode variar de espasmo tipo reflexo do assoalho pélvico em resposta à tentativa de entrada vaginal a proteção muscular “normal/voluntária” em resposta à ação antecipada ou repetida. Experiência de dor ou medo ou ansiedade. No caso de reações “normais/de proteção”, a penetração pode ser possível em circunstâncias de relaxamento. A caracterização e avaliação da disfunção do assoalho pélvico geralmente é melhor realizada por um ginecologista especialista ou por um fisioterapeuta do assoalho pélvico.

Os sintomas de dor genitopélvica/distúrbio de penetração podem ser caracterizados por termos, incluindo *dispareunia* (dor durante a relação sexual) e *vaginismo* (definido por

contração involuntária dos músculos tornando a penetração dolorosa ou impossível). Distúrbios médicos específicos, como vulvodinia (dor vulvar idiopática crônica com duração de pelo menos 3 meses) e vestibulodinia provocada (vulvodinia induzida por contato localizada no vestíbulo vulvar), podem ser uma causa primária de dor genito-pélvica/distúrbio de penetração e podem ser um foco em estudos do transtorno. As mulheres diagnosticadas com essas outras condições relatam sofrimento significativo e seus sintomas provavelmente atendem aos critérios para transtorno de dor/penetração genitopélvica.

Recursos associados

O distúrbio de dor/penetração genitopélvica é frequentemente associado a outras disfunções sexuais, particularmente desejo e interesse sexual reduzidos (distúrbio de interesse/excitación sexual feminino). Às vezes, o desejo e o interesse são preservados em situações sexuais que não são dolorosas ou que não exigem penetração. Mesmo quando indivíduos com dor genitopélvica/distúrbio de penetração relatam

interesse/motivação sexual, muitas vezes há uma evitação comportamental de situações e oportunidades sexuais. A evasão de exames ginecológicos apesar das recomendações médicas também é frequente. O padrão de evitação é semelhante ao observado em transtornos fóbicos. É comum que as mulheres que não conseguiram ter penetração vaginal venham para tratamento apenas quando desejam conceber. Muitas mulheres com dor genito-pélvica/distúrbio de penetração experimentarão problemas de relacionamento/conjugais associados; elas também frequentemente relatam que os sintomas diminuem significativamente seus sentimentos de feminilidade.

Além do subtipo “ao longo da vida/adquirido”, cinco fatores devem ser considerados durante a avaliação e diagnóstico da dor genitopélvica/distúrbio da penetração porque podem ser relevantes para a etiologia ou tratamento: 1) fatores do parceiro (por exemplo, problemas性uais do parceiro, Estado de saúde); 2) fatores de relacionamento (por exemplo, respostas do parceiro à dor, incluindo respostas solícitas, negativas e facilitadoras; discrepâncias no desejo de atividade sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, imagem corporal ruim, histórico de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade) ou estressores (por exemplo, perda de emprego, luto); 4) fatores culturais/religiosos (por exemplo, inibições relacionadas a proibições de atividade sexual; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso ou tratamento. Cada um desses fatores pode contribuir de forma diferente para os sintomas de apresentação de diferentes mulheres com esse transtorno.

Prevalência

A prevalência de dor genito-pélvica/distúrbio de penetração é desconhecida. No entanto, aproximadamente 10% a 28% das mulheres em idade reprodutiva nos Estados Unidos relatam dor recorrente durante a relação sexual. Dificuldades em ter relações性uais parecem ser um encaminhamento frequente para clínicas de disfunção sexual e para médicos especialistas. Internacionalmente, a prevalência de dor genito-pélvica na relação sexual varia de 8% a 28% entre as mulheres em idade reprodutiva e varia de acordo com o país.

A prevalência de dor genitopélvica durante atividades性uais envolvendo penetração vaginal entre mulheres lésbicas em relação a mulheres heterossexuais permanece incerta, mas pode ser semelhante ou menor. As taxas de prevalência entre outras minorias性uais, incluindo mulheres transgênero, são desconhecidas.

Desenvolvimento e Curso O

desenvolvimento e curso da dor genito-pélvica/distúrbio de penetração não são claros. Como as mulheres geralmente não procuram tratamento até que tenham problemas no funcionamento sexual, pode, em geral, ser difícil caracterizar o transtorno de dor/penetração genitopélvica como vitalício (primário) ou adquirido (secundário). Embora as mulheres geralmente procurem atendimento clínico após o início da atividade sexual, geralmente há sinais clínicos mais precoces. Por exemplo, a dificuldade ou evitar o uso de tampões é um importante preditor de

problemas. Dificuldades com penetração vaginal (incapacidade ou medo ou dor) podem não ser óbvias até que a relação sexual seja tentada durante a atividade sexual. Mesmo quando a relação sexual é tentada, a frequência das tentativas pode não ser significativa ou regular. Nos casos em que é difícil estabelecer se a sintomatologia é vitalícia ou adquirida, é útil determinar a presença de qualquer período consistente de relações性uais bem-sucedidas sem dor, medo e tensão. Se a experiência de tal

um período pode ser estabelecido, então o distúrbio de dor/penetração genitopélvica pode ser caracterizado como adquirido. Uma vez que a sintomatologia está presente por um período de aproximadamente 6 meses, a probabilidade de remissão sintomática espontânea e significativa parece diminuir.

Queixas relacionadas ao pico de dor genitopélvica no início da idade adulta e no período peri e pós-menopausa. Também pode haver um aumento dos sintomas relacionados à dor genitopélvica no período pós-parto.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Mulheres com transtornos de humor e ansiedade antecedentes são quatro vezes mais propensas a desenvolver sintomas de transtorno de dor/penetração genitopélvica em comparação com aquelas sem esses transtornos antecedentes. Fatores psicossociais (p. sintomas.

Ambiental. Mulheres com transtorno de dor/penetração genitopélvica são mais propensas a relatar uma história de abuso sexual e/ou físico e medo de abuso do que mulheres sem esse transtorno, embora nem todas as mulheres com sintomas presentes tenham esse histórico.

Genética e fisiológica. Mulheres que experimentam dor superficial durante a penetração vaginal frequentemente relatam o início da dor após um histórico de infecções vaginais. Mesmo após a resolução das infecções e não haver achados físicos residuais conhecidos, a dor persiste. A dor durante a inserção do tampão ou a incapacidade de inserir tampões antes de qualquer contato sexual ter sido tentado é um importante fator de risco para dor genito-pélvica/distúrbio de penetração.

Fatores de risco biomédicos adicionais incluem puberdade precoce, inflamação, uso precoce de contraceptivos orais, proliferação de receptores de dor vulvar (ou seja, aumento no número de receptores) e sensibilização (ou seja, o toque pode ser percebido como dor) e limiares mais baixos de toque e dor. Anormalidades dos músculos do assoalho pélvico em repouso, incluindo hipertonicidade, controle muscular deficiente, hipersensibilidade e contratilidade alterada, podem fechar o hiato vaginal e interferir na penetração.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Os contextos culturais podem afetar a experiência e o relato de dor genitopélvica relacionada à relação sexual. As mulheres afetadas experimentam implicações negativas relacionadas às narrativas sociais de feminilidade, sexualidade e feminilidade, incluindo pressões para priorizar o desejo sexual dos homens e o sexo com penetração e representações do sexo como fácil e natural. Visões culturais que desvalorizam a experiência sexual feminina podem afetar a maneira como as mulheres interpretam a experiência da dor durante o sexo, suas escolhas de busca de ajuda e como discutem seus sintomas com seus cuidadores. Por exemplo, algumas mulheres podem não relatar especificamente a dor genito-pélvica, mas referem-se a serem infelizes em seus casamentos.

Nos Estados Unidos, as mulheres hispânicas endossam taxas significativamente mais altas de dor genitopélvica e são mais propensas a relatar dor na primeira relação sexual (ou seja, transtorno de dor/penetração genitopélvica primária) em comparação com mulheres não hispânicas. Em uma pesquisa em Minneapolis, Minnesota, apenas cerca de metade das mulheres com dor genito-pélvica procurou tratamento, e aquelas que frequentemente relataram sentir-se estigmatizadas. Tais experiências podem ser intensificadas para

minorias sexuais e grupos étnicos e raciais carentes, especialmente devido à evidência de desigualdades no tratamento da dor para mulheres e afro-americanos.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero

As construções sociais de gênero relacionadas à feminilidade e à feminilidade estão implicadas na experiência do transtorno de dor/penetração genito-pélvica, incluindo a priorização do sexo com penetração e dos desejos sexuais dos homens acima das próprias necessidades e desejos das mulheres. O transtorno está associado a sentimentos de vergonha e inadequação como mulher, contribuindo ainda mais para o aumento do sofrimento psicológico.

Por definição, o diagnóstico de dor genito-pélvica/distúrbio de penetração é dado apenas ao sexo feminino. Há pesquisas relativamente novas sobre a síndrome da dor pélvica crônica urológica em homens, sugerindo que os homens podem experimentar alguns problemas semelhantes. A prevalência de dor genito-pélvica masculina é estimada em 2,2% a 9,7% em todo o mundo. A pesquisa e a experiência clínica ainda não estão suficientemente desenvolvidas para justificar a aplicação deste diagnóstico ao sexo masculino. Outra disfunção sexual especificada ou disfunção sexual não especificada pode ser diagnosticada em homens que parecem se encaixar nesse padrão.

Marcadores de diagnóstico

Medidas fisiológicas validadas dos sintomas do Critério A2 (*dor vulvovaginal ou pélvica acentuada durante a relação sexual vaginal ou tentativas de penetração*) podem ser avaliadas em tempo real (por exemplo, teste do cotonete, vulvalgesímetro, teste do tampão). Embora essas medidas sejam bem validadas para a intensidade da dor durante as tentativas de penetração, nenhuma se aproxima do contexto sexual em que a dor é vivenciada, o que só pode ser avaliado por meio de autorrelato. Os sintomas do critério A4 (*tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante a tentativa de penetração vaginal*) também podem ser medidos (por exemplo, por meio de amplitude eletromiográfica, dinamômetro, ultrassom 4D por um fisioterapeuta qualificado). Não existem medidas fisiológicas validadas de sintomas de componentes para o Critério A1 ou A3. Inventários psicométricos validados podem ser usados para avaliar formalmente os componentes de dor e ansiedade relacionados ao transtorno de dor/penetração genitopélvica.

Consequências Funcionais da Dor Genito-Pélvica/Transtorno de Penetração Dificuldades

funcionais no distúrbio de dor/penetração genito-pélvica são frequentemente associadas a interferência em vários aspectos do relacionamento romântico - incluindo o início de tais relacionamentos - e às vezes com a capacidade de conceber por via peniana/ relações vaginais.

Diagnóstico diferencial

Outra condição médica.

Em muitos casos, as mulheres com dor genito-pélvica/distúrbio de penetração também serão diagnosticadas com outra condição médica (por exemplo, líquen escleroso, endometriose, doença inflamatória pélvica, síndrome geniturinária da menopausa). Em alguns casos, o tratamento da condição médica pode aliviar a dor genito-pélvica/distúrbio de penetração.

Na maioria das vezes, este não é o caso. Não existem ferramentas confiáveis ou métodos diagnósticos para permitir que os médicos saibam se a condição médica ou o distúrbio de dor/penetração genitopélvica é

primário. Muitas vezes, as condições médicas associadas são difíceis de diagnosticar e tratar. Por exemplo, o aumento da incidência de dor pós-menopausa durante a relação sexual pode algumas vezes ser atribuído à secura vaginal ou irritação associada ao declínio dos níveis de estrogênio. A relação, no entanto, entre sintomas genitais, estrogênio e dor não é bem compreendida.

498

Sintoma somático e transtornos relacionados. Algumas mulheres com transtorno de dor/penetração genitopélvica também podem ser diagnosticadas com transtorno de sintomas somáticos. Uma vez que tanto o transtorno de dor/penetração genitopélvica quanto o sintoma somático e os transtornos relacionados são novos diagnósticos no DSM-5, ainda não está claro se eles podem ser diferenciados de forma confiável. Algumas mulheres diagnosticadas com transtorno de dor/penetração genito-pélvica também serão diagnosticadas com uma fobia específica.

Estímulos sexuais inadequados. É importante que o clínico, ao considerar os diagnósticos diferenciais, avalie a adequação dos estímulos sexuais dentro da experiência sexual feminina. Situações性ais em que há preliminares ou excitação inadequadas podem levar a dificuldades na penetração, dor ou evitação. A disfunção erétil ou a ejaculação precoce (precoce) no parceiro masculino podem resultar em dificuldades de penetração. Essas condições devem ser cuidadosamente avaliadas. Em algumas situações, um diagnóstico de transtorno de dor/penetração genitopélvica pode não ser apropriado.

Comorbidade A

comorbidade entre transtorno de dor/penetração genitopélvica e outras dificuldades sexuais parece ser comum. A comorbidade com angústia no relacionamento também é comum e normalmente relacionada à falta de intimidade sexual, e não (apenas) à dor em si. Isso não é surpreendente, porque a incapacidade de ter relações sexuais (sem dor) com um parceiro desejado e a evitação de oportunidades sexuais podem ser um fator contribuinte ou o resultado de outros problemas sexuais ou de relacionamento. Como os sintomas do assoalho pélvico estão implicados no diagnóstico de dor genitopélvica/distúrbio de penetração, é provável que haja uma maior prevalência de outros distúrbios relacionados ao assoalho pélvico ou órgãos reprodutivos (por exemplo, cistite intersticial, constipação, infecção vaginal, endometriose, síndrome do intestino). Mulheres com transtorno de dor/penetração genitopélvica frequentemente apresentam condições de dor crônica comórbida (por exemplo, fibromialgia, dores de cabeça crônicas), e a prevalência dessas comorbidades aumenta com a gravidade dos sintomas de dor vulvar.

Mulheres lésbicas também relatam dores genitopélvicas e dificuldades de penetração durante as atividades sexuais; a frequência de sintomas de dor/penetração genitopélvica em mulheres não heterossexuais mostrou ser menor ou igual à de mulheres heterossexuais.

Transtorno do Desejo Sexual Masculino Hipoativo

Critério de diagnóstico	F52.0
A. Persistente ou recorrentemente deficiente (ou ausente) pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas e desejo de atividade sexual. O julgamento de deficiência é feito por	

o clínico, levando em consideração fatores que afetam o funcionamento sexual, como idade e contextos gerais e socioculturais da vida do indivíduo.

- B. Os sintomas do Critério A persistiram por um período mínimo de aproximadamente 6 meses.
- C. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo no indivíduo.
- D. A disfunção sexual não é melhor explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de um grave sofrimento no relacionamento ou outros estressores significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou outra condição médica.

Especifique se: Ao

longo da vida: A perturbação está presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirida: A perturbação começou após um período de função sexual relativamente normal.

499

Especifique se:

Generalizado: Não se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional: Só ocorre com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especifique a gravidade atual:

Leve: Evidência de angústia leve sobre os sintomas do Critério A.

Moderado: Evidência de sofrimento moderado sobre os sintomas do Critério A.

Grave: Evidência de sofrimento grave ou extremo sobre os sintomas do Critério A.

Características Diagnósticas

Quando uma avaliação do transtorno do desejo sexual hipoativo masculino está sendo feita, o contexto interpessoal deve ser levado em consideração. Uma “discrepância de desejo”, na qual um homem tem menor desejo por atividade sexual do que sua parceira, não é suficiente para diagnosticar o transtorno do desejo sexual hipoativo masculino. Tanto o desejo sexual baixo/ausente quanto os pensamentos ou fantasias sexuais deficientes/ausentes (Critério A) são necessários para o diagnóstico do transtorno. Pode haver variação entre os homens na forma como o desejo sexual é expresso.

A falta de desejo sexual e pensamentos ou fantasias eróticas deficientes/ausentes devem ser persistentes ou recorrentes e devem ocorrer por um período mínimo de aproximadamente 6 meses. A inclusão deste critério de duração destina-se a prevenir o diagnóstico nos casos em que o baixo desejo sexual de um homem pode representar uma resposta reativa, mas temporária, a condições de vida adversas. Por exemplo, o baixo desejo sexual do homem pode estar relacionado a um estressor agudo ou perda de auto-estima (por exemplo, ser demitido de um emprego ou passar por dificuldades financeiras, como falência nos negócios). Se esses estressores persistirem além de 6 meses juntamente com baixo desejo sexual, então o julgamento clínico determina a adequação do diagnóstico de transtorno do desejo sexual hipoativo masculino.

Recursos associados

O transtorno do desejo sexual hipoativo masculino às vezes está associado a problemas de ereção e/ou ejaculação. Por exemplo, dificuldades persistentes para obter uma ereção podem levar um homem a perder o interesse pela atividade sexual. Homens com transtorno de desejo sexual hipoativo frequentemente relatam que não iniciam mais a atividade sexual e que são minimamente receptivos à tentativa de um parceiro de iniciar. Atividades sexuais (por exemplo, masturbação ou atividade sexual em parceria) às vezes podem ocorrer mesmo na presença de baixo desejo sexual. Preferências específicas do relacionamento em relação aos padrões de iniciação sexual devem ser levadas em consideração ao fazer um diagnóstico de transtorno do desejo sexual hipoativo masculino. Embora os homens sejam mais propensos a iniciar a atividade sexual e, portanto, o baixo desejo possa ser caracterizado por um padrão de não iniciação, muitos homens podem preferir que seu parceiro inicie a atividade sexual. Nessas situações, a falta de receptividade do homem à iniciação da parceira deve ser considerada ao avaliar o baixo desejo.

Além dos subtipos “ao longo da vida/adquirido” e “generalizado/situacional”, os cinco fatores a seguir devem ser considerados durante a avaliação e diagnóstico do transtorno do desejo sexual hipoativo masculino, uma vez que podem ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento: 1) parceiro fatores (por exemplo, problemas sexuais do parceiro, estado de saúde do parceiro); 2) fatores de relacionamento (por exemplo, má comunicação, discrepâncias no desejo de atividade sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, imagem corporal ruim, histórico de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade) ou estressores (por exemplo, perda de emprego, luto); 4) fatores culturais/religiosos (por exemplo, inibições relacionadas a proibições de atividade sexual; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso ou tratamento. Cada um desses fatores pode contribuir de forma diferente para os sintomas de apresentação de diferentes homens com esse transtorno.

Prevalência

A prevalência do transtorno do desejo sexual hipoativo masculino varia dependendo do país de origem e do método de avaliação. Estimativas de prevalência no intervalo de amostras representativas

500

de 3% a 17%. Os problemas de desejo sexual são menos comuns em homens mais jovens (16-24 anos), com taxas de prevalência entre 3% e 14%, em comparação com homens mais velhos (60-74 anos), com taxas de prevalência entre 16% e 28%. No entanto, uma persistente falta de interesse pelo sexo, com duração de 6 meses ou mais, afeta uma proporção menor de homens (6%). Além disso, menos de 2% dos homens relatam sofrimento clinicamente significativo associado ao baixo desejo. Estudos sobre o comportamento de busca de ajuda indicam que apenas 10,5% dos homens com problemas sexuais no ano anterior procuraram ajuda.

Desenvolvimento e Curso Por

definição, o transtorno do desejo sexual hipoativo masculino ao longo da vida indica que o baixo ou nenhum desejo sexual sempre esteve presente, enquanto o subtipo adquirido seria atribuído se o baixo desejo do homem se desenvolvesse após um período de desejo sexual normal. Existe a exigência de que o baixo desejo persista por aproximadamente 6 meses ou mais; assim, alterações de curto prazo no desejo sexual não devem ser diagnosticadas como transtorno do desejo sexual hipoativo masculino.

Há um declínio normativo relacionado à idade no desejo sexual. A prevalência de baixo desejo sexual em homens aumenta com a idade, de aproximadamente 5,2% de prevalência aos 27 anos para 18,5% na idade

50 anos. Como as mulheres, os homens identificam uma variedade de gatilhos para seu desejo sexual e descrevem uma ampla gama de razões pelas quais escolhem se envolver em atividade sexual. Embora as pistas visuais eróticas possam ser eliciadoras mais potentes do desejo em homens mais jovens, a potência das pistas sexuais pode diminuir com a idade e deve ser considerada ao avaliar homens para transtorno de desejo sexual hipoativo.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Os sintomas de humor e ansiedade parecem ser fortes preditores de baixo desejo em homens. Até metade dos homens com histórico de sintomas psiquiátricos pode ter perda de desejo moderada ou grave, em comparação com apenas 15% daqueles sem esse histórico. Os sentimentos de um homem sobre si mesmo, sua percepção do desejo sexual de sua parceira em relação a ele, sentimentos de estar emocionalmente conectado e variáveis contextuais podem afetar negativamente (assim como positivamente) o desejo sexual.

Crenças sobre sexualidade (particularmente atitudes sexuais restritivas e crenças conservadoras) são comumente associadas a baixo desejo sexual em homens. Além disso, a falta de pensamentos eróticos e preocupações com a ereção durante a atividade sexual são preditores significativos de baixo desejo sexual, bem como baixos níveis de confiança na função erétil.

Ambiental. O uso de álcool pode aumentar a ocorrência de baixo desejo. Outros determinantes ambientais do baixo desejo sexual incluem relacionamentos diádicos problemáticos, atração reduzida pelo parceiro, viver em um relacionamento de longo prazo, tédio sexual e estresse profissional. No nível social mais amplo, estudos de coorte em alguns países de alta renda indicam uma tendência à diminuição do desejo sexual em homens nas últimas décadas.

Genética e fisiológica. Distúrbios endócrinos como hiperprolactinemia e hipogonadismo afetam significativamente o desejo sexual em homens. A idade é um fator de risco significativo para baixo desejo em homens. Não está claro se homens com baixo desejo também têm níveis anormalmente baixos de testosterona; entretanto, entre os homens hipogonádicos, o baixo desejo é comum. Também pode haver um limiar crítico abaixo do qual a testosterona afetará o desejo sexual nos homens e acima do qual há pouco efeito da testosterona no desejo masculino.

Questões diagnósticas relacionadas à cultura

Existe uma variabilidade acentuada nas taxas de prevalência de baixo desejo em todas as regiões do mundo, variando de 12,5% em homens do norte da Europa a 28% em homens do sudeste asiático com idades entre 40 e 80 anos. A angústia pela falta de desejo sexual foi significativamente associada a contextos socioculturais (por exemplo, estresse ocupacional) em uma pesquisa baseada na web em três países europeus (Portugal, Croácia e Noruega).

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero Em

contraste com a classificação das disfunções sexuais nas mulheres, os distúrbios do desejo e da excitação foram mantidos como construtos separados nos homens. Apesar de algumas semelhanças na experiência do desejo entre homens e mulheres, e o fato de o desejo flutuar ao longo do tempo e depender de fatores contextuais, os homens relatam uma intensidade e frequência de desejo sexual significativamente maiores.

comparado com as mulheres. No entanto, dados preliminares sugerem que a sobreposição entre desejo sexual e excitação sexual (função erétil) também é muito comum em homens, principalmente quando eles procuram ajuda para problemas sexuais. Em relação à orientação sexual, os dados sugerem que o baixo desejo sexual é mais comumente relatado por homens gays (19%) do que por homens heterossexuais (9%).

Diagnóstico diferencial

Transtornos mentais não sexuais. Transtornos mentais não sexuais, como o transtorno depressivo maior, que se caracteriza por “interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase todas as atividades”, podem explicar a falta de desejo sexual. Se a falta de desejo for melhor explicada por outro transtorno mental, então o diagnóstico de transtorno do desejo sexual hipoativo masculino não seria feito.

Uso de substâncias/medicamentos. Um início de desejo sexual masculino hipoativo que coincide com o início do uso de substância/medicamento e que se dissipa com a descontinuação da substância/medicamento ou redução de dose é sugestivo de disfunção sexual induzida por substância/medicamento, que deve ser diagnosticada em vez de hipoativo masculino transtorno do desejo sexual.

Outra condição médica. Se o desejo baixo/ausente e pensamentos ou fantasias eróticos deficientes/ausentes são melhor explicados pelos efeitos de outra condição médica (por exemplo, hipogonadismo, diabetes mellitus, disfunção da tireoide, doença do sistema nervoso central), então um diagnóstico de transtorno do desejo sexual hipoativo masculino não seria feito.

Fatores interpessoais. Se fatores interpessoais ou contextuais significativos, como estresse grave no relacionamento ou outros estressores significativos, estão associados à perda de desejo no homem, então o diagnóstico de transtorno do desejo sexual hipoativo masculino não seria feito.

Outras disfunções sexuais. A presença de outra disfunção sexual não exclui o diagnóstico de transtorno do desejo sexual hipoativo masculino; há algumas evidências de que até metade dos homens com baixo desejo sexual também têm dificuldades de ereção, e um pouco menos também pode ter dificuldades de ejaculação precoce. Se o baixo desejo do homem é explicado pela auto-identificação como assexual, então o diagnóstico de transtorno do desejo sexual hipoativo masculino não é feito.

Comorbidade O

transtorno do desejo sexual hipoativo masculino raramente é o único diagnóstico sexual em homens. Disfunção erétil, ejaculação retardada e ejaculação precoce (precoce) são frequentemente diagnósticos de comorbidade. Depressão e outros transtornos mentais, bem como fatores endocrinológicos, são frequentemente comórbidos com transtorno de desejo sexual hipoativo masculino.

Ejaculação Precoce (precoce)

Critério de diagnóstico	F52.4
--------------------------------	--------------

- A. Um padrão persistente ou recorrente de ejaculação que ocorre durante a atividade sexual em parceria dentro de aproximadamente 1 minuto após a penetração vaginal e antes que o indivíduo deseje.

Nota: Embora o diagnóstico de ejaculação precoce (precoce) possa ser aplicado a indivíduos envolvidos em atividades sexuais não vaginais, não foram estabelecidos critérios específicos de duração para essas atividades.

- B. O sintoma no Critério A deve estar presente há pelo menos 6 meses e deve ser experimentado em quase todas ou todas (aproximadamente 75%–100%) ocasiões de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos).
- C. O sintoma no Critério A causa sofrimento clinicamente significativo no indivíduo.
- D. A disfunção sexual não é melhor explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de um grave sofrimento no relacionamento ou outros estressores significativos e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicamento ou outra condição médica.

Especifique se: Ao

Longo da vida: A perturbação está presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.

Adquirida: A perturbação começou após um período de função sexual relativamente normal.

Especifique se:

Generalizado: Não se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Situacional: Só ocorre com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros.

Especifique a gravidade

atual: **Leve:** Ejaculação ocorrendo dentro de aproximadamente 30 segundos a 1 minuto da penetração vaginal.

Moderada: Ejaculação ocorrendo dentro de aproximadamente 15 a 30 segundos da penetração vaginal.

Grave: Ejaculação que ocorre antes da atividade sexual, no início da atividade sexual ou dentro de aproximadamente 15 segundos após a penetração vaginal.

Características diagnósticas

A ejaculação precoce (precoce) é manifestada pela ejaculação que ocorre antes ou logo após a penetração vaginal, operacionalizada pela estimativa individual da latência ejaculatória (isto é, tempo decorrido antes da ejaculação) após a penetração vaginal. Embora os critérios diagnósticos especifiquem o sexo peniano-vaginal, é razoável supor que estimativas semelhantes de latência ejaculatória se aplicam a homens que fazem sexo com homens, bem como a outros comportamentos sexuais. As latências ejaculatórias intravaginais estimadas e medidas são altamente correlacionadas desde que a latência ejaculatória seja de curta duração; portanto, estimativas autorrelatadas de latência ejaculatória são suficientes para fins de diagnóstico. Um tempo de latência ejaculatória intravaginal de 60 segundos foi previamente considerado um ponto de corte apropriado para o diagnóstico de ejaculação precoce (precoce) ao longo da vida em homens; no entanto, o consenso de especialistas agora considera esse tempo de latência muito breve e, em vez disso,

recomenda um limite de 120 segundos.

Recursos associados

Muitos homens com ejaculação precoce (precoce) queixam-se de uma sensação de falta de controle sobre a ejaculação e relatam apreensão sobre sua incapacidade antecipada de retardar a ejaculação em futuros encontros sexuais.

Os seguintes fatores podem ser relevantes na avaliação de qualquer disfunção sexual: 1) fatores do parceiro (por exemplo, problemas性ais do parceiro, estado de saúde do parceiro); 2) fatores de relacionamento (por exemplo, má comunicação, discrepâncias no desejo de atividade sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, histórico de abuso sexual ou emocional), comorbidade psiquiátrica (por exemplo, depressão, ansiedade) e estressores (por exemplo, perda de emprego, luto); 4) fatores culturais/religiosos (por exemplo, falta de privacidade, inibições relacionadas a proibições de atividade sexual; atitudes em relação à sexualidade); e 5) fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso ou tratamento.

503

Prevalência

As estimativas da prevalência de ejaculação precoce (precoce) variam muito, dependendo da definição utilizada. Internacionalmente, uma faixa de prevalência de 8% a 30% foi relatada em todas as idades, com taxas ainda mais baixas e mais altas em outros estudos. A prevalência de ejaculação precoce (precoce) pode aumentar com a idade. Por exemplo, a prevalência entre homens de 18 a 30 anos na Suíça e na Turquia é de cerca de 9% a 11%, enquanto a prevalência relatada de preocupação entre homens de 50 a 59 anos nos Estados Unidos sobre a rapidez com que ejaculam pode chegar a 55 %.

Quando a ejaculação precoce (precoce) é definida como a ejaculação que ocorre dentro de aproximadamente 1 minuto após a penetração vaginal, apenas 1% a 3% dos homens seriam diagnosticados com o distúrbio.

Desenvolvimento e Curso Por

definição, a ejaculação precoce (precoce) ao longo da vida começa durante as experiências sexuais iniciais de um homem e persiste depois. Alguns homens podem experimentar ejaculação precoce (precoce) durante seus encontros sexuais iniciais, mas ganham controle ejaculatório ao longo do tempo. É a persistência de problemas ejaculatórios por mais de 6 meses que determina o diagnóstico de ejaculação precoce (precoce). Em contraste, alguns homens desenvolvem o distúrbio após um período de latência ejaculatória normal, conhecida como *ejaculação precoce (precoce) adquirida*. Sabe-se muito menos sobre a ejaculação precoce (precoce) adquirida do que sobre a ejaculação precoce (precoce) ao longo da vida. A forma adquirida provavelmente tem início mais tardio, geralmente aparecendo durante ou após a quarta década de vida. Ao longo da vida é relativamente estável ao longo da vida.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. A ejaculação precoce (precoce) pode ser mais comum em homens com ansiedade transtornos, especialmente o transtorno de ansiedade social.

Genética e fisiológica. Existe uma contribuição genética moderada para a ejaculação precoce (precoce) ao longo da vida. A ejaculação precoce (precoce) pode estar associada ao polimorfismo do gene transportador de dopamina ou polimorfismo do gene transportador de serotonina. Doenças da tireoide, prostatite e

a retirada da droga está associada à ejaculação precoce (precoce) adquirida. As medidas de tomografia por emissão de pósitrons do fluxo sanguíneo cerebral regional durante a ejaculação mostraram ativação primária na zona de transição mesocefálica, incluindo a área tegmental ventral.

Questões diagnósticas relacionadas à cultura A

percepção do que constitui uma latência ejaculatória normal difere culturalmente e pode estar relacionada à percepção variada da disfunção sexual, preocupação com o fracasso sexual e percepções sobre a importância do sexo. As latências ejaculatórias medidas podem diferir em alguns países.

Fatores culturais ou religiosos podem contribuir para essas diferenças. Por exemplo, relatos de ejaculação precoce (precoce) foram mais comuns em casamentos arranjados, devido a fatores como ansiedade por pressões familiares e falta de experiência sexual antes do casamento.

Questões de diagnóstico relacionadas ao sexo e ao gênero A

ejaculação precoce (precoce) é uma disfunção sexual em homens. Homens e seus parceiros sexuais podem diferir em sua percepção do que constitui uma latência ejaculatória aceitável. Pode haver preocupações crescentes nas mulheres sobre a ejaculação precoce em seus parceiros sexuais, o que pode ser um reflexo das mudanças nas atitudes da sociedade em relação à atividade sexual das mulheres.

504

Marcadores de diagnóstico

A latência ejaculatória geralmente é monitorada em ambientes de pesquisa pelo parceiro sexual utilizando um dispositivo de cronometragem (por exemplo, cronômetro), embora isso não seja ideal em situações性 da vida real. Em contextos clínicos, a estimativa do homem do tempo entre a penetração intravaginal e a ejaculação deve ser aceita em vez das medições do cronômetro.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas Entre os

homens que recebem tratamento para ejaculação precoce (precoce) com depressão comórbida, foram observadas taxas elevadas de pensamentos ou comportamentos suicidas; embora os homens afetados atribuíssem os sintomas suicidas à ejaculação precoce (precoce), a presença de depressão também foi um provável fator contribuinte.

Consequências Funcionais da Ejaculação Precoce (precoce) Um padrão de ejaculação

precoce (precoce) pode estar associado à diminuição da autoestima e autoconfiança, uma sensação de falta de controle e consequências adversas para os relacionamentos com os parceiros. Também pode causar angústia pessoal e diminuição da satisfação sexual no parceiro sexual. Os machos solteiros são mais incomodados do que os machos parceiros pela ejaculação precoce (precoce) por causa de sua interferência na busca e manutenção de novos relacionamentos. A ejaculação antes da penetração pode estar associada a dificuldades na concepção.

Diagnóstico Diferencial

Disfunção sexual induzida por substância/medicamento. Quando problemas com ejaculação precoce (precoce) são atribuíveis exclusivamente ao uso de substâncias, intoxicação ou abstinência,

disfunção sexual induzida por substância/medicamento deve ser diagnosticada.

Preocupações ejaculatórias que não atendem aos critérios diagnósticos É necessário identificar homens com latências ejaculatórias normais que desejam latências ejaculatórias mais longas e homens que têm ejaculação precoce episódica (p. Nenhuma dessas situações levaria a um diagnóstico de ejaculação precoce (precoce), embora essas situações possam ser angustiantes para alguns homens.

Comorbidade A

ejaculação precoce (precoce) pode estar associada a problemas de ereção. Em muitos casos, pode ser difícil determinar qual dificuldade precedeu a outra. A ejaculação precoce (precoce) ao longo da vida pode estar associada a certos transtornos de ansiedade. A ejaculação precoce adquirida (precoce) pode estar associada a prostatite, doença da tireoide ou abstinência de drogas (por exemplo, durante a abstinência de opioides).

Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicação

Critério de diagnóstico

- A. Um distúrbio clinicamente significativo na função sexual é predominante no quadro clínico foto.
- B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de (1) e (2):

505

- 1. Os sintomas do Critério A se desenvolveram durante ou logo após a intoxicação ou abstinência de uma substância ou após a exposição ou abstinência de um medicamento.
- 2. A substância/medicamento envolvida é capaz de produzir os sintomas em Critério A.
- C. A perturbação não é melhor explicada por uma disfunção sexual que não seja induzida por substância/medicamento. Essa evidência de uma disfunção sexual independente pode incluir o seguinte:

Os sintomas precedem o início do uso da substância/medicamento; os sintomas persistem por um período de tempo substancial (por exemplo, cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação grave; ou há outras evidências sugerindo a existência de uma disfunção sexual independente não induzida por substâncias/medicamentos (por exemplo, uma história de episódios recorrentes não relacionados a substâncias/medicamentos).

- D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírio.
- E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo no indivíduo.

Nota: Este diagnóstico deve ser feito em vez de um diagnóstico de substância intoxicação ou abstinência de substância somente quando os sintomas do Critério A predominam no quadro clínico e são suficientemente graves para justificar atenção.

Nota de codificação: Os códigos CID-10-CM para a substância induzida por [substância específica/medicamento] disfunções sexuais estão indicadas na tabela abaixo. Observe que o código ICD-10-CM depende se há ou não um transtorno por uso de substância comórbido presente para mesma classe de substância. Em qualquer caso, um diagnóstico separado adicional de um transtorno por uso de substâncias não é dado. Se um transtorno leve por uso de substâncias for comórbido com a disfunção sexual induzida por substância, o caractere da 4^a posição é “1”, e o médico deve registrar “transtorno de uso de [substância] leve” antes da disfunção sexual induzida por substância (por exemplo, “transtorno de uso de cocaína leve com disfunção sexual”). Se um transtorno por uso de substâncias moderado ou grave é comórbido com a disfunção sexual induzida por substância, o caractere da 4^a posição é “2”, e o médico deve registrar “transtorno por uso moderado de [substância]” ou “transtorno grave transtorno por uso de [substância]”, dependendo da gravidade do uso de substância comórbida transtorno. Se não houver transtorno por uso de substância comórbido (por exemplo, após uma única vez uso da substância), então o caractere da 4^a posição é “9”, e o clínico deve registrar apenas a disfunção sexual induzida pela substância.

	CID-10-CM		
	Com uso suave transtorno	Com moderado ou transtorno de uso grave	Sem uso transtorno
Álcool	F10.181	F10.281	F10.981
opióide	F11.181	F11.281	F11.981
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	F13.181	F13.281	F13.981
Substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)	F15.181	F15.281	F15.981
Cocaína	F14.181	F14.281	F14.981
<u>Outra substância (ou desconhecida)</u>	F19.181	F19.281	F19.981

506

Especifique (consulte a [Tabela 1](#) no capítulo “Transtornos relacionados a substâncias e vícios”, que indica se “com início durante a intoxicação” e/ou “com início durante retirada” se aplica a uma determinada classe de substâncias; ou especificar “com início após uso de medicamentos”):

Com início durante intoxicação: Se os critérios forem preenchidos para intoxicação com a substância e os sintomas se desenvolvem durante a intoxicação.

Com início durante a retirada: Se os critérios forem atendidos para a retirada da substância e os sintomas se desenvolvem durante ou logo após a abstinência.

Com início após o uso da medicação: Se os sintomas se desenvolveram no início da medicação, com mudança de uso de medicação, ou durante a retirada da medicação.

Especifique a gravidade

atual: Leve: Ocorre em 25%–50% das ocasiões de atividade sexual.

Moderado: Ocorre em 50%–75% das ocasiões de atividade sexual.

Grave: Ocorre em 75% ou mais das ocasiões de atividade sexual.

Procedimentos de registro O

nome da disfunção sexual induzida por substância/medicamento começa com a substância específica (por exemplo, álcool) que se presume estar causando a disfunção sexual. O código CID-10-CM que corresponde à classe de medicamento aplicável é selecionado na tabela incluída no conjunto de critérios. Para substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes (por exemplo, fluoxetina), o código ICD-10-CM para a outra classe de substância (ou desconhecida) deve ser usado e o nome da substância específica registrado (por exemplo, F19.981 disfunção sexual induzida por fluoxetina). Nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas a substância específica é desconhecida, o código CID-10-CM para a outra classe de substância (ou desconhecida) é usado e o fato de a substância ser desconhecida é registrado (por exemplo, , F19.981 disfunção sexual induzida por substância desconhecida).

Ao registrar o nome do transtorno, o transtorno por uso de substância comórbido (se houver) é listado primeiro, seguido pela palavra “com”, seguido pelo nome da disfunção sexual induzida por substância, seguido pela especificação do início (ou seja, início durante a intoxicação, início durante a abstinência, com início após o uso da medicação), seguido pelo especificador de gravidade (por exemplo, leve, moderado, grave). Por exemplo, no caso de disfunção erétil que ocorre durante a intoxicação em um homem com transtorno por uso de álcool grave, o diagnóstico é F10.281 transtorno por uso de álcool grave com disfunção sexual induzida por álcool, com início durante a intoxicação, moderado. Um diagnóstico separado do transtorno por uso de álcool grave comórbido não é fornecido. Se a disfunção sexual induzida por substância ocorrer sem um transtorno por uso de substância comórbido (por exemplo, após um único uso pesado da substância), nenhum transtorno por uso de substância acompanhante é observado (por exemplo, disfunção sexual induzida por anfetamina F15.981, com início durante a intoxicação). Quando mais de uma substância é considerada como tendo um papel significativo no desenvolvimento da disfunção sexual, cada uma deve ser listada separadamente (p. .981 disfunção sexual induzida por fluoxetina, com início após uso de medicação, moderada).

Características diagnósticas

As características essenciais da disfunção sexual induzida por substância/medicamento são distúrbios clinicamente significativos na função sexual que são predominantes no quadro clínico (Critério A) que são considerados devidos aos efeitos de uma substância (p. ou medicamento).

A disfunção sexual deve ter se desenvolvido durante ou logo após a intoxicação ou abstinência da substância ou após a exposição ou abstinência de um medicamento, e as substâncias ou medicamentos devem ser capazes de produzir os sintomas (Critério B2). Disfunção sexual induzida por substância/medicamento devido a um tratamento prescrito para um

receber o medicamento (ou durante a retirada, se a retirada estiver associada ao medicamento). Uma vez que o tratamento é descontinuado, a disfunção sexual geralmente melhora ou desaparece dentro de dias a várias semanas (dependendo da meia-vida da substância/medicamento e da presença de abstinência). O diagnóstico de disfunção sexual induzida por substância/medicamento não deve ser dado se o início da disfunção sexual preceder a intoxicação ou abstinência da substância/medicamento, ou se os sintomas persistirem por um período de tempo substancial (ou seja, geralmente mais de 1 mês) desde o momento da intoxicação grave ou abstinência.

Recursos associados

As disfunções sexuais podem ocorrer associadas à intoxicação com as seguintes classes de substâncias: álcool; opioides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes (incluindo cocaína); e outras substâncias (ou desconhecidas). As disfunções sexuais podem ocorrer associadas à abstinência das seguintes classes de substâncias: álcool; opioides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; e outras substâncias (ou desconhecidas). Medicamentos que podem induzir disfunções sexuais incluem antidepressivos, antipsicóticos e contraceptivos hormonais.

O efeito colateral mais comumente relatado de drogas antidepressivas é dificuldade com orgasmo ou ejaculação em homens, e com excitação em mulheres. Problemas com desejo e ereção são menos frequentes. Há evidências de que os efeitos dos medicamentos antidepressivos na disfunção sexual ocorrem independentemente dos níveis de depressão. Aproximadamente 30% das queixas性uals são clinicamente significativas. Certos agentes (ou seja, bupropiona, mirtazapina, nefazodona e vilazodona) parecem ter taxas mais baixas de efeitos colaterais sexuais do que outros antidepressivos.

Os problemas sexuais associados a drogas antipsicóticas, incluindo problemas com desejo sexual, ereção, lubrificação, ejaculação ou orgasmo, ocorreram com agentes típicos e atípicos. No entanto, os problemas são menos comuns com antipsicóticos poupadões de prolactina ou aqueles que não bloqueiam os receptores de dopamina.

Embora os efeitos dos estabilizadores do humor na função sexual não sejam claros, é possível que o lítio e os anticonvulsivantes, com a possível exceção da lamotrigina, tenham efeitos adversos no desejo sexual. Problemas com o orgasmo podem ocorrer com a gabapentina. Da mesma forma, pode haver uma maior prevalência de problemas de ereção e orgasmo associados aos benzodiazepínicos. Não houve tais relatos com buspirona.

Muitos medicamentos não psiquiátricos, como agentes cardiovasculares, citotóxicos, gastrointestinais e hormonais, estão associados a distúrbios na função sexual. O uso de inibidores da 5- β -redutase (por exemplo, dutasterida, finasterida) pode reduzir a função erétil, a função ejaculatória e a libido em homens.

O uso de substâncias ilícitas está associado à diminuição do desejo sexual, disfunção erétil e dificuldade em atingir o orgasmo. As disfunções sexuais também são observadas em indivíduos que recebem metadona, mas raramente são relatadas por indivíduos que recebem buprenorfina. A nicotina crônica ou o abuso crônico de álcool estão associados a problemas de ereção. A cannabis, assim como o álcool, é um depressor do sistema nervoso central, e seu uso pode ser um fator de risco para disfunção sexual; no entanto, também foi sugerido para melhorar potencialmente a satisfação com o orgasmo.

Prevalência

A prevalência e a incidência de disfunção sexual induzida por substância/medicamento não são claras, provavelmente devido à subnotificação de efeitos colaterais sexuais emergentes do tratamento. Dados sobre

a disfunção sexual induzida por substância/medicamento normalmente diz respeito aos efeitos de drogas antidepressivas. A prevalência de disfunção sexual induzida por antidepressivos varia em parte dependendo do agente específico. Aproximadamente 25% a 80% dos indivíduos que tomam inibidores da monoaminoxidase, antidepressivos tricíclicos, antidepressivos serotoninérgicos e antidepressivos serotoninérgicos adrenérgicos combinados relatam efeitos colaterais sexuais. Lá

508

Existem diferenças na incidência de efeitos colaterais sexuais entre alguns antidepressivos serotoninérgicos e adrenérgicos-serotoninérgicos combinados, com medicamentos como citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina e venlafaxina tendo as maiores taxas de disfunção sexual.

Aproximadamente 50% dos indivíduos que tomam medicamentos antipsicóticos experimentarão efeitos colaterais sexuais adversos, incluindo problemas com desejo sexual, ereção, lubrificação, ejaculação ou orgasmo. A incidência desses efeitos colaterais entre diferentes agentes antipsicóticos não é clara.

A prevalência e a incidência exatas de disfunções sexuais entre usuários de medicamentos não psiquiátricos, como agentes cardiovasculares, citotóxicos, gastrointestinais e hormonais, são desconhecidas. Taxas elevadas de disfunção sexual foram relatadas com drogas opioides em altas doses para dor. Há aumento das taxas de diminuição do desejo sexual, disfunção erétil e dificuldade em atingir o orgasmo associado ao uso de substâncias ilícitas. A prevalência de problemas sexuais parece estar relacionada ao abuso crônico de drogas e aparece maior em indivíduos que abusam de heroína (aproximadamente 60%–70%) do que em indivíduos que abusam de substâncias do tipo anfetamina ou 3,4-metilenodioximetanfetamina (ou seja, MDMA, ecstasy). Taxas elevadas de disfunção sexual também são observadas em indivíduos que recebem metadona, mas raramente são relatadas por indivíduos que recebem buprenorfina. O abuso crônico de álcool e o abuso crônico de nicotina estão relacionados a taxas mais altas de problemas de ereção.

Desenvolvimento e Curso O início

da disfunção sexual induzida por antidepressivos pode ocorrer tão cedo quanto 8 dias após a primeira administração do agente. Aproximadamente 30% dos indivíduos com atraso leve a moderado do orgasmo experimentarão remissão espontânea da disfunção dentro de 6 meses. Em alguns casos, a disfunção sexual induzida pelo inibidor da recaptação da serotonina pode persistir após a descontinuação do agente. O tempo para o início da disfunção sexual após o início de drogas antipsicóticas ou drogas de abuso é desconhecido. É provável que os efeitos adversos da nicotina e do álcool não apareçam até depois de anos de uso. A ejaculação precoce (precoce) às vezes pode ocorrer após a interrupção do uso de opioides. Existem algumas evidências de que os distúrbios na função sexual relacionados ao uso de substâncias/medicamentos aumentam com a idade.

Questões de diagnóstico relacionadas à

cultura Pode haver uma interação entre fatores culturais, a influência dos medicamentos no funcionamento sexual e a resposta do indivíduo a essas mudanças.

Problemas de diagnóstico relacionados a sexo e gênero

Algumas diferenças de gênero nos efeitos colaterais sexuais de substâncias e medicamentos podem existir, como

que os homens podem relatar com mais frequência deficiências no desejo e orgasmo após o uso de antidepressivos, e as mulheres podem relatar com mais frequência dificuldades com a excitação sexual.

Consequências Funcionais da Disfunção Sexual Induzida por Substâncias/Medicamentos A disfunção sexual induzida por medicamentos pode resultar na não adesão à medicação, como interromper os medicamentos ou usá-los irregularmente, o que pode contribuir para a falta de eficácia dos antidepressivos.

Diagnóstico Diferencial

Disfunções sexuais induzidas por não-substância/medicação.

Muitos transtornos mentais, como transtornos depressivos, bipolares, de ansiedade e psicóticos, estão associados a distúrbios da função sexual. Assim, diferenciar uma relação sexual induzida por substância/medicamento

509

disfunção de uma manifestação do transtorno mental subjacente pode ser bastante difícil. O diagnóstico geralmente é estabelecido se for observada uma estreita relação entre o início ou a descontinuação da substância/medicamento. Um diagnóstico claro pode ser estabelecido se o problema ocorrer após o início da substância/medicamento, se dissipar com a descontinuação da substância/medicamento e se repetir com a introdução do mesmo agente. A maioria dos efeitos colaterais induzidos por substâncias/medicamentos ocorre logo após o início ou descontinuação. Os efeitos colaterais性ais que ocorrem apenas após o uso crônico de uma substância/medicamento podem ser extremamente difíceis de diagnosticar com certeza.

Outra Disfunção Sexual Especificada

F52.8

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de uma disfunção sexual que causam sofrimento clinicamente significativo no indivíduo predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos distúrbios na classe diagnóstica de disfunções sexuais. A outra categoria de disfunção sexual especificada é usada em situações em que o clínico opta por comunicar o motivo específico pelo qual a apresentação não atende aos critérios para qualquer disfunção sexual específica. Isso é feito registrando "outra disfunção sexual especificada" seguida do motivo específico (por exemplo, "aversão sexual").

Disfunção sexual não especificada

F52.9

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de uma

disfunções que causam sofrimento clinicamente significativo no indivíduo predominam, mas não preenchem todos os critérios para nenhum dos distúrbios na classe diagnóstica de disfunções sexuais. A categoria de disfunção sexual não especificada é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para uma disfunção sexual específica e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico.

Disforia de gênero

Neste capítulo, há um diagnóstico abrangente de disforia de gênero, com conjuntos separados de critérios apropriados ao desenvolvimento para crianças, adolescentes e adultos. A área de sexo e gênero é altamente controversa e levou a uma proliferação de termos cujos significados variam ao longo do tempo e dentro e entre as disciplinas. Uma fonte adicional de confusão é que em inglês “sex” conota tanto masculino/feminino quanto sexualidade. Este capítulo emprega construtos e termos amplamente utilizados por clínicos de várias disciplinas com especialização no tratamento da disforia de gênero. Neste capítulo, *sexo* e *sexual* referem-se aos indicadores biológicos de masculino e feminino (compreendidos no contexto da capacidade reprodutiva), como cromossomos sexuais, gônadas, hormônios sexuais e genitália interna e externa não ambígua.

Distúrbios do desenvolvimento sexual ou diferenças do desenvolvimento sexual (DSDs) incluíam os termos históricos *hermafroditismo* e *pseudo-hermafroditismo*. Os DSDs incluem condições intersexuais somáticas, como desenvolvimento congênito de genitália ambígua (por exemplo, clitoromegalia, micropênis), disjunção congênita da anatomia sexual interna e externa (por exemplo, síndrome de insensibilidade androgênica completa), desenvolvimento incompleto da anatomia sexual (por exemplo, agenesia gonadal), anomalias cromossômicas (por exemplo, síndrome de Turner; síndrome de Klinefelter) ou distúrbios do desenvolvimento gonadal (por exemplo, ovotestes).

Gênero é usado para denotar o papel vivido em público, sociocultural (e geralmente legalmente reconhecido) como menino ou menina, homem ou mulher, ou outro gênero. Fatores biológicos são vistos como contribuindo, em interação com fatores sociais e psicológicos, para o desenvolvimento de gênero. A *atribuição de gênero* refere-se à atribuição como masculino ou feminino. Isso geralmente ocorre no nascimento com base no sexo fenotípico e, assim, produz o *gênero atribuído ao nascimento*, historicamente referido como “sexo biológico” ou, mais recentemente, “gênero natal”. O *sexo atribuído ao nascimento* é frequentemente usado de forma intercambiável com o gênero atribuído ao nascimento. Os termos *sexo atribuído* e *gênero atribuído* abrangem sexo/gênero atribuído ao nascimento, mas também incluem atribuições de gênero/sexo e reatribuições feitas após o nascimento, mas durante a primeira infância, geralmente no caso de condições intersexuais. *Gênero-atípico* refere-se a características somáticas ou comportamentos que não são típicos (no sentido estatístico) de indivíduos com o mesmo gênero atribuído em uma determinada sociedade e época histórica; *gênero não conforme*, *gênero variante* e *gênero diverso* são termos alternativos não diagnósticos. A mudança de gênero denota uma mudança oficial (e às vezes legal) de gênero. Os *tratamentos de afirmação de gênero* são procedimentos médicos (hormônios ou cirurgias ou ambos) que visam alinhar as características físicas de um indivíduo com seu *gênero experiente*. A *identidade de gênero* é uma categoria de identidade social e se refere à identificação de um indivíduo como masculino, feminino, alguma categoria intermediária (ou seja, *gênero fluido*) ou uma categoria diferente de masculino ou feminino (ou seja, *gênero neutro*). Houve uma proliferação de identidades de gênero nos últimos anos. A *disforia de gênero* como um termo descritivo geral refere-se ao sofrimento que pode acompanhar a incongruência entre o gênero experimentado ou expresso e o gênero atribuído. No entanto, é mais especificamente definido quando usado como categoria diagnóstica. Não se refere ao sofrimento relacionado ao estigma, uma característica distinta, embora

possível fonte de sofrimento concomitante. *Transgênero* refere-se ao amplo espectro de indivíduos cuja identidade de gênero é diferente do gênero atribuído ao nascimento. *Cisgênero* descreve indivíduos cuja expressão de gênero é congruente com o gênero atribuído pelo nascimento (também *não transgênero*). *Transexual*, termo histórico, denota um indivíduo que busca, está passando,

512

ou passou por uma transição social de homem para mulher ou mulher para homem, que em muitos casos, mas não em todos, também envolve uma transição somática por tratamento hormonal de afirmação de gênero e cirurgia genital, mamária ou outra de afirmação de gênero (historicamente referida como *cirurgia de mudança de sexo*).

Embora nem todos os indivíduos experimentem angústia por incongruência, muitos ficam angustiados se as intervenções físicas desejadas usando hormônios e/ou cirurgia não estiverem disponíveis. O termo atual é mais descritivo do que o termo anterior, *transtorno de identidade de gênero* do DSM-IV, e se concentra na disforia como o problema clínico, não na identidade em si.

Disforia de gênero

Critério de diagnóstico

Disforia de gênero em crianças

F64.2

- A. Uma incongruência marcante entre o gênero vivenciado/expresso e o gênero atribuído, de pelo menos 6 meses de duração, manifestada por pelo menos seis dos seguintes (um dos quais deve ser o Critério A1):
1. Forte desejo de ser de o outro gênero ou uma insistência de que um é o outro gênero (ou algum gênero alternativo diferente do gênero atribuído).
 2. Em meninos (gênero designado), uma forte preferência por travestis ou simulando trajes femininos; ou nas meninas (gênero atribuído), uma forte preferência por usar apenas roupas típicas masculinas e uma forte resistência ao uso de roupas típicas femininas.
 3. Uma forte preferência por papéis de gênero cruzado em brincadeiras de faz de conta ou fantasia Toque.
 4. Uma forte preferência por brinquedos, jogos ou atividades estereotipadas ou engajadas pelo outro gênero.
 5. Uma forte preferência por companheiros do outro sexo.
 6. Em meninos (gênero designado), uma forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente masculinos e uma forte evitação de brincadeiras violentas; ou nas meninas (gênero designado), uma forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente femininos.
 7. Uma forte aversão à própria anatomia sexual.
 8. Um forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias que

corresponder ao gênero experiente.

- B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, escolar ou outras áreas importantes do funcionamento.

Especifique

se: **Com um distúrbio/diferença de desenvolvimento sexual** (por exemplo, um distúrbio adrenogenital congênito, como hiperplasia adrenal congênita E25.0 ou síndrome de insensibilidade androgênica E34.50).

Nota de codificação: Codifique o transtorno/diferença do desenvolvimento sexual, bem como a disforia de gênero.

Disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos

F64.0

- A. Uma incongruência marcante entre o gênero vivenciado/expresso de alguém e gênero atribuído, de pelo menos 6 meses de duração, manifestado por pelo menos dois dos seguintes: 1. Uma incongruência marcante entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou em adolescentes jovens, o características sexuais).

513

2. Um forte desejo de se livrar de suas características sexuais primárias e/ou secundárias por causa de uma incongruência marcante com seu gênero experimentado/expresso (ou em adolescentes jovens, um desejo de prevenir o desenvolvimento das características sexuais secundárias antecipadas).
 3. Um forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero.
 4. Um forte desejo de ser do outro gênero (ou algum gênero alternativo diferente do gênero atribuído).
 5. Um forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou algum gênero alternativo diferente do gênero atribuído).
 6. Uma forte convicção de que se tem os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou algum gênero alternativo diferente do gênero atribuído).
- B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Especifique

se: **Com um distúrbio/diferença de desenvolvimento sexual** (por exemplo, um distúrbio adrenogenital congênito, como hiperplasia adrenal congênita E25.0 ou síndrome de insensibilidade androgênica E34.50).

Nota de codificação: Codifique o transtorno/diferença do desenvolvimento sexual, bem como a disforia de gênero.

Especifique se:

Pós-transição: O indivíduo fez a transição para viver em tempo integral no gênero experiente (com ou sem legalização da mudança de gênero) e foi submetido (ou está se preparando para ter) pelo menos um procedimento médico de afirmação de gênero ou regime de tratamento - ou seja, sexo regular -afirmação de tratamento hormonal ou cirurgia de mudança de sexo confirmado o sexo experiente (por exemplo, cirurgia de aumento de mama e/ou vulvovaginoplastia em um indivíduo designado do sexo masculino no nascimento; cirurgia torácica transmasculina e/ou faloplastia ou metoidioplastia em um indivíduo designado do sexo feminino no nascimento).

Especificadores

O especificador “com um transtorno/diferença de desenvolvimento sexual” deve ser usado no contexto de indivíduos que têm um transtorno/diferença de desenvolvimento sexual específico e codificável documentado em seu prontuário médico.

O especificador “pós-transição” pode ser usado no contexto de procedimentos de tratamento contínuo que servem para apoiar a nova atribuição de gênero.

Características diagnósticas

Indivíduos com disforia de gênero têm uma incongruência marcante entre o gênero ao qual foram atribuídos (geralmente com base no sexo fenotípico no nascimento, referido como *gênero atribuído ao nascimento*) e seu gênero vivenciado/expresso. Essa discrepança é o componente central do diagnóstico. Também deve haver evidência de angústia sobre essa incongruência. O gênero experimentado pode incluir identidades de gênero alternativas além dos estereótipos binários. Consequentemente, o sofrimento pode envolver não apenas a experiência de que o indivíduo é um gênero masculino ou feminino diferente daquele atribuído no nascimento, mas também uma experiência de que o indivíduo é um gênero intermediário ou alternativo que difere do gênero atribuído ao nascimento do indivíduo.

A disforia de gênero se manifesta de forma diferente em diferentes faixas etárias. Os exemplos a seguir pode ser menos proeminente em crianças criadas em ambientes com menos estereótipos de gênero.

Indivíduos pré-púberes atribuídos ao sexo feminino no nascimento com disforia de gênero podem expressar uma sentimento ou convicção marcante e persistente de que é um menino, expressam aversão à ideia de

514

ser uma menina, ou afirmar que eles vão crescer para ser um homem. Eles geralmente preferem roupas e penteados de meninos, podem ser percebidos por estranhos como meninos e podem pedir para ser chamados pelo nome de um menino. Às vezes, eles exibem reações negativas intensas às tentativas dos pais de fazê-los usar vestidos ou outros trajes femininos. Alguns podem se recusar a frequentar a escola ou eventos sociais onde essas roupas são necessárias. Essas crianças podem demonstrar uma marcada inconformidade de gênero em jogos de papéis, sonhos, brincadeiras de gênero e preferências de brinquedos, estilos, maneirismos, fantasias e preferências de colegas. Esportes de contato, jogos violentos, jogos tradicionais de infância e meninos como companheiros de brincadeiras são mais frequentemente preferidos. Eles mostram pouco interesse em brinquedos estereotipados femininos (por exemplo, bonecas) ou atividades (por exemplo, fantasias femininas ou dramatização). Ocionalmente, eles se recusam a urinar na posição sentada. Alguns podem expressar o desejo de ter um pênis ou alegar ter um pênis ou que vão crescer quando forem mais velhos. Eles também podem afirmar que não querem desenvolver

seios ou menstruar.

Indivíduos pré-púberes atribuídos ao sexo masculino no nascimento com disforia de gênero podem expressar um sentimento ou convicção marcante e persistente de que são uma menina ou afirmar que crescerão para ser uma mulher.

Eles podem expressar aversão à ideia de ser um menino. Eles geralmente preferem se vestir com roupas de meninas ou mulheres ou podem improvisar roupas com materiais disponíveis (por exemplo, usar toalhas, aventais e lenços para cabelos compridos ou saias). Essas crianças podem demonstrar uma marcada inconformidade de gênero em brincadeiras e preferências de brinquedos, estilos, maneirismos e preferências de colegas de gênero. Eles podem representar figuras femininas (por exemplo, interpretando "mãe") e podem estar intensamente interessados em figuras femininas de fantasia. Atividades femininas tradicionais, jogos estereotipados e passatempos (por exemplo, "brincar de casinha"; desenhar figuras femininas; assistir televisão ou vídeos de personagens femininas favoritas) podem ser preferidos. Bonecas estereotipadas do tipo feminino (por exemplo, Barbie) podem ser os brinquedos favoritos, e as meninas são suas companheiras preferidas. Eles evitam brincadeiras violentas e têm pouco interesse em brinquedos estereotipicamente masculinos (por exemplo, carros, caminhões). Eles podem afirmar que acham seu pênis ou testículos repugnantes, que desejam que eles sejam removidos ou que têm ou desejam ter uma vagina.

Cada vez mais, os pais estão se apresentando em clínicas especializadas depois que seu filho com a disforia já fez a transição social.

Como o início da puberdade para indivíduos atribuídos ao sexo feminino no nascimento ocorre entre 9 e 13 anos, e entre 11 e 14 anos para indivíduos atribuídos ao sexo masculino ao nascer, seus sintomas e preocupações podem surgir em uma fase de desenvolvimento em algum lugar entre a infância e a adolescência.

Como as características sexuais secundárias de adolescentes mais jovens ainda não estão totalmente desenvolvidas, esses indivíduos podem não manifestar antipatia por elas, mas podem estar marcadamente angustiados por mudanças físicas iminentes.

Em adolescentes e adultos com disforia de gênero, a discrepância entre o gênero experimentado e as características sexuais físicas é frequentemente, mas nem sempre, acompanhada por um desejo de se livrar das características sexuais primárias e/ou secundárias e/ou um forte desejo de adquirir algumas características sexuais primárias e/ou secundárias. /ou características sexuais secundárias de outro gênero. Em graus variados, adolescentes mais velhos e adultos com disforia de gênero podem adotar o comportamento, roupas e maneirismos de seu gênero experiente. Eles se sentem desconfortáveis sendo vistos pelos outros, ou funcionando na sociedade, como membros de seu gênero designado. Alguns adultos e adolescentes podem ter um forte desejo de ser de um gênero diferente e tratados como tal, e podem ter uma certeza interior de sentir e responder como seu gênero experiente sem procurar tratamento médico para alterar as características do corpo. Eles podem encontrar outras maneiras de resolver a incongruência entre o gênero vivenciado/expresso e atribuído vivendo parcialmente no papel desejado ou adotando um papel de gênero nem convencionalmente masculino nem convencionalmente feminino.

Recursos associados

Quando os sinais visíveis da puberdade se desenvolvem, os indivíduos atribuídos ao sexo masculino no nascimento podem raspar os pelos faciais, corporais e nas pernas aos primeiros sinais de crescimento. Às vezes, eles ligam seus genitais para tornar as ereções menos visíveis. Indivíduos designados do sexo feminino no nascimento podem amarrar seus seios,

solicitar, ou pode obter sem prescrição e supervisão médica, medicamentos que suprimem a produção de esteróides gonadais (por exemplo, agonistas do hormônio liberador de gonadotropina [GnRH]) ou que bloqueiam as ações dos hormônios gonadais (por exemplo, espironolactona). Adolescentes encaminhados clinicamente muitas vezes desejam tratamento hormonal e muitos também desejam cirurgia de afirmação de gênero. Os adolescentes que vivem em um ambiente de aceitação podem expressar abertamente o desejo de ser e ser tratados como seu gênero vivenciado e se vestir parcial ou completamente como seu gênero vivenciado, ter um penteado típico do gênero vivenciado, buscar preferencialmente amizades com colegas de outro gênero e/ou adotar um novo primeiro nome consistente com seu gênero experiente. Adolescentes mais velhos, quando sexualmente ativos, muitas vezes não mostram ou permitem que os parceiros toquem seus órgãos sexuais. Para adultos com aversão a seus genitais, a atividade sexual é restringida pela preferência de que seus genitais não sejam vistos ou tocados por seus parceiros. Não raramente, os adultos podem procurar tratamento hormonal (às vezes sem prescrição e supervisão médica) e cirurgia de afirmação de gênero. Outros estão satisfeitos com tratamento hormonal ou cirurgia sozinho, ou sem qualquer tratamento médico de afirmação de gênero.

Em crianças, adolescentes e adultos com disforia de gênero, foi observada uma representação exagerada dos traços do espectro do autismo. Além disso, indivíduos com transtorno do espectro autista são mais propensos a apresentar diversidade de gênero.

Adolescentes e adultos com disforia de gênero antes do tratamento de afirmação de gênero e mudança legal de gênero correm maior risco de problemas de saúde mental, incluindo ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídios. Após a mudança de sexo, o ajuste pode variar e o risco de suicídio e problemas de saúde mental podem persistir.

Em crianças pré-púberes, o aumento da idade está associado a mais problemas comportamentais ou emocionais; isso está relacionado à crescente não aceitação de comportamentos não conformes de gênero por parte de outros. Crianças e adolescentes que se sentem amparados e aceitos em sua inconformidade de gênero podem apresentar menos ou até mesmo nenhum problema psicológico.

Prevalência

Não há estudos populacionais em larga escala sobre disforia de gênero. Com base em populações que procuram tratamento de afirmação de gênero, a prevalência de diagnóstico de disforia de gênero em todas as populações foi avaliada em menos de 1/1.000 (ou seja, < 0,1%) para indivíduos designados do sexo masculino no nascimento e indivíduos designados do sexo feminino ao nascimento. Como muitos adultos com disforia de gênero não procuram atendimento em programas de tratamento especializado, as taxas de prevalência provavelmente são subestimadas. Estimativas de prevalência baseadas em pesquisas de amostras de população geral autorrelatadas nos Estados Unidos e na Europa sugerem números mais altos, embora métodos variados de avaliação dificultem as comparações entre os estudos. A autoidentificação como transgênero varia de 0,5% a 0,6%; vivenciar-se como tendo uma identidade de gênero incongruente varia de 0,6% a 1,1%; sentir-se uma pessoa de sexo diferente varia de 2,1% a 2,6%; e o desejo de fazer tratamento médico varia de 0,2% a 0,6%.

Desenvolvimento e curso Como a

expressão da disforia de gênero varia com a idade, existem conjuntos de critérios separados para crianças e adolescentes e adultos. Os critérios para crianças são definidos de forma mais concreta e comportamental do que para adolescentes e adultos. As crianças pequenas são menos propensas do que as crianças mais velhas, adolescentes e adultos a expressar alterações anatômicas extremas e persistentes.

disforia. Em adolescentes e adultos, a incongruência entre o gênero experiente e o gênero atribuído é uma característica central do diagnóstico. Fatores relacionados ao sofrimento e deficiência também variam com a idade. Uma criança muito pequena pode mostrar sinais de angústia (por exemplo, choro intenso) apenas quando os pais dizem à criança que ela “realmente” não é um membro de outro gênero, mas apenas “deseja” ser. A angústia pode não se manifestar em ambientes sociais que apóiam a não conformidade de gênero da criança e pode surgir apenas se houver

516

interferência parental/social na variação de gênero da criança. Em adolescentes e adultos, a angústia pode se manifestar devido à forte incongruência entre o gênero experimentado e o gênero atribuído ao nascimento. Tal angústia pode, no entanto, ser mitigada por ambientes de apoio e conhecimento de que existem tratamentos biomédicos para reduzir a incongruência. Prejuízos (por exemplo, recusa escolar, desenvolvimento de depressão, ansiedade, problemas de comportamento e colegas e abuso de substâncias) podem ser um correlato da disforia de gênero.

Disforia de gênero sem transtorno do desenvolvimento sexual para crianças encaminhadas para clínicas estudadas no Canadá e na Holanda, o início de comportamentos não conformes ao gênero ocorre geralmente entre 2 e 4 anos de idade. Isso corresponde ao período de desenvolvimento em que a maioria das crianças começa a expressar comportamentos e interesses de gênero. Para algumas crianças em idade pré-escolar, tanto comportamentos atípicos de gênero marcantes e persistentes quanto o desejo expresso de ser de outro gênero podem estar presentes, ou pode ocorrer rotular-se como membro de outro gênero. Em outros casos, a expressão de gênero aparece mais tarde, geralmente no ingresso no ensino fundamental. As crianças podem às vezes expressar desconforto com sua anatomia sexual ou declarar o desejo de ter uma anatomia sexual correspondente ao seu gênero vivenciado (“disforia anatômica”). Expressões de disforia anatômica tornam-se mais comuns à medida que crianças com disforia de gênero se aproximam e antecipam a puberdade.

Não existem estudos populacionais em geral de resultados de adolescentes ou adultos de variação de gênero na infância. Algumas crianças pré-púberes que expressam o desejo de ser de outro gênero não buscarão tratamentos somáticos de afirmação de gênero quando atingirem a puberdade. Eles frequentemente relatam orientações não heterossexuais e comportamentos não-conformes de gênero frequentemente marcados, embora não necessariamente uma identidade transgênero na adolescência/jovem idade adulta. Algumas crianças com disforia de gênero na infância que remete na adolescência podem apresentar recorrência na idade adulta.

Em indivíduos designados do sexo masculino ao nascer, estudos da América do Norte e Holanda descobriram que a persistência variou de 2% a 39%. Em indivíduos designados do sexo feminino ao nascimento, a persistência variou de 12% a 50%. A persistência da disforia de gênero é modestamente correlacionada com medidas dimensionais de gravidade verificadas no momento de uma avaliação inicial da infância. A transição social precoce também pode ser um fator de persistência da disforia de gênero na adolescência.

Estudos têm demonstrado uma alta incidência de atração sexual por aqueles do gênero atribuído ao nascimento do indivíduo, independentemente da trajetória da disforia de gênero da criança pré-púber. Para indivíduos cuja disforia de gênero continua na adolescência e além, a maioria se identifica como heterosexual. Naqueles que não têm mais disforia de gênero na adolescência, a maioria se auto-identifica como gay, lésbica ou bissexual.

Duas trajetórias amplas foram descritas para o desenvolvimento de disforia de gênero em indivíduos que se identificam como homem ou mulher.

Ao contrário das crianças que não se conformam com o gênero, os indivíduos com disforia de gênero de início pré-púbere apresentam sintomas que atendem aos critérios diagnósticos para disforia de gênero na infância. A disforia pode continuar na adolescência e na idade adulta; alternativamente, alguns indivíduos passam por um período em que a disforia de gênero ou desiste ou é negada. Nesses momentos, esses indivíduos podem se identificar como gays ou lésbicas. Alguns podem se identificar como heterossexuais e cingêneros. No entanto, é possível que alguns desses indivíduos possam experimentar uma recorrência da disforia de gênero mais tarde na vida.

Independentemente de a disforia de gênero do indivíduo persistir ou desistir posteriormente, o início da puberdade ou a percepção de que a puberdade começará com o desenvolvimento de características sexuais secundárias pode provocar sentimentos angustiantes de incongruência de gênero que podem exacerbar a disforia de gênero do indivíduo.

O grupo de início precoce/pré-púbere frequentemente se apresenta para atendimento clínico de afirmação de gênero durante a infância, durante a adolescência ou no início da idade adulta. Isso pode refletir uma disforia de gênero mais intensa em comparação com indivíduos com disforia de gênero de início tardio/pós-púbere, cujo sofrimento pode ser mais variável e menos intenso.

517

A disforia de gênero de início tardio ou puberal/pós-puberal ocorre por volta da puberdade ou mesmo muito mais tarde na vida. Alguns desses indivíduos relatam ter tido o desejo de ser de outro gênero na infância que não foi expresso verbalmente para outras pessoas ou tiveram comportamento não conforme ao gênero que não preenchia todos os critérios para disforia de gênero na infância. Outros não se lembram de nenhum sinal de disforia de gênero na infância. Pais de indivíduos com disforia de gênero de início puberal/pós-púbere frequentemente relatam surpresa, pois não viram sinais de disforia de gênero durante a infância.

Disforia de gênero em associação com um distúrbio do desenvolvimento sexual Indivíduos com DSDs que requerem intervenção médica precoce ou decisões sobre atribuição de gênero chegam à atenção clínica em idade precoce. Dependendo da condição, eles podem ter sido gonadectomizados (muitas vezes devido ao risco de malignidade futura) antes da puberdade, de modo que a administração de hormônios exógenos faz parte dos cuidados de rotina para induzir a puberdade. A infertilidade é comum, seja devido à própria condição ou à gonadectomia, e a cirurgia genital pode ter sido feita na infância ou na infância com a intenção de afirmar o sexo atribuído tanto ao indivíduo afetado quanto aos cuidadores.

Indivíduos afetados podem apresentar comportamento de não conformidade de gênero desde a primeira infância de uma maneira que é previsível dependendo da síndrome DSD específica e da atribuição de gênero, e os limites para apoiar a transição de gênero social e médica em menores têm sido tradicionalmente muito mais baixos para aqueles com aqueles sem DSDs. À medida que os indivíduos com algumas síndromes DSD se conscientizam de sua condição e histórico médico, muitos experimentam incerteza sobre seu gênero, em vez de desenvolver uma firme convicção de que são de outro gênero. A proporção que desenvolve disforia de gênero e progride para a transição de gênero varia acentuadamente dependendo da síndrome específica e da atribuição de gênero.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental

Comportamento de variação de gênero entre indivíduos com gênero de início pré-púbere

a disforia pode se desenvolver no início da idade pré-escolar. Estudos sugerem que uma maior intensidade de inconformidade de gênero e uma idade mais avançada na apresentação tornam mais provável a persistência da disforia de gênero na adolescência e na idade adulta. Um fator predisponente em consideração, especialmente em indivíduos com disforia de gênero pós-púbere (adolescência, idade adulta), inclui história de travestismo que pode evoluir para autoginefilia (ou seja, excitação sexual associada ao pensamento ou imagem de si mesma como mulher).

Ambiental. Indivíduos designados do sexo masculino ao nascimento com disforia de gênero sem DDS (na infância e adolescência) mais comumente têm irmãos mais velhos quando comparados aos homens cisgêneros.

Genética e fisiológica. Para indivíduos com disforia de gênero sem DSD, alguma contribuição genética é sugerida pela evidência de familiaridade (fraca) de disforia de gênero entre irmãos não gêmeos, maior concordância para disforia de gênero em monozigóticos em comparação com gêmeos dizigóticos do mesmo sexo e algum grau de herdabilidade de gênero disforia. Pesquisas sugerem que a disforia de gênero tem uma base poligenética envolvendo interações de vários genes e polimorfismos que podem afetar a diferenciação sexual in utero do cérebro, contribuindo para a disforia de gênero em indivíduos atribuídos ao sexo masculino ao nascer.

Quanto aos achados endócrinos em indivíduos com disforia de gênero, não foram encontradas anormalidades sistêmicas endógenas nos níveis de hormônios sexuais em indivíduos 46,XY, enquanto parece haver níveis aumentados de andrógenos (na faixa encontrada em mulheres hirsutas, mas muito abaixo dos níveis masculinos normais) em 46,XX indivíduos. No geral, as evidências atuais são insuficientes para rotular a disforia de gênero sem um DSD como uma forma de intersexualidade limitada ao sistema nervoso central.

Na disforia de gênero associada a um DSD, a probabilidade de disforia de gênero posterior aumenta se a produção pré-natal e a utilização (via sensibilidade do receptor) de andrógenos forem grosseiramente variantes em relação ao que é geralmente visto em indivíduos com o mesmo

518

Gênero sexual. Exemplos incluem indivíduos 46,XY com história de meio hormonal pré-natal masculino normal, mas defeitos genitais não hormonais inatos (como na extrofia da bexiga cloacal ou agenesia peniana) e que foram atribuídos ao sexo feminino. A probabilidade de disforia de gênero é ainda aumentada pela exposição adicional, prolongada e altamente variante de gênero ao andrógeno pós-natal com virilização somática, como pode ocorrer em indivíduos 46,XY criados por mulheres e não castrados com deficiência de 5-alfa redutase-2 ou 17-beta-hidroxiesteróide deficiência de desidrogenase-3 ou em indivíduos 46,XX criados pelo sexo feminino com hiperplasia adrenal congênita clássica com períodos prolongados de não adesão à terapia de reposição de glicocorticoides. No entanto, o meio androgênico pré-natal está mais relacionado ao comportamento de gênero do que à identidade de gênero. Muitos indivíduos com DSDs e comportamento marcadamente variante de gênero não desenvolvem disforia de gênero. Assim, o comportamento de não conformidade de gênero por si só não deve ser interpretado como um indicador de disforia de gênero atual ou futura. Parece haver uma taxa mais alta de disforia de gênero e mudança de gênero iniciada pelo paciente de mulher para homem do que de homem para mulher em indivíduos expostos no pré-natal a um complemento completo de influências hormonais masculinizantes.

Problemas de diagnóstico relacionados à cultura

Indivíduos com disforia de gênero foram relatados em muitos países e culturas

contextos ao redor do mundo. O equivalente à disforia de gênero também foi relatado em indivíduos que vivem em contextos culturais com categorias de identidade de gênero institucionalizadas diferentes de homens/meninos ou mulheres/meninas que sancionam o desenvolvimento não conforme de gênero. Estes incluem Índia, Sri Lanka, Mianmar, Omã, Samoa, Tailândia e Povos Indígenas da América do Norte. Não está claro, no entanto, em tais contextos culturais, se os critérios diagnósticos para disforia de gênero seriam atendidos com esses indivíduos.

A prevalência de problemas de saúde mental coexistentes difere entre as culturas; essas diferenças também podem estar relacionadas a diferenças de atitudes em relação à não conformidade de gênero em crianças, adolescentes e adultos. No entanto, também em algumas culturas não ocidentais, descobriu-se que a ansiedade é relativamente comum em indivíduos com disforia de gênero, mesmo em culturas com atitudes de aceitação em relação ao comportamento variante de gênero.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero

As diferenças entre os sexos na taxa de encaminhamentos para clínicas especializadas variam de acordo com a faixa etária. Em crianças, as proporções de sexo de indivíduos designados do sexo masculino no nascimento para indivíduos designados do sexo feminino no nascimento variam de 1,25:1 a 4,3:1. Estudos mostram um número crescente de crianças e adolescentes que se apresentam em clínicas especializadas, apresentação em idades mais jovens, transição social precoce mais frequente e uma mudança para um número maior de indivíduos atribuídos ao sexo feminino ao nascer em adolescentes e adultos jovens do que indivíduos designados ao sexo masculino ao nascer. Em adultos, as estimativas geralmente sugerem que mais indivíduos designados do sexo masculino ao nascer procuram tratamento de afirmação de gênero, com proporções variando de 1:1 a 6,1:1 na maioria dos estudos nos Estados Unidos e na Europa.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

As taxas de suicídio e tentativas de suicídio para indivíduos transgêneros variam de 30% a 80%, com fatores de risco incluindo maus-tratos anteriores, vitimização de gênero, depressão, abuso de substâncias e idade mais jovem. Adolescentes transgêneros encaminhados para clínicas de gênero têm taxas substancialmente mais altas de pensamentos e comportamentos suicidas quando comparados com adolescentes não encaminhados. Antes de receber tratamento de afirmação de gênero e mudança legal de gênero, adolescentes e adultos com disforia de gênero correm maior risco de pensamentos suicidas e tentativas de suicídio. Após o tratamento de afirmação de gênero, o ajuste varia e, embora a melhora nos sintomas coexistentes seja frequentemente observada, alguns indivíduos continuam a sentir ansiedade e sintomas afetivos proeminentes e permanecem em risco aumentado de suicídio.

Um estudo com 572 crianças encaminhadas por questões de identidade de gênero no Canadá e vários grupos de comparação (irmãos, outras crianças encaminhadas e crianças não encaminhadas) em grande parte de outros países de alta renda descobriu que as crianças encaminhadas por gênero eram 8,6 vezes mais propensas a se automutilar ou tentativa de suicídio do que crianças de comparação, mesmo após ajuste para comportamento geral e problemas de relacionamento com colegas, e particularmente na segunda metade da infância. Entre os adolescentes, a maior taxa de tentativa de suicídio é entre os homens jovens transgêneros, seguidos por aqueles que se definem nem como homens nem como mulheres.

Consequências Funcionais da Disforia de Gênero

A não conformidade de gênero pode aparecer em todas as idades após os primeiros 2 a 3 anos da infância e pode interferir nas atividades diárias. Em crianças mais velhas, a inconformidade de gênero pode afetar as relações com os pares e pode levar ao isolamento dos grupos de pares e ao sofrimento. Muitas crianças sofrem provocações e assédio ou pressão para se vestirem de acordo com o sexo atribuído ao nascimento, especialmente quando crescem em um ambiente sem apoio e sem aceitação.

Também em adolescentes e adultos, o sofrimento decorrente da incongruência de gênero muitas vezes interfere nas atividades diárias. Dificuldades de relacionamento, incluindo problemas de relacionamento sexual, são comuns, e o funcionamento na escola ou no trabalho pode ser prejudicado. A disforia de gênero está associada a altos níveis de estigmatização, discriminação e vitimização, levando a um autoconceito negativo, aumento das taxas de depressão, suicídio e co-ocorrência de outros transtornos mentais, abandono escolar e marginalização econômica, incluindo desemprego, com acompanhamento social e social. riscos à saúde mental, especialmente em indivíduos que carecem de apoio familiar ou social. Além disso, o acesso desses indivíduos aos serviços de saúde e serviços de saúde mental pode ser impedido por barreiras estruturais, como desconforto institucional, inexperiência ou hostilidade em trabalhar com essa população de pacientes.

Diagnóstico diferencial

Inconformidade com os papéis de gênero. A disforia de gênero deve ser distinguida da simples inconformidade com o comportamento estereotipado de papéis de gênero pelo forte desejo de ser de outro gênero que não o atribuído e pela extensão e difusão de atividades e interesses variantes de gênero. O diagnóstico não pretende meramente descrever a não conformidade com o comportamento estereotipado do papel de gênero (por exemplo, “tomboyismo” em meninas, comportamento “menino” em meninos, travestismo ocasional em homens adultos). Dada a maior abertura de expressões de gênero diverso por indivíduos em toda a gama do espectro transgênero, é importante que o diagnóstico clínico seja limitado àqueles indivíduos cujo sofrimento e deficiência atendem aos critérios especificados.

Transtorno transvestico. O transtorno transvestico é diagnosticado em adolescentes heterossexuais (ou bissexuais) e adultos do sexo masculino (raramente em mulheres) para quem a roupa feminina gera excitação sexual e causa angústia e/ou prejuízo sem questionar o gênero atribuído. É ocasionalmente acompanhada de disforia de gênero. Um indivíduo com transtorno transvestico que também apresenta disforia de gênero clinicamente significativa pode receber ambos os diagnósticos. Em alguns casos de disforia de gênero de início pós-puberal em indivíduos atribuídos ao sexo masculino no nascimento que são atraídos por mulheres, o crossdressing com excitação sexual é um precursor para o diagnóstico de disforia de gênero.

Transtorno dismórfico corporal. Um indivíduo com transtorno dismórfico corporal concentra-se na alteração ou remoção de uma parte específica do corpo porque é percebida como anormalmente formada, não porque representa um gênero atribuído repudiado. Quando a apresentação de um indivíduo atende aos critérios para disforia de gênero e transtorno dismórfico corporal, ambos os diagnósticos podem ser dados. Indivíduos que desejam ter um membro saudável amputado (denominado por algum *transtorno de identidade de integridade corporal*) porque isso os faz se sentir mais “completos” geralmente não desejam mudar de gênero, mas desejam viver como um amputado ou uma pessoa com deficiência.

Transtorno do espectro do autismo. Em indivíduos com transtorno do espectro do autismo, diagnosticar disforia de gênero pode ser um desafio. Pode ser difícil diferenciar potenciais co-ocorrentes

disforia de gênero de uma preocupação autista por causa do pensamento concreto e rígido em torno dos papéis de gênero e/ou má compreensão das relações sociais características do transtorno do espectro autista.

Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Na esquizofrenia, raramente pode haver delírios de pertencer a algum outro gênero. Na ausência de sintomas psicóticos, a insistência de um indivíduo com disforia de gênero de que ele ou ela é de outro gênero não é considerada um delírio.

Esquizofrenia (ou outros transtornos psicóticos) e disforia de gênero podem ocorrer concomitantemente. Delírios temáticos de gênero podem ocorrer em até 20% dos indivíduos com esquizofrenia. Eles geralmente podem ser diferenciados da disforia de gênero por seu conteúdo bizarro e pelo aumento e diminuição com remissões e exacerbações de episódios psicóticos.

Outras apresentações clínicas. Alguns indivíduos com desejo de emasculinização que desenvolvem uma identidade de gênero alternativa, não masculina/não feminina, têm uma apresentação que atende aos critérios para disforia de gênero. No entanto, alguns homens procuram a cirurgia genital por razões estéticas ou para remover os efeitos psicológicos dos andrógenos sem alterar a identidade masculina; nesses casos, os critérios para disforia de gênero não são atendidos.

Comorbidade

Crianças encaminhadas clinicamente com disforia de gênero apresentam níveis elevados de ansiedade, transtornos disruptivos, de controle de impulsos e depressivos. O transtorno do espectro autista é mais prevalente em adolescentes e adultos encaminhados clinicamente com disforia de gênero do que na população geral. Adolescentes e adultos com disforia de gênero encaminhados clinicamente frequentemente apresentam altas taxas de transtornos mentais associados, sendo os transtornos de ansiedade e depressivos os mais comuns. Indivíduos que sofreram assédio e violência também podem desenvolver transtorno de estresse pós-traumático.

Outra disforia de gênero especificada

F64.8

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos da disforia de gênero que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para disforia de gênero. A outra categoria de disforia de gênero especificada é usada em situações em que o clínico opta por comunicar o motivo específico pelo qual a apresentação não atende aos critérios para disforia de gênero. Isso é feito registrando “outra disforia de gênero especificada” seguida do motivo específico (por exemplo, “disforia de gênero breve”, na qual os sintomas atendem a todos os critérios para disforia de gênero, mas a duração é inferior aos 6 meses necessários).

Disforia de gênero não especificada

F64.9

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos da disforia de gênero que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para disforia de gênero. A categoria de disforia de gênero não especificada é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para disforia de gênero e inclui apresentações em que não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico.

Disruptivo, Controle de Impulso e Conduta Distúrbios

Distúrbios disruptivos, de controle de impulsos e de conduta incluem condições que envolvem problemas no autocontrole de emoções e comportamentos. Enquanto outros transtornos no DSM 5 também podem envolver problemas na regulação emocional e/ou comportamental, os transtornos neste capítulo são únicos, pois esses problemas se manifestam em comportamentos que violam os direitos dos outros (por exemplo, agressão, destruição de propriedade) e/ou ou que colocam o indivíduo em conflito significativo com normas sociais ou figuras de autoridade. As causas subjacentes dos problemas no autocontrole das emoções e dos comportamentos podem variar muito entre os transtornos deste capítulo e entre os indivíduos de uma determinada categoria diagnóstica.

O capítulo inclui transtorno desafiador opositivo, transtorno explosivo intermitente, transtorno de conduta, transtorno de personalidade antissocial (descrito no capítulo “Transtornos de Personalidade”), piromania, kleptomania e outros transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta especificados e não especificados. Embora todos os transtornos do capítulo envolvam problemas de regulação emocional e comportamental, a fonte de variação entre os transtornos é a ênfase relativa em problemas nos dois tipos de autocontrole. Por exemplo, os critérios para transtorno de conduta concentram-se principalmente em comportamentos mal controlados que violam os direitos dos outros ou que violam as principais normas sociais. Esses comportamentos podem ou não resultar de emoções mal controladas. Alguns sintomas de transtorno de conduta (por exemplo, certas formas de agressão) podem ser atribuídos a respostas emocionais restritas. No outro extremo, os critérios para transtorno explosivo intermitente concentram-se principalmente em emoções mal controladas, explosões de raiva que são desproporcionais à provocação interpessoal ou de outra natureza ou a outros estressores psicossociais.

O impacto intermediário para esses dois transtornos é o transtorno desafiador opositivo, no qual os critérios são distribuídos mais uniformemente entre emoções (raiva e irritação) e comportamentos (argumentatividade e desafio). A piromania e a kleptomania são caracterizadas por um controle deficiente dos impulsos relacionados a comportamentos específicos (incendiar ou roubar) que aliviam a tensão interna. Outros transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta especificados são uma categoria para condições nas quais há sintomas de transtorno de conduta, transtorno desafiador de oposição ou outros transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta, mas o número ou tipo de sintomas não atendem ao limiar diagnóstico para qualquer um dos distúrbios neste capítulo, mesmo que haja evidência de comprometimento clinicamente significativo associado aos sintomas.

Os transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta tendem a ser mais comuns em meninos e homens do que em meninas e mulheres, embora o grau relativo de predominância masculina possa diferir entre os transtornos e dentro de um transtorno em diferentes idades. Os distúrbios neste capítulo tendem a ter início na infância ou adolescência. Na verdade, é muito raro que o transtorno de conduta ou o transtorno desafiador de oposição surjam pela primeira vez na idade adulta. Existe uma relação de desenvolvimento entre transtorno desafiador opositivo e transtorno de conduta, em que a maioria dos casos de

o transtorno anteriormente teria sintomas que preenchiam os critérios para transtorno desafiador de oposição, pelo menos nos casos em que o transtorno de conduta surge antes da adolescência. No entanto, a maioria das crianças com transtorno desafiador opositivo não desenvolve eventualmente transtorno de conduta.

Além disso, crianças com

522

transtorno desafiador opositivo correm o risco de eventualmente desenvolver outros problemas além do transtorno de conduta, incluindo ansiedade e transtornos depressivos.

Muitos dos sintomas que definem os transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta são comportamentos que podem ocorrer em algum grau em pessoas com desenvolvimento típico. Assim, é fundamental que a frequência, persistência, abrangência em todas as situações e o comprometimento associado aos comportamentos indicativos do diagnóstico sejam considerados em relação ao que é normativo para a idade, sexo e cultura de uma pessoa ao determinar se ela é sintomática de um transtorno .

Os transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta têm sido associados a um espectro externalizante comum associado às dimensões da personalidade de *desinibição* e *emocionalidade negativa* (algumas facetas); e inversamente com *constrangimento* e *amabilidade*. Essas dimensões compartilhadas de personalidade podem explicar o alto nível de comorbidade entre esses transtornos e sua frequente comorbidade com transtornos por uso de substâncias e transtorno de personalidade antisocial.

No entanto, a natureza específica da diátese compartilhada que constitui o espectro externalizante permanece desconhecida.

Transtorno Desafiador Opositivo

Critério de diagnóstico

F91.3

A. Um padrão de humor raivoso/irritável, comportamento argumentativo/desafiador ou vingatividade com duração de pelo menos 6 meses, evidenciado por pelo menos quatro sintomas de qualquer uma das seguintes categorias e exibido durante a interação com pelo menos um indivíduo que não é irmão .

Humor raivoso/irritável 1.

- Freqüentemente perde a paciência.
- 2. É frequentemente sensível ou facilmente irritado.
- 3. Muitas vezes está zangado e ressentido.

Comportamento Argumentativo/Desafiador

- 4. Frequentemente discute com figuras de autoridade ou, para crianças e adolescentes, com adultos.
- 5. Frequentemente desafia ativamente ou se recusa a atender às solicitações de figuras de autoridade ou com regras.
- 6. Frequentemente incomoda deliberadamente os outros.
- 7. Muitas vezes culpa os outros por seus erros ou mau comportamento.

Vingança

8. Foi rancoroso ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos 6 meses.

Nota: A persistência e a frequência desses comportamentos devem ser usadas para distinguir um comportamento que está dentro dos limites normais de um comportamento sintomático. Para crianças menores de 5 anos, o comportamento deve ocorrer na maioria dos dias por um período de pelo menos 6 meses, salvo indicação em contrário (Critério A8). Para indivíduos com 5 anos ou mais, o comportamento deve ocorrer pelo menos uma vez por semana durante pelo menos 6 meses, salvo indicação em contrário (Critério A8). Embora esses critérios de frequência forneçam orientação sobre um nível mínimo de frequência para definir os sintomas, outros fatores também devem ser considerados, como se a frequência e a intensidade dos comportamentos estão fora de uma faixa normativa para o nível de desenvolvimento, gênero e cultura do indivíduo .

B. A perturbação no comportamento está associada à angústia no indivíduo ou em outros em seu contexto social imediato (por exemplo, família, grupo de pares, colegas de trabalho), ou impacta negativamente nas áreas social, educacional, ocupacional ou outras áreas importantes da vida. funcionando.

523

C. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico, uso de substâncias, depressão ou transtorno bipolar. Além disso, os critérios não são atendidos para transtorno disruptivo da desregulação do humor.

Especifique a gravidade atual:

Leve: Os sintomas estão confinados a apenas um ambiente (por exemplo, em casa, na escola, no trabalho, com colegas).

Moderado: Alguns sintomas estão presentes em pelo menos duas configurações.

Grave: Alguns sintomas estão presentes em três ou mais configurações.

Especificadores

Não é incomum que indivíduos com transtorno desafiador opositivo apresentem sintomas apenas em casa e apenas com membros da família. No entanto, a difusão dos sintomas é um indicador da gravidade do distúrbio.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno desafiador opositivo é um padrão frequente e persistente de humor raivoso/irritável, comportamento argumentativo/desafiador ou vingatividade (Critério A). Não é incomum que indivíduos com transtorno desafiador opositivo mostrem as características comportamentais do transtorno sem problemas de humor negativo. No entanto, os indivíduos com o transtorno que apresentam sintomas de humor irritado/irritável geralmente também apresentam as características comportamentais.

Os sintomas do transtorno desafiador opositivo podem estar confinados a apenas um ambiente, e este é mais frequentemente o lar. Indivíduos que apresentam sintomas suficientes para atingir o limiar diagnóstico, mesmo que seja apenas em casa, podem apresentar prejuízos significativos em seu funcionamento social.

No entanto, em casos mais graves, os sintomas do distúrbio estão presentes em vários cenários. Dado que a abrangência dos sintomas é um indicador da gravidade do transtorno, é fundamental que o comportamento do indivíduo seja avaliado em vários ambientes e relacionamentos. Como esses comportamentos são comuns entre irmãos, eles devem ser observados durante as interações com outras pessoas que não irmãos. Além disso, como os sintomas do transtorno são tipicamente mais evidentes em interações com adultos ou colegas que o indivíduo conhece bem, eles podem não ser aparentes durante um exame clínico.

Os sintomas do transtorno desafiador opositivo podem ocorrer em algum grau em pessoas sem esse transtorno. Existem várias considerações importantes para determinar se os comportamentos são sintomáticos de transtorno desafiador opositivo. Primeiro, o limiar diagnóstico de quatro ou mais sintomas nos 6 meses anteriores deve ser atendido. Em segundo lugar, a persistência e a frequência dos sintomas devem exceder o que é normativo para a idade, sexo e cultura de um indivíduo.

Explosões de temperamento para uma criança em idade pré-escolar seriam consideradas um sintoma de transtorno desafiador opositivo apenas se ocorressem na maioria dos dias nos 6 meses anteriores, se ocorressem com pelo menos três outros sintomas do transtorno e se as explosões de temperamento contribuissem para o significativo deficiência associada ao transtorno (por exemplo, levou à destruição de propriedade durante as explosões, resultou na solicitação da criança para deixar a pré-escola). Deve-se notar que a perda de temperamento nem sempre envolve um comportamento de birra e pode ser exibida por expressões faciais de raiva, expressões verbais de raiva e sentimentos subjetivos de raiva que normalmente não seriam considerados uma birra.

Os sintomas do transtorno geralmente fazem parte de um padrão de interações problemáticas com os outros. Além disso, os indivíduos com esse transtorno normalmente não se consideram raivosos, opositores ou desafiadores. Em vez disso, muitas vezes justificam seu comportamento como uma resposta a exigências ou circunstâncias iracionais. Assim, pode ser difícil destrinchar a contribuição relativa do indivíduo com o transtorno para as interações problemáticas que ele vivencia. Por exemplo, crianças com transtorno desafiador opositivo podem ter

524

experimentou uma história de parentalidade hostil, e muitas vezes é impossível determinar se o comportamento da criança fez com que os pais agissem de maneira mais hostil em relação à criança, se a hostilidade dos pais levou ao comportamento problemático da criança ou se houve alguma combinação de ambos. Se o clínico pode ou não separar as contribuições relativas de fatores causais potenciais não deve influenciar se o diagnóstico é feito. No caso de a criança estar vivendo em condições particularmente precárias, onde pode ocorrer negligência ou maus-tratos (por exemplo, em ambientes institucionais), a atenção clínica para reduzir a contribuição do ambiente pode ser útil.

Recursos associados

Duas das condições concomitantes mais comuns com transtorno desafiador opositivo são transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e transtorno de conduta (consulte a seção “Comorbidade” para este transtorno). O transtorno desafiador opositivo tem sido associado ao aumento do risco de tentativas de suicídio, mesmo após o controle de transtornos comórbidos.

Prevalência

A prevalência transnacional do transtorno desafiador opositivo varia de 1% a 11%, com uma estimativa de prevalência média de cerca de 3,3%. A taxa de transtorno desafiador opositivo pode variar dependendo da idade e sexo da criança. O transtorno parece ser um pouco mais prevalente em meninos do que em meninas (1,59:1) antes da adolescência. Essa predominância masculina não é consistentemente encontrada em amostras de adolescentes ou adultos.

Desenvolvimento e Curso Os

primeiros sintomas do transtorno desafiador opositivo geralmente aparecem durante os anos pré-escolares e raramente depois do início da adolescência. O transtorno desafiador opositivo geralmente precede o desenvolvimento do transtorno de conduta, especialmente para aqueles com o tipo de transtorno de conduta com início na infância. No entanto, muitas crianças e adolescentes com transtorno desafiador opositivo não desenvolvem posteriormente transtorno de conduta. O transtorno desafiador opositivo também traz risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior, mesmo na ausência de transtorno de conduta. Os sintomas desafiadores, argumentativos e vingativos carregam a maior parte do risco de transtorno de conduta, enquanto os sintomas de humor raivoso/irritável carregam a maior parte do risco de transtornos de humor e ansiedade.

As manifestações do transtorno ao longo do desenvolvimento parecem consistentes. Crianças e adolescentes com transtorno desafiador opositivo correm maior risco de vários problemas de adaptação quando adultos, incluindo deficiências funcionais (p. de transtorno desafiador de oposição e outras psicopatologias, como comportamento antissocial, problemas de controle de impulsos, uso indevido de substâncias, ansiedade e depressão.

Muitos dos comportamentos associados ao transtorno desafiador de oposição aumentam em frequência durante o período pré-escolar e na adolescência. Assim, é especialmente crítico durante esses períodos de desenvolvimento que a frequência e a intensidade desses comportamentos sejam avaliadas em relação aos níveis normativos antes que seja decidido que são sintomas de transtorno desafiador opositivo. Por exemplo, não é incomum que crianças em idade pré-escolar apresentem birras semanalmente, mas birras diárias ocorrem em apenas cerca de 10% das crianças em idade pré-escolar.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. níveis de reatividade

Fatores temperamentais relacionados a problemas na regulação emocional (p. emocional, baixa tolerância à frustração) foram preditivos do transtorno.

525

Ambiental. Crianças com transtorno desafiador de oposição influenciam seus ambientes, que por sua vez podem influenciá-los. Por exemplo, práticas de educação infantil duras, inconsistentes ou negligentes predizem aumentos nos sintomas, e sintomas de oposição predizem aumentos na parentalidade dura e inconsistente. Em crianças e adolescentes, o transtorno desafiador de oposição é mais prevalente em famílias em que o cuidado infantil é interrompido por uma sucessão de cuidadores diferentes.

As crianças com transtorno desafiador de oposição também correm maior risco de intimidar seus pares e de serem intimidadas por colegas.

Genética e fisiológica. Vários marcadores neurobiológicos (p. Estudos demonstraram sobreposição de influências genéticas para os sintomas de irritabilidade e raiva do transtorno desafiador opositivo com depressão e transtorno de ansiedade generalizada. Até o momento, a grande maioria dos estudos não separou crianças com transtorno desafiador de oposição daquelas com transtorno de conduta. Mais estudos de marcadores específicos para transtorno desafiador de oposição são necessários.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura A

prevalência relatada de transtorno desafiador opositivo ou outros transtornos disruptivos pode ser afetada por diagnósticos errados ou sobrediagnósticos de indivíduos de algumas origens culturais. As normas sociais podem afetar a prevalência do transtorno e sua predominância do gênero masculino em crianças e adolescentes. Uma meta-análise das taxas de prevalência na segunda infância descobriu que o transtorno é mais comum em meninos em comparação com meninas nas culturas ocidentais, mas que a prevalência é semelhante entre os gêneros nas culturas não ocidentais. Além disso, apesar das experiências adversas, os migrantes e refugiados de primeira geração podem ter um risco reduzido de desenvolver sintomas de transtorno desafiador de oposição.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero Alguns

estudos encontram poucas diferenças de sexo ou gênero para esse transtorno em comparação, por exemplo, com o transtorno de conduta. Pode haver pequenas diferenças nos fatores de risco com pais severos mais altamente associados ao transtorno desafiador de oposição em meninas, mas não em meninos.

Consequências funcionais do transtorno desafiador opositivo Quando o transtorno

desafiador opositivo é persistente ao longo do desenvolvimento, os indivíduos com o transtorno vivenciam conflitos frequentes com pais, professores, supervisores, colegas e parceiros românticos. Tais problemas muitas vezes resultam em prejuízos significativos no ajuste emocional, social, acadêmico e ocupacional do indivíduo.

Diagnóstico diferencial

Transtorno de conduta. O transtorno de conduta e o transtorno desafiador de oposição estão ambos relacionados a problemas de conduta que colocam o indivíduo em conflito com adultos e outras figuras de autoridade (por exemplo, professores, supervisores de trabalho). Os comportamentos do transtorno desafiador opositivo são tipicamente de natureza menos grave do que os do transtorno de conduta e não incluem agressão a pessoas ou animais, destruição de propriedade ou um padrão de roubo ou engano. No entanto, evidências sugerem que o transtorno desafiador opositivo está associado a níveis equivalentes ou até maiores de comprometimento do que o transtorno de conduta. Além disso, o transtorno desafiador opositivo inclui problemas de desregulação emocional (ou seja, humor raivoso e irritável) que não estão incluídos na definição de transtorno de conduta.

Distúrbio de ajuste. Os estressores ambientais e familiares podem estar associados à externalização manifestações de desregulação emocional. Em crianças, podem se manifestar como

birras e comportamento de oposição; e em adolescentes, como comportamentos agressivos (por exemplo, rebeldia e rebeldia). A associação temporal com um estressor e a duração do sintoma de menos de 6 meses após a resolução do estressor podem ajudar a distinguir o transtorno de adaptação do transtorno desafiador opositivo.

Transtorno de estresse pós-traumático. Em crianças menores de 6 anos, o transtorno de estresse pós-traumático pode se manifestar inicialmente como comportamentos desregulados, oposição e birras; a associação com um evento traumático e com outros sintomas específicos (jogo traumático) são fundamentais para o estabelecimento do diagnóstico. Em adolescentes, a reconstituição traumática e a tomada de riscos podem ser mal interpretadas como desafio e oposição ou como problemas de conduta.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. O TDAH é frequentemente comórbido com transtorno desafiador de oposição. Para fazer o diagnóstico adicional de transtorno desafiador opositivo, é importante determinar que a falha do indivíduo em se conformar aos pedidos dos outros não ocorre apenas em situações que exigem esforço e atenção sustentados ou exigem que o indivíduo fique quieto.

Transtornos depressivos e bipolares. Os transtornos depressivos e bipolares geralmente envolvem afeto negativo e irritabilidade. Como resultado, um diagnóstico de transtorno desafiador opositivo não deve ser feito se os sintomas ocorrerem exclusivamente durante o curso de um transtorno do humor.

Transtorno disruptivo da desregulação do humor. O transtorno desafiador opositivo compartilha com o transtorno disruptivo da desregulação do humor os sintomas de humor irritável crônico e explosões de temperamento. No entanto, se o humor irritável e outros sintomas atendem aos critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor, um diagnóstico de transtorno desafiador opositivo não é dado, mesmo que todos os critérios para transtorno desafiador opositivo sejam atendidos.

Transtorno explosivo intermitente. O transtorno explosivo intermitente também envolve altas taxas de raiva. No entanto, os indivíduos com esse transtorno apresentam uma agressividade séria em relação aos outros que não faz parte da definição de transtorno desafiador opositivo.

Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual). Dentro indivíduos com transtorno do desenvolvimento intelectual, um diagnóstico de transtorno desafiador opositivo é dado apenas se o comportamento de oposição for marcadamente maior do que é comumente observado entre indivíduos de idade mental comparável e com gravidade comparável de deficiência intelectual.

Distúrbio de linguagem. O transtorno desafiador opositivo também deve ser diferenciado de uma falha em seguir as instruções que é resultado de uma compreensão prejudicada da linguagem (por exemplo, perda auditiva).

Transtorno de ansiedade social. O transtorno desafiador opositivo também deve ser diferenciado do desafio por causa do medo da avaliação negativa associada ao transtorno de ansiedade social.

Comorbidade As

taxas de transtorno desafiador opositivo são muito mais altas em amostras de crianças, adolescentes e adultos com TDAH, e isso pode ser resultado de fatores de risco temperamentais compartilhados. Além disso, o transtorno desafiador opositivo geralmente precede o transtorno de conduta, embora pareça ser mais comum em crianças com o subtipo de início na infância. Indivíduos com transtorno desafiador opositivo também apresentam risco aumentado para transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior, e isso parece ser atribuído em grande parte à presença dos sintomas de humor irritado-irritável. Extremamente alto

foram relatadas taxas de comorbidade entre transtorno disruptivo da desregulação do humor e sintomas característicos do transtorno desafiador opositivo, com a maioria dos indivíduos com transtorno disruptivo da desregulação do humor apresentando sintomas que atendem aos critérios para transtorno desafiador opositivo (como apresentar sintomas argumentativos/desafiadores); mas como o transtorno desafiador opositivo não pode ser diagnosticado se os critérios também forem atendidos para transtorno disruptivo da desregulação do humor, apenas o transtorno disruptivo da desregulação do humor seria diagnosticado nesses casos. Adolescentes e adultos com transtorno desafiador opositivo também apresentam uma taxa mais alta de transtornos por uso de substâncias,

527

embora não esteja claro se essa associação é independente da comorbidade com transtorno de conduta.

Transtorno explosivo intermitente

Critério de diagnóstico	F63.81
A. Explosões comportamentais recorrentes representando uma falha no controle agressivo Impulsos manifestados por qualquer um dos seguintes: 1. Agressão verbal (por exemplo, birras, tiradas, discussões verbais ou brigas) ou agressão física contra propriedade, animais ou outros indivíduos, ocorrendo duas vezes por semana, em média, por um período de 3 meses. A agressão física não resulta em dano ou destruição de propriedade e não resulta em lesão física a animais ou outros indivíduos.	
2. Três explosões comportamentais envolvendo danos ou destruição de propriedade e/ou agressão física envolvendo danos físicos contra animais ou outros indivíduos ocorridos dentro de um período de 12 meses.	
B. A magnitude da agressividade expressa durante as explosões recorrentes é grosseiramente desproporcional à provocação ou a quaisquer estressores psicossociais precipitantes.	
C. As explosões agressivas recorrentes não são premeditadas (ou seja, são impulsivas e/ou baseadas na raiva) e não são comprometidas com algum objetivo tangível (por exemplo, dinheiro, poder, intimidação).	
D. As explosões agressivas recorrentes causam sofrimento acentuado no indivíduo ou prejuízo no funcionamento ocupacional ou interpessoal, ou estão associadas a consequências financeiras ou legais.	
E. A idade cronológica é de pelo menos 6 anos (ou nível de desenvolvimento equivalente).	
F. As explosões agressivas recorrentes não são melhor explicadas por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno psicótico, transtorno de personalidade antissocial, transtorno de personalidade limítrofe) e não são atribuíveis a outra condição médica (ex., traumatismo craniano, doença de Alzheimer) ou aos efeitos fisiológicos	

de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento). Para crianças de 6 a 18 anos, o comportamento agressivo que ocorre como parte de um transtorno de ajustamento não deve ser considerado para este diagnóstico.

Nota: Este diagnóstico pode ser feito em adição ao diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno de conduta, transtorno desafiador opositivo ou transtorno do espectro do autismo quando as explosões de agressividade impulsivas recorrentes são maiores do que aquelas geralmente vistas nesses transtornos e justificam atenção clínica independente .

Características Diagnósticas

As explosões agressivas impulsivas (ou baseadas em raiva) no transtorno explosivo intermitente têm um início rápido e, tipicamente, pouco ou nenhum período prodromico. As explosões geralmente duram menos de 30 minutos e geralmente ocorrem em resposta a uma pequena provocação de um íntimo ou associado próximo. Indivíduos com transtorno explosivo intermitente geralmente apresentam episódios menos graves de agressão física verbal ou não danosa, não destrutiva ou não prejudicial (Critério A1) entre episódios destrutivos/agressivos mais graves (Critério A2). O critério A1 define crises agressivas frequentes (ou seja, duas vezes por semana, em média, por um período de 3 meses) caracterizadas por acessos de raiva, tiradas, discussões verbais ou brigas, ou agressão sem danos a objetos ou sem danos a animais ou outros indivíduos. O critério A2 define explosões agressivas impulsivas infreqüentes (ou seja, três em um período de 1 ano) caracterizadas por danificar ou destruir um objeto, independentemente de seu valor tangível, ou por

528

agredir/atacar ou causar danos físicos a um animal ou a outro indivíduo.

Independentemente da natureza da explosão agressiva impulsiva, a característica central do transtorno explosivo intermitente é a incapacidade de controlar o comportamento agressivo impulsivo em resposta à provocação experimentada subjetivamente (isto é, estressor psicossocial) que normalmente não resultaria em uma explosão agressiva (Critério B). As explosões agressivas são geralmente impulsivas ou baseadas em raiva, em vez de premeditadas ou instrumentais (Critério C) e causam sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento ocupacional ou interpessoal ou estão associadas a consequências financeiras ou legais (Critério D). Um diagnóstico de transtorno explosivo intermitente não deve ser dado a indivíduos com menos de 6 anos, ou nível de desenvolvimento equivalente (Critério E), ou a indivíduos cujas explosões agressivas são melhor explicadas por outro transtorno mental (Critério F). Um diagnóstico de transtorno explosivo intermitente não deve ser dado a indivíduos com transtorno disruptivo da desregulação do humor ou a indivíduos cujas explosões de agressividade impulsivas são atribuíveis a outra condição médica ou aos efeitos fisiológicos de uma substância (Critério F). Além disso, crianças de 6 a 18 anos não devem receber esse diagnóstico quando explosões agressivas impulsivas ocorrem no contexto de um transtorno de ajustamento (Critério F).

Recursos associados

Transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e transtornos por uso de substâncias estão associados ao transtorno explosivo intermitente, embora o início desses transtornos seja tipicamente mais tardio do que o do transtorno explosivo intermitente.

A pesquisa fornece suporte neurobiológico para a presença de anormalidades serotoninérgicas, globalmente e no cérebro, especificamente em áreas do sistema límbico (cingulado anterior) e córtex orbitofrontal em indivíduos com transtorno explosivo intermitente. As respostas da amígdala a estímulos de raiva, durante a ressonância magnética funcional, são maiores em indivíduos com transtorno explosivo intermitente em comparação com pessoas saudáveis. Além disso, o volume de massa cinzenta em várias regiões frontolímbicas é reduzido e se correlaciona inversamente com as medidas de agressividade em indivíduos com transtorno explosivo intermitente, embora essas diferenças cerebrais nem sempre sejam observadas.

Prevalência

A prevalência de 1 ano para transtorno explosivo intermitente nos Estados Unidos é de cerca de 2,6%, com uma prevalência ao longo da vida de 4,0%. Prevalências mais altas de 1 ano de 3,9% e 6,9% (definição restrita) estão presentes entre afro-americanos e adolescentes negros caribenhos, respectivamente, nos Estados Unidos, especialmente entre os homens. Isso é consistente com taxas mais altas de transtorno psiquiátrico em 12 meses entre homens negros do Caribe imigrantes e seus filhos de segunda e terceira geração, possivelmente associados à mobilidade social descendente e aos efeitos do racismo. No entanto, a prevalência relatada de transtorno de conduta ou outros transtornos disruptivos pode ser afetada por erros de diagnóstico ou sobrediagnóstico de indivíduos de algumas origens culturais.

O transtorno explosivo intermitente é mais prevalente em indivíduos mais jovens (por exemplo, com menos de 35-40 anos), em comparação com indivíduos com mais de 50 anos e indivíduos com ensino médio ou menos. Em alguns estudos, a prevalência de transtorno explosivo intermitente é maior em homens e meninos do que em mulheres e meninas; outros estudos não encontraram diferenças de sexo ou gênero.

Desenvolvimento e Curso O início

do comportamento agressivo recorrente, problemático e impulsivo é mais comum no final da infância ou adolescência e raramente começa pela primeira vez após os 40 anos. O curso do transtorno pode ser episódico, com períodos recorrentes de explosões agressivas impulsivas. O transtorno explosivo intermitente parece seguir um curso crônico e persistente ao longo de muitos anos. Também parece ser bastante comum, independentemente da presença ou ausência de

529

transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) ou outros transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta (por exemplo, transtorno de conduta, transtorno desafiador opositivo).

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. Indivíduos com histórico de trauma físico e emocional durante os primeiros 20 anos de vida apresentam risco aumentado de transtorno explosivo intermitente. Deslocamento de longo prazo de casa e separação de membros da família são fatores de risco em alguns ambientes de população de refugiados.

Genética e fisiológica. Parentes de primeiro grau de indivíduos com transtorno explosivo intermitente apresentam risco aumentado para transtorno explosivo intermitente, e estudos com gêmeos demonstraram uma influência genética substancial para a agressão impulsiva.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

A menor prevalência de transtorno explosivo intermitente em algumas regiões (Ásia, Oriente Médio) ou países (Romênia, Nigéria), em comparação com os Estados Unidos, sugere que as informações sobre comportamentos agressivos recorrentes, problemáticos e impulsivos não são obtidas em questionamento ou é menos provável de estar presente, devido a fatores culturais.

Associação com pensamentos ou comportamento suicida Um estudo

com 1.460 voluntários de pesquisa descobriu que o transtorno explosivo intermitente comórbido com transtorno de estresse pós-traumático estava associado a uma taxa marcadamente elevada de tentativa de suicídio ao longo da vida (41%). Transtorno de estresse pós-traumático e transtorno explosivo intermitente foram os únicos transtornos associados à tentativa de suicídio entre soldados com ideação suicida, embora o papel do transtorno explosivo intermitente tenha sido menos claro em análises multivariadas.

Consequências Funcionais do Transtorno Explosivo Intermitente Social (p. como

resultado de comportamento agressivo contra pessoa ou propriedade; acusações criminais por agressão) os problemas geralmente se desenvolvem como resultado de desordem explosiva intermitente.

Diagnóstico Diferencial Um

diagnóstico de transtorno explosivo intermitente não deve ser feito quando os Critérios A1 e/ou A2 são atendidos apenas durante um episódio de outro transtorno mental (p. a outra condição médica ou aos efeitos fisiológicos de uma substância ou medicamento. Esse diagnóstico também não deve ser feito, principalmente em crianças e adolescentes de 6 a 18 anos, quando as explosões de agressividade impulsiva ocorrem no contexto de um transtorno de ajustamento.

Transtorno disruptivo da desregulação do humor Em contraste com o transtorno explosivo intermitente, o transtorno disruptivo da desregulação do humor é caracterizado por um estado de humor persistentemente negativo (isto é, irritabilidade, raiva) na maior parte do dia, quase todos os dias, entre explosões impulsivas agressivas. Um diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor só pode ser dado quando o início de explosões agressivas recorrentes, problemáticas e impulsivas ocorre antes dos 10 anos de idade. Finalmente, um diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor não deve ser feito pela primeira vez após os 18 anos de idade. Caso contrário, esses diagnósticos são mutuamente exclusivos.

Transtorno de personalidade antissocial ou transtorno de personalidade limítrofe Indivíduos com anti-social transtorno de personalidade ou transtorno de personalidade limítrofe muitas vezes apresentam sintomas recorrentes,

explosões agressivas impulsivas problemáticas. No entanto, o nível de agressão impulsiva em indivíduos com transtorno de personalidade antissocial ou transtorno de personalidade limítrofe é menor do que em indivíduos com transtorno explosivo intermitente.

Delirium, transtorno neurocognitivo maior e alteração de personalidade devido a outra condição médica, tipo agressivo.

Um diagnóstico de transtorno explosivo intermitente não deve ser feito quando as explosões agressivas são consideradas como resultado dos efeitos fisiológicos de outra condição médica diagnosticável (por exemplo, lesão cerebral associada a uma mudança na personalidade caracterizada por explosões agressivas; epilepsia parcial complexa). Anormalidades inespecíficas no exame neurológico (por exemplo, "sinais leves") e alterações eletroencefalográficas inespecíficas são compatíveis com o diagnóstico de transtorno explosivo intermitente, a menos que haja uma condição médica diagnosticável que explique melhor as explosões agressivas impulsivas.

Intoxicação por substância ou abstinência de substância. Um diagnóstico de transtorno explosivo intermitente não deve ser feito quando as explosões de agressividade impulsivas estão quase sempre associadas à intoxicação ou abstinência de substâncias (por exemplo, álcool, fenciclidina, cocaína e outros estimulantes, barbitúricos, inalantes). No entanto, quando um número suficiente de explosões de agressividade impulsiva também ocorre na ausência de intoxicação ou abstinência de substância, e estas justificam atenção clínica independente, um diagnóstico de transtorno explosivo intermitente pode ser dado.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno de conduta, transtorno desafiador opositivo ou transtorno do espectro autista.

Indivíduos com qualquer um desses distúrbios de início na infância podem apresentar explosões agressivas impulsivas. Indivíduos com TDAH são tipicamente impulsivos e, como resultado, também podem apresentar explosões agressivas impulsivas. Enquanto indivíduos com transtorno de conduta podem apresentar surtos agressivos impulsivos, a forma de agressão caracterizada pelos critérios diagnósticos é proativa e predatória. A agressão no transtorno desafiador opositivo é tipicamente caracterizada por acessos de raiva e argumentos verbais com figuras de autoridade, enquanto as explosões agressivas impulsivas no transtorno explosivo intermitente são uma resposta a uma gama mais ampla de provocações e incluem agressão física. O nível de agressão impulsiva em indivíduos com histórico de um ou mais desses transtornos foi relatado como menor do que em indivíduos comparáveis cujos sintomas também atendem aos Critérios A a E de transtorno explosivo intermitente. Assim, se os Critérios A a E também forem atendidos, e as explosões agressivas impulsivas justificam atenção clínica independente, um diagnóstico de transtorno explosivo intermitente pode ser dado.

Comorbidade

Transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar e transtornos por uso de substâncias são mais comumente comórbidos com transtorno explosivo intermitente em amostras da comunidade. Além disso, indivíduos com transtorno de personalidade antisocial ou transtorno de personalidade limítrofe e indivíduos com histórico de transtornos com comportamentos disruptivos (por exemplo, TDAH, transtorno de conduta, transtorno desafiador opositivo) correm maior risco de transtorno explosivo intermitente comórbido.

Transtorno de conduta

Critério de diagnóstico

- A. Um padrão de comportamento repetitivo e persistente no qual os direitos básicos dos outros

ou as principais normas ou regras sociais apropriadas à idade são violadas, manifestada pela presença de pelo menos três dos 15 critérios a seguir nos últimos 12 meses de qualquer uma das categorias abaixo, com pelo menos um critério presente nos últimos 6 meses:

531

Agressão a Pessoas e Animais 1.

- Frequentemente intimida, ameaça ou intimida os outros.
2. Frequentemente inicia brigas físicas.
 3. Usou uma arma que pode causar sérios danos físicos a outras pessoas (por exemplo, um bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, arma).
 4. Tem sido fisicamente cruel com as pessoas.
 5. Foi fisicamente cruel com os animais.
 6. Roubou enquanto confrontava uma vítima (por exemplo, assalto, roubo de bolsa, extorsão, assalto à mão armada).
 7. Forçou alguém a ter atividade sexual.

Destruição de propriedade

8. Envolveu-se deliberadamente em atejar fogo com a intenção de causar sérios danos dano.
9. Destruiu deliberadamente a propriedade alheia (exceto por incêndio).

Falsidade ou Roubo

10. Invadiu a casa, prédio ou carro de outra pessoa.
11. Muitas vezes mente para obter bens ou favores ou para evitar obrigações (ou seja, "contras" outros).
12. Roubou itens de valor não trivial sem confrontar a vítima (por exemplo, furtos em lojas, mas sem arrombamento; falsificação).

Violações graves de regras

13. Frequentemente sai à noite apesar das proibições dos pais, começando antes dos 13 anos anos.
 14. Fugiu de casa durante a noite pelo menos duas vezes enquanto morava na casa dos pais ou casa de aluguel dos pais, ou uma vez sem retornar por um longo período.
 15. Frequentemente falta à escola, começando antes dos 13 anos.
- B. A perturbação no comportamento causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
- C. Se o indivíduo tem 18 anos ou mais, os critérios não são atendidos para antissocial transtorno de personalidade.

Especificar se:

F91.1 Tipo de início na infância: Os indivíduos apresentam pelo menos um sintoma característico de transtorno de conduta antes dos 10 anos de idade.

F91.2 Tipo de início na adolescência: Os indivíduos não apresentam sintomas característicos de

transtorno de conduta antes dos 10 anos.

F91.9 Início não especificado: Os critérios para um diagnóstico de transtorno de conduta são atendidos, mas não há informações suficientes disponíveis para determinar se o início do primeiro sintoma foi antes ou depois dos 10 anos de idade.

Especifique

se: **Com emoções pró-sociais limitadas:** Para se qualificar para este especificador, um indivíduo deve ter exibido pelo menos duas das seguintes características persistentemente por pelo menos 12 meses e em vários relacionamentos e configurações. Essas características refletem o padrão típico de funcionamento interpessoal e emocional do indivíduo nesse período e não apenas ocorrências ocasionais em algumas situações. Assim, para avaliar os critérios para o especificador, são necessárias múltiplas fontes de informação. Além do autorrelato do indivíduo, é necessário considerar relatos de outras pessoas que conhecem o indivíduo por longos períodos de tempo (por exemplo, pais, professores, colegas de trabalho, membros da família extensa, colegas).

532

Ausência de remorso ou culpa: Não se sente mal ou culpado quando faz algo errado (excluir remorso quando expresso apenas quando pego e/ou enfrentando punição). O indivíduo mostra uma falta geral de preocupação com as consequências negativas de suas ações. Por exemplo, o indivíduo não sente remorso depois de ferir alguém ou não se importa com as consequências de quebrar as regras.

Insensível – falta de empatia: desconsidera e não se preocupa com os sentimentos dos outros. O indivíduo é descrito como frio e indiferente. O indivíduo parece mais preocupado com os efeitos de suas ações sobre si mesmo, do que seus efeitos sobre os outros, mesmo quando resultam em danos substanciais para os outros.

Despreocupado com o desempenho: Não demonstra preocupação com o desempenho ruim/problemático na escola, no trabalho ou em outras atividades importantes. O indivíduo não faz o esforço necessário para ter um bom desempenho, mesmo quando as expectativas são claras, e normalmente culpa os outros por seu mau desempenho.

Afeto superficial ou deficiente: Não expressa sentimentos ou mostra emoções para os outros, exceto de maneiras que parecem superficiais, insinceras ou superficiais (por exemplo, ações contradizem a emoção exibida; podem ativar ou “desativar” emoções rapidamente) ou quando emocional expressões são usadas para ganho (por exemplo, emoções exibidas para manipular ou intimidar os outros).

Especifique a gravidade

atual: **Leve:** Poucos ou nenhum problema de conduta além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, e os problemas de conduta causam danos relativamente pequenos a outros (por exemplo, mentir, evasão escolar, ficar fora depois de escurecer sem permissão, outra regra

quebra).

Moderado: O número de problemas de conduta e o efeito sobre os outros são intermediários entre aqueles especificados em “leve” e aqueles em “grave” (por exemplo, roubar sem confrontar a vítima, vandalismo).

Grave: Muitos problemas de conduta além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou problemas de conduta causam danos consideráveis a outras pessoas (por exemplo, sexo forçado,残酷, uso de arma, roubo ao confrontar a vítima, invasão de domicílio).

Subtipos Três

subtipos de transtorno de conduta são fornecidos com base na idade de início do transtorno. Tanto os subtipos de início na infância quanto os de início na adolescência podem ocorrer de forma leve, moderada ou grave. Um subtipo de início não especificado é designado quando não há informações suficientes para determinar a idade no início.

No transtorno de conduta com início na infância, os indivíduos geralmente são do sexo masculino, têm relacionamentos perturbados com seus pares, podem ter tido transtorno desafiador de oposição durante a primeira infância e geralmente apresentam sintomas que atendem a todos os critérios para transtorno de conduta antes da puberdade. Indivíduos com o tipo de início na infância podem ser mais propensos a apresentar agressividade em relação aos outros do que indivíduos com o tipo de início na adolescência. Muitas crianças com este subtipo também apresentam transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) concomitante ou outras dificuldades de desenvolvimento neurológico. Indivíduos com tipo de início na infância são mais propensos a ter transtorno de conduta persistente na idade adulta do que aqueles com tipo de início na adolescência. Indivíduos com transtorno de conduta com início na adolescência tendem a ter relacionamentos mais normativos com os pares (embora muitas vezes apresentem problemas de conduta na companhia de outras pessoas).

Especificadores

Uma minoria de indivíduos com transtorno de conduta exibe características que se qualificam para o especificador “com emoções pró-sociais limitadas”. Os indicadores desse especificador são aqueles que muitas vezes foram rotulados como traços insensíveis e sem emoção na pesquisa. Outras características de personalidade, como busca de emoção, destemor e insensibilidade à punição, também podem distinguir aquelas com características descritas no especificador. Indivíduos com

as características descritas neste especificador podem ser mais propensas do que outros indivíduos com transtorno de conduta a se envolver em agressão planejada para ganho instrumental. Indivíduos com transtorno de conduta de qualquer subtipo ou qualquer nível de gravidade podem ter características que se qualificam para o especificador “com emoções pró-sociais limitadas”, embora indivíduos com o especificador sejam mais propensos a ter o tipo de início na infância e uma classificação do especificador de gravidade de grave.

Embora a validade do autorrelato para avaliar a presença do especificador tenha sido apoiada em alguns contextos de pesquisa, indivíduos com transtorno de conduta com esse especificador podem não admitir prontamente os traços em uma entrevista clínica. Assim, para avaliar os critérios para o especificador, são necessárias múltiplas fontes de informação. Além disso, porque os indicadores do especificador são características

que refletem o padrão típico de funcionamento interpessoal e emocional do indivíduo, é importante considerar relatos de outras pessoas que conhecem o indivíduo por longos períodos de tempo e através de relacionamentos e ambientes (por exemplo, pais, professores, colegas de trabalho, membros da família extensa, pares).

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de conduta é um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual os direitos básicos dos outros ou as principais normas ou regras sociais apropriadas à idade são violados (Critério A). Esses comportamentos se enquadram em quatro grupos principais: conduta agressiva que causa ou ameaça danos físicos a outras pessoas ou animais (Critérios A1–A7); conduta não agressiva que cause perda ou dano à propriedade (Critérios A8–A9); engano ou roubo (Critérios A10–A12); e violações graves das regras (Critérios A13–A15). Três ou mais comportamentos característicos devem estar presentes nos últimos 12 meses, com pelo menos um comportamento presente nos últimos 6 meses. A perturbação no comportamento causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional (Critério B). O padrão de comportamento geralmente está presente em uma variedade de ambientes, como em casa, na escola ou na comunidade. Como os indivíduos com transtorno de conduta tendem a minimizar seus problemas de conduta, o clínico geralmente precisa contar com informantes adicionais. No entanto, o conhecimento dos informantes sobre os problemas de conduta do indivíduo pode ser limitado se eles tiverem supervisionado inadequadamente o indivíduo ou o indivíduo ocultar comportamentos sintomáticos.

Indivíduos com transtorno de conduta geralmente iniciam um comportamento agressivo e reagem agressivamente aos outros. Eles podem apresentar comportamento de bullying, ameaça ou intimidação (incluindo bullying por meio de mensagens em mídias sociais baseadas na web) (Critério A1); iniciar brigas físicas frequentes (Critério A2); usar uma arma que possa causar sérios danos físicos (por exemplo, um bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, revólver) (Critério A3); ser fisicamente cruel com pessoas (Critério A4) ou animais (Critério A5); roubar enquanto confronta a vítima (por exemplo, assalto, roubo de bolsa, extorsão, assalto à mão armada) (Critério A6); ou forçar alguém a ter atividade sexual (Critério A7). A violência física pode assumir a forma de estupro, agressão ou, em casos raros, homicídio. A destruição deliberada de propriedade alheia pode incluir incêndio deliberado com a intenção de causar danos graves (Critério A8) ou destruição deliberada de propriedade de outras pessoas de outras maneiras (por exemplo, quebrar janelas de carro, vandalizar propriedade escolar) (Critério A9). Atos de falsidade ou roubo podem incluir arrombamento da casa, prédio ou carro de outra pessoa (Critério A10); frequentemente mentir ou quebrar promessas para obter bens ou favores ou para evitar dívidas ou obrigações (por exemplo, “enganar” outros indivíduos) (Critério A11); ou roubar itens de valor não trivial sem confrontar a vítima (por exemplo, furto em loja, falsificação, fraude) (Critério A12).

Indivíduos com transtorno de conduta também podem frequentemente cometer graves violações de regras (por exemplo, escola, pais, local de trabalho). Crianças com transtorno de conduta geralmente têm um padrão, começando antes dos 13 anos, de ficar fora até tarde da noite apesar das proibições dos pais (Critério A13). As crianças também podem apresentar um padrão de fuga de casa durante a noite (Critério A14). Para ser considerado um sintoma de transtorno de conduta, a fuga deve ter ocorrido pelo menos duas vezes (ou apenas uma se o indivíduo não retornou por um longo período). Episódios de fuga que ocorrem como consequência direta de abuso físico ou sexual normalmente não se qualificam para este critério. Crianças com transtorno de conduta podem frequentemente faltar à escola, começando antes dos 13 anos de idade (Critério A15).

Recursos associados

Especialmente em situações ambíguas, indivíduos agressivos com transtorno de conduta frequentemente percebem erroneamente as intenções dos outros como mais hostis e ameaçadoras do que o caso e respondem com uma agressão que eles consideram razoável e justificada. Características de personalidade do traço emocionalidade negativa e autocontrole deficiente, incluindo baixa tolerância à frustração, irritabilidade, explosões de temperamento, desconfiança, insensibilidade à punição, busca de emoção e imprudência, frequentemente ocorrem concomitantemente com transtorno de conduta. O uso indevido de substâncias é frequentemente uma característica associada, particularmente em meninas adolescentes.

Prevalência

As estimativas de prevalência populacional de um ano nos Estados Unidos e em outros países de alta renda variam de 2% a mais de 10%, com uma mediana de 4%. Nos Estados Unidos, a prevalência ao longo da vida foi de 12,0% entre os homens e 7,1% entre as mulheres. A prevalência de transtorno de conduta em amostras predominantemente ocidentais parece ser bastante consistente em vários países. As taxas de prevalência aumentam da infância à adolescência. A prevalência de transtorno de conduta com início na adolescência é mais frequentemente associada a estressores psicossociais – por exemplo, ser membro de um grupo étnico socialmente oprimido que enfrenta discriminação. Poucas crianças com transtorno de conduta prejudicial recebem tratamento.

Desenvolvimento e Curso

O início do transtorno de conduta pode ocorrer já nos anos pré-escolares, mas os primeiros sintomas significativos geralmente surgem durante o período da meia infância até a adolescência média.

O transtorno desafiador opositivo é um precursor comum do tipo de transtorno de conduta com início na infância. Os sintomas fisicamente agressivos são mais comuns do que os sintomas não agressivos durante a infância, mas os sintomas não agressivos tornam-se mais comuns do que os sintomas agressivos durante a adolescência.

O transtorno de conduta pode ser diagnosticado em adultos; entretanto, os sintomas do transtorno de conduta geralmente surgem na infância ou adolescência, e o início é raro após os 16 anos. O curso do transtorno de conduta após o início é variável. Na maioria dos indivíduos, o transtorno remite na idade adulta. Muitos indivíduos com transtorno de conduta – particularmente aqueles com início na adolescência e aqueles com poucos e mais leves sintomas – alcançam um ajuste social e ocupacional adequado quando adultos. No entanto, o tipo de início na infância prevê um pior prognóstico e um risco aumentado de comportamento criminoso, transtorno de conduta e transtornos relacionados a substâncias na idade adulta. Indivíduos com transtorno de conduta estão em risco de transtornos de humor posteriores, transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de controle de impulsos, transtornos psicóticos, transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados a substâncias quando adultos.

Os sintomas do distúrbio variam com a idade à medida que o indivíduo desenvolve maior força física, habilidades cognitivas e maturidade sexual. Comportamentos sintomáticos que surgem primeiro tendem a ser menos graves (por exemplo, mentir, furtar em lojas), enquanto os problemas de conduta que surgem por último tendem a ser mais graves (por exemplo, estupro, roubo ao confrontar a vítima). No entanto, existem grandes diferenças entre os indivíduos, com alguns se envolvendo em comportamentos mais prejudiciais em uma idade precoce (o que é

preditivo de pior prognóstico). Quando os indivíduos com transtorno de conduta atingem a idade adulta, sintomas de agressão, destruição de propriedade, falsidade e violação de regras, incluindo violência contra colegas de trabalho, parceiros e filhos, podem ser exibidos no local de trabalho e em casa, de modo que o transtorno de personalidade antisocial pode ser considerado.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Os fatores de risco temperamentais incluem uma criança difícil e subcontrolada, inteligência abaixo da média, particularmente no que diz respeito ao QI verbal.

Ambiental. Os fatores de risco em nível familiar incluem rejeição e negligência dos pais, práticas de criação de filhos, disciplina severa, abuso físico ou sexual, falta de supervisão,

535

vida institucional precoce, mudanças frequentes de cuidadores, família grande, criminalidade dos pais e certos tipos de psicopatologia familiar (por exemplo, transtornos relacionados a substâncias). Os fatores de risco no nível da comunidade incluem rejeição de pares, associação com um grupo de delinquentes, desvantagem na vizinhança e exposição à violência. Ambos os tipos de fatores de risco tendem a ser mais comuns e graves entre indivíduos com o subtipo de transtorno de conduta com início na infância. Por outro lado, a migração parental é um fator de risco para as crianças que ficam no país de origem, bem como para as que migraram com os pais, sendo os problemas de conduta atribuíveis aos processos de aculturação. No entanto, imigrantes e refugiados de primeira geração geralmente têm menos problemas de conduta do que seus pares.

Genética e fisiológica. O transtorno de conduta é influenciado por fatores genéticos e ambientais. As associações genéticas podem ser mais fortes para sintomas agressivos. O risco é maior em crianças com pais biológicos ou adotivos ou irmãos com transtorno de conduta. O transtorno também parece ser mais comum em filhos de pais biológicos com transtorno grave por uso de álcool, transtornos depressivos e bipolares, esquizofrenia ou pais biológicos com histórico de TDAH ou transtorno de conduta. A história familiar caracteriza particularmente os indivíduos com o subtipo de transtorno de conduta com início na infância. A frequência cardíaca de repouso mais lenta foi observada de forma confiável em indivíduos com transtorno de conduta em comparação com aqueles sem o transtorno, e esse marcador não é característico de nenhum outro transtorno mental. A redução do condicionamento autonômico do medo, particularmente a baixa condutância da pele, também está bem documentada. No entanto, esses achados psicofisiológicos não são diagnósticos do transtorno. Diferenças estruturais e funcionais em áreas cerebrais associadas à regulação e processamento de afetos, particularmente conexões frontotemporais-límbicas envolvendo o córtex pré-frontal ventral do cérebro e a amígdala, foram consistentemente observadas em indivíduos com transtorno de conduta em comparação com aqueles sem o transtorno. No entanto, os achados de neuroimagem não são diagnósticos da doença.

Modificadores de curso. A persistência é mais provável para indivíduos com comportamentos que atendem aos critérios para o subtipo de início na infância e se qualificam para o especificador “com emoções pró-sociais limitadas”. O risco de persistência do transtorno de conduta também é aumentado pelo TDAH concomitante e pelo abuso de substâncias.

Problemas de diagnóstico relacionados à cultura

Às vezes, o diagnóstico de transtorno de conduta pode ser mal aplicado a indivíduos em ambientes onde os padrões de comportamento disruptivo são vistos como quase normativos (por exemplo, em áreas muito ameaçadoras e de alta criminalidade ou zonas de guerra). Portanto, o contexto em que os comportamentos indesejáveis ocorreram deve ser considerado. Em jovens de grupos étnicos e racializados carentes, reações ao racismo que envolvem raiva e enfrentamento baseado em resistência podem ser erroneamente diagnosticadas como transtorno de conduta por profissionais desinformados, como sugerido pela associação entre experiências de discriminação e transtorno de conduta de início na adolescência nesses grupos.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero Meninos e homens com diagnóstico de transtorno de conduta frequentemente apresentam brigas, roubos, vandalismo e problemas de disciplina escolar. Meninas e mulheres com diagnóstico de transtorno de conduta são mais propensas a apresentar mentiras, evasão escolar, fuga e prostituição. Enquanto meninos e homens e meninas e mulheres apresentam agressão relacional (comportamento que prejudica as relações sociais de outras pessoas), meninas e mulheres exibem consideravelmente menos agressão física do que meninos e homens.

Associação com Pensamentos ou Comportamentos Suicidas Pensamentos

suicidas, tentativas de suicídio e suicídio ocorrem em uma taxa maior do que a esperada em indivíduos com transtorno de conduta. Um grande estudo realizado em Taiwan que acompanhou adolescentes com transtorno de conduta ao longo de 10 anos descobriu que o transtorno de conduta estava associado

536

com uma taxa mais alta de tentativas de suicídio, mesmo após ajuste para transtornos de humor, ansiedade e uso de substâncias comórbidas.

Consequências Funcionais do Transtorno de Conduta Comportamentos

de transtorno de conduta podem levar à suspensão ou expulsão escolar, problemas de adaptação ao trabalho, dificuldades legais, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não planejada e lesões físicas por acidentes ou brigas. Esses problemas podem impedir a frequência a escolas comuns ou a morar em um lar parental ou adotivo. O transtorno de conduta é frequentemente associado a um início precoce do comportamento sexual, uso de álcool, tabagismo, uso de substâncias ilícitas e atos imprudentes e de risco. As taxas de acidentes parecem ser maiores entre os indivíduos com transtorno de conduta em comparação com aqueles sem o transtorno. Essas consequências funcionais do transtorno de conduta podem aumentar o risco de problemas de saúde quando os indivíduos atingem a meia-idade. Não é incomum que indivíduos com transtorno de conduta entrem em contato com o sistema de justiça criminal por se envolverem em comportamento ilegal. O transtorno de conduta é um motivo comum de encaminhamento para tratamento e é frequentemente diagnosticado em estabelecimentos de saúde mental para crianças, especialmente na prática forense. Está associada a um comprometimento mais grave e crônico do que o experimentado por outras crianças encaminhadas à clínica.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno desafiador opositivo

O transtorno de conduta e o transtorno desafiador opositivo estão relacionados

a sintomas que colocam o indivíduo em conflito com adultos e outras figuras de autoridade (por exemplo, pais, professores, supervisores de trabalho). Os comportamentos do transtorno desafiador opositivo são tipicamente de natureza menos grave do que os de indivíduos com transtorno de conduta e não incluem agressão a pessoas ou animais, destruição de propriedade ou um padrão de roubo ou engano.

Além disso, o transtorno desafiador opositivo inclui problemas de desregulação emocional (ou seja, humor raivoso e irritável) que não estão incluídos na definição de transtorno de conduta. Quando os critérios são preenchidos tanto para transtorno desafiador opositivo quanto para transtorno de conduta, ambos os diagnósticos podem ser dados.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Embora as crianças com TDAH muitas vezes exibam comportamento hiperativo e impulsivo que pode ser perturbador, esse comportamento por si só não viola as normas sociais ou os direitos dos outros e, portanto, geralmente não atende aos critérios para transtorno de conduta.

Quando os critérios são preenchidos para TDAH e transtorno de conduta, ambos os diagnósticos devem ser dados.

Transtornos depressivos e bipolares. Irritabilidade, agressividade e problemas de conduta podem ocorrer em crianças ou adolescentes com transtorno depressivo maior, transtorno bipolar ou transtorno disruptivo da desregulação do humor. Os problemas comportamentais associados a esses transtornos de humor geralmente podem ser diferenciados do padrão de problemas de conduta observados no transtorno de conduta com base em seu curso. Especificamente, os indivíduos com transtorno de conduta apresentarão níveis substanciais de problemas de conduta agressivos ou não agressivos durante períodos em que não há perturbação do humor, seja historicamente (ou seja, uma história de problemas de conduta anterior ao início do distúrbio de humor) ou concomitantemente (ou seja, exibição de alguns problemas de conduta que são premeditados e não ocorrem durante períodos de intensa excitação emocional). Nos casos em que os critérios para transtorno de conduta e transtorno de humor são atendidos, ambos os diagnósticos podem ser dados.

Transtorno explosivo intermitente. Tanto o transtorno de conduta quanto o transtorno explosivo intermitente envolvem altas taxas de agressão. No entanto, a agressão em indivíduos com transtorno explosivo intermitente é limitada à agressão impulsiva e não é premeditada, e não é cometida para atingir algum objetivo tangível (por exemplo, dinheiro, poder, intimidação). Além disso, a definição de transtorno explosivo intermitente não inclui os sintomas não agressivos do transtorno de conduta. Se os critérios para ambos os transtornos forem atendidos, o diagnóstico de transtorno explosivo intermitente deve ser dado apenas quando as explosões de agressividade impulsivas recorrentes justificarem atenção clínica independente.

Distúrbios de ajuste. O diagnóstico de um transtorno de ajustamento (com distúrbio de conduta ou com distúrbio misto de emoções e conduta) deve ser considerado se problemas de conduta clinicamente significativos que não atendem aos critérios para outro transtorno específico se desenvolverem em associação clara com o início de um estressor psicossocial e não resolva dentro de 6 meses após o término do estressor (ou suas consequências). O transtorno de conduta é diagnosticado apenas quando os problemas de conduta representam um padrão repetitivo e persistente que está associado a prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

Comorbidade

TDAH e transtorno desafiador opositivo são comuns em indivíduos com transtorno de conduta, e essa apresentação comórbida prediz piores resultados. Indivíduos que mostram a personalidade

características associadas ao transtorno de personalidade antisocial muitas vezes violam os direitos básicos dos outros ou violam as principais normas sociais apropriadas à idade e, como resultado, seu padrão de comportamento geralmente atende aos critérios para transtorno de conduta. O transtorno de conduta também pode ocorrer concomitantemente com um ou mais dos seguintes transtornos mentais: transtorno específico de aprendizagem, transtornos de ansiedade, transtornos depressivos ou bipolares e transtornos relacionados a substâncias. O desempenho acadêmico, particularmente em leitura e outras habilidades verbais, geralmente está abaixo do nível esperado com base na idade e na inteligência e pode justificar o diagnóstico adicional de transtorno específico de aprendizagem ou transtorno de comunicação.

Transtorno de personalidade antisocial

Critérios e texto para transtorno de personalidade antisocial podem ser encontrados no capítulo “Transtornos de Personalidade”. Como esse transtorno está intimamente ligado ao espectro de transtornos de conduta “externalizantes” neste capítulo, bem como aos transtornos do capítulo adjacente “Transtornos relacionados a substâncias e vícios”, ele está listado aqui, bem como no capítulo “Personalidade Distúrbios.”

Piromania

Critério de diagnóstico	F63.1
<ul style="list-style-type: none"> A. Acender fogo 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 exemplo, parafernália, usos, consequências). D. Prazer, gratificação ou alívio ao atear fogo ou ao testemunhar ou participando de suas consequências. E. O atear fogo não é feito para ganho monetário, como expressão de ideologia sociopolítica, para ocultar atividade criminosa, para expressar raiva ou vingança, para melhorar as condições de vida de alguém, em resposta a um delírio ou alucinação, ou como resultado de deficiência julgamento (por exemplo, no transtorno neurocognitivo maior, transtorno do desenvolvimento intelectual [deficiência intelectual], intoxicação por substância). F. O início do incêndio não é melhor explicado por transtorno de conduta, episódio maníaco ou transtorno de personalidade antisocial. 	

Características

Diagnósticas A característica essencial da piromania é a presença de múltiplos episódios de incêndio deliberado e proposital (Critério A). Indivíduos com esse transtorno experimentam tensão ou excitação afetiva antes de atear fogo (Critério B). Há um fascínio, interesse,

consequências) (Critério C). Indivíduos com esse transtorno costumam ser “observadores” regulares de incêndios em suas vizinhanças, podem disparar alarmes falsos e obter prazer em instituições, equipamentos e pessoal associado ao incêndio. Eles podem passar algum tempo no corpo de bombeiros local, atejar incêndios para serem afiliados ao corpo de bombeiros ou até se tornarem bombeiros. Indivíduos com esse transtorno sentem prazer, gratificação ou alívio ao atejar fogo, testemunhar seus efeitos ou participar de suas consequências (Critério D). O atejar fogo não é feito para ganho monetário, como expressão de ideologia sociopolítica, para ocultar atividade criminosa, para expressar raiva ou vingança, para melhorar as condições de vida de alguém, ou em resposta a um delírio ou alucinação (Critério E). O desencadeamento do incêndio não resulta de julgamento prejudicado (por exemplo, no transtorno neurocognitivo maior ou no transtorno do desenvolvimento intelectual [deficiência intelectual]). O diagnóstico não é feito se o início do incêndio for melhor explicado por transtorno de conduta, episódio maníaco ou transtorno de personalidade antissocial (Critério F).

Recursos associados

Indivíduos com piromania podem fazer uma preparação antecipada considerável para iniciar um incêndio. Eles podem ser indiferentes às consequências para a vida ou propriedade causadas pelo incêndio, ou podem obter satisfação com a destruição de propriedade resultante. Os comportamentos podem levar a danos materiais, consequências legais ou ferimentos ou perda de vida ao incendiário ou a outros. Indivíduos que ateiam fogo impulsivamente (que podem ou não ter piromania) geralmente têm um histórico atual ou passado de transtorno por uso de álcool.

Prevalência

A prevalência populacional de piromania não é conhecida. A prevalência ao longo da vida do comportamento de atejar fogo, que é apenas um componente da piromania e não é suficiente para um diagnóstico por si só, foi relatada como 1,0% a 1,1% em uma amostra populacional. O comportamento de atejar fogo ocorre mais frequentemente em homens do que em mulheres (prevalência ao longo da vida 1,7% vs. 0,4%); no entanto, não se sabe se isso também vale para a piromania. As comorbidades mais comuns de comportamento incendiário foram transtorno de personalidade antissocial, transtorno por uso de substâncias, transtorno bipolar e transtorno de jogo.

Em contraste com o incêndio, a piromania como diagnóstico primário parece ser muito rara. Entre uma amostra de pessoas em um hospital finlandês que chegam ao sistema criminal por causa de incêndios repetidos, apenas 3,3% apresentavam sintomas que preenchiam todos os critérios para piromania. Em um estudo americano, 3,4% de uma amostra de adultos hospitalizados por motivos psiquiátricos apresentavam sintomas que preenchiam todos os critérios para piromania atual.

Desenvolvimento e Curso Embora

os dados sejam limitados, algumas pesquisas sugerem que o final da adolescência pode ser a idade típica de início da piromania. A relação entre incêndio na infância e piromania na idade adulta não foi documentada. Em indivíduos com piromania, os incidentes de início de incêndio são episódicos e podem aumentar e diminuir em frequência. O curso longitudinal é desconhecido. Embora o incêndio seja um grande problema em crianças e adolescentes (mais de 40% dos presos por incêndio criminoso nos Estados Unidos são menores de 18 anos), a piromania na infância parece ser rara. O desencadeamento de incêndio juvenil geralmente está associado a transtorno de conduta, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou transtorno de ajustamento.

Questões de diagnóstico relacionadas ao sexo e ao gênero Embora o incêndio esteja associado ao comportamento antissocial em homens e mulheres, eles diferem em alguns dos comportamentos antissociais que acompanham o incêndio. Se isso vale para a piromania, que é um subconjunto daqueles com incêndio, é desconhecido.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Um estudo de uma amostra consecutiva de incendiários do sexo masculino que tiveram uma avaliação forense comparou cada caso com quatro controles pareados por idade, sexo e local de nascimento e descobriu que

539

a ocorrência de incêndio foi associada durante o seguimento a maiores taxas de suicídio e também de tentativa de suicídio. Não se sabe se essas diferenças se aplicam à piromania.

Diagnóstico Diferencial

Outras causas de incêndio intencional

É importante descartar outras causas de incêndio antes de dar o diagnóstico de piromania. O incêndio intencional pode ocorrer por lucro, sabotagem ou vingança; ocultar um crime; fazer uma declaração política (por exemplo, um ato de terrorismo ou protesto); ou para atrair atenção ou reconhecimento (por exemplo, atear fogo para descobri-lo e salvar o dia). O acendimento do fogo também pode ocorrer como parte da experimentação do desenvolvimento na infância (por exemplo, brincar com fósforos, isqueiros ou fogo).

Outros transtornos mentais

Um diagnóstico separado de piromania não é dado quando o incêndio ocorre como parte de um transtorno de conduta, um episódio maníaco ou transtorno de personalidade antissocial, ou se ocorre em resposta a um delírio ou alucinação (p. efeitos fisiológicos de outra condição médica (por exemplo, epilepsia). O diagnóstico de piromania também não deve ser dado quando o início do incêndio resulta de julgamento prejudicado associado a transtorno neurocognitivo maior, transtorno do desenvolvimento intelectual ou intoxicação por substâncias.

Comorbidade

Parece haver uma alta co-ocorrência de transtornos por uso de substâncias, transtorno de jogo, transtornos depressivos e bipolares e outros transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta com piromania.

Cleptomania

Critério de diagnóstico	F63.2
A. Falha recorrente em resistir a impulsos de roubar objetos que não são necessários para uso pessoal ou pelo seu valor monetário. B. Aumento da sensação de tensão imediatamente antes de cometer o roubo. C. Prazer, gratificação ou alívio no momento de cometer o roubo.	

- D. O roubo não é cometido para expressar raiva ou vingança e não é resposta a um delírio ou alucinação.
- E. O roubo não é melhor explicado por transtorno de conduta, episódio maníaco ou transtorno de personalidade antisocial.

Características

diagnósticas A característica essencial da cleptomania é a falha recorrente em resistir aos impulsos de roubar itens, mesmo que os itens não sejam necessários para uso pessoal ou por seu valor monetário (Critério A). O indivíduo experimenta uma crescente sensação subjetiva de tensão antes do roubo (Critério B) e sente prazer, gratificação ou alívio ao cometer o roubo (Critério C). O roubo não é cometido para expressar raiva ou vingança, não é feito em resposta a um delírio ou alucinação (Critério D) e não é mais bem explicado por transtorno de conduta, episódio maníaco ou transtorno de personalidade antissocial (Critério E). Os objetos são roubados apesar de serem tipicamente de pouco valor para o indivíduo, que poderia pagar por eles e muitas vezes os dá ou os descarta. Ocionalmente, o indivíduo pode acumular os objetos roubados ou devolvê-los clandestinamente. Embora os indivíduos com esse transtorno geralmente evitem roubar quando a prisão imediata for provável (por exemplo, à vista de um policial), eles geralmente não planejam os roubos ou assumem totalmente

540

em conta as chances de apreensão. O roubo é feito sem assistência ou colaboração de outros.

Recursos associados

Indivíduos com cleptomania geralmente tentam resistir ao impulso de roubar e estão cientes de que o ato é errado e sem sentido. O indivíduo frequentemente teme ser apreendido e muitas vezes se sente deprimido ou culpado pelos roubos. As vias de neurotransmissores associadas a vícios comportamentais, incluindo aquelas associadas aos sistemas de serotonina, dopamina e opióides, também parecem desempenhar um papel na cleptomania.

Prevalência

Nos Estados Unidos e no Canadá, a cleptomania ocorre em cerca de 4% a 24% dos indivíduos presos por furto em lojas. Sua prevalência na população geral dos EUA é muito rara, em aproximadamente 0,3% a 0,6%. As mulheres superam os homens na proporção de 3:1.

Desenvolvimento e Curso A

idade de início da cleptomania é variável, mas o transtorno geralmente começa na adolescência. No entanto, o distúrbio pode começar na infância, adolescência ou idade adulta e, em casos raros, no final da idade adulta. Há pouca informação sistemática sobre o curso da cleptomania, mas três cursos típicos foram descritos: esporádicos com episódios breves e longos períodos de remissão; episódico com períodos prolongados de roubo e períodos de remissão; e crônica com algum grau de flutuação. O transtorno pode continuar por anos, apesar de múltiplas condenações por

furtos.

Fatores de Risco e Prognósticos

Genéticos e fisiológicos. Parece haver uma maior taxa de transtornos por uso de álcool em primeiro grau indivíduos com cleptomania do que na população em geral.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas A

cleptomania tem sido associada a um risco aumentado de tentativas de suicídio.

Consequências funcionais da cleptomania O transtorno pode

causar dificuldades legais, familiares, profissionais e pessoais.

Diagnóstico Diferencial Furto

comum.

A cleptomania deve ser distinguida dos atos comuns de roubo ou furto em lojas. O roubo comum (planejado ou impulsivo) é deliberado e motivado pela utilidade do objeto ou seu valor monetário. Algumas pessoas, especialmente adolescentes, também podem roubar por desafio, como um ato de rebeldia ou como um rito de passagem. O diagnóstico não é feito a menos que outras características da cleptomania também estejam presentes. A cleptomania é rara, enquanto o furto em lojas é relativamente comum.

Simulação. Na simulação, os indivíduos podem simular os sintomas da cleptomania para evitar perseguição penal.

Transtorno de personalidade antissocial e transtorno de conduta Transtorno de personalidade antissocial e conduta Distinguem-se da cleptomania por um padrão geral de comportamento antissocial.

Episódios maníacos, episódios psicóticos e transtorno A cleptomania deve ser **neurocognitivo maior.** distinto do roubo intencional ou inadvertido que pode ocorrer durante um

541

episódio maníaco, em resposta a delírios ou alucinações (por exemplo, na esquizofrenia), ou como resultado de um transtorno neurocognitivo maior.

Comorbidade A

cleptomania pode estar associada à compra compulsiva, bem como a transtornos depressivos e bipolares (especialmente transtorno depressivo maior), transtornos de ansiedade, transtornos alimentares (principalmente bulimia nervosa), transtornos de personalidade, transtornos por uso de substâncias (especialmente transtorno por uso de álcool) e outros transtornos disruptivos., controle de impulsos e transtornos de conduta.

Outros Disruptivos, Controle de Impulsos e Conduta Especificados Transtorno

F91.8

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno disruptivo, de controle de impulsos e de conduta que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos sintomas. na classe diagnóstica de transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta. A outra categoria especificada de transtorno disruptivo, de controle de impulsos e de conduta é usada em situações nas quais o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não atende aos critérios para qualquer transtorno disruptivo, de controle de impulsos e de conduta específico. Isso é feito registrando-se “outro transtorno específico disruptivo, de controle de impulsos e de conduta” seguido pelo motivo específico (por exemplo, “explosões comportamentais recorrentes de frequência insuficiente”).

Disrupção não especificada, controle de impulsos e conduta Transtorno

F91.9

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno disruptivo, de controle de impulsos e de conduta que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos sintomas. na classe diagnóstica de transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta. A categoria de transtorno disruptivo, de controle de impulsos e de conduta não especificado é usada em situações nas quais o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno disruptivo, de controle de impulsos e de conduta específico, e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, em ambientes de pronto-socorro).

Transtornos Relacionados a Substâncias e Dependências

Os **transtornos relacionados a substâncias** abrangem 10 classes distintas de drogas: álcool; cafeína; cannabis; alucinógenos (com categorias separadas para fenciclidina [ou arilciclohexilaminas de ação semelhante] e outros alucinógenos); inalantes; opióides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes (substâncias do tipo anfetamina, cocaína e outros estimulantes); tabaco; e outras substâncias (ou desconhecidas). Essas 10 classes não são totalmente distintas.

Todas as drogas que são tomadas em excesso têm em comum a capacidade de ativar diretamente os sistemas de recompensa do cérebro, que estão envolvidos no reforço de comportamentos e estabelecimento de memórias.

Em vez de alcançar a ativação do sistema de recompensa por meio de comportamentos adaptativos, essas substâncias produzem uma ativação tão intensa do sistema de recompensa que as atividades normais podem ser negligenciadas. Os mecanismos farmacológicos pelos quais cada classe de drogas produz recompensas são diferentes, mas as drogas normalmente ativam o sistema e produzem sensações de prazer, muitas vezes referidas como “baratas”. Além disso, estudos sugerem que as raízes neurobiológicas dos transtornos por uso de substâncias para alguns indivíduos podem ser vistas em seus comportamentos muito antes do início do uso real da substância (por exemplo, níveis mais baixos de autocontrole podem refletir deficiências dos mecanismos inibitórios cerebrais); a pesquisa também sugere o impacto negativo do próprio uso de substâncias nos mecanismos inibitórios do cérebro.

Note-se que a expressão “dependência de drogas” não é aplicada como termo diagnóstico nesta classificação, embora seja de uso comum em muitos países para descrever problemas graves relacionados ao uso compulsivo e habitual de substâncias. O termo mais neutro *transtorno por uso de substâncias* é usado para descrever a ampla gama do transtorno, desde uma forma leve até um estado grave de padrão compulsivo e cronicamente recorrente de consumo de drogas. Alguns médicos optarão por usar a frase “dependência de drogas” para descrever apresentações mais graves, mas essa expressão é omitida da terminologia oficial de diagnóstico de transtorno por uso de substâncias do DSM-5 devido à sua definição incerta e sua conotação potencialmente negativa.

Além dos transtornos relacionados a substâncias, este capítulo também inclui o transtorno de jogo, refletindo a evidência de que os comportamentos de jogo ativam sistemas de recompensa semelhantes aos ativados por drogas de abuso e que produzem alguns sintomas comportamentais que parecem comparáveis aos produzidos pelos transtornos por uso de substâncias. Outros padrões comportamentais excessivos, como jogos na Internet (consulte “Condições para estudos adicionais”), também foram descritos, mas a pesquisa sobre essas e outras síndromes comportamentais é menos clara. Assim, grupos de comportamentos repetitivos, às vezes denominados *vícios comportamentais* (com subcategorias como “vício em sexo”, “vício em exercícios” e “vício em compras”), não são incluídos porque não há evidências revisadas por pares suficientes para estabelecer os critérios diagnósticos e descrições do curso necessárias para identificar esses comportamentos como transtornos mentais.

Os transtornos relacionados a substâncias são divididos em dois grupos: transtornos por uso de substâncias e transtornos induzidos por substâncias. As seguintes condições podem ser classificadas como induzidas por substância: intoxicação por substância, abstinência de substância e transtorno mental induzido por substância/medicamento.

transtornos (critérios de diagnóstico e texto são fornecidos neste manual para transtornos psicóticos induzidos por substância/medicamento, transtornos bipolares e relacionados, transtornos depressivos, ansiedade distúrbios obsessivo-compulsivos e relacionados, distúrbios do sono, disfunções sexuais, delírio e transtornos neurocognitivos em seus respectivos capítulos). O termo

544

transtorno mental induzido por substância/medicamento refere-se a apresentações sintomáticas que são devido aos efeitos fisiológicos de uma substância exógena no sistema nervoso central e inclui intoxicantes típicos (por exemplo, álcool, inalantes, cocaína), medicamentos psicotrópicos (por exemplo, estimulantes, sedativo-hipnóticos), outros medicamentos (por exemplo, esteróides) e toxinas ambientais (por exemplo, inseticidas organofosforados).

A seção atual começa com uma discussão geral dos conjuntos de critérios para o uso de substâncias transtorno, intoxicação por substância, abstinência de substância e induzida por substância/medicamento transtornos mentais, pelo menos alguns dos quais são aplicáveis a todas as classes de substâncias. Refletindo alguns aspectos únicos das 10 classes de substâncias relevantes para este capítulo, o restante do capítulo é organizado por classe de substância. Para facilitar o diagnóstico diferencial, os critérios diagnósticos e texto para os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento são incluídos com transtornos com que eles compartilham fenomenologia (por exemplo, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento está em capítulo “Transtornos Depressivos”). Observe que apenas algumas classes de medicamentos são capazes de causando tipos particulares de distúrbios induzidos por substâncias. O diagnóstico relacionado com a substância categorias associadas a classes específicas de medicamentos são mostradas na Tabela 1.

545

TABELA 1 Diagnósticos associados à classe de substância

	Psicótico distúrbios	Bipolar e relacionado distúrbios	Depressivo distúrbios	Ansiedade distúrbios	Obsessivo- compulsivo e relacionado distúrbios	Dorme distúrbios disfunções
Álcool	E/S	E/S	E/S	E/S		E/S
Cafeína				eu		E/S
Cannabis	eu			eu		E/S
Alucinógenos						
Fenciclidina	eu	eu	eu	eu		
Outro alucinógenos	EU*	eu	eu	eu		
Inalantes	eu		eu	eu		
Opióides			E/S	C		E/S
Sedativos, hipnóticos, ou ansiolíticos	E/S	E/S	E/S	C		E/S
Estimulantes**	eu	E/S	E/S	E/S	E/S	E/S
Tabaco						C

Outro (ou desconhecido)	E/S	E/S	E/S	E/S	E/S
-------------------------	-----	-----	-----	-----	-----

Observação. X = A categoria é reconhecida no DSM-5.

I = O especificador “com início durante a intoxicação” pode ser anotado para a categoria.

W = O especificador “com início durante a retirada” pode ser anotado para a categoria.

I/W = “com início durante a intoxicação” ou “com início durante a abstinência” pode ser observado para a categoria. Maior = transtorno neurocognitivo maior; leve = transtorno neurocognitivo leve.

*Também transtorno de percepção persistente por alucinógenos (flashbacks).

**Inclui substâncias do tipo anfetamina, cocaína e outros estimulantes não especificados.

Transtornos Relacionados a Substâncias

Transtornos por Uso de Substâncias

Recursos de diagnóstico

A característica essencial de um transtorno por uso de substância é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o indivíduo continua usando a substância apesar de problemas significativos relacionados à substância. Conforme visto na [Tabela 1](#), o diagnóstico de transtorno por uso de substância pode ser aplicado a todas as 10 classes de substâncias incluídas neste capítulo, exceto cafeína. Para certas classes, alguns sintomas são menos salientes e, em alguns casos, nem todos os sintomas se aplicam (por exemplo, sintomas de abstinência não são especificados para transtorno por uso de fenciclidina, outro transtorno por uso de alucinógenos ou transtorno por uso de inalantes). É importante notar que o consumo de substâncias, incluindo medicamentos prescritos, pode depender em parte do histórico cultural, disponibilidade de substâncias e regulamentos locais específicos sobre medicamentos. Assim, pode haver variação local ou cultural significativa na exposição (por exemplo, países com proibições culturais contra o uso de álcool ou outras substâncias podem ter uma prevalência menor de transtornos relacionados a substâncias).

Uma característica importante dos transtornos por uso de substâncias é uma alteração subjacente nos circuitos cerebrais que pode persistir além da desintoxicação, particularmente em indivíduos com transtornos graves. Os efeitos comportamentais dessas alterações cerebrais podem ser exibidos nas recaídas repetidas e no desejo intenso de drogas quando os indivíduos são expostos a estímulos relacionados a drogas. Esses efeitos persistentes dos medicamentos podem se beneficiar de abordagens de tratamento de longo prazo.

Em geral, o diagnóstico de um transtorno por uso de substância é baseado em um padrão patológico de comportamentos relacionados ao uso da substância. Para ajudar na organização, os itens de diagnóstico que compõem o Critério A podem ser considerados como se encaixando em grupos gerais de *controle prejudicado, prejuízo social, uso de risco e critérios farmacológicos*. O controle prejudicado sobre o uso de substâncias é o primeiro agrupamento de critérios (Critérios 1-4). O indivíduo pode ingerir a substância em maiores quantidades ou por um período maior do que o inicialmente pretendido (Critério 1). O indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso de substâncias e pode relatar

efeitos (Critério 3). Em alguns casos de transtornos por uso de substâncias mais graves, praticamente todas as atividades diárias do indivíduo giram em torno da substância. O desejo (Critério 4) é manifestado por um intenso desejo ou urgência pela droga que pode ocorrer a qualquer momento, mas é mais provável quando em um ambiente onde a droga foi obtida ou usada anteriormente. Também foi demonstrado que o desejo envolve condicionamento clássico e está associado à ativação de estruturas de recompensa específicas no cérebro. O desejo pode ser questionado perguntando se já houve um momento em que houve um desejo tão forte de tomar a droga que o indivíduo não conseguia pensar em mais nada. O desejo atual é frequentemente usado como medida de resultado do tratamento porque pode ser um sinal de recaída iminente.

O prejuízo social é o segundo grupo de critérios (Critérios 5-7). O uso recorrente de substâncias pode resultar em falha no cumprimento de obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (Critério 5). O indivíduo pode continuar a usar a substância apesar de ter problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (Critério 6).

Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes podem ser abandonadas ou reduzidas devido ao uso de substâncias (Critério 7). O indivíduo pode se retirar das atividades familiares e hobbies para usar a substância.

O uso de risco da substância é o terceiro grupo de critérios (Critérios 8–9). Isso pode assumir a forma de uso recorrente da substância em situações em que é fisicamente perigoso (Critério 8). O indivíduo pode continuar a usar a substância apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância (Critério 9). A questão-chave na avaliação desse critério não é a existência do problema, mas sim a incapacidade do indivíduo de se abster de usar a substância apesar da dificuldade que ela está causando.

Os critérios farmacológicos são o agrupamento final (Critérios 10 e 11). A tolerância (Critério 10) é sinalizada pela necessidade de uma dose marcadamente aumentada da substância para atingir o efeito desejado ou um efeito marcadamente reduzido quando a dose usual é consumida. O grau em que a tolerância se desenvolve varia muito entre os diferentes indivíduos, bem como entre as substâncias e pode envolver uma variedade de efeitos no sistema nervoso central. Por exemplo, tolerância à depressão respiratória e tolerância à sedação e coordenação motora podem se desenvolver em taxas diferentes, dependendo da substância. A tolerância pode ser difícil de determinar apenas pela história, e os exames laboratoriais podem ser úteis (p. A tolerância também deve ser distinguida da variabilidade individual na sensibilidade inicial aos efeitos de determinadas substâncias. Por exemplo, alguns bebedores de álcool pela primeira vez mostram muito pouca evidência de intoxicação com três ou quatro doses, enquanto outros de peso e histórico de consumo semelhantes apresentam fala arrastada e incoordenação.

A abstinência (Critério 11) é uma síndrome que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue ou nos tecidos diminuem em um indivíduo que manteve o uso prolongado e intenso da substância. Depois de desenvolver sintomas de abstinência, é provável que o indivíduo consuma a substância para aliviar os sintomas. Os sintomas de abstinência variam muito entre as classes de substâncias, e conjuntos separados de critérios para abstinência são fornecidos para as classes de drogas. Sinais fisiológicos de abstinência marcados e geralmente facilmente mensuráveis são comuns com álcool, opióides e sedativos, hipnóticos e ansiolíticos. Sinais e sintomas de abstinência com estimulantes (substâncias do tipo anfetamina, cocaína, outros estimulantes ou não especificados), bem como tabaco e cannabis, estão frequentemente presentes, mas podem ser menos aparentes. A retirada significativa *não* foi documentada em humanos após o uso repetido de fenciclidina, outros alucinógenos e inalantes; portanto, esse critério não está incluído para essas substâncias. Nem a tolerância nem a retirada são

necessário para o diagnóstico de um transtorno por uso de substâncias. No entanto, para a maioria das classes de substâncias, um histórico de abstinência está associado a um

547

curso clínico mais grave (ou seja, início precoce de um transtorno por uso de substâncias, níveis mais altos de ingestão de substâncias e um número maior de problemas relacionados a substâncias).

Os sintomas de tolerância e abstinência que ocorrem durante o uso apropriado de medicamentos prescritos administrados como parte do tratamento médico (por exemplo, analgésicos opióides, sedativos, estimulantes) não são contados especificamente ao diagnosticar um transtorno por uso de substâncias. Sabe-se que o aparecimento de tolerância farmacológica normal e esperada e a abstinência durante o tratamento médico levam a um diagnóstico errôneo de “dependência”, mesmo quando esses são os únicos sintomas presentes. Indivíduos cujos únicos sintomas são aqueles que ocorrem como resultado de tratamento médico (isto é, tolerância e abstinência como parte dos cuidados médicos quando os medicamentos são tomados conforme prescrito) não devem receber um diagnóstico apenas com base nesses sintomas. No entanto, medicamentos prescritos podem ser usados de forma inadequada, e um transtorno por uso de substâncias pode ser diagnosticado corretamente quando há outros sintomas de comportamento compulsivo de busca de drogas.

Gravidade e Especificadores

Os transtornos por uso de substâncias ocorrem em uma ampla faixa de gravidade, de leve a grave, com gravidade baseada no número de critérios de sintomas endossados. Como estimativa geral de gravidade, um transtorno *leve* por uso de substâncias é sugerido pela presença de dois a três sintomas, *moderado* por quatro a cinco sintomas e *grave* por seis ou mais sintomas. A alteração da gravidade ao longo do tempo também se reflete em reduções ou aumentos na frequência e/ou dose de uso da substância, conforme avaliado pelo próprio relato do indivíduo, relato de outras pessoas com conhecimento, observações do médico e testes biológicos. Os seguintes especificadores de curso e especificadores de características descritivas também estão disponíveis para transtornos por uso de substâncias: “em remissão precoce”, “em remissão sustentada”, “em terapia de manutenção” e “em ambiente controlado”. As definições de cada um são fornecidas dentro dos respectivos conjuntos de critérios.

Procedimentos de Gravação

O médico deve usar o código que se aplica à classe de substância, mas registrar o nome da *substância específica*. Por exemplo, o médico deve registrar F13.20 transtorno por uso moderado de alprazolam (em vez de transtorno moderado por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos) ou F15.10 transtorno leve por uso de metanfetaminas (em vez de transtorno leve por uso de substâncias do tipo anfetamina). Para substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes (p. transtorno por uso de esteróides). Se a substância ingerida pelo indivíduo for desconhecida, o mesmo código CID-10-CM (ou seja, para “transtorno por uso de outra substância [ou desconhecida]”) deve ser usado (por exemplo, F19.20 transtorno grave por uso de substância desconhecida). Se os critérios forem atendidos para mais de um transtorno por uso de substância, cada um deve ser diagnosticado (por exemplo, F11.20 transtorno por uso de heroína grave; F14.20 transtorno por uso moderado de cocaína).

O código apropriado da CID-10-CM para um transtorno por uso de substância depende se há um

transtorno induzido por substância comórbida (incluindo intoxicação por substância e abstinência de substância). No primeiro exemplo do parágrafo acima, o código diagnóstico para transtorno por uso moderado de alprazolam, F13.20, reflete a ausência de um transtorno mental comórbido induzido por alprazolam. Como os códigos da CID-10-CM para transtornos induzidos por substância indicam tanto a presença (ou ausência) quanto a gravidade do transtorno por uso de substância, os códigos da CID-10-CM para transtornos por uso de substância podem ser usados apenas na ausência de um transtorno por uso de substância. transtorno induzido. Consulte as seções específicas de cada substância para obter informações de codificação adicionais.

548

Transtornos Induzidos por Substâncias

A categoria geral de transtornos induzidos por substância inclui intoxicação por substância, abstinência de substância e transtornos mentais induzidos por substância/medicamento (por exemplo, transtorno psicótico induzido por substância, transtorno depressivo induzido por substância). Embora a intoxicação por substância e a abstinência de substância sejam reconhecidas como transtornos mentais, para fins de clareza de referência nas discussões deste capítulo, o termo *transtorno mental induzido por substância/medicamento* (por exemplo, transtorno depressivo induzido por álcool, transtorno de ansiedade induzido por metanfetamina) é usado distinguir esses transtornos da intoxicação e abstinência de substâncias.

Intoxicação por Substância e Abstinência de Substância

Os critérios para as síndromes de intoxicação por substâncias específicas estão incluídos nas seções específicas de substâncias deste capítulo. A característica essencial é o desenvolvimento de uma síndrome reversível específica da substância devido à ingestão recente de uma substância (Critério A). As alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas associadas à intoxicação (p. Critério B) e são acompanhados por sinais e sintomas específicos da substância (Critério C). Os sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério D). A intoxicação por substância é comum entre indivíduos com transtorno por uso de substância, mas também ocorre com frequência em pessoas que usam substâncias, mas não têm transtorno por uso de substância. Esta categoria não se aplica ao tabaco.

As alterações mais comuns na intoxicação por substâncias envolvem distúrbios de percepção, vigília, atenção, pensamento, julgamento, comportamento psicomotor e comportamento interpessoal.

As intoxicações por substâncias de curto prazo, ou “agudas”, podem ter sinais e sintomas diferentes das intoxicações por substâncias sustentadas ou “crônicas”. Por exemplo, doses moderadas de cocaína podem inicialmente produzir sociabilidade, mas o isolamento social pode se desenvolver se tais doses forem repetidas com frequência ao longo de dias ou semanas.

Quando usado no sentido fisiológico, o termo *intoxicação* é mais amplo do que o diagnóstico de intoxicação por substância definido neste manual. Muitas substâncias podem produzir alterações fisiológicas ou psicológicas que não são necessariamente problemáticas. Por exemplo, um indivíduo com taquicardia por uso de substância está experimentando um efeito fisiológico da substância, mas se

este é o único sintoma na ausência de comportamento problemático, o diagnóstico de intoxicação por substância não se aplicaria. Às vezes, a intoxicação pode persistir além do tempo em que a substância é detectável no corpo. Isso pode ser atribuído a efeitos duradouros no SNC, dos quais a recuperação leva mais tempo do que o tempo de eliminação da substância. Esses efeitos de longo prazo da intoxicação devem ser diferenciados da *abstinência* (isto é, sintomas iniciados por um declínio nas concentrações de uma substância no sangue ou nos tecidos).

Os critérios para a retirada de substâncias também estão incluídos nas seções específicas de substâncias deste capítulo. A característica essencial é o desenvolvimento de uma alteração comportamental problemática específica da substância, com concomitantes fisiológicos e cognitivos, que se deve à cessação ou redução do uso pesado e prolongado da substância (Critério A). A síndrome substância específica (Critério B) causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério C). Os sintomas não são devidos a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério D).

A abstinência geralmente, mas nem sempre, está associada a um transtorno por uso de substâncias. Além disso, é importante enfatizar que os sintomas de abstinência que ocorrem durante o uso adequado de medicamentos administrados como parte do tratamento médico com

549

medicamentos prescritos (por exemplo, analgésicos opioides, sedativos, estimulantes) especificamente *não* são contados ao diagnosticar um transtorno por uso de substâncias. A maioria dos indivíduos com abstinência tem vontade de readministrar a substância para reduzir os sintomas.

Via de Administração e Velocidade dos Efeitos da

Substância As vias de administração que produzem absorção mais rápida e eficiente na corrente sanguínea (p. uso de substância levando à abstinência).

Da mesma forma, substâncias de ação rápida são mais propensas do que substâncias de ação mais lenta a produzir intoxicação imediata.

Duração dos Efeitos

Dentro da mesma categoria de medicamentos, substâncias de ação relativamente curta tendem a ter um maior potencial para o desenvolvimento de abstinência do que aquelas com ação de maior duração. No entanto, substâncias de ação mais longa tendem a ter maior duração dos sintomas de abstinência. A meia-vida da substância é paralela aos aspectos da abstinência: quanto maior a duração da ação, maior o tempo entre a cessação e o início dos sintomas de abstinência e maior a duração da abstinência. Em geral, quanto maior o período de abstinência aguda, menos intensa a síndrome tende a ser.

Uso de múltiplas substâncias A

intoxicação e abstinência de substâncias geralmente envolvem várias substâncias usadas simultaneamente ou sequencialmente. Nesses casos, cada diagnóstico deve ser registrado separadamente.

Achados Laboratoriais Associados

Análises laboratoriais de amostras de sangue e urina podem ajudar a determinar o uso recente e as substâncias específicas envolvidas. No entanto, um resultado de teste laboratorial positivo não indica por si só que o indivíduo tem um padrão de uso de substância que atende aos critérios para um transtorno induzido por substância ou uso de substância, e um resultado de teste negativo por si só não exclui um diagnóstico.

Os exames laboratoriais podem ser úteis na identificação da abstinência. Se o indivíduo apresentar abstinência de uma substância desconhecida, exames laboratoriais podem ajudar a identificar a substância e também podem ser úteis para diferenciar a abstinência de outros transtornos mentais. Além disso, o funcionamento normal na presença de níveis sanguíneos elevados de uma substância sugere uma tolerância considerável.

Desenvolvimento e Curso Indivíduos

de 18 a 24 anos têm taxas de prevalência relativamente altas para o uso de praticamente todas as substâncias. A intoxicação é geralmente o distúrbio inicial relacionado à substância e geralmente começa na adolescência. A retirada pode ocorrer em qualquer idade, desde que o medicamento relevante tenha sido tomado em doses suficientes por um longo período de tempo.

Procedimentos de registro para intoxicação por substância e substância

Cancelamento

O médico deve usar o código que se aplica à classe de substâncias, mas registrar o nome da *substância específica*. Por exemplo, o médico deve registrar F13.230 abstinência secabárbital (em vez de abstinência sedativa, hipnótica ou ansiolítica) ou F15.120 intoxicação por metanfetamina (em vez de intoxicação por substância do tipo anfetamina). Observe que

550

os códigos de diagnóstico apropriados da CID-10-CM para intoxicação por substância e abstinência de substância dependem da existência de um transtorno por uso de substância comórbido. Nesse caso, o código F15.120 para intoxicação por metanfetaminas indica a presença de um transtorno leve por uso de metanfetaminas comórbido. Se não houvesse transtorno por uso de metanfetamina comórbido (e nenhum distúrbio perceptivo), o código diagnóstico teria sido F15.920. Consulte a nota de codificação para as síndromes de intoxicação e abstinência específicas da substância para as opções de codificação reais.

Para substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes (por exemplo, esteroides anabolizantes), deve-se usar o código CID-10-CM para intoxicação por outra substância (ou desconhecida) ou abstinência de outra substância (ou desconhecida) e a substância específica indicada (ex., intoxicação por esteroides anabolizantes F19.920). Se a substância ingerida pelo indivíduo for desconhecida, o mesmo código (ou seja, para a classe "outra substância [ou desconhecida]") deve ser usado (por exemplo, F19.920 intoxicação por substância desconhecida). Se houver sintomas ou problemas associados a uma determinada substância, mas os critérios não forem atendidos para nenhum dos transtornos específicos da substância, a categoria não especificada pode ser usada (por exemplo, transtorno relacionado à cannabis não especificado F12.99).

Conforme observado acima, os códigos relacionados à substância na CID-10-CM combinam o aspecto de transtorno por uso de substância do quadro clínico e o aspecto induzido por substância em um único código combinado. Assim, se houver abstinência de heroína e transtorno por uso moderado de heroína, o código único F11.23 para abstinência de heroína é fornecido para cobrir ambas as apresentações. Veja o indivíduo

seções específicas da substância para obter informações de codificação adicionais.

Transtornos Mentais Induzidos por Substâncias/Medicamentos

Os transtornos mentais induzidos por substâncias/medicamentos são potencialmente graves, geralmente temporários, mas às vezes síndromes do SNC persistentes que se desenvolvem no contexto dos efeitos de substâncias de abuso, medicamentos e algumas toxinas. Eles se distinguem dos transtornos por uso de substâncias, nos quais um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos contribui para o uso continuado de uma substância, apesar de problemas significativos relacionados à substância. Os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento podem ser induzidos por qualquer uma das 10 classes de substâncias que produzem transtornos por uso de substâncias, ou por uma grande variedade de outros medicamentos utilizados no tratamento médico. Cada transtorno mental induzido por substância/medicamento é descrito no capítulo relevante (por exemplo, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento está localizado em "Transtornos Depressivos") e, portanto, apenas uma breve descrição é oferecida aqui. Todos os transtornos induzidos por substâncias/medicamentos compartilham características comuns. É importante reconhecer essas características comuns para auxiliar na detecção desses distúrbios. Eses recursos são descritos a seguir:

- A. Uma apresentação clinicamente significativa de sintomas característicos de distúrbios nas áreas relevantes classe diagnóstica predomina no quadro clínico.
- B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de ambos Os seguintes:
 1. Os sintomas do Critério A se desenvolveram durante ou logo após a intoxicação por substância, abstinência de substância ou exposição ou abstinência de um medicamento; e 2. A substância/medicamento envolvida é capaz de produzir os sintomas do Critério A.
 - C. A perturbação não é melhor explicada por um transtorno mental independente (isto é, um que não seja induzido por substância ou medicamento). Essa evidência de um transtorno mental independente pode incluir o seguinte:
 1. A perturbação precedeu o início de intoxicação grave ou abstinência ou exposição ao medicamento; ou
 2. A perturbação persistiu por um período de tempo substancial (por exemplo, pelo menos 1 mês) após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação grave ou tomar o medicamento. Este critério não se aplica a transtornos neurocognitivos induzidos por substâncias ou transtorno de percepção persistente por alucinógenos, que persistem além da cessação da intoxicação aguda ou abstinência.
 - D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírio.
 - E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Recursos de diagnóstico e associados

Algumas generalizações podem ser feitas em relação às categorias de substâncias capazes de produzir transtornos mentais induzidos por substâncias clinicamente relevantes. Em geral, as drogas mais sedativas (sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e álcool) podem produzir transtornos depressivos proeminentes e clinicamente significativos durante a intoxicação, enquanto as condições de ansiedade provavelmente serão observadas durante as síndromes de abstinência dessas substâncias. Além disso, durante a intoxicação, as substâncias mais estimulantes (por exemplo, anfetaminas e cocaína) provavelmente estão associadas a transtornos psicóticos induzidos por substâncias e transtornos de ansiedade induzidos por substâncias, e a episódios depressivos maiores induzidos por substâncias observados durante a abstinência. Tanto as drogas mais sedativas quanto as mais estimulantes provavelmente produzirão distúrbios significativos, mas temporários, do sono e da sexualidade. Uma visão geral da relação entre categorias específicas de substâncias e síndromes psiquiátricas específicas é apresentada na [Tabela 1](#).

As condições induzidas por medicamentos incluem o que muitas vezes são reações idiosincráticas do SNC ou exemplos relativamente extremos de efeitos colaterais para uma ampla gama de medicamentos tomados para uma variedade de preocupações médicas. Estas incluem complicações neurocognitivas de anestésicos, anti-histamínicos, anti-hipertensivos e uma variedade de outros medicamentos e toxinas (por exemplo, organofosforados, inseticidas, monóxido de carbono), conforme descrito no capítulo sobre distúrbios neurocognitivos. As síndromes psicóticas podem ser experimentadas temporariamente no contexto de medicamentos anticolinérgicos, cardiovasculares e esteróides, bem como durante o uso de medicamentos prescritos ou de venda livre. Distúrbios de humor temporários, mas graves, podem ser observados com uma ampla gama de medicamentos, incluindo esteróides, anti-hipertensivos, dissulfiram e qualquer depressor de prescrição ou de venda livre ou substâncias semelhantes a estimulantes. Uma gama semelhante de medicamentos pode estar associada a síndromes de ansiedade temporárias, disfunções sexuais e condições de sono perturbado.

Em geral, para ser considerado um transtorno mental induzido por substância/medicamento, deve haver evidências de que os sintomas observados provavelmente não serão melhor explicados por um transtorno mental independente. Este último é mais provável se os sintomas estivessem presentes antes da intoxicação grave ou abstinência ou administração de medicação, ou, com exceção de vários distúrbios persistentes induzidos por substâncias listados em 1, continuados por mais de 1 mês após a cessação da abstinência aguda, intoxicação grave ou uso de medicamentos. Quando os sintomas são observados apenas durante um delirium induzido por substância (p. humor, ansiedade, testes de realidade) são comumente vistos durante estados agitados e confusos. As características associadas a cada transtorno mental relevante relevante são semelhantes, sejam observadas com transtornos mentais independentes ou induzidos por substância/medicamento. No entanto, indivíduos com transtornos mentais induzidos por substância/medicamento provavelmente também demonstrarão as características associadas observadas com a categoria específica de substância ou medicamento, conforme listado em outras subseções deste capítulo.

Desenvolvimento e Curso Os

transtornos mentais induzidos por substâncias se desenvolvem no contexto de intoxicação ou abstinência de substâncias de abuso, enquanto os transtornos mentais induzidos por medicamentos podem ser observados com medicamentos prescritos ou de venda livre que são tomados nas doses sugeridas.

Ambas as condições são geralmente temporárias e provavelmente desaparecem dentro de 1 mês ou mais após a cessação da abstinência aguda, intoxicação grave ou uso da medicação. Exceções a essas generalizações ocorrem para certos transtornos induzidos por substâncias de longa duração: transtornos neurocognitivos associados a substâncias que se relacionam a condições como transtorno neurocognitivo induzido por álcool, transtorno neurocognitivo induzido por inalantes e transtorno neurocognitivo induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ; e transtorno de percepção persistente por alucinógenos ("flashbacks"; veja a seção "Distúrbios Relacionados a Alucinógenos" mais adiante neste capítulo). No entanto, a maioria dos transtornos mentais induzidos por substâncias/medicamentos, independentemente da gravidade dos sintomas, tendem a melhorar de forma relativamente rápida com a abstinência e é improvável que permaneçam clinicamente relevantes por mais de 1 mês após a cessação completa do uso.

Como acontece com muitas consequências do uso pesado de substâncias, alguns indivíduos são mais e outros menos propensos a desenvolver distúrbios induzidos por substâncias específicas. Tipos semelhantes de predisposições podem tornar alguns indivíduos mais propensos a desenvolver efeitos colaterais psiquiátricos de alguns tipos de medicamentos, mas não de outros. No entanto, não está claro se indivíduos com histórico familiar ou histórico pessoal de síndromes psiquiátricas independentes são mais propensos a desenvolver a síndrome induzida, uma vez que se considera se a quantidade e a frequência da substância foram suficientes para levar ao desenvolvimento de uma síndrome. síndrome induzida por substância.

Há indícios de que a ingestão de substâncias de abuso ou alguns medicamentos com efeitos colaterais psiquiátricos no contexto de um transtorno mental preexistente provavelmente resultará na intensificação dos sintomas do transtorno mental preexistente. É provável que o risco de transtornos mentais induzidos por substância/medicamento aumente com a quantidade e a frequência de consumo da substância relevante.

Os perfis de sintomas para os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento assemelham-se aos transtornos mentais independentes. Embora os sintomas de transtornos mentais induzidos por substâncias/medicamentos possam ser idênticos aos de transtornos mentais independentes (por exemplo, delírios, alucinações, psicoses, episódios depressivos maiores, síndromes de ansiedade), e embora possam ter as mesmas consequências graves (por exemplo, suicídio), a maioria dos transtornos mentais induzidos tende a melhorar em questão de dias a semanas de abstinência.

Os transtornos mentais induzidos por substâncias/medicamentos são parte importante dos diagnósticos diferenciais para as condições psiquiátricas independentes. A importância de reconhecer um transtorno mental induzido é semelhante à relevância de identificar o possível papel de algumas condições médicas e reações a medicamentos antes de diagnosticar um transtorno mental independente.

Os sintomas de transtornos mentais induzidos por substâncias e medicamentos podem ser idênticos transversalmente aos de transtornos mentais independentes, mas têm tratamentos e prognósticos diferentes da condição independente.

Consequências Funcionais do Mental Induzido por Substância/Medicação Distúrbios

As mesmas consequências relacionadas ao transtorno mental independente relevante (por exemplo, tentativas de suicídio) provavelmente se aplicam aos transtornos mentais induzidos por substância/medicamento, mas é provável que desapareçam dentro de 1 mês após a abstinência. Da mesma forma, as mesmas consequências funcionais

associados ao transtorno por uso de substância relevante provavelmente serão vistos para os transtornos mentais induzidos por substância.

Procedimentos de Registro para Mental Induzido por Substância/Medicação Distúrbios

Critérios de diagnóstico, notas de codificação e procedimentos de registro para os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento específicos são fornecidos em capítulos do manual correspondentes aos transtornos de fenomenologia compartilhada (consulte o

553

transtornos mentais nestes capítulos: "Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos", "Transtornos Bipolares e Relacionados", "Transtornos Depressivos", "Transtornos de Ansiedade", "Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados", "Transtornos do Sono-Vigília", "Disfunções Sexuais" e "Transtornos Neurocognitivos"). Ao registrar um transtorno mental induzido por substância/medicamento que é comórbido com um transtorno por uso de substância, é dado apenas um único diagnóstico que reflete o tipo de substância e o tipo de transtorno mental induzido pela substância, bem como a gravidade do transtorno por uso de substância comórbido (por exemplo, transtorno psicótico induzido por cocaína com transtorno por uso de cocaína grave). Para um transtorno mental induzido por substância que ocorre na ausência de transtorno por uso de substância comórbido (por exemplo, quando o transtorno é induzido pelo uso único de uma substância ou medicamento), apenas o transtorno mental induzido por substância/medicamento é registrado (por exemplo, transtorno depressivo induzido por corticosteroides). Informações adicionais necessárias para registrar o nome diagnóstico do transtorno mental induzido por substância/medicamento são fornecidas na seção "Procedimentos de registro" para cada transtorno mental induzido por substância/medicamento em seu respectivo capítulo.

Distúrbios Relacionados ao Álcool

Transtorno por uso de álcool

Intoxicação por álcool

Abstinência alcoólica

Transtornos Mentais Induzidos por Álcool

Transtorno Relacionado ao Álcool Não Especificado

Transtorno por uso de álcool

Critério de diagnóstico

A. Um padrão problemático de uso de álcool que leva a prejuízo clinicamente significativo ou

angústia, manifestada por pelo menos dois dos seguintes, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

1. O álcool é frequentemente consumido em quantidades maiores ou por um período mais longo do que era pretendido.
2. Há um desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar uso de álcool.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter álcool, usar álcool ou recuperar-se de seus efeitos.
4. Desejo, ou um forte desejo ou urgência de usar álcool.
5. Uso recorrente de álcool resultando em falha no cumprimento de obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6. Uso continuado de álcool apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do álcool.
7. Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes são abandonadas ou reduzidas devido ao uso de álcool.
8. Uso recorrente de álcool em situações de risco físico.

554

9. O uso de álcool é continuado apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pelo álcool.

10. Tolerância, conforme definido por qualquer um dos seguintes:

- a. Necessidade de quantidades nitidamente aumentadas de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
- b. Um efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.

11. Desistência, manifestada por qualquer um dos seguintes: a. A síndrome de abstinência característica do álcool (consulte os Critérios A e B dos critérios estabelecidos para abstinência alcoólica).

- b. O álcool (ou uma substância intimamente relacionada, como um benzodiazepíncio) é tomado para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especifique

se: **Em remissão precoce:** depois que todos os critérios para transtorno por uso de álcool foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de álcool foi atendido por pelo menos 3 meses, mas por menos de 12 meses (com exceção do Critério A4, “Desejo , ou um forte desejo ou urgência de usar álcool”, podem ser atendidos).

Em remissão sustentada: Depois que todos os critérios para transtorno por uso de álcool foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de álcool foi atendido em qualquer momento durante um período de 12 meses ou mais (com exceção do Critério A4, “Desejo ou forte desejo ou urgência de usar álcool”, podem ser satisfeitas).

Especifique

se: Em um ambiente controlado: Este especificador adicional é usado se o indivíduo estiver em um ambiente onde o acesso ao álcool é restrito.

Código baseado na gravidade/remissão atual: Se uma intoxicação por álcool, abstinência de álcool ou outro transtorno mental induzido por álcool também estiver presente, não use os códigos abaixo para transtorno por uso de álcool. Em vez disso, o transtorno por uso de álcool comórbido é indicado no 4º caractere do código de transtorno induzido por álcool (consulte a nota de codificação para intoxicação por álcool, abstinência de álcool ou um transtorno mental específico induzido por álcool). Por exemplo, se houver intoxicação alcoólica comórbida e transtorno por uso de álcool, apenas o código de intoxicação alcoólica é fornecido, com o 4º caractere indicando se o transtorno por uso de álcool comórbido é leve, moderado ou grave: F10.129 para transtorno por uso de álcool leve com intoxicação alcoólica ou F10.229 para um transtorno por uso de álcool moderado ou grave com intoxicação alcoólica.

Especifique a gravidade/remissão atual:

F10.10 Leve: Presença de 2–3 sintomas.

F10.11 Leve, Em remissão precoce

F10.11 Leve, Em remissão sustentada F10.20

Moderado: Presença de 4-5 sintomas.

F10.21 Moderado, em remissão precoce

F10.21 Moderado, em remissão sustentada F10.20

Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

F10.21 Grave, em remissão precoce

F10.21 Grave, em remissão sustentada

Especificadores

“Em um ambiente controlado” se aplica como um especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver em remissão e em um ambiente controlado (ou seja, em remissão precoce em um ambiente controlado ou em remissão sustentada em um ambiente controlado). Exemplos desses ambientes são prisões sem substâncias, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas e supervisionadas de perto.

A gravidade do transtorno é baseada no número de critérios diagnósticos endossados. Para um determinado indivíduo, as mudanças na gravidade do transtorno por uso de álcool ao longo do tempo também são refletidas por reduções na frequência (por exemplo, dias de uso por mês) ou na dose (por exemplo, número de bebidas padrão consumidas por dia) de álcool usado, conforme avaliado pelo autorrelato do indivíduo, relato de outras pessoas com conhecimento, observações do clínico e, quando prático, testes biológicos (por exemplo, elevações nos exames de sangue, conforme descrito na seção “Marcadores de diagnóstico” para esse transtorno).

Características Diagnósticas

O transtorno por uso de álcool é definido por um conjunto de sintomas comportamentais e físicos, como abstinência, tolerância e desejo. A abstinência alcoólica é caracterizada pela abstinência

sintomas que se desenvolvem aproximadamente 4 a 12 horas após a redução da ingestão após ingestão prolongada e pesada de álcool. Como a abstinência do álcool pode ser desagradável e intensa, os indivíduos podem continuar a consumir álcool apesar das consequências adversas, muitas vezes para evitar ou aliviar os sintomas de abstinência. Alguns sintomas de abstinência (por exemplo, problemas de sono) podem persistir em intensidades mais baixas por meses e podem contribuir para a recaída. Uma vez desenvolvido um padrão de uso repetitivo e intenso, indivíduos com transtorno por uso de álcool podem dedicar períodos substanciais de seu tempo para obter e consumir bebidas alcoólicas.

O desejo por álcool é indicado por um forte desejo de beber que torna difícil pensar em qualquer outra coisa e que muitas vezes resulta no início da bebida. O desempenho escolar e profissional também pode sofrer os efeitos posteriores da bebida ou de intoxicação real na escola ou no trabalho; cuidados infantis ou responsabilidades domésticas podem ser negligenciadas; e ausências relacionadas ao álcool podem ocorrer na escola ou no trabalho. O indivíduo pode usar álcool em circunstâncias fisicamente perigosas (por exemplo, dirigir um automóvel, nadar, operar máquinas enquanto estiver embriagado).

Finalmente, os indivíduos com transtorno por uso de álcool podem continuar a consumir álcool apesar do conhecimento de que o consumo continuado apresenta problemas físicos significativos (por exemplo, desmaios, doença hepática), psicológicos (por exemplo, depressão), sociais ou interpessoais (por exemplo, discussões violentas com o cônjuge). enquanto embriagado, abuso infantil).

Recursos associados

O transtorno por uso de álcool é frequentemente associado a problemas semelhantes aos associados a outras substâncias (por exemplo, cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos). O álcool pode ser usado para aliviar os efeitos indesejados dessas outras substâncias ou para substituí-las quando não estiverem disponíveis. Sintomas de problemas de conduta, depressão, ansiedade e insônia frequentemente acompanham o consumo excessivo de álcool e às vezes o precedem.

A ingestão repetida de altas doses de álcool pode afetar quase todos os sistemas orgânicos, especialmente o trato gastrointestinal, o sistema cardiovascular e os sistemas nervoso central e periférico.

Os efeitos gastrointestinais incluem gastrite, úlceras estomacais ou duodenais e, em cerca de 15% dos indivíduos que consomem muito álcool, cirrose hepática e/ou pancreatite. Há também um aumento da taxa de câncer de esôfago, estômago e outras partes do trato gastrointestinal. Uma das condições mais comumente associadas é a hipertensão de baixo grau. A cardiomiopatia e outras miopatias são menos comuns, mas ocorrem em uma taxa maior entre aqueles que bebem muito.

Esses fatores, juntamente com

aumentos 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 diminuição da sensibilidade periférica. Efeitos mais persistentes no sistema nervoso central incluem déficits cognitivos, como comprometimento grave da memória e alterações degenerativas no cerebelo. Esses efeitos estão relacionados aos efeitos diretos do álcool, traumas ou deficiências vitamínicas (particularmente das vitaminas B, incluindo a tiamina). Um efeito devastador do sistema nervoso central é o relativamente raro distúrbio amnésico persistente induzido pelo álcool, ou síndrome de Wernicke Korsakoff, no qual a capacidade de codificar uma nova memória é severamente prejudicada. Esta condição seria agora descrita no capítulo "Transtornos Neurocognitivos" e seria

denominado *transtorno neurocognitivo induzido por substância/medicamento*.

O transtorno por uso de álcool é um importante contribuinte para o risco de suicídio durante intoxicação grave e no contexto de um transtorno depressivo ou bipolar temporário induzido pelo álcool. Há um aumento da taxa de comportamento suicida, bem como de suicídio entre os indivíduos com o transtorno.

Prevalência

O transtorno por uso de álcool é comum. Nos Estados Unidos, as taxas de prevalência ao longo da vida do transtorno por uso de álcool do DSM-5 entre adultos foram estimadas em 29,1% em geral, com a gravidade especificada da seguinte forma: 8,6% leve, 6,6% moderada e 13,9% grave. Entre os adultos australianos, a prevalência estimada ao longo da vida do transtorno por uso de álcool DSM-5 foi de 31,0%.

As taxas de transtorno variam de acordo com o sexo e a idade. Nos Estados Unidos, as taxas foram maiores entre os homens (36,0% de prevalência ao longo da vida) do que entre as mulheres (22,7%). A prevalência em doze meses de transtornos por uso de álcool do DSM-IV nos Estados Unidos foi de 4,6% entre indivíduos de 12 a 17 anos, 16,2% entre indivíduos de 18 a 29 anos e 1,5% entre indivíduos de 65 anos ou mais.

A prevalência de transtornos por uso de álcool em doze meses também varia entre os grupos etnoraciais dos EUA. Para indivíduos com idades entre 12 e 17 anos, a prevalência de transtornos por uso de álcool do DSM-IV foi maior entre nativos americanos (2,8%) e brancos não latinos (2,2%), em relação aos asiáticos americanos (1,6%), indivíduos que relataram dois ou mais indivíduos racializados origens (1,6%), hispânicos (1,5%) e afro-americanos (0,8%). Entre adultos, dados de um grande estudo populacional dos EUA indicaram que a prevalência de 12 meses de transtorno por uso de álcool DSM-5 foi de 14,4% em afro-americanos, 14,0% em brancos não hispânicos, 13,6% em hispânicos e 10,6% em Americanos asiáticos e ilhéus do Pacífico. Dados de uma grande pesquisa baseada na comunidade de nativos americanos das nações tribais do sudoeste e das planícies do norte mostraram que a prevalência de 12 meses de abuso e dependência de álcool do DSM-IV variou de 4,1% a 9,8%. Existe uma ampla diversidade nas taxas e padrões de abuso e dependência de álcool nas mais de 570 comunidades de índios americanos e nativos do Alasca nos Estados Unidos, bem como altas taxas de abstinência do uso de álcool em algumas dessas comunidades. Experiências históricas de desapropriação e subjugação e discriminação contínua têm sido associadas ao aumento do risco de início dos sintomas. Dada a diversidade de comunidades tribais, as estimativas de prevalência de transtorno por uso de álcool entre os nativos americanos devem ser interpretadas com cautela.

Desenvolvimento e Curso

O primeiro episódio de intoxicação alcoólica provavelmente ocorrerá durante a adolescência. Problemas relacionados ao álcool que não atendem a todos os critérios para um transtorno por uso ou problemas isolados podem ocorrer antes dos 20 anos, mas a idade de início de um transtorno por uso de álcool com dois ou mais dos critérios agrupados atinge o pico no final da adolescência ou no início até meados dos anos 20. A grande maioria dos indivíduos que desenvolvem distúrbios relacionados ao álcool o fazem por volta dos 30 anos. A primeira evidência de abstinência provavelmente não aparecerá até que muitos outros aspectos de um transtorno por uso de álcool tenham se desenvolvido. Um início mais precoce do transtorno por uso de álcool é observado em adolescentes com problemas de conduta preexistentes e naqueles com início mais precoce da intoxicação.

recaída. A decisão de parar de beber, muitas vezes em resposta a uma crise, provavelmente será seguida por um período de semanas ou mais de abstinência, que geralmente é seguido por períodos limitados de consumo controlado ou não problemático. No entanto, uma vez que a ingestão de álcool seja retomada, é altamente provável que o consumo aumente rapidamente e que problemas graves se desenvolvam novamente.

O transtorno por uso de álcool é muitas vezes erroneamente percebido como uma condição intratável, talvez com base no fato de que os indivíduos que se apresentam para tratamento geralmente têm uma história de muitos anos de problemas graves relacionados ao álcool. No entanto, esses casos mais graves representam apenas uma minoria de indivíduos com esse transtorno, e o indivíduo típico com o transtorno tem um prognóstico muito mais promissor.

Entre os adolescentes, o transtorno de conduta e o comportamento antisocial repetido geralmente ocorrem concomitantemente com o álcool e outros transtornos relacionados ao uso de substâncias. Embora a maioria dos indivíduos com transtorno por uso de álcool desenvolva a condição antes dos 40 anos, talvez 10% tenham início mais tarde, conforme sugerido por um estudo prospectivo na Califórnia. Mudanças físicas relacionadas à idade em indivíduos mais velhos resultam em maior suscetibilidade do cérebro aos efeitos depressores do álcool; diminuição das taxas de metabolismo hepático de uma variedade de substâncias, incluindo álcool; e diminuição das porcentagens de água corporal. Essas mudanças podem fazer com que os idosos desenvolvam intoxicações mais graves e problemas subsequentes em níveis mais baixos de consumo. Os problemas relacionados ao álcool em idosos também são especialmente propensos a estar associados a outras complicações médicas.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. Os fatores de risco e prognóstico ambientais podem incluir pobreza e discriminação (incluindo desigualdades estruturais, como taxas diferenciadas de encarceramento e acesso diferenciado a medicamentos para tratamento de dependência), desemprego e baixos níveis de educação, atitudes culturais em relação a bebida e intoxicação, disponibilidade de álcool (incluindo preço), adquiriram experiências pessoais com álcool e níveis de estresse. Outros potenciais mediadores de como os problemas de álcool se desenvolvem em indivíduos predispostos incluem o uso mais pesado de substâncias pelos pares, expectativas positivas exageradas dos efeitos do álcool e formas subótimas de lidar com o estresse.

Genética e fisiológica. O transtorno por uso de álcool ocorre em famílias, com 40% a 60% da variação de risco explicada por influências genéticas. A taxa dessa condição é três a quatro vezes maior em parentes próximos de indivíduos com transtorno por uso de álcool, com valores mais altos para indivíduos com maior número de parentes afetados, relações genéticas mais próximas ao indivíduo afetado e maior gravidade do quadro relacionado ao álcool. problemas nesses parentes. Existe uma taxa significativamente maior de transtorno por uso de álcool no gêmeo monozigótico do que no gêmeo dizigótico de um indivíduo com a doença. Um aumento de três a quatro vezes no risco foi observado em filhos de indivíduos com transtorno por uso de álcool, mesmo quando essas crianças foram entregues para adoção ao nascer e criadas por pais adotivos que não tinham o transtorno.

Avanços na compreensão dos genes que operam por meio de características intermediárias (ou fenótipos) para afetar o risco de transtorno por uso de álcool podem ajudar a identificar indivíduos que podem estar em risco particularmente baixo ou alto de transtorno por uso de álcool. Entre os fenótipos de baixo risco está o rubor cutâneo agudo relacionado ao álcool (observado mais comumente em pessoas de ascendência asiática). A alta vulnerabilidade está associada à esquizofrenia ou transtorno bipolar preexistente, bem como à impulsividade (produzindo taxas aumentadas de todos os transtornos por uso de substâncias e transtorno de jogo), e um alto risco especificamente para transtorno por uso de álcool está associado a um baixo nível de resposta (baixa

sensibilidade) ao álcool. Várias variações genéticas podem ser responsáveis pela baixa resposta ao álcool ou modular os sistemas de recompensa da dopamina; no entanto, é provável que qualquer variante de gene único explique apenas 1% a 2% do risco para esses distúrbios. As interações gene-ambiente modulam o impacto das variações genéticas; por

558

Por exemplo, os efeitos genéticos sobre o uso de álcool são mais pronunciados quando as restrições sociais são minimizadas (por exemplo, baixo monitoramento dos pais) ou quando o ambiente permite fácil acesso ao álcool ou incentiva seu uso (por exemplo, alto desvio de pares).

Modificadores de curso. Em geral, altos níveis de impulsividade estão associados a um início precoce e transtorno de uso de álcool mais grave.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura Na

maioria das culturas, o álcool é a substância intoxicante mais frequentemente usada e contribui para uma considerável morbidade e mortalidade. Globalmente, 2,8 milhões de mortes foram atribuídas ao uso de álcool, o que corresponde a 2,2% do total de mortes padronizadas por idade entre as mulheres e 6,8% entre os homens. Globalmente, estima-se que 237 milhões de homens e 46 milhões de mulheres tenham transtorno por uso de álcool, com maior prevalência entre homens e mulheres na Região Europeia (14,8% e 3,5%) e na Região das Américas (11,5% e 5,1%); em geral, os países de alta renda têm a maior prevalência. A maior aculturação à sociedade americana entre os imigrantes está associada ao aumento da prevalência do transtorno por uso de álcool, especialmente entre as mulheres. A densidade étnica (maior proporção de pessoas da mesma origem) pode diminuir o risco de transtorno por uso de álcool devido ao maior apoio social e proteção contra os efeitos da discriminação. No entanto, a segregação do bairro pode aumentar o risco de transtornos devido à associação com outros fatores de risco, como maior concentração de propaganda de bebidas alcoólicas e pontos de venda em áreas de baixa renda.

Polimorfismos genéticos para as enzimas metabolizadoras de álcool álcool desidrogenase e aldeído desidrogenase podem afetar a resposta ao álcool. Ao consumir álcool, indivíduos com certos polimorfismos podem apresentar rubor facial e palpitações, reações que podem ser tão graves a ponto de limitar ou impedir o consumo futuro de álcool e diminuir o risco de transtorno por uso de álcool. Por exemplo, essas variações genéticas são vistas em até 40% dos indivíduos japoneses, chineses e coreanos e estão relacionadas a menores riscos para o distúrbio. No entanto, esse efeito protetor pode ser modulado por fatores socioculturais, como demonstrado pelo aumento da prevalência de transtorno por uso de álcool no Japão, China e Coréia do Sul nas últimas décadas, associado à crescente ocidentalização e mudança de atitudes culturais sobre o consumo de álcool pelas mulheres.

Apesar das pequenas variações em relação aos itens de critérios individuais, os critérios diagnósticos igualmente bem na maioria dos grupos de raça/etnia.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero Os

homens têm taxas mais altas de transtornos por uso de álcool e bebida do que as mulheres, embora a diferença de gênero esteja diminuindo à medida que as mulheres iniciam o uso de álcool em uma idade mais jovem. Como as fêmeas geralmente pesam menos que os machos, têm mais gordura e menos água em seus corpos e metabolizam menos álcool no esôfago e no estômago, é provável que desenvolvam níveis mais altos de álcool no sangue por bebid

do que os machos. As mulheres que bebem muito também podem ser mais vulneráveis do que os homens a algumas das consequências físicas associadas ao álcool, incluindo apagões relacionados ao álcool e doenças do fígado. Além disso, enquanto os mecanismos relacionados à genética para o risco de álcool se sobrepõem para homens e mulheres, os componentes ambientais específicos que aumentam o risco podem diferir entre os sexos, especialmente durante a adolescência. Beber durante a gravidez, que tende a diminuir em geral, pode ser um sinal de transtorno por uso de álcool.

Marcadores diagnósticos

Indivíduos cujo consumo excessivo de álcool os coloca em risco elevado de transtorno por uso de álcool podem ser identificados tanto por meio de questionários padronizados quanto por elevações nos resultados de exames de sangue que provavelmente serão observados com o consumo regular de álcool. Essas medidas não estabelecem um diagnóstico de transtorno relacionado ao álcool, mas podem ser úteis para destacar indivíduos para

559

quem mais informações devem ser coletadas. O teste mais direto disponível para medir o consumo de álcool transversalmente é a *concentração de álcool no sangue*, que também pode ser usado para avaliar a tolerância ao álcool. Por exemplo, pode-se presumir que um indivíduo com uma concentração de 150 mg de etanol por decilitro (dL) de sangue que não apresente sinais de intoxicação tenha adquirido pelo menos algum grau de tolerância ao álcool. A 200 mg/dL, a maioria dos indivíduos não tolerantes apresenta intoxicação grave.

Em relação aos exames laboratoriais, um indicador laboratorial sensível de beber pesado é uma elevação modesta ou níveis normais altos (>35 unidades) de gama-glutamiltransferase (GGT). Este pode ser o único achado laboratorial. Pelo menos 70% dos indivíduos com alto nível de GGT são bebedores pesados persistentes (ou seja, consomem oito ou mais doses diariamente de forma regular). Um segundo teste com níveis de sensibilidade e especificidade comparáveis ou ainda mais altos é a transferrina deficiente em carboidratos (CDT), com níveis de 20 unidades ou mais úteis na identificação de indivíduos que consomem regularmente oito ou mais doses diárias. Dado que os níveis de GGT e CDT voltam ao normal dentro de dias a semanas após parar de beber, ambos os marcadores de estado podem ser úteis no monitoramento da abstinência, especialmente quando o médico observa aumentos, em vez de diminuições, nesses valores ao longo do tempo – um achado que indica que o é provável que o indivíduo tenha voltado a beber pesado. A combinação de testes para CDT e GGT pode ter níveis ainda mais altos de sensibilidade e especificidade do que qualquer teste usado sozinho. Testes úteis adicionais incluem o volume corporcular médio (VCM), que pode ser elevado a valores normais elevados em indivíduos que bebem muito – uma alteração que se deve aos efeitos tóxicos diretos do álcool na eritropoiese.

Embora o MCV possa ser usado para ajudar a identificar aqueles que bebem muito, é um método ruim de monitorar a abstinência devido à longa meia-vida dos glóbulos vermelhos. Testes de função hepática (por exemplo, alanina aminotransferase e fosfatase alcalina) podem revelar lesão hepática que é consequência do consumo excessivo de álcool. Outros marcadores potenciais de consumo excessivo de álcool que são mais inespecíficos para o álcool, mas que podem ajudar o médico a pensar nos possíveis efeitos do álcool, incluem elevações nos níveis sanguíneos ou lipídicos (por exemplo, triglicerídeos e colesterol de lipoproteína de alta densidade) e níveis normais elevados de ácido úrico.

Marcadores diagnósticos adicionais referem-se a sinais e sintomas que refletem as consequências frequentemente associadas ao consumo excessivo de álcool persistente. Por exemplo, dispépsia, náusea e inchaço

pode acompanhar gastrite, e hepatomegalia, varizes esofágicas e hemorroidas podem refletir alterações hepáticas induzidas pelo álcool. Outros sinais físicos de beber pesado incluem tremor, marcha instável, insônia e disfunção erétil. Homens com transtorno por uso crônico de álcool podem apresentar diminuição do tamanho testicular e efeitos feminizantes associados a níveis reduzidos de testosterona. O consumo excessivo de álcool repetido em mulheres está associado a irregularidades menstruais e, durante a gravidez, aborto espontâneo e síndrome alcoólica fetal. Indivíduos com histórias preexistentes de epilepsia ou traumatismo craniano grave são mais propensos a desenvolver convulsões relacionadas ao álcool.

A abstinência de álcool pode estar associada a náuseas, vômitos, gastrite, hematêmese, boca seca, pele inchada e manchada e edema periférico leve.

Associação com Pensamentos ou Comportamentos Suicidas A maioria

dos estudos sobre suicídio e álcool aborda o consumo de álcool em vez do transtorno por uso de álcool. No entanto, um estudo de autópsia psicológica na Austrália descobriu que agressão, comorbidade psiquiátrica e conflitos interpessoais recentes são fatores de risco de suicídio em indivíduos com transtorno por uso de álcool. Uma revisão de estudos de 1999 a 2014 realizados em vários países, incluindo os Estados Unidos, relatou que tanto a intoxicação quanto o uso crônico de álcool estão associados ao suicídio, extensos dados populacionais ligam o álcool ao suicídio e há evidências sugerindo que o álcool restritivo políticas podem ajudar a prevenir o suicídio na população em geral. Uma meta-análise de estudos realizados nos Estados Unidos e em vários outros países de 1996 a 2015 descobriu que, em comparação com indivíduos que não bebiam, o uso agudo de álcool estava associado a quase

560

aumento de sete vezes no risco de tentativa de suicídio. Além disso, nesta meta-análise, bem como em estudos cruzados de caso-controle baseados nos EUA, o uso mais pesado de álcool em 24 horas foi um fator de risco muito mais potente para tentativa de suicídio do que o menor uso de álcool. Em uma coorte de pacientes no Mississippi, o uso agudo de álcool e sedativos teve uma associação ainda mais forte com tentativa de suicídio em comparação com o uso de álcool sozinho. Uma revisão sistemática e meta-análise de estudos de 1975 a 2014 em vários países, incluindo os Estados Unidos, descobriu que o uso de álcool está associado ao porte de armas de fogo, que os alcoólatras têm quatro a seis vezes mais chances de morrer por suicídio com arma do que não bebedores, e que bebedores pesados são mais propensos a escolher armas de fogo em vez de outros métodos de suicídio em comparação com não bebedores.

Consequências Funcionais do Transtorno por Uso de Álcool As características

diagnósticas do transtorno por uso de álcool destacam as principais áreas do funcionamento da vida que provavelmente serão prejudicadas. Estes incluem dirigir e operar máquinas, escola e trabalho, relações interpessoais e comunicação e saúde. Os transtornos relacionados ao álcool contribuem para o absenteísmo no trabalho, acidentes de trabalho e baixa produtividade dos funcionários. As taxas são elevadas em indivíduos sem teto, talvez refletindo uma espiral descendente no funcionamento social e ocupacional, embora a maioria dos indivíduos com transtorno por uso de álcool continue morando com suas famílias e trabalhando em seus empregos.

O transtorno por uso de álcool está associado a um aumento significativo no risco de acidentes, violência e suicídio. Estima-se que uma em cada cinco internações em unidades de terapia intensiva em algumas áreas urbanas

hospitais está relacionado ao álcool e que 40% dos indivíduos nos Estados Unidos experimentam um evento adverso relacionado ao álcool em algum momento de suas vidas, sendo o álcool responsável por até 55% dos eventos fatais de direção. O transtorno grave por uso de álcool, especialmente em indivíduos com transtorno de personalidade antissocial, está associado à prática de atos criminosos, incluindo homicídio. O uso problemático grave de álcool também contribui para a desinibição e sentimentos de tristeza e irritabilidade, que contribuem para tentativas de suicídio e suicídio.

A retirada imprevista do álcool em indivíduos hospitalizados para os quais o diagnóstico de transtorno por uso de álcool foi negligenciado pode aumentar os riscos e custos da hospitalização e do tempo gasto no hospital.

Diagnóstico Diferencial Uso não patológico de álcool.

O elemento-chave do transtorno por uso de álcool é o uso de doses pesadas de álcool com sofrimento repetido e significativo resultante ou funcionamento prejudicado. Embora a maioria dos bebedores às vezes consuma álcool suficiente para se sentir intoxicado, apenas uma minoria (< 20%) desenvolve transtorno por uso de álcool. Portanto, beber, mesmo que diariamente, em doses baixas e intoxicações ocasionais, por si só não fazem esse diagnóstico.

Intoxicação alcoólica, abstinência alcoólica e transtornos mentais induzidos pelo álcool. O transtorno por uso de álcool é diferenciado de intoxicação por álcool, abstinência de álcool e transtornos mentais induzidos por álcool (por exemplo, transtorno depressivo induzido por álcool) em que o transtorno por uso de álcool descreve um padrão problemático de uso de álcool que envolve controle prejudicado sobre o uso de álcool, prejuízo social devido a uso de álcool, uso de álcool de risco (p. . A intoxicação por álcool, a abstinência de álcool e os transtornos mentais induzidos pelo álcool ocorrem com frequência em indivíduos com transtorno por uso de álcool.

Nesses casos, um diagnóstico de intoxicação alcoólica, abstinência alcoólica ou transtorno mental induzido pelo álcool deve ser dado, além de

561

um diagnóstico de transtorno por uso de álcool, cuja presença é indicada no código diagnóstico.

Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos Os sinais e sintomas do transtorno por uso de álcool são semelhantes aos observados no transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Os dois devem ser distinguidos, no entanto, porque o curso pode ser diferente, especialmente em relação a problemas médicos.

Transtorno de conduta na infância e transtorno de personalidade antissocial. O transtorno por uso de álcool, juntamente com outros transtornos por uso de substâncias, é visto na maioria dos indivíduos com transtorno de personalidade antissocial e transtorno de conduta preexistente. Como esses diagnósticos estão associados ao início precoce do transtorno por uso de álcool, bem como a um pior prognóstico, é importante estabelecer ambas as condições.

Comorbidade

Transtornos bipolares, esquizofrenia e transtorno de personalidade antissocial estão associados ao álcool

transtorno por uso, e a maioria dos transtornos de ansiedade e depressão também está associada ao transtorno por uso de álcool. Pelo menos uma parte da associação relatada entre depressão e transtorno por uso de álcool moderado a grave pode ser atribuída a sintomas depressivos comórbidos temporários induzidos pelo álcool resultantes dos efeitos agudos da intoxicação ou abstinência, embora esse ponto tenha sido debatido há muito tempo. A intoxicação alcoólica repetida e grave também pode suprimir os mecanismos imunológicos e predispor os indivíduos a infecções e aumentar o risco de câncer.

Intoxicação por álcool

Critério de diagnóstico

- A. Ingestão recente de álcool.
- B. Alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, comportamento sexual ou agressivo inadequado, labilidade de humor, julgamento prejudicado) que se desenvolveram durante ou logo após a ingestão de álcool.
- C. Um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas que se desenvolvem durante ou logo após o uso de álcool:
 - 1. Fala arrastada.
 - 2. Incoordenação.
 - 3. Marcha instável.
 - 4. Nistagmo.
 - 5. Deficiência na atenção ou memória.
 - 6. Estupor ou coma.
- D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende se há um transtorno por uso de álcool comórbido. Se um transtorno por uso de álcool leve é comórbido, o código CID-10-CM é **F10.120**, e se um transtorno por uso de álcool moderado ou grave é comórbido, o código CID-10-CM é **F10.220**. Se não houver transtorno por uso de álcool comórbido, o código CID-10-CM é **F10.920**.

Características

diagnósticas A característica essencial da intoxicação alcoólica é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas e às vezes com risco de vida (p. , e funcionamento social ou ocupacional prejudicado) que se desenvolvem durante ou logo após a ingestão de álcool (Critério B). Essas mudanças são

acompanhada por evidência de funcionamento e julgamento prejudicados e, se a intoxicação for intensa, pode resultar em coma com risco de vida. Os sintomas não devem ser atribuíveis a outra condição médica (por exemplo, cetoacidose diabética), não são um reflexo de condições como delirium e não estão relacionados à intoxicação com outras drogas depressoras (por exemplo, benzodiazepínicos) (Critério D). Os níveis de incoordenação podem interferir nas habilidades de direção e no desempenho das atividades habituais a ponto de causar colisões de veículos ou outros eventos que resultem em lesões. A evidência do uso de álcool pode ser obtida pelo cheiro de álcool no hálito do indivíduo, obtendo uma história do indivíduo ou de outro observador e, quando necessário, solicitando que o indivíduo forneça amostras de ar, sangue ou urina para análises toxicológicas.

Recursos associados

Os sinais e sintomas de intoxicação tendem a ser mais intensos quando o nível de álcool no sangue está subindo do que quando está caindo. A duração da intoxicação depende de quanto álcool foi consumido durante o período de tempo. Em geral, o corpo é capaz de metabolizar aproximadamente uma bebida por hora, de modo que o nível de álcool no sangue geralmente diminui a uma taxa de 15 a 20 mg/dL por hora.

Durante a intoxicação alcoólica, mesmo leve, é provável que diferentes sintomas sejam observados em diferentes momentos. A evidência de intoxicação leve com álcool pode ser vista na maioria dos indivíduos após aproximadamente dois drinques (cada bebida padrão contém aproximadamente 10 a 12 gramas de etanol e aumenta a concentração de álcool no sangue em aproximadamente 20 mg/dL). No início do período de consumo, quando os níveis de álcool no sangue estão subindo, os sintomas geralmente refletem estimulação (por exemplo, loquacidade, sensação de bem-estar, humor alegre e expansivo). Mais tarde, especialmente quando os níveis de álcool no sangue estão caindo, é provável que o indivíduo se torne progressivamente mais deprimido, retraído e cognitivamente prejudicado.

A intoxicação por álcool às vezes está associada à amnésia dos eventos que ocorreram durante o curso da intoxicação (“apagões”). Esse fenômeno está relacionado a um nível de álcool no sangue relativamente alto e, talvez, à rapidez com que esse nível é atingido. A intoxicação alcoólica aguda pode causar alterações metabólicas (por exemplo, hipoglicemia, distúrbios eletrolíticos) e pode ter efeitos cardiovasculares, respiratórios e/ou gastrointestinais graves. Em níveis muito elevados de álcool no sangue (por exemplo, 200-300 mg/dL), um indivíduo que não desenvolveu tolerância ao álcool provavelmente cairá no sono e entrará em um primeiro estágio de anestesia. Níveis mais altos de álcool no sangue (por exemplo, acima de 300-400 mg/dL) podem causar inibição da respiração e pulso e até mesmo morte em indivíduos não tolerantes.

A intoxicação alcoólica é um importante contribuinte para a violência interpessoal e o comportamento suicida. Entre os indivíduos intoxicados por álcool, parece haver uma taxa aumentada de lesões accidentais (incluindo morte devido a comportamentos associados a julgamento alterado, automutilação e violência), comportamento suicida e suicídio.

Prevalência

A grande maioria dos consumidores de álcool provavelmente já foi intoxicada em algum grau em algum momento de suas vidas. Por exemplo, em 2018, 43% dos alunos do 12º ano nos Estados Unidos relataram ter “ficado bêbados” pelo menos uma vez na vida, e 17,5% deles relataram ter se embriagado pelo menos uma vez nos 30 dias anteriores. Usando uma definição de intoxicação de quatro ou mais bebidas padrão em qualquer dia para mulheres e cinco ou mais

bebidas padrão em qualquer dia para homens, a prevalência de 12 meses de consumo de alto risco em adultos dos EUA é de 17,4% para nativos americanos, 15,1% para afro-americanos, 13,5% para latinos, 12,3% para brancos não latinos e 7,2% para asiáticos e ilhéus do Pacífico.

Desenvolvimento e curso A

intoxicação geralmente ocorre como um episódio que se desenvolve ao longo de minutos a horas e geralmente dura várias horas. Nos Estados Unidos, a idade média da primeira intoxicação é de aproximadamente 15 anos, com maior prevalência em aproximadamente 18-25 anos. A frequência e a intensidade geralmente diminuem com o avanço da idade. Quanto mais cedo o início da intoxicação regular, maior a probabilidade de o indivíduo desenvolver o transtorno por uso de álcool.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental.

Os episódios de intoxicação alcoólica aumentam com características de personalidade de busca de sensações e impulsividade.

Ambiental.

Os episódios de intoxicação alcoólica aumentam com a presença de colegas que bebem muito, com a crença de que beber muito é um componente importante da diversão e com o uso do álcool para lidar com o estresse.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

As principais questões são paralelas às diferenças culturais em relação ao uso de álcool em geral. Por exemplo, algumas fraternidades universitárias e irmandades incentivam a intoxicação por álcool. Essa condição também é frequente em certas datas de significado cultural (por exemplo, véspera de Ano Novo) e, para alguns subgrupos, durante eventos específicos (por exemplo, velórios após funerais). Outros subgrupos incentivam a bebida em celebrações religiosas (por exemplo, feriados judaicos e católicos), enquanto outros ainda desencorajam fortemente todo tipo de bebida ou intoxicação (por exemplo, alguns grupos religiosos, como mórmons, cristãos fundamentalistas e muçulmanos).

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero

Historicamente, em muitas sociedades ocidentais, a aceitação da bebida e da embriaguez é mais tolerada pelos homens, mas essas diferenças de gênero podem ser muito menos proeminentes nos últimos anos, especialmente durante a adolescência e a idade adulta jovem. Em geral, as mulheres são menos tolerantes à mesma quantidade de álcool do que os homens.

Marcadores de diagnóstico

A intoxicação geralmente é estabelecida pela observação do comportamento de um indivíduo e pelo cheiro de álcool no hálito. O grau de intoxicação aumenta com o nível de álcool no sangue ou no hálito do indivíduo e com a ingestão de outras substâncias, especialmente aquelas com efeitos sedativos.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas Um estudo

colaborativo internacional em departamentos de emergência em 17 países descobriu que o uso agudo de álcool, independente do uso crônico, aumenta o risco de tentativa de suicídio, com cada bebida aumentando o risco em 30%. Para obter mais informações, consulte "Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas" na seção Transtorno por uso de álcool.

Consequências funcionais da intoxicação por álcool

A intoxicação por álcool contribuiu para mais de 95.000 mortes e 2,8 milhões de anos de vida potencial perdidos a cada ano nos Estados Unidos de 2011 a 2015, encurtando o

564

vidas daqueles que morreram por uma média de 30 anos. Além disso, a intoxicação com esta droga contribui para enormes custos associados à condução em estado de embriaguez e afastamento da escola ou trabalho, bem como discussões interpessoais e brigas físicas.

Diagnóstico diferencial

Outras condições médicas.

Várias condições médicas (por exemplo, acidose diabética) e neurológicas (por exemplo, ataxia cerebelar, esclerose múltipla) podem se assemelhar temporariamente à intoxicação alcoólica.

Transtornos mentais induzidos pelo álcool. A intoxicação alcoólica é diferenciada dos transtornos mentais induzidos pelo álcool (por exemplo, transtorno depressivo induzido pelo álcool, com início durante a intoxicação) porque os sintomas (por exemplo, humor deprimido) nesses últimos transtornos são maiores do que aqueles geralmente associados à intoxicação alcoólica, predominando em a apresentação clínica, e são graves o suficiente para justificar a atenção clínica.

Intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica.

A intoxicação com drogas sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas ou com outras substâncias sedativas (por exemplo, anti-histamínicos, drogas anticolinérgicas) pode ser confundida com intoxicação alcoólica. O diferencial requer observar o álcool no hálito, medir os níveis de álcool no sangue ou no hálito, solicitar um exame médico e reunir uma boa história. Os sinais e sintomas da intoxicação sedativo-hipnótica são muito semelhantes aos observados com o álcool e incluem alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas semelhantes.

Essas alterações são acompanhadas por evidências de funcionamento e julgamento prejudicados - que, se intensos, podem resultar em coma com risco de vida - e níveis de incoordenação que podem interferir nas habilidades de direção e na realização de atividades habituais. No entanto, não há cheiro como há com o álcool, mas é provável que haja evidências de uso indevido da droga depressora nas análises toxicológicas do sangue ou da urina.

Comorbidade A

intoxicação alcoólica pode ocorrer comorbidade com a intoxicação por outras substâncias, especialmente em indivíduos com transtorno de conduta ou transtorno de personalidade antisocial. Dada a sobreposição típica de intoxicação alcoólica com transtorno por uso de álcool, consulte "Comorbidade" em Transtorno por uso de álcool para obter mais detalhes sobre condições concomitantes que provavelmente serão encontradas.

Abstinência alcoólica

Critério de diagnóstico

- A. Cessação (ou redução) do uso intenso e prolongado de álcool.
- B. Dois (ou mais) dos seguintes, desenvolvendo-se dentro de várias horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso de álcool descrito no Critério A: 1. Hiperatividade autonômica (por exemplo, sudorese ou pulsação maior que 100 bpm).
 - 2. Aumento do tremor nas mãos.
 - 3. Insônia.
 - 4. Náuseas ou vômitos.
 - 5. Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias.
 - 6. Agitação psicomotora.
 - 7. Ansiedade.
 - 8. Crises tônico-clônicas generalizadas.
- C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

565

- D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.

Especifique

se: **Com distúrbios perceptuais:** Este especificador se aplica nos raros casos em que ocorrem alucinações (geralmente visuais ou táteis) com teste de realidade intacto, ou ilusões auditivas, visuais ou táteis na ausência de delírio.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende da existência ou não de um transtorno por uso de álcool comórbido e da existência ou não de distúrbios perceptivos.

Para abstinência de álcool, sem distúrbios perceptuais: Se um transtorno por uso de álcool leve é comórbido, o código CID-10-CM é **F10.130**, e se um transtorno por uso de álcool moderado ou grave é comórbido, o código CID-10-CM é **F10 .230**. Se não houver transtorno por uso de álcool comórbido, o código CID-10-CM é **F10.930**.

Para abstinência de álcool, com distúrbios perceptuais: Se um transtorno por uso de álcool leve é comórbido, o código CID-10-CM é **F10.132**, e se um transtorno por uso de álcool moderado ou grave é comórbido, o código CID-10-CM é **F10 .232**. Se não houver transtorno por uso de álcool comórbido, o código CID-10-CM é **F10.932**.

Especificadores

Quando as alucinações ocorrem na ausência de delírio (ou seja, em um sensório claro), deve-se considerar o diagnóstico de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento.

Características Diagnósticas

A característica essencial da abstinência alcoólica é a presença de uma síndrome de abstinência característica que se desenvolve dentro de várias horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso intenso e prolongado de álcool (Critérios A e B). A síndrome de abstinência inclui dois ou mais dos sintomas que refletem hiperatividade autonômica e ansiedade listados no Critério B, juntamente com sintomas gastrointestinais.

Os sintomas de abstinência causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério C). Os sintomas não devem ser atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno de ansiedade generalizada), incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância (por exemplo, abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos) (Critério D).

Os sintomas podem ser aliviados com a administração de álcool ou benzodiazepínicos (por exemplo, diazepam). Os sintomas de abstinência geralmente começam quando as concentrações sanguíneas de álcool diminuem acentuadamente (ou seja, dentro de 4 a 12 horas) após o uso de álcool ter sido interrompido ou reduzido. Refletindo o metabolismo relativamente rápido do álcool, os sintomas de abstinência do álcool geralmente atingem o pico de intensidade durante o segundo dia de abstinência e tendem a melhorar acentuadamente no quarto ou quinto dia. Após a retirada aguda, no entanto, os sintomas de ansiedade, insônia e disfunção autonômica podem persistir por até 3-6 meses em níveis mais baixos de intensidade.

Menos de 10% dos indivíduos que desenvolvem abstinência de álcool desenvolverão sintomas dramáticos (por exemplo, hiperatividade autonômica grave, tremores, delírio de abstinência de álcool). As crises tônico-clônicas ocorrem em menos de 3% dos indivíduos.

Recursos associados

Embora confusão e alterações na consciência não sejam critérios centrais para abstinência alcoólica, o delirium por abstinência alcoólica (ver “Delirium” no capítulo “Transtornos neurocognitivos”) pode ocorrer no contexto da abstinência. Como acontece com qualquer estado agitado e confuso, independentemente da causa, além de uma perturbação da consciência e da cognição, o delírio de abstinência pode incluir alucinações visuais, táteis ou (raramente) auditivas.

566

(delírio tremens). Quando o delírio de abstinência de álcool se desenvolve, é provável que uma condição médica clinicamente relevante possa estar presente (por exemplo, insuficiência hepática, pneumonia, sangramento gastrointestinal, sequelas de traumatismo craniano, hipoglicemia, desequilíbrio eletrolítico, estado pós-operatório).

Prevalência

Estima-se que aproximadamente 50% dos indivíduos de classe média altamente funcionais com transtorno por uso de álcool nos Estados Unidos já experimentaram uma síndrome de abstinência total de álcool. Entre os indivíduos com transtorno por uso de álcool que estão hospitalizados ou em situação de rua, a taxa de abstinência do álcool pode ser superior a 80%. Menos de 10% dos indivíduos em retirada

alguma vez demonstraram delírio de abstinência de álcool ou convulsões de abstinência. A prevalência de sintomas de abstinência de álcool não parece variar entre os grupos etnoraciais dos EUA.

Desenvolvimento e Curso A abstinência

aguda de álcool ocorre como um episódio geralmente com duração de 4 a 5 dias e somente após longos períodos de consumo excessivo de álcool. A abstinência é relativamente rara em indivíduos com menos de 30 anos, e o risco e a gravidade aumentam com o aumento da idade.

Fatores de Risco e Prognósticos A

abstinência de álcool é mais provável de ocorrer com ingestão mais pesada de álcool, e isso pode ser mais frequentemente observado em indivíduos com transtorno de conduta e transtorno de personalidade antissocial. Os estados de abstinência também são mais graves em indivíduos que também são dependentes de outras drogas depressoras (sedativos-hipnóticos) e indivíduos que tiveram mais experiências de abstinência de álcool no passado. Os preditores de abstinência grave de álcool incluem delírio de abstinência alcoólica, histórias prévias de síndromes de abstinência graves, níveis baixos de potássio no sangue, contagem diminuída de plaquetas e hipertensão sistólica.

Ambiental. A probabilidade de desenvolver abstinência alcoólica aumenta com a quantidade e frequência do consumo de álcool. A maioria dos indivíduos com essa condição está bebendo diariamente, consumindo grandes quantidades (aproximadamente mais de oito doses por dia) por vários dias. No entanto, existem grandes diferenças interindividuais, com riscos aumentados para indivíduos com condições médicas concomitantes, aqueles com histórico familiar de abstinência de álcool (ou seja, um componente genético), aqueles com abstinências anteriores e indivíduos que consomem sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. drogas.

Marcadores de diagnóstico

A hiperatividade autonômica no contexto de níveis de álcool no sangue moderadamente altos, mas em queda, e uma história de consumo prolongado e pesado indicam uma probabilidade de abstinência de álcool.

Consequências Funcionais da Abstinência do Álcool Os sintomas de

abstinência podem servir para perpetuar os comportamentos de consumo e contribuir para a recaída, resultando em funcionamento social e ocupacional persistentemente prejudicado. Os sintomas que requerem desintoxicação supervisionada por médicos resultam em utilização hospitalar e perda de produtividade no trabalho. Em geral, a presença de abstinência está associada a maior comprometimento funcional e pior prognóstico entre os indivíduos com transtorno por uso de álcool.

Diagnóstico diferencial

Outras condições médicas. Os sintomas de abstinência de álcool também podem ser imitados por algumas condições médicas (por exemplo, hipoglicemia e cetoacidose diabética). Tremor essencial,

Transtornos mentais induzidos pelo álcool. A abstinência alcoólica é diferenciada dos transtornos mentais induzidos pelo álcool (p. ex., transtorno de ansiedade induzido pelo álcool, com início durante a abstinência) porque os sintomas (p. apresentação clínica, e são graves o suficiente para justificar a atenção clínica).

Retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. A retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos produz uma síndrome muito semelhante à de abstinência de álcool.

Comorbidade

Dada a sobreposição típica de abstinência de álcool com transtorno por uso de álcool, consulte “Comorbidade” em Transtorno por uso de álcool para obter mais detalhes sobre condições concomitantes que provavelmente serão encontradas.

Transtornos Mentais Induzidos por Álcool

Os seguintes transtornos mentais induzidos pelo álcool são descritos em outros capítulos do manual com transtornos com os quais compartilham a fenomenologia (veja os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): transtorno psicótico induzido pelo álcool (“Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders”); transtorno bipolar e relacionado induzido pelo álcool (“Transtornos Bipolares e Relacionados”); transtorno depressivo induzido pelo álcool (“Transtornos Depressivos”); transtorno de ansiedade induzido pelo álcool (“Transtornos de Ansiedade”); distúrbio do sono induzido pelo álcool (“Distúrbios do Sono-Vigília”); disfunção sexual induzida pelo álcool (“Disfunções Sexuais”); e transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido pelo álcool (“Distúrbios Neurocognitivos”). Para delírio de intoxicação alcoólica e delírio de abstinência de álcool, veja os critérios e a discussão do delírio no capítulo “Transtornos neurocognitivos”. Esses transtornos mentais induzidos pelo álcool são diagnosticados em vez de intoxicação por álcool ou abstinência de álcool apenas quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Características diagnósticas e associadas Os perfis de

sintomas para uma condição induzida pelo álcool assemelham-se aos transtornos mentais independentes correspondentes, conforme descrito em outras partes deste manual. Além disso, embora as condições induzidas pelo álcool possam ter as mesmas consequências graves que os transtornos mentais independentes (por exemplo, tentativas de suicídio), é provável que melhorem sem tratamento formal em questão de dias a semanas após a cessação da intoxicação grave e/ou abstinência.

Cada transtorno mental induzido pelo álcool é listado na seção de diagnóstico relevante e, portanto, apenas uma breve descrição é oferecida aqui. Esses transtornos mentais induzidos pelo álcool devem ter se desenvolvido no contexto de intoxicação alcoólica grave e/ou abstinência alcoólica.

Dado que a apresentação de um transtorno mental induzido pelo álcool se assemelha sintomaticamente às apresentações de transtornos mentais independentes da mesma classe diagnóstica, eles devem ser diferenciados com base na relação temporal entre o uso de álcool e os sintomas psiquiátricos. Indivíduos com transtornos mentais induzidos pelo álcool provavelmente também demonstram as características associadas observadas com um transtorno por uso de álcool, conforme listado nessa subseção.

Deve haver evidências de que o distúrbio observado provavelmente não será melhor explicado

por um transtorno mental independente. Este último é provável de ocorrer se o mental

568

transtorno estava presente antes da intoxicação grave ou abstinência, ou continuou por mais de 1 mês após a cessação da intoxicação grave ou abstinência. Quando os sintomas são observados apenas durante um delirium, eles devem ser considerados parte do delirium e não diagnosticados separadamente, pois muitos sintomas (incluindo distúrbios de humor, ansiedade e testes de realidade) são comumente vistos durante estados agitados e confusos. O transtorno mental induzido pelo álcool deve ser clinicamente relevante, causando sofrimento significativo ou prejuízo funcional significativo. Finalmente, há indicações de que a ingestão de substâncias de abuso no contexto de um transtorno mental preexistente provavelmente resultará em uma intensificação da síndrome independente preexistente.

As taxas de transtornos mentais induzidos pelo álcool variam um pouco por categoria diagnóstica. Por exemplo, o risco ao longo da vida para episódios depressivos maiores em indivíduos com transtorno por uso de álcool é de aproximadamente 40%, mas apenas cerca de um terço a metade destes representam síndromes depressivas maiores independentes observadas fora do contexto de intoxicação. Taxas semelhantes de distúrbios do sono e ansiedade induzidos pelo álcool são prováveis, mas estima-se que episódios psicóticos induzidos pelo álcool sejam vistos em menos de 5% dos indivíduos com transtorno por uso de álcool.

Desenvolvimento e Curso

Uma vez presentes, os sintomas de um transtorno mental induzido pelo álcool provavelmente permanecerão clinicamente relevantes enquanto o indivíduo continuar a experimentar intoxicação grave ou abstinência. Embora os sintomas possam ser idênticos aos de transtornos mentais independentes (p. transtorno amnésico persistente induzido por álcool), independentemente da gravidade dos sintomas, tendem a melhorar de forma relativamente rápida e é improvável que permaneçam clinicamente relevantes por mais de 1 mês após a cessação da intoxicação grave e/ou abstinência.

Os transtornos mentais induzidos pelo álcool são parte importante dos diagnósticos diferenciais para os transtornos mentais independentes. Esquizofrenia independente, transtorno depressivo maior, transtorno bipolar e transtornos de ansiedade, como transtorno do pânico, provavelmente estão associados a períodos de sintomas muito mais duradouros e geralmente requerem medicamentos de longo prazo para otimizar a probabilidade de melhora ou recuperação. Os transtornos mentais induzidos pelo álcool, por outro lado, provavelmente são de duração muito mais curta e desaparecem dentro de vários dias a 1 mês após a cessação da intoxicação grave e/ou abstinência, mesmo sem medicamentos psicotrópicos.

A importância de reconhecer um transtorno mental induzido pelo álcool é semelhante à relevância de identificar o possível papel de algumas condições endócrinas e reações a medicamentos antes de diagnosticar um transtorno mental independente. À luz da alta prevalência de transtornos por uso de álcool em todo o mundo, é importante que esses diagnósticos induzidos pelo álcool sejam considerados antes que os transtornos mentais independentes sejam diagnosticados.

Transtorno Relacionado ao Álcool Não Especificado

F10.99

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno relacionado ao álcool que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer transtorno específico relacionado ao álcool ou qualquer dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e aditivos.

569

Distúrbios Relacionados à Cafeína

Intoxicação por Cafeína

Retirada de Cafeína

Transtornos Mentais Induzidos por Cafeína

Transtorno Não Especificado Relacionado à Cafeína

Intoxicação por Cafeína

Critério de diagnóstico**F15.920**

- A. Consumo recente de cafeína (tipicamente uma dose alta bem superior a 250 mg).
- B. Cinco (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas que se desenvolvem durante ou logo após o uso de cafeína:
 - 1. Inquietação.
 - 2. Nervosismo.
 - 3. Excitação.
 - 4. Insônia.
 - 5. Rosto corado.
 - 6. Diurese.
 - 7. Perturbação gastrintestinal.
 - 8. Espasmos musculares.
 - 9. Fluxo desordenado de pensamento e fala.
 - 10. Taquicardia ou arritmia cardíaca.
 - 11. Períodos de inesgotabilidade.
 - 12. Agitação psicomotora.

- C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Recursos de diagnóstico A

cafeína pode ser consumida de várias fontes diferentes, incluindo café, chá, refrigerante com cafeína, bebidas “energéticas”, analgésicos e remédios para resfriado vendidos sem receita, auxiliares para perda de peso e chocolate. A cafeína também está sendo cada vez mais usada como aditivo para vitaminas e produtos alimentícios. Mais de 85% das crianças e adultos nos Estados Unidos consomem cafeína. Alguns usuários de cafeína apresentam sintomas consistentes com o uso problemático, incluindo tolerância e abstinência (veja “Abstinência de Cafeína” mais adiante neste capítulo); os dados não estão disponíveis neste momento para determinar o significado clínico de um transtorno por uso de cafeína e sua prevalência. Em contraste, há evidências de que a abstinência de cafeína e a intoxicação por cafeína são clinicamente significativas e suficientemente prevalentes.

A característica essencial da intoxicação por cafeína é o consumo recente de cafeína e cinco ou mais sinais ou sintomas que se desenvolvem durante ou logo após o uso de cafeína (Critérios A e B). Os sintomas incluem inquietação, nervosismo, excitação, insônia, rubor facial, diurese e queixas gastrointestinais, que podem ocorrer com doses baixas (p.

570

indivíduos vulneráveis, como crianças, idosos ou indivíduos que não foram expostos à cafeína anteriormente. Os sintomas que geralmente aparecem em níveis superiores a 1 g/dia incluem espasmos musculares, fluxo de pensamento e fala divagantes, taquicardia ou arritmia cardíaca, períodos de inexauribilidade e agitação psicomotora. A intoxicação por cafeína pode não ocorrer apesar da alta ingestão de cafeína devido ao desenvolvimento de tolerância. Os sinais ou sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério C). Os sinais ou sintomas não devem ser atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno de ansiedade) ou intoxicação com outra substância (Critério D).

Recursos associados

Distúrbios sensoriais leves (por exemplo, zumbido nos ouvidos e flashes de luz) podem ocorrer com altas doses de cafeína. Embora grandes doses de cafeína possam aumentar a frequência cardíaca, doses dietéticas típicas podem diminuir a frequência cardíaca. Não está claro se a ingestão excessiva de cafeína pode causar dores de cabeça. Ao exame físico, pode-se observar agitação, inquietação, sudorese, taquicardia, rubor facial e aumento da motilidade intestinal. Os níveis sanguíneos de cafeína podem fornecer informações importantes para o diagnóstico, principalmente quando o indivíduo é um historiador pobre, embora esses níveis não sejam diagnósticos por si só, devido à variação individual em resposta à cafeína.

Prevalência

A prevalência de intoxicação por cafeína na população em geral não é clara. Nos Estados Unidos, aproximadamente 7% dos indivíduos da população podem apresentar cinco ou mais sintomas juntamente com comprometimento funcional consistente com o diagnóstico de intoxicação por cafeína.

O consumo de bebidas energéticas cafeinadas, muitas vezes junto com álcool, levando à intoxicação por cafeína, aumentou entre adolescentes e adultos jovens em países de alta renda, resultando na duplicação das visitas ao pronto-socorro dos EUA relacionadas a bebidas energéticas cafeinadas entre 2007 e 2011.

Desenvolvimento e curso

Consistente com uma meia-vida da cafeína de aproximadamente 4 a 6 horas, os sintomas de intoxicação por cafeína geralmente desaparecem no primeiro dia e não têm consequências conhecidas de longa duração. No entanto, indivíduos que consomem doses muito altas de cafeína (ou seja, 5 a 10 g) podem precisar de atenção médica imediata, pois essas doses podem ser letais.

Com o avançar da idade, é provável que os indivíduos demonstrem reações cada vez mais intensas à cafeína, com maiores queixas de interferência no sono ou sensação de hiperexcitação. A intoxicação por cafeína entre jovens após o consumo de produtos altamente cafeinados, incluindo bebidas energéticas, foi observada. Crianças e adolescentes podem estar em maior risco de intoxicação por cafeína devido ao baixo peso corporal, falta de tolerância e falta de conhecimento sobre os efeitos farmacológicos da cafeína.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. A intoxicação por cafeína é frequentemente observada em indivíduos que usam cafeína com menos frequência ou naqueles que aumentaram recentemente sua ingestão de cafeína em uma quantidade substancial. Além disso, os contraceptivos orais diminuem significativamente a eliminação da cafeína e, consequentemente, podem aumentar o risco de intoxicação.

Genética e fisiológica. Fatores genéticos podem afetar o risco de intoxicação por cafeína.

571

Consequências Funcionais da Intoxicação por Cafeína O comprometimento

da intoxicação por cafeína pode ter sérias consequências, incluindo disfunção no trabalho ou na escola, indiscrições sociais ou falha em cumprir as obrigações do papel. Além disso, doses extremamente altas de cafeína podem ser fatais. Em alguns casos, a intoxicação por cafeína pode precipitar um distúrbio induzido por cafeína.

Diagnóstico diferencial

Transtornos mentais independentes A intoxicação por cafeína pode ser caracterizada por sintomas (por exemplo, ataques de pânico) que se assemelham a transtornos mentais independentes. Para atender aos critérios de intoxicação por cafeína, os sintomas não devem estar associados a outra condição médica ou outro transtorno mental, como transtorno de ansiedade, que possa explicá-los melhor. Episódios maníacos; síndrome do pânico; distúrbio de ansiedade generalizada; intoxicação por anfetaminas; abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ou abstinência de tabaco; distúrbios do sono; e efeitos colaterais induzidos por medicamentos (por exemplo, acatisia) podem causar um quadro clínico semelhante ao da intoxicação por cafeína.

Transtornos mentais induzidos por cafeína.

A relação temporal dos sintomas com o aumento do uso de cafeína ou com a abstinência de cafeína ajuda a estabelecer o diagnóstico. A intoxicação por cafeína é diferenciada do transtorno de ansiedade induzido por cafeína, com início durante a intoxicação (consulte "Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento" no capítulo "Transtornos de ansiedade") e transtorno do sono induzido por cafeína, com início durante a intoxicação (consulte "Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento" / Transtorno do Sono Induzido por Medicinação" no capítulo "Transtornos do Sono-Vigília"), porque os sintomas (p. e são graves o suficiente para justificar atenção clínica independente.

Comorbidade

Doses dietéticas típicas de cafeína não têm sido consistentemente associadas a problemas médicos. No entanto, o uso pesado (por exemplo, > 400 mg) pode causar ou exacerbar ansiedade e sintomas somáticos e desconforto gastrointestinal. Com doses agudas e extremamente altas de cafeína, convulsões de grande mal e insuficiência respiratória podem resultar em morte. O uso excessivo de cafeína está associado a transtornos depressivos, transtornos bipolares, transtornos alimentares, transtornos psicóticos, transtornos do sono e transtornos relacionados a substâncias, enquanto indivíduos com transtornos de ansiedade são mais propensos a evitar a cafeína.

Retirada de Cafeína**Critério de diagnóstico****F15.93**

- A. Uso diário prolongado de cafeína.
- B. Cessação ou redução abrupta do uso de cafeína, seguida dentro de 24 horas por três (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas:
 - 1. Dor de cabeça.
 - 2. Fadiga ou sonolência acentuada.
 - 3. Humor disfórico, humor deprimido ou irritabilidade.
 - 4. Dificuldade de concentração.
 - 5. Sintomas semelhantes aos da gripe (náuseas, vômitos ou dor/rigidez muscular).
- C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- D. Os sinais ou sintomas não estão associados aos efeitos fisiológicos de outra condição médica (por exemplo, enxaqueca, doença viral) e não são bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.

Características Diagnósticas

A característica essencial da abstinência de cafeína é a presença de uma síndrome de abstinência característica que se desenvolve após a interrupção abrupta (ou redução substancial) da ingestão diária prolongada de cafeína (Critério B). Como os indivíduos podem desconhecer a ampla gama de fontes de cafeína além do café, refrigerantes e bebidas energéticas (por exemplo, analgésicos e remédios para resfriado vendidos sem receita, auxiliares para perda de peso, chocolate), eles podem não relacionar a ingestão dessas substâncias com sintomas de abstinência de cafeína. A síndrome de abstinência de cafeína é indicada por três ou mais dos seguintes (Critério B): dor de cabeça; fadiga ou sonolência acentuada; humor disfórico, humor deprimido ou irritabilidade; Dificuldade de concentração; e sintomas semelhantes aos da gripe (náuseas, vômitos ou dor/rigidez muscular). A síndrome de abstinência causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério C). Os sintomas não devem estar associados aos efeitos fisiológicos de outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério D).

A cefaleia é a característica marcante da abstinência de cafeína e pode ser difusa, de desenvolvimento gradual, latejante, intensa e sensível ao movimento. No entanto, outros sintomas de abstinência de cafeína podem ocorrer na ausência de dor de cabeça. A cafeína é a droga comportamentalmente ativa mais utilizada no mundo e está presente em diversos tipos de bebidas (por exemplo, café, chá, mate, refrigerantes, energéticos), alimentos, energéticos, medicamentos e suplementos dietéticos. Como a ingestão de cafeína é frequentemente integrada a costumes sociais e rituais diários (por exemplo, intervalo para café, hora do chá), alguns consumidores de cafeína podem não estar cientes de sua dependência física da cafeína. Assim, os sintomas de abstinência de cafeína podem ser inesperados e atribuídos erroneamente a outras causas (por exemplo, gripe, enxaqueca). Além disso, os sintomas de abstinência de cafeína podem ocorrer quando os indivíduos são obrigados a se abster de alimentos e bebidas antes de procedimentos médicos ou quando uma dose habitual de cafeína é omitida devido a uma mudança na rotina (por exemplo, durante viagens, fins de semana).

A probabilidade e a gravidade da abstinência de cafeína geralmente aumentam em função da dose diária habitual de cafeína. No entanto, existe uma grande variabilidade entre os indivíduos e dentro dos indivíduos em diferentes episódios na incidência, gravidade e duração dos sintomas de abstinência.

Os sintomas de abstinência de cafeína podem ocorrer após a interrupção abrupta de doses diárias crônicas relativamente baixas de cafeína (ou seja, 100 mg).

Recursos associados

Foi demonstrado que a abstinência de cafeína está associada ao desempenho cognitivo e comportamental prejudicado (por exemplo, atenção sustentada), bem como ao aumento do tempo total de sono, eficiência do sono e sono de ondas lentas. Estudos eletroencefalográficos mostraram que os sintomas de abstinência de cafeína estão significativamente associados a aumentos no poder teta e diminuições no poder beta-2. A diminuição da motivação para o trabalho e a diminuição da sociabilidade também foram relatadas durante a abstinência de cafeína. O aumento do uso de analgésicos durante a abstinência de cafeína foi documentado.

Prevalência

Mais de 85% dos adultos e crianças nos Estados Unidos consomem cafeína regularmente, com consumidores adultos de cafeína ingerindo cerca de 280 mg/dia em média. A incidência e prevalência da

síndrome de abstinência de cafeína na população geral não são claras. Nos Estados Unidos, a cefaleia pode ocorrer em aproximadamente 50% dos casos de abstinência de cafeína.

573

Nas tentativas de parar permanentemente o uso de cafeína, mais de 70% dos indivíduos em um condado metropolitano dos EUA relataram pelo menos um sintoma de abstinência de cafeína (47% apresentaram dor de cabeça) e 24% apresentaram dor de cabeça mais um ou mais outros sintomas, bem como comprometimento funcional devido à retirada. Entre os indivíduos que se abstiveram de cafeína por pelo menos 24 horas, mas não estavam tentando parar permanentemente o uso de cafeína, 11% experimentaram dor de cabeça mais um ou mais outros sintomas, bem como comprometimento funcional. Os consumidores de cafeína podem diminuir a incidência de abstinência de cafeína usando cafeína diariamente ou apenas com pouca frequência (por exemplo, não mais de 2 dias consecutivos). A redução gradual da cafeína durante um período de dias ou semanas pode diminuir a incidência e a gravidade da abstinência de cafeína.

Desenvolvimento e Curso Os sintomas

geralmente começam 12 a 24 horas após a última dose de cafeína e atingem o pico após 1 a 2 dias de abstinência. Os sintomas de abstinência de cafeína duram de 2 a 9 dias, com a possibilidade de dores de cabeça de abstinência ocorrendo por até 21 dias. Os sintomas geralmente desaparecem rapidamente (dentro de 30 a 60 minutos) após a re-ingestão de cafeína. Doses de cafeína significativamente menores do que a dose diária habitual do indivíduo podem ser suficientes para prevenir ou atenuar os sintomas de abstinência de cafeína (por exemplo, consumo de 25 mg por um indivíduo que normalmente consome 300 mg).

A cafeína é única, pois é uma droga comportamentalmente ativa que é consumida por indivíduos de quase todas as idades, com taxas de consumo de cafeína e nível geral de consumo de cafeína aumentando com a idade. Embora a abstinência de cafeína entre crianças e adolescentes tenha sido documentada, relativamente pouco se sabe sobre os fatores de risco para a abstinência de cafeína nessa faixa etária. O uso de bebidas energéticas com alto teor de cafeína está aumentando em jovens, o que pode aumentar o risco de abstinência de cafeína.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. O uso pesado de cafeína tem sido observado entre indivíduos com transtornos mentais, incluindo transtornos alimentares e transtornos por uso de álcool e outras substâncias, bem como entre indivíduos que fumam cigarros e aqueles que estão presos. Assim, esses indivíduos podem estar em maior risco de abstinência de cafeína após abstinência aguda de cafeína.

Ambiental. A indisponibilidade de cafeína é um fator de risco ambiental para sintomas de abstinência incipientes. Embora a cafeína seja legal e geralmente amplamente disponível, há condições em que o uso de cafeína pode ser restrito, como durante procedimentos médicos, gravidez, hospitalizações, observâncias religiosas, guerra, viagens e participação em pesquisas. Essas circunstâncias ambientais externas podem precipitar uma síndrome de abstinência em indivíduos vulneráveis.

Genética e fisiológica. Fatores genéticos parecem aumentar a vulnerabilidade à abstinência de cafeína, mas nenhum gene específico foi identificado.

Problemas de diagnóstico relacionados à cultura

Os consumidores habituais de cafeína que jejuam por motivos religiosos podem estar em maior risco de abstinência de cafeína.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e gênero O

metabolismo da cafeína é mais lento em mulheres que usam contraceptivos orais e na fase lútea do ciclo menstrual, e o metabolismo da cafeína torna-se progressivamente mais lento no segundo e terceiro trimestres de gravidez em comparação com o primeiro trimestre e o primeiro trimestre. estado não grávido. Esses recursos reduzem a taxa de eliminação e podem diminuir a abstinência, embora também possam prolongar a duração dos sintomas adversos associados à cafeína. É improvável que doses < 300 mg/dia estejam associadas a resultados reprodutivos adversos na gravidez.

574

Consequências funcionais da abstinência de cafeína Os sintomas de

abstinência de cafeína podem variar de leves a extremos, às vezes causando prejuízo funcional nas atividades diárias normais. As taxas de comprometimento funcional em estudos conduzidos principalmente nos Estados Unidos variam de 10% a 55% (mediana de 13%), com taxas de até 73% encontradas entre indivíduos que também apresentam outras características problemáticas do uso de cafeína. Exemplos de deficiência funcional incluem ser incapaz de trabalhar, fazer exercícios ou cuidar de crianças; ficar na cama o dia todo; faltando serviços religiosos; terminar as férias mais cedo; e cancelar uma reunião social.

As dores de cabeça de abstinência de cafeína podem ser descritas por indivíduos como “as piores dores de cabeça” já experimentadas. Decréscimos no desempenho cognitivo e motor também foram observados.

Diagnóstico diferencial

Outras condições médicas e efeitos colaterais de medicamentos. A abstinência de cafeína pode imitar enxaqueca e outros distúrbios de dor de cabeça, doenças virais, sinusite, tensão, outros estados de abstinência de drogas (por exemplo, de anfetaminas, cocaína) e efeitos colaterais de medicamentos. A determinação final da abstinência de cafeína deve basear-se na determinação do padrão e da quantidade consumida, no intervalo de tempo entre a abstinência de cafeína e o início dos sintomas e nas características clínicas particulares apresentadas pelo indivíduo. Uma dose de desafio de cafeína seguida de remissão dos sintomas pode ser usada para confirmar o diagnóstico.

Distúrbio do sono induzido por cafeína. A abstinência de cafeína é diferenciada do distúrbio do sono induzido por cafeína (por exemplo, distúrbio do sono induzido por cafeína, tipo insônia, com início durante a abstinência) porque os sintomas do sono excedem aqueles geralmente associados à abstinência de cafeína, predominam na apresentação clínica e são graves suficiente para justificar a atenção clínica.

Comorbidade A

abstinência de cafeína pode estar associada a transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, transtorno de personalidade antissocial, transtorno por uso de álcool moderado a grave e uso de cannabis e cocaína.

Transtornos Mentais Induzidos por Cafeína

Os seguintes transtornos mentais induzidos por cafeína são descritos em outros capítulos do manual com transtornos com os quais compartilham a fenomenologia (veja os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): transtorno de ansiedade induzido por cafeína (“Transtornos de Ansiedade”) e distúrbio do sono induzido (“Distúrbios do Sono-Vigília”). Esses transtornos mentais induzidos por cafeína são diagnosticados em vez de intoxicação por cafeína ou abstinência de cafeína apenas quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Transtorno Não Especificado Relacionado à Cafeína

F15,99

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno relacionado à cafeína que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer transtorno específico relacionado à cafeína ou qualquer dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e aditivos.

575

Distúrbios Relacionados à Cannabis

Transtorno por uso de maconha

Intoxicação por Cannabis

Retirada de cannabis

Transtornos Mentais Induzidos por Cannabis

Transtorno Não Especificado Relacionado à Cannabis

Transtorno por uso de maconha

Critério de diagnóstico

- A. Um padrão problemático de uso de cannabis que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes, ocorrendo dentro de um período de 12 meses: 1. A cannabis é frequentemente consumida em quantidades maiores ou por um período mais longo do que era pretendido.
2. Há um desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar uso de maconha.

3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter cannabis, usar cannabis ou se recuperar de seus efeitos.
 4. Desejo, ou um forte desejo ou urgência de usar cannabis.
 5. Uso recorrente de cannabis resultando em falha no cumprimento de obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
 6. Uso continuado de cannabis apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da cannabis.
 7. Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes são abandonadas ou reduzidas devido ao uso de cannabis.
 8. Uso recorrente de cannabis em situações em que é fisicamente perigoso.
 9. O uso de cannabis continua apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela cannabis.
10. Tolerância, conforme definido por qualquer um dos seguintes:
- uma. A necessidade de quantidades significativamente maiores de cannabis para atingir intoxicação ou efeito desejado.
 - b. Efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de maconha.
11. Desistência, manifestada por qualquer um dos seguintes: a. A síndrome de abstinência característica da cannabis (consulte os Critérios A e B dos critérios definidos para a abstinência da cannabis). b. A cannabis (ou uma substância intimamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especifique

se: **Em remissão precoce:** Depois que todos os critérios para transtorno por uso de cannabis foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de cannabis foi preenchido por pelo menos 3 meses, mas

576

por menos de 12 meses (com exceção de que o Critério A4, “Desejo ou forte desejo ou urgência de usar cannabis”, pode ser atendido).

Em remissão sustentada: Depois que todos os critérios para transtorno por uso de cannabis foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de cannabis foi atendido em qualquer momento durante um período de 12 meses ou mais (com exceção do Critério A4, “Desejo ou forte desejo ou desejo de usar cannabis”, pode estar presente).

Especifique

se: **Em um ambiente controlado:** Este especificador adicional é usado se o indivíduo estiver em um ambiente onde o acesso à cannabis é restrito.

Código baseado na gravidade/remissão atual: Se uma intoxicação por cannabis, abstinência de cannabis ou outro transtorno mental induzido por cannabis também estiver presente, não use

os códigos abaixo para transtorno por uso de cannabis. Em vez disso, o transtorno por uso de cannabis comórbido é indicado no 4º caractere do código de transtorno induzido por cannabis (consulte a nota de codificação para intoxicação por cannabis, abstinência de cannabis ou um transtorno mental específico induzido por cannabis). Por exemplo, se houver transtorno de ansiedade induzido por cannabis comórbido e transtorno por uso de cannabis, apenas o código de transtorno de ansiedade induzido por cannabis é fornecido, com o 4º caractere indicando se o transtorno por uso de cannabis comórbido é leve, moderado ou grave: F12.180 para transtorno por uso de cannabis leve com transtorno de ansiedade induzido por cannabis ou F12.280 para um transtorno por uso de cannabis moderado ou grave com transtorno de ansiedade induzido por cannabis.

Especifique a gravidade/remissão atual:

F12.10 Leve: Presença de 2–3 sintomas.

F12.11 Leve, em remissão precoce

F12.11 Leve, em remissão sustentada F12.20

Moderado: Presença de 4-5 sintomas.

F12.21 Moderado, em remissão precoce

F12.21 Moderado, em remissão sustentada F12.20

Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

F12.21 Grave, em remissão precoce

F12.21 Grave, em remissão sustentada

Especificadores

“Em um ambiente controlado” se aplica como um especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver em remissão e em um ambiente controlado (ou seja, em remissão precoce em um ambiente controlado ou em remissão sustentada em um ambiente controlado). Exemplos desses ambientes são prisões sem substâncias, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas e supervisionadas de perto.

A alteração da gravidade ao longo do tempo em um indivíduo também pode ser refletida por mudanças na frequência (por exemplo, dias de uso por mês ou vezes usadas por dia) e/ou dose (por exemplo, quantidade usada por episódio) de cannabis, conforme avaliado pelo próprio indivíduo. -relatório, relatório de outros conhecedores, observações do clínico e testes biológicos.

Características de diagnóstico

O transtorno por uso de cannabis inclui problemas associados ao uso de substâncias derivadas da planta de cannabis e compostos sintéticos quimicamente semelhantes. Nessas substâncias, o componente primário com efeitos psicoativos (e, portanto, potencial de dependência) é o canabinóide delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC ou THC). Os canabinóides têm diversos efeitos no cérebro, entre os quais se destacam as ações nos receptores canabinóides CB1 e CB2 encontrados em todo o sistema nervoso central.

chamados de “joints” ou “reefers”), e também em cachimbos, cachimbos de água (bongos ou narguilés) ou charutos ocos (“blunts”). Métodos desenvolvidos mais recentemente incluem “vaping” (vaporização) por aquecimento sem combustão de material de cannabis vegetal para liberar componentes psicoativos para inalação e “dabbing”, no qual um produto concentrado de cannabis (óleo de hash butano, conhecido como “dabs”), criado através de extração de butano de THC de material vegetal de cannabis, é aquecido e inalado. Vaping e dabbing estão ganhando popularidade, principalmente entre os jovens. A cannabis também pode ser ingerida por via oral em alimentos (comestíveis) ou bebidas. A inalação normalmente produz efeitos mais rápidos e intensos do que a administração oral. Haxixe ou óleo de haxixe, uma extração concentrada da planta de cannabis, também é usado. Entre os produtos, a potência da cannabis (concentração de THC) varia muito, com média de 10% a 15% em material vegetal típico de cannabis, 30% a 40% em haxixe e 50% a 55% em óleo de haxixe. Durante as últimas duas décadas, a potência da cannabis planta ilegal apreendida aumentou constantemente, e os produtos legais de cannabis podem ter uma potência de THC ainda maior (por exemplo, 20% para material vegetal e 68% para extratos de cannabis). As formulações orais sintéticas de THC (comprimidos/cápsulas/sprays) também estão disponíveis para vários usos médicos (por exemplo, dor crônica; náuseas e vômitos causados por quimioterapia ou anorexia; perda de peso entre aqueles com AIDS). Outros compostos canabinóides sintéticos totalmente ilícitos (por exemplo, K2, Spice, JWH-018, JWH-073) estão na forma de material vegetal pulverizado com uma formulação canabinóide. Embora esses canabinóides sintéticos sejam projetados para imitar os efeitos da cannabis, sua composição química, potência, efeitos e duração de ação são imprevisíveis e podem causar efeitos adversos mais graves do que os produtos vegetais da cannabis, incluindo convulsões, condições cardíacas, psicose e até morte. .

Nos Estados Unidos, a cannabis continua sendo uma substância ilegal sob a lei federal, enquanto o status legal da cannabis varia de acordo com o estado. Assim, o uso de cannabis sob a lei estadual pode envolver um produto ilícito, um produto autorizado para fins médicos ou um produto totalmente legal. O propósito médico mais comum para o uso de cannabis é a dor crônica, e as condições aprovadas para o uso de cannabis medicinal variam de estado para estado. Quando a cannabis ou um canabinóide é tomado conforme indicado para uma condição médica, pode ocorrer tolerância e abstinência (dependência fisiológica), mas não deve ser a base primária para o diagnóstico de transtorno por uso de cannabis. A eficácia da cannabis para diferentes condições médicas continua a ser debatida, e o uso de cannabis conforme medicamente recomendado deve ser levado em consideração quando um diagnóstico de transtorno por uso de cannabis está .

Os padrões de uso de cannabis podem variar de uso leve e pouco frequente a uso pesado e frequente. Indivíduos com transtorno por uso de cannabis DSM-5 usam cannabis com frequência (em média, 4 ou mais dias por semana), e alguns indivíduos podem usar cannabis ao longo do dia durante um período de meses ou anos. Devido à percepção cada vez mais comum de que o uso de cannabis é inofensivo, os indivíduos podem não reconhecer que os sintomas do transtorno por uso de cannabis (por exemplo, sintomas de abstinência) estão relacionados à cannabis. Além disso, entre indivíduos com transtornos por uso de múltiplas substâncias, a falta de clareza sobre se os sintomas são causados pela cannabis ou por outras substâncias pode levar à subnotificação dos sintomas do transtorno por uso de cannabis.

O transtorno por uso de cannabis é definido pelos mesmos 11 critérios que definem os outros transtornos por uso de substâncias, conforme comprovado por evidências empíricas consideráveis. Esses critérios, um conjunto de sintomas comportamentais e físicos, levam a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo e podem incluir abstinência, tolerância, desejo, passar muito tempo em atividades relacionadas à substância e uso de risco (por exemplo, dirigir sob seu controle). influência). Alguns indivíduos que usam cannabis várias vezes ao dia não se percebem como passando muito tempo sob a influência da cannabis ou se recuperando de seus efeitos, apesar de estarem intoxicados de cannabis ou decaírem de seus efeitos na maioria das vezes, na maioria dos dias. Um importante marcador de uma grave

transtorno por uso de cannabis é o uso continuado apesar dos efeitos negativos em outras atividades ou relacionamentos importantes (por exemplo, escola, trabalho, esportes, relacionamento com o parceiro ou com os pais).

578

Os usuários regulares de cannabis tornam-se tolerantes a muitos efeitos agudos da cannabis, e a cessação do uso regular de cannabis geralmente leva a uma síndrome de abstinência de cannabis. A abstinência de cannabis pode causar sofrimento significativo, levando ao uso continuado para aliviar os sintomas e dificuldade em parar de usar ou recair.

Recursos associados

Indivíduos que usam cannabis regularmente relatam usá-la para lidar com humor, insônia, raiva, dor ou outros problemas fisiológicos ou psicológicos, e indivíduos diagnosticados com transtorno por uso de cannabis frequentemente apresentam outros transtornos mentais concomitantes. Uma avaliação cuidadosa pode revelar que o uso de cannabis contribui para a exacerbação desses sintomas, bem como outras razões para o uso frequente (por exemplo, os motivos de enfrentamento listados acima; sentir euforia; como uma atividade social agradável). A ingestão crônica de cannabis pode produzir uma falta de motivação que se assemelha ao transtorno depressivo persistente.

Como alguns indivíduos podem subnotificar a quantidade ou a frequência de seu uso de cannabis, o conhecimento do provedor de sinais e sintomas comuns de uso e intoxicação de cannabis facilita uma melhor avaliação do transtorno por uso de cannabis. Alguns sinais adicionais de uso agudo e crônico são olhos vermelhos (injeção conjuntival), odor de cannabis nas roupas, amarelecimento das pontas dos dedos (de fumar baseado), tosse crônica, queima de incenso (para esconder o odor) e desejo exacerbado e impulso para alimentos, às vezes em horários estranhos do dia ou da noite.

Prevalência

Os canabinóides, especialmente a cannabis, são as substâncias psicoativas ilícitas mais utilizadas nos Estados Unidos. Os seguintes dados de prevalência são extraídos de estudos baseados nos EUA, salvo indicação em contrário. Entre os jovens (de 12 a 17 anos), a prevalência do transtorno por uso de cannabis DSM-IV no último ano é de 2,7% a 3,1%. Entre adultos com 18 anos ou mais, a prevalência é de 1,5% a 2,9%. Entre os usuários de cannabis, a prevalência do transtorno por uso de cannabis DSM-IV é de 20,4% entre os jovens e 30,6% entre os adultos. Para o transtorno por uso de cannabis DSM-5, a prevalência em 12 meses é de aproximadamente 2,5% entre adultos (1,4%, 0,6% e 0,6% em níveis leve, moderado e grave, respectivamente). Durante a última década, a prevalência do transtorno por uso de cannabis diminuiu entre os adolescentes. Em contraste, entre os adultos, alguns estudos sugerem que a prevalência do transtorno por uso de cannabis permaneceu estável ou aumentou – por exemplo, entre adultos da população em geral, pacientes internados e pacientes da Veterans Health Administration. Globalmente, a taxa padronizada por idade de transtornos por uso de cannabis foi de 289,7 por 100.000 pessoas em 2016, um aumento de 25,6% em relação a 1990. A prevalência varia amplamente entre as regiões geográficas, sendo mais baixa na África Subsaariana Ocidental e mais alta na América do Norte.

De acordo com a idade, a prevalência de transtorno por uso de cannabis nos Estados Unidos é mais alta entre indivíduos de 18 a 29 anos (6,9%) e mais baixa entre indivíduos com 45 anos ou mais (0,8%). As taxas de transtorno por uso de cannabis são maiores em homens do que em mulheres (3,5% vs. 1,7%) e em meninos do que em meninas de 12 a 17 anos (3,4% vs. 2,8%), embora as diferenças de gênero tenham

vem diminuindo em coortes de nascimentos recentes em vários países. Em relação às diferenças etnoraciais, para adolescentes de 12 a 17 anos, as taxas são mais altas entre os hispânicos (3,8%), seguidos pelos brancos (3,1%), afro-americanos (2,9%) e outros grupos etnoraciais (2,3%).

Entre os adultos, a prevalência de transtorno por uso de cannabis é de 5,3% em índios americanos e nativos do Alasca, 4,5% em afro-americanos, 2,6% em hispânicos, 2,2% em brancos e 1,3% em asiáticos e ilhéus do Pacífico. Nos Estados Unidos e em outros países de alta renda, o número de indivíduos que procuram tratamento para problemas relacionados à cannabis aumentou desde a década de 1990.

No entanto, entre os adultos com transtorno por uso de cannabis, apenas 7% a 8% receberam algum tipo de tratamento específico para cannabis no ano passado, indicando que o transtorno por uso de cannabis é uma condição seriamente subtratada.

579

Desenvolvimento e Curso O início

do transtorno por uso de cannabis pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum durante a adolescência ou idade adulta jovem. A crescente aceitação e disponibilidade da maconha medicinal e recreativa pode afetar o desenvolvimento e o curso do transtorno por uso de cannabis, com maior início entre os adultos mais velhos.

Geralmente, o transtorno por uso de cannabis se desenvolve por um longo período de tempo, embora a progressão possa ser mais rápida em adolescentes, particularmente naqueles com problemas de conduta. A maioria dos indivíduos que desenvolve um transtorno por uso de cannabis estabelece um padrão de uso de cannabis que aumenta gradualmente em frequência e quantidade. A partir de 2010, a cannabis substituiu cada vez mais o álcool e o tabaco nos Estados Unidos como a primeira substância psicoativa usada durante a adolescência. Isso pode ser atribuído à diminuição da nocividade percebida do uso de cannabis entre adolescentes e adultos e ao fato de que muitos agora percebem o uso de cannabis como menos prejudicial do que o uso de álcool ou tabaco.

O transtorno por uso de cannabis entre pré-adolescentes, adolescentes e adultos jovens está associado a preferências por busca de novidades e risco, violação de normas ou outros comportamentos ilegais e transtorno de conduta. Casos mais leves de transtorno por uso de cannabis em jovens refletem principalmente o uso continuado, apesar de problemas relacionados à desaprovação do uso por colegas, administração escolar ou família, e podem colocar os jovens em risco de consequências físicas ou comportamentais. Em casos mais graves, a progressão para o uso isolado ou ao longo do dia interfere no funcionamento diário e substitui as atividades pró-sociais previamente estabelecidas.

O transtorno por uso de cannabis entre adultos normalmente envolve padrões bem estabelecidos de uso diário de cannabis que continuam apesar de claros problemas psicossociais ou médicos. Muitos adultos experimentam o desejo repetido de parar ou falharam em repetidas tentativas de cessação. Casos leves em adultos podem se assemelhar a casos leves em adolescentes, pois o uso de cannabis não é tão frequente ou pesado, mas continua apesar das potenciais consequências significativas do uso prolongado. A taxa de uso entre adultos de meia-idade e idosos nos EUA está aumentando, o que pode ser atribuído ao aumento da disponibilidade e aceitabilidade, juntamente com um possível efeito de coorte “baby boomer” resultante da alta prevalência de uso entre aqueles que eram adultos jovens no final do ano. anos 1960 e 1970.

O início precoce do uso de cannabis (por exemplo, antes dos 15 anos de idade) é um preditor robusto do desenvolvimento de transtorno por uso de cannabis e outros tipos de transtornos por uso de substâncias e transtornos mentais durante a idade adulta jovem. Esse início precoce é muitas vezes concomitante com outros fatores externalizantes.

problemas (por exemplo, sintomas de transtorno de conduta). No entanto, o início precoce também é um preditor de problemas internalizantes e, como tal, pode refletir um fator de risco geral para o desenvolvimento de transtornos mentais.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental.

Uma história de transtorno de conduta na infância ou adolescência e transtorno de personalidade antissocial são fatores de risco para o desenvolvimento de muitos transtornos por uso de substâncias, incluindo transtorno por uso de cannabis. Outros fatores de risco incluem distúrbios externalizantes ou internalizantes durante a infância ou adolescência. Jovens com altos escores de desinibição comportamental apresentam transtornos por uso de substâncias de início precoce, incluindo transtorno por uso de cannabis e envolvimento de múltiplas substâncias, e problemas de conduta precoces.

Ambiental.

Os fatores de risco incluem situações familiares instáveis ou abusivas, uso de cannabis entre familiares imediatos, histórico infantil de abuso emocional ou físico ou morte violenta de um familiar ou amigo próximo, histórico familiar de transtornos por uso de substâncias e baixo nível socioeconômico. Tal como acontece com todas as substâncias de abuso, a facilidade de disponibilidade da substância é um fator de risco; a cannabis é relativamente fácil de obter na maioria das culturas, o que aumenta o risco de desenvolver um transtorno por uso de cannabis. As leis estaduais de maconha medicinal e recreativa cada vez mais permissivas reduziram as barreiras à obtenção de cannabis em cerca de dois terços dos estados dos EUA.

Morar em um estado dos EUA que legalizou a recreação

580

o uso de maconha aumenta o risco de transtorno por uso de maconha em adultos. O risco do transtorno entre os usuários de cannabis no último ano é maior entre adultos e adolescentes negros, nativos americanos, hispânicos e asiáticos americanos, em relação aos brancos não hispânicos.

Genética e fisiológica.

As influências genéticas contribuem para o desenvolvimento de transtornos por uso de cannabis. Fatores hereditários contribuem entre 30% e 80% da variação total no risco de transtornos por uso de cannabis, embora os estudos ainda não tenham identificado definitivamente as variantes genéticas específicas envolvidas. As influências genéticas e ambientais compartilhadas entre a cannabis e outros tipos de transtornos por uso de substâncias sugerem uma base geral comum para transtornos por uso de substâncias que incluem o transtorno por uso de cannabis.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

A aceitabilidade da cannabis para uso medicinal e recreativo variou muito ao longo do tempo e em todos os contextos culturais. Atualmente, a cannabis é uma das substâncias psicoativas mais usadas no mundo. Em alguns contextos culturais, o uso de cannabis é influenciado pela etnia, religião e práticas socioculturais, como movimentos políticos.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero

Em comparação com os homens, as mulheres relatam sintomas de abstinência de cannabis mais graves, especialmente sintomas de humor, como irritabilidade, inquietação e raiva, e sintomas gastrointestinais, como dor de estômago e náusea, que podem contribuir para um potencial telescópico (transição mais rápida desde o primeiro uso de cannabis até o transtorno por uso de cannabis).

O uso de cannabis no último mês foi relatado por 7,0% das mulheres grávidas em uma pesquisa nacionalmente representativa nos EUA em 2016–2017. A taxa de uso de cannabis é menor em mulheres grávidas em comparação com mulheres não grávidas, mas a retomada do uso após o parto ocorre na maioria que atinge a abstinência na gravidez.

Marcadores de diagnóstico

A detecção de 11-nor-9-carboxi-delta-9-tetrahidrocannabinol (THCCOOH) na urina é frequentemente usada como um marcador biológico do uso de cannabis. Em usuários frequentes, os testes de urina para THCCOOH geralmente permanecem positivos por semanas após o último uso, limitando os usos desses testes (por exemplo, status de remissão), e é necessária experiência em métodos de teste de urina para interpretar os resultados de maneira confiável. No entanto, um resultado positivo pode ser útil no trabalho com indivíduos que negam todo o uso apesar das preocupações de familiares ou amigos. Testes para a presença de canabinóides no sangue que dão resultados mais refinados estão em desenvolvimento ativo, e o desenvolvimento da detecção usando fluidos orais pode eventualmente oferecer a possibilidade de testes na estrada para uso em esforços de segurança na direção.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas Em um

estudo com veteranos da era do Iraque/Afeganistão, após ajuste para múltiplos fatores sociodemográficos, comorbidades psiquiátricas e outras substâncias e traumas passados, incluindo combate, o transtorno por uso de cannabis ainda estava associado ao aumento do risco de suicídio e autolesão não suicida. Em um estudo de todos os pacientes da US Veterans Health Administration em 2005, qualquer transtorno atual por uso de substâncias foi associado ao aumento do risco de suicídio em ambos os sexos, mas especialmente entre as mulheres. Em particular, homens com transtorno por uso de cannabis tiveram uma taxa de suicídio de 79 por 100.000 pessoas-ano, e mulheres com transtorno por uso de cannabis tiveram uma taxa de suicídio de 47 por 100.000 pessoas-ano. Uma revisão e meta-análise da literatura internacional de 1990 a 2015 encontrou evidências de que o uso crônico de cannabis, mas não o uso agudo de cannabis, está associado a pensamentos e comportamentos suicidas.

Consequências Funcionais do Transtorno por Uso de Cannabis As consequências

funcionais do transtorno por uso de cannabis fazem parte dos critérios diagnósticos. Muitas áreas do funcionamento psicossocial, cognitivo e de saúde podem estar comprometidas em relação à

581

transtorno por uso de maconha. Embora possa ser difícil distinguir as deficiências de curto prazo devido à intoxicação por cannabis das consequências funcionais de longo prazo do transtorno por uso de cannabis, a função cognitiva (particularmente a função executiva superior), mesmo quando não intoxicado, pode ficar comprometida em usuários de cannabis em uma dose cumulativa. Relação de dependência, o que pode contribuir para dificuldades na escola ou no trabalho. Acidentes devido a atividades potencialmente perigosas sob a influência (por exemplo, dirigir, praticar esportes, no trabalho) também são motivo de preocupação. Em particular, estudos controlados por placebo e estudos epidemiológicos em larga escala mostraram que o uso de cannabis prejudica o tempo de reação do motorista, as percepções espaciais e a tomada de decisões. O uso de cannabis também tem sido associado a uma redução na atividade direcionada a objetivos e diminuição da autoeficácia, rotulada como uma *síndrome amotivacional*, que se manifesta em desempenho escolar ou no trabalho ruim. Da mesma forma, problemas associados à cannabis com relacionamentos sociais são comumente relatados em pessoas com uso de

transtorno. O uso de cannabis está associado a uma menor satisfação com a vida e ao aumento do tratamento e hospitalização por problemas de saúde mental.

Diagnóstico diferencial

Uso não problemático de cannabis. Embora a maioria dos indivíduos que usam cannabis não tenha problemas relacionados ao seu uso, 20% a 30% dos usuários de cannabis apresentam sintomas e consequências associadas consistentes com um transtorno por uso de cannabis. Diferenciar o uso não problemático de cannabis e o transtorno por uso de cannabis pode ser desafiador porque os indivíduos podem não atribuir problemas sociais, comportamentais ou psicológicos relacionados à cannabis à substância, especialmente no contexto do uso de polissubstâncias. Além disso, a falha em reconhecer o uso pesado de cannabis e seu papel nos problemas associados é comum entre indivíduos encaminhados para tratamento por outros (ou seja, escola, família, empregador, sistema de justiça criminal).

Intoxicação por cannabis, abstinência de cannabis e transtornos mentais induzidos por cannabis. O transtorno é diferenciado de intoxicação por cannabis, abstinência de cannabis e transtornos mentais induzidos por cannabis (p. uso arriscado de cannabis (por exemplo, dirigir embriagado) e sintomas farmacológicos (o desenvolvimento de tolerância ou abstinência), enquanto a intoxicação por cannabis, abstinência de cannabis e transtornos mentais induzidos por cannabis descrevem síndromes psiquiátricas que se desenvolvem no contexto de uso pesado. A intoxicação por cannabis, abstinência de cannabis e transtornos mentais induzidos por cannabis ocorrem frequentemente em indivíduos com transtorno por uso de cannabis. Nesses casos, um diagnóstico de intoxicação por cannabis, abstinência de cannabis ou transtorno mental induzido por cannabis deve ser dado além de um diagnóstico de transtorno por uso de cannabis, cuja presença é indicada no código de diagnóstico.

Comorbidade

O transtorno por uso de cannabis é altamente comórbido com outros transtornos por uso de substâncias (por exemplo, álcool, cocaína, opiôides). Por exemplo, em comparação com adultos sem transtorno por uso de cannabis, ter um transtorno por uso de cannabis multiplica o risco de qualquer outro transtorno de substância por um fator de cerca de nove. A cannabis tem sido comumente considerada como uma droga de “porta de entrada” porque os indivíduos que usam cannabis têm uma probabilidade de vida substancialmente maior do que os não usuários de usar outras substâncias mais arriscadas (por exemplo, opiôides ou cocaína). Entre os adultos que procuram tratamento para um transtorno por uso de cannabis, muitos (63%) relatam uso problemático de substâncias secundárias ou terciárias, incluindo álcool, cocaína, metanfetamina/anfetamina e heroína ou outros opiáceos, e o transtorno por uso de cannabis é frequentemente um problema secundário ou terciário entre aqueles com diagnóstico primário de outros transtornos por uso de substâncias. Entre os adolescentes em tratamento, a cannabis é frequentemente a principal substância de abuso (76%).

Entre os adultos com transtorno por uso de cannabis DSM-5, 64% tinham um transtorno por uso de tabaco no último ano, e as chances de um transtorno de tabaco comórbido aumentaram acentuadamente à medida que a gravidade do transtorno por uso de cannabis aumentava.

Transtornos mentais concomitantes também são comuns entre aqueles com transtorno por uso de cannabis e

incluem transtorno depressivo maior, transtornos bipolares I e II, transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e transtornos de personalidade. Em um estudo com gêmeos de Minnesota, cerca de metade dos adolescentes com transtorno por uso de cannabis tinham transtornos internalizantes (por exemplo, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático) e 64% tinham transtornos externalizantes (por exemplo, transtorno de conduta, déficit de atenção/hiperatividade).

Considerável preocupação foi levantada sobre o uso de cannabis como fator de risco na esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. O uso de cannabis em períodos críticos está consistentemente associado a um aumento de três vezes no risco de psicose. As diferenças na frequência do uso diário de cannabis e no uso de variedades de cannabis de alta potência podem ter contribuído para a notável variação na incidência de transtorno psicótico em 11 locais europeus. A fração atribuível à população de cannabis regular para explicar internações hospitalares por psicose foi estimada em 17,7% (IC 95%: 1,2%–45,5%) no Chile. Por outro lado, alguns dados sugerem que o abuso infantil pode ser o fator determinante que aumenta o risco de abuso de cannabis e de psicose. Em geral, o uso de cannabis pode contribuir para o início de um episódio psicótico agudo, pode exacerbar alguns sintomas e afetar adversamente o tratamento de uma doença psicótica importante.

Em relação às condições médicas, a síndrome de hiperêmese canabinóide é uma síndrome de náusea e vômito cíclico associada ao uso regular de cannabis que é cada vez mais observada nos departamentos de emergência à medida que a prevalência do uso de cannabis aumenta. Além disso, distúrbios respiratórios (p.

Intoxicação por Cannabis

Critério de diagnóstico

- A. Uso recente de cannabis.
- B. Alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, coordenação motora prejudicada, euforia, ansiedade, sensação de lentidão no tempo, julgamento prejudicado, retraimento social) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de cannabis.
- C. Dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas se desenvolvendo dentro de 2 horas após uso de maconha:
 1. Injeção conjuntival.
 2. Aumento do apetite.
 3. Boca seca.
 4. Taquicardia.
- D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Especifique se:

Com distúrbios perceptivos: Alucinações com teste de realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou táteis ocorrem na ausência de um delírio.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende da existência ou não de um transtorno de uso de cannabis comórbido e de haver ou não distúrbios perceptivos.

583

Para intoxicação por cannabis, sem distúrbios perceptivos: se um transtorno leve por uso de cannabis for comórbido, o código CID-10-CM é **F12.120**, e se um transtorno por uso de cannabis moderado ou grave for comórbido, o código CID-10-CM é **F12 .220**. Se não houver transtorno por uso de cannabis comórbido, o código CID-10-CM é **F12.920**.

Para intoxicação por cannabis, com distúrbios perceptuais: se um transtorno leve por uso de cannabis for comórbido, o código CID-10-CM é **F12.122**, e se um transtorno por uso de cannabis moderado ou grave for comórbido, o código CID-10-CM é **F12 .222**. Se não houver transtorno por uso de cannabis comórbido, o código CID-10-CM é **F12.922**.

Especificadores

Quando as alucinações ocorrem na ausência de testes de realidade intactos, um diagnóstico de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento deve ser considerado.

Características diagnósticas

A característica essencial da intoxicação por cannabis é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas que se desenvolvem durante ou logo após o uso de cannabis (Critério B). A intoxicação geralmente começa com uma sensação de “alta” seguida de sintomas que incluem euforia com riso inapropriado e grandiosidade, sedação, letargia, comprometimento da memória de curto prazo, dificuldade em realizar processos mentais complexos, julgamento prejudicado, percepções sensoriais distorcidas, desempenho motor prejudicado e a sensação de que o tempo está passando devagar. Ocionalmente, ocorre ansiedade (que pode ser grave), disforia ou retraiamento social. Esses efeitos psicoativos são acompanhados por dois ou mais dos seguintes sinais, que se desenvolvem dentro de 2 horas após o uso de cannabis: injeção conjuntival, aumento do apetite, boca seca e taquicardia (Critério C).

A intoxicação se desenvolve em minutos se a cannabis vegetal for fumada e pode levar algumas horas para se desenvolver quando a cannabis for ingerida por via oral. Os efeitos geralmente duram de 3 a 4 horas, com duração maior quando a substância é ingerida por via oral. A magnitude das alterações comportamentais e fisiológicas depende da dose, do método de administração e das características do indivíduo que usa a substância, como taxa de absorção, tolerância e sensibilidade aos efeitos da substância. Como a maioria dos canabinóides, incluindo o delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC), é lipossolúvel, os efeitos da cannabis ou do haxixe podem persistir ou reaparecer por 12 a 24 horas devido à liberação lenta de substâncias psicoativas do tecido adiposo ou do haxixe. à circulação entero-hepática.

Canabinóides sintéticos (por exemplo, Spice), cujo uso se tornou mais comum nos últimos anos,

também produzem efeitos rápidos, incluindo euforia, loquacidade, sentimentos de alegria e riso e relaxamento. Em termos de efeitos psicoativos, baixas doses de canabinóides sintéticos e outros produtos de cannabis são semelhantes. Em doses mais altas de canabinóides sintéticos, os sintomas delirantes e alucinatórios são mais prováveis de ocorrer.

Prevalência

A prevalência de episódios de intoxicação por cannabis na população em geral é desconhecida. No entanto, é provável que a maioria dos indivíduos que usam cannabis, em algum momento, apresente sintomas que atendam aos critérios para intoxicação por cannabis. Diante disso, a prevalência de indivíduos que usam cannabis e a prevalência de indivíduos com intoxicação por cannabis são provavelmente semelhantes.

Consequências Funcionais da Intoxicação por Cannabis

O comprometimento da intoxicação por Cannabis pode ter sérias consequências, incluindo disfunção no trabalho ou na escola, indiscrições sociais, falha no cumprimento das obrigações do papel, acidentes de trânsito e sexo desprotegido. Em casos raros, a intoxicação por cannabis pode precipitar uma psicose que pode variar em duração.

584

Diagnóstico Diferencial

Observe que se a apresentação clínica incluir alucinações na ausência de testes de realidade intactos, um diagnóstico de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento deve ser considerado.

Intoxicação por outras substâncias. A intoxicação por cannabis pode assemelhar-se à intoxicação por outros tipos de substâncias. No entanto, em contraste com a intoxicação por cannabis, a intoxicação alcoólica e a intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica frequentemente diminuem o apetite, aumentam o comportamento agressivo e produzem nistagmo ou ataxia. Alucinógenos em baixas doses podem causar um quadro clínico que se assemelha à intoxicação por cannabis. A fenciclidina, como a cannabis, pode ser fumada e também causa alterações perceptivas, mas a intoxicação por fenciclidina é muito mais provável de causar ataxia e comportamento agressivo.

Transtornos mentais induzidos por cannabis. A intoxicação por cannabis distingue-se dos transtornos mentais induzidos por cannabis (por exemplo, transtorno de ansiedade induzido por cannabis, com início durante a intoxicação) porque os sintomas (por exemplo, ansiedade) nestes últimos transtornos excedem aqueles geralmente associados à intoxicação por cannabis, predominando no apresentação clínica, e são graves o suficiente para justificar atenção clínica independente.

Comorbidade

Dada a sobreposição típica de intoxicação por cannabis com transtorno por uso de cannabis, consulte “Comorbidade” em Transtorno por uso de cannabis para obter mais detalhes sobre condições concomitantes que provavelmente serão encontradas.

Retirada de cannabis

Critério de diagnóstico

- A. Cessação do uso intenso e prolongado de cannabis (ou seja, uso geralmente diário ou quase diário por um período de pelo menos alguns meses).
- B. Três (ou mais) dos seguintes sinais e sintomas se desenvolvem dentro de aproximadamente 1 semana após o Critério A: 1. Irritabilidade, raiva ou agressão.
- 2. Nervosismo ou ansiedade.
- 3. Dificuldade para dormir (por exemplo, insônia, sonhos perturbadores).
- 4. Diminuição do apetite ou perda de peso.
- 5. Inquietação.
- 6. Humor deprimido.
- 7. Pelo menos um dos seguintes sintomas físicos causando desconforto significativo: dor abdominal, tremores/tremores, sudorese, febre, calafrios ou dor de cabeça.
- C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende da existência ou não de um transtorno por uso de cannabis comórbido. Se um transtorno por uso de cannabis leve é comórbido, o código CID-10-CM é **F12.13**, e se um transtorno por uso de cannabis moderado ou grave é comórbido, o código CID-10-CM é **F12.23**. Para a abstinência de cannabis que ocorre na ausência de um transtorno por uso de cannabis (por exemplo, em um paciente tomando cannabis apenas sob supervisão médica apropriada), o código CID-10-CM é **F12.93**.

585

Características de

diagnóstico A característica essencial da abstinência de cannabis é a presença de uma síndrome de abstinência característica que se desenvolve após a cessação do uso regular de cannabis. Os usuários regulares tornam-se tolerantes a muitos efeitos agudos da cannabis, e a cessação do uso regular pode levar a uma síndrome de abstinência da cannabis. Os sintomas comuns de abstinência de cannabis incluem irritabilidade, humor deprimido, ansiedade, inquietação, dificuldade para dormir e diminuição do apetite ou perda de peso. A abstinência de cannabis pode causar sofrimento significativo, levando ao uso contínuo para aliviar os sintomas, dificuldade em parar e recaída. Ao contrário da abstinência de outras substâncias (por exemplo, opióides, álcool, sedativos), os sintomas comportamentais e emocionais (por exemplo, nervosismo, irritabilidade, dificuldade para dormir) são frequentemente mais comuns do que os sintomas físicos (por exemplo, tremores, su-

Recursos associados

A abstinência de cannabis pode ser acompanhada por fadiga observada, bocejos, dificuldade de concentração e períodos rebote de aumento de apetite e hipersonia que se seguem a períodos iniciais de perda de apetite e insônia.

Prevalência

Entre usuários adultos e adolescentes de cannabis, as estimativas de prevalência de sintomas de abstinência de cannabis variam amplamente, de 35% a 95%, com base em pesquisas nos Estados Unidos e em outros países. Algumas das variações nas taxas são provavelmente atribuídas aos métodos de avaliação e algumas às diferenças entre as amostras. Entre os usuários regulares de cannabis adultos na população geral, 12% relataram sinais e sintomas que preenchiam os critérios para a síndrome completa de abstinência de cannabis DSM-5, com diferenças substanciais na prevalência entre brancos não latinos (10%), afro-americanos (15,3%), e americanos asiáticos, havaianos nativos e ilhéus do Pacífico (31%).

Entre adultos e adolescentes que estão matriculados em tratamento ou são usuários pesados de cannabis, 50%–95% relatam abstinência de cannabis. Essas descobertas indicam que a abstinência de cannabis ocorre entre um subconjunto substancial de usuários regulares de cannabis que tentam parar.

Desenvolvimento e Curso O início

da abstinência normalmente ocorre dentro de 24 a 48 horas após a interrupção do uso. Ele atinge o pico em 2 a 5 dias e desaparece em 1 a 2 semanas, embora o distúrbio do sono possa persistir por mais tempo. A quantidade, duração e frequência do consumo de cannabis necessários para produzir abstinência de cannabis são desconhecidas, mas o uso mais crônico e frequente de cannabis está associado a maior quantidade e gravidade dos sintomas de abstinência. A abstinência de cannabis pode ocorrer em adultos e adolescentes.

As mulheres podem experimentar sintomas de abstinência de cannabis mais graves do que os homens.

Fatores de risco e prognóstico Entre os

usuários de cannabis, a propensão a experimentar a abstinência de cannabis é moderadamente hereditária, indicando influências genéticas. A prevalência e a gravidade da abstinência de cannabis são maiores entre os usuários mais pesados de cannabis, particularmente aqueles que procuram tratamento para o transtorno por uso de cannabis. A gravidade da abstinência também pode estar relacionada à presença e gravidade de sintomas comórbidos de transtornos mentais.

Consequências Funcionais da Abstinência de Cannabis Usuários de

cannabis relatam o uso de cannabis para aliviar os sintomas de abstinência, tornando a abstinência de cannabis um contribuinte para a persistência do transtorno por uso de cannabis. Isso torna a retirada da cannabis um alvo atual para o desenvolvimento de medicamentos. Os piores resultados podem ser

associada a uma maior retirada. A dificuldade do sono foi relatada como o sintoma de abstinência mais frequentemente associado à recaída ao uso de cannabis. Os usuários de cannabis relatam ter recaído no uso de cannabis ou iniciado o uso de outras drogas (por exemplo, tranquilizantes) para aliviar os sintomas de abstinência de cannabis.

Diagnóstico Diferencial Como

muitos dos sintomas de abstinência de cannabis também são sintomas de síndromes de abstinência de outras substâncias ou de transtornos depressivos ou bipolares, uma avaliação cuidadosa deve se concentrar em garantir que os sintomas não sejam melhor explicados pela cessação de outra substância (por exemplo, abstinência de tabaco ou álcool), outro transtorno mental (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno depressivo maior) ou outra condição médica. Dada a crença cada vez mais comum de que o uso de cannabis é inofensivo, os usuários regulares de cannabis que sofrem de abstinência de cannabis podem não perceber que seus sintomas de abstinência são devidos aos efeitos do efeito da cannabis e continuam a usar cannabis como uma forma de automedicação.

Comorbidade

Entre os usuários adultos frequentes de cannabis, a abstinência de cannabis está associada à depressão comórbida, ansiedade e transtorno de personalidade antissocial. Dada a sobreposição típica de abstinência de cannabis com transtorno por uso de cannabis, consulte “Comorbidade” em Transtorno por uso de cannabis para obter mais detalhes sobre condições concomitantes que provavelmente serão encontradas.

Transtornos Mentais Induzidos por Cannabis

Os seguintes transtornos mentais induzidos por cannabis são descritos em outros capítulos do manual com transtornos com os quais eles compartilham a fenomenologia (veja os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): transtorno psicótico induzido por cannabis (“Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders”); transtorno de ansiedade induzido por cannabis (“Transtornos de Ansiedade”); e distúrbio do sono induzido por cannabis (“Distúrbios do Sono-Vigília”). Para delirium de intoxicação por cannabis e delirium induzido por agonistas de receptores de cannabis farmacêuticos tomados conforme prescrito, consulte os critérios e a discussão de delirium no capítulo “Distúrbios Neurocognitivos”. Esses transtornos mentais induzidos por cannabis são diagnosticados em vez de intoxicação por cannabis ou abstinência de cannabis quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Transtorno Não Especificado Relacionado à Cannabis

F12.99

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno relacionado à cannabis que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer transtorno específico relacionado à cannabis ou qualquer dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e aditivos.

Transtornos Relacionados a Alucinógenos

Transtorno por uso de fenciclidina

Outros Transtornos por Uso de Alucinógenos

Intoxicação por Fenciclidina

Outras intoxicações por alucinógenos

Transtorno Perceptivo Persistente de Alucinógenos

Transtornos Mentais Induzidos por Fenciclidina

Transtornos Mentais Induzidos por Alucinógenos

Transtorno Não Especificado Relacionado à Fenciclidina

Transtorno Não Especificado Relacionado a Alucinógenos

Transtorno por uso de fenciclidina

Critério de diagnóstico

- A. Um padrão de uso de fenciclidina (ou uma substância farmacologicamente semelhante) que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes, ocorrendo dentro de um período de 12 meses: 1. A fenciclidina é frequentemente ingerida em quantidades maiores ou por um período mais longo do que foi pretendido.
2. Há um desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar uso de fenciclidina.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter fenciclidina, usar a fenciclidina ou recuperar-se de seus efeitos.
4. Desejo, ou um forte desejo ou urgência de usar fenciclidina.
5. Uso recorrente de fenciclidina resultando em falha no cumprimento de obrigações importantes no trabalho, escola ou casa (por exemplo, ausências repetidas do trabalho ou mau desempenho no trabalho relacionado ao uso de fenciclidina; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas à fenciclidina; negligência das crianças ou do agregado familiar).
6. Uso continuado de fenciclidina apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da fenciclidina (por exemplo, discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; brigas físicas).
7. Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes são abandonadas ou reduzido devido ao uso de fenciclidina.

8. Uso recorrente de fenciclidina em situações em que é fisicamente perigoso (por exemplo, dirigir um automóvel ou operar uma máquina quando prejudicado por uma fenciclidina).
9. O uso de fenciclidina é continuado apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela fenciclidina.
10. Tolerância, conforme definido por qualquer um dos seguintes:
 - uma. Uma necessidade de quantidades marcadamente aumentadas de fenciclidina para atingir intoxicação ou efeito desejado.

588

- b. Um efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de a fenciclidina.

Nota: Os sintomas e sinais de abstinência não são estabelecidos para fenciclidinas e, portanto, este critério não se aplica. (A retirada de fenciclidinas foi relatada em animais, mas não documentada em usuários humanos.)

Especifique

se: **Em remissão precoce:** após o preenchimento prévio de todos os critérios para transtorno por uso de fenciclidina, nenhum dos critérios para transtorno por uso de fenciclidina foi atendido por pelo menos 3 meses, mas por menos de 12 meses (com exceção do Critério A4, “Desejo , ou um forte desejo ou urgência de usar a fenciclidina”, podem ser atendidos).

Em remissão sustentada: Depois que todos os critérios para transtorno por uso de fenciclidina foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de fenciclidina foi atendido em qualquer momento durante um período de 12 meses ou mais (com exceção do Critério A4, “Fissura ou forte desejo ou desejo de usar a fenciclidina”, pode ser atendido).

Especifique

se: **Em um ambiente controlado:** Este especificador adicional é usado se o indivíduo estiver em um ambiente onde o acesso a fenciclidinas é restrito.

Código baseado na gravidade/remissão atual: Se uma intoxicação por fenciclidina ou outro transtorno mental induzido por fenciclidina também estiver presente, não use os códigos abaixo para transtorno por uso de fenciclidina. Em vez disso, o transtorno por uso de fenciclidina comórbido é indicado no 4º caractere do código de transtorno induzido por fenciclidina (consulte a nota de codificação para intoxicação por fenciclidina ou um transtorno mental específico induzido por fenciclidina). Por exemplo, se houver transtorno psicótico induzido por fenciclidina comórbida, apenas o código de transtorno psicótico induzido por fenciclidina é fornecido, com o 4º caractere indicando se o transtorno por uso de fenciclidina comórbido é leve, moderado ou grave: F16.159 para uso leve de fenciclidina transtorno com transtorno psicótico induzido por fenciclidina ou F16.259 para transtorno por uso de fenciclidina moderado ou grave com transtorno psicótico induzido por fenciclidina.

Especifique a gravidade/remissão atual:

F16.10 Leve: Presença de 2–3 sintomas.

F16.11 Leve, Em remissão precoce

F16.11 Leve, Em remissão sustentada

F16.20 Moderado: Presença de 4-5 sintomas.

F16.21 Moderado, em remissão precoce

F16.21 Moderado, em remissão sustentada F16.20

Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

F16.21 Grave, em remissão precoce

F16.21 Grave, em remissão sustentada

Especificadores

“Em um ambiente controlado” se aplica como um especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver em remissão e em um ambiente controlado (ou seja, em remissão precoce em um ambiente controlado ou em remissão sustentada em um ambiente controlado). Exemplos desses ambientes são prisões sem substâncias, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas e supervisionadas de perto.

Características de

diagnóstico As fenciclidinas (ou substâncias semelhantes à fenciclidina) incluem fenciclidina (por exemplo, PCP, “pó de anjo”) e compostos menos potentes, mas de ação semelhante, como cetamina,

589

ciclohexamina e dizociplina. Essas substâncias foram desenvolvidas pela primeira vez como anestésicos dissociativos na década de 1950 e se tornaram drogas de rua na década de 1960. Eles produzem sentimentos de separação da mente e do corpo (portanto, “dissociativos”) em baixas doses e, em altas doses, podem resultar em estupor e coma. Essas substâncias são mais comumente fumadas ou ingeridas por via oral, mas também podem ser inaladas ou injetadas. Embora os efeitos psicoativos primários da fenciclidina durem algumas horas, a taxa de eliminação total dessa droga do corpo geralmente se estende por 8 dias ou mais. Os efeitos alucinógenos em indivíduos vulneráveis podem durar semanas e podem precipitar um episódio psicótico persistente semelhante à esquizofrenia. Foi observado que a cetamina tem utilidade no tratamento do transtorno depressivo maior. Os sintomas de abstinência não foram claramente estabelecidos em humanos e, portanto, o critério de abstinência não está incluído no diagnóstico de transtorno por uso de fenciclidina.

Recursos associados

A fenciclidina pode ser detectada na urina por até 8 dias ou até mais em doses muito altas. Além de exames laboratoriais para detectar sua presença, sintomas característicos decorrentes de intoxicação com fenciclidina ou substâncias afins podem auxiliar no seu diagnóstico. É provável que a fenciclidina produza sintomas dissociativos, analgesia, nistagmo, risco de hipertensão/hipotensão e choque, euforia, alucinações visuais/auditivas, desrealização e conteúdo de pensamento incomum.

Comportamento violento também pode ocorrer com o uso de fenciclidina, pois indivíduos intoxicados podem acreditar que estão sendo atacados.

Prevalência

Dados sobre a prevalência de transtorno por uso de fenciclidina não estão disponíveis, mas as taxas parecem ser baixas (com base nas taxas da categoria geral de transtorno por uso de alucinógenos, que inclui fenciclidina, de cerca de 0,1% entre indivíduos com 12 anos ou mais nos Estados Unidos) .

Além disso, entre as admissões em instalações de tratamento de uso de substâncias nos EUA, apenas 0,3% dos indivíduos admitidos endossaram a fenciclidina como sua droga primária.

Fatores de risco e prognóstico Em

um estudo populacional geral na Austrália, os usuários de cetamina eram mais propensos a serem homens e consumirem mais de 11 bebidas padrão por dia.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero A

proporção de gênero para o transtorno por uso de fenciclidina não é conhecida, mas entre as admissões em instalações de tratamento por uso de substâncias nos EUA que endossam a fenciclidina como droga primária, 62% eram homens.

Marcadores diagnósticos

Testes laboratoriais podem ser úteis, pois a fenciclidina está presente na urina em indivíduos intoxicados até 8 dias após a ingestão. A história do indivíduo juntamente com certos sinais físicos (p. ex., nistagmo, analgesia, hipertensão proeminente) podem ajudar a distinguir o quadro clínico da fenciclidina de outros alucinógenos.

Consequências Funcionais do Transtorno por Uso de Fenciclidina Em

indivíduos com transtorno por uso de fenciclidina, pode haver evidência física de lesões por acidentes, brigas e quedas. O uso crônico de fenciclidina pode levar a comprometimento cognitivo agudo e persistente; trato urinário e sintomas intestinais; dor abdominal, dor torácica, palpitações e taquicardia; depressão respiratória; distúrbios do sono; e depressão.

590

Diagnóstico Diferencial

Outros transtornos por uso de substâncias Distinguir os efeitos da fenciclidina dos de outras substâncias pode ser importante, porque a fenciclidina pode ser um aditivo a outras substâncias (por exemplo, cannabis, cocaína).

Intoxicação por fenciclidina e transtornos mentais induzidos por fenciclidina.

O transtorno por uso de fenciclidina

é diferenciado de intoxicação por fenciclidina e transtornos mentais induzidos por fenciclidina (por exemplo, transtorno psicótico induzido por fenciclidina) em que o transtorno por uso de fenciclidina descreve um padrão problemático de uso de fenciclidina que envolve controle prejudicado sobre o uso de fenciclidina, prejuízo social atribuível ao uso de fenciclidina, uso arriscado de fenciclidina (por exemplo, dirigir embriagado) e sintomas farmacológicos (o desenvolvimento de tolerância), enquanto

intoxicação por fenciclidina e transtornos mentais induzidos por fenciclidina descrevem síndromes psiquiátricas que ocorrem no contexto de uso intenso. A intoxicação por fenciclidina e os transtornos mentais induzidos por fenciclidina ocorrem frequentemente em indivíduos com transtorno por uso de fenciclidina. Nesses casos, um diagnóstico de intoxicação por fenciclidina ou transtorno mental induzido por fenciclidina deve ser dado, além de um diagnóstico de transtorno por uso de fenciclidina, cuja presença é indicada no código de diagnóstico.

Transtornos mentais independentes Alguns dos efeitos do uso de fenciclidina podem assemelhar-se a sintomas de transtornos mentais independentes, como psicose (esquizofrenia); humor deprimido (transtorno depressivo maior); e comportamentos violentos e agressivos (transtorno de conduta, transtorno de personalidade antissocial). Discernir se esses comportamentos ocorreram antes da ingestão da droga é importante na diferenciação dos efeitos agudos da droga de um transtorno mental preexistente.

Comorbidade

Transtorno de conduta em adolescentes e transtorno de personalidade antissocial podem estar associados ao uso de fenciclidina. Outros transtornos por uso de substâncias, especialmente transtornos por uso de álcool, cocaína e anfetaminas, são comuns entre aqueles com transtorno por uso de fenciclidina.

Outros Transtornos por Uso de Alucinógenos

Critério de diagnóstico

- A. Um padrão problemático de uso de alucinógenos (exceto fenciclidina) que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes, ocorrendo dentro de um período de 12 meses: 1. O alucinógeno é frequentemente consumido em quantidades maiores ou por um período mais longo do que foi pretendido.
- 2. Há um desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar o uso de alucinógenos.
- 3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter o alucinógeno, usar o alucinógeno ou recuperar-se de seus efeitos.
- 4. Desejo, ou um forte desejo ou urgência de usar o alucinógeno.
- 5. Uso recorrente de alucinógenos resultando em falha em cumprir obrigações importantes no trabalho, escola ou casa (por exemplo, repetidas ausências do trabalho ou mau desempenho no trabalho relacionado ao uso de alucinógenos; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas a alucinógenos; negligência das crianças ou do agregado familiar).
- 6. Uso continuado de alucinógenos apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do alucinógeno (por exemplo, discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; brigas físicas).

7. Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes são abandonadas ou reduzidas devido ao uso de alucinógenos.
8. Uso recorrente de alucinógenos em situações em que é fisicamente perigoso (por exemplo, dirigir um automóvel ou operar uma máquina quando prejudicado pelo alucinógeno).
9. O uso de alucinógenos é continuado apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pelo alucinógeno.
10. Tolerância, conforme definido por qualquer um dos seguintes:
 - uma. Uma necessidade de quantidades marcadamente aumentadas do alucinógeno para atingir intoxicação ou efeito desejado.
 - b. Um efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de alucinógeno.

Nota: Os sintomas e sinais de abstinência não são estabelecidos para alucinógenos e, portanto, este critério não se aplica.

Especifique o alucinógeno específico.

Especifique

se: **Em remissão precoce:** depois que todos os critérios para outro transtorno por uso de alucinógenos foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para outro transtorno por uso de alucinógenos foi atendido por pelo menos 3 meses, mas por menos de 12 meses (com exceção do Critério A4, “Desejo, ou um forte desejo ou urgência de usar o alucinógeno”, pode ser atendido).

Em remissão sustentada: Depois que todos os critérios para outro transtorno por uso de alucinógenos foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para outro transtorno por uso de alucinógenos foi atendido em qualquer momento durante um período de 12 meses ou mais (com exceção do Critério A4, “Desejo, ou um forte desejo ou urgência de usar o alucinógeno”, pode ser satisfeito).

Especifique

se: **Em um ambiente controlado:** Este especificador adicional é usado se o indivíduo estiver em um ambiente onde o acesso a alucinógenos é restrito.

Código baseado na gravidade/remissão atual: Se uma intoxicação por alucinógenos ou outro transtorno mental induzido por alucinógenos também estiver presente, não use os códigos abaixo para transtorno por uso de alucinógenos. Em vez disso, o transtorno por uso de alucinógenos comórbido é indicado no 4º caractere do código de transtorno induzido por alucinógenos (consulte a nota de codificação para intoxicação por alucinógenos ou transtorno mental específico induzido por alucinógenos). Por exemplo, se houver transtorno psicótico induzido por alucinógeno comórbido e transtorno por uso de alucinógenos, apenas o código de transtorno psicótico induzido por alucinógeno é fornecido, com o 4º caractere indicando se o transtorno por uso de alucinógeno comórbido é leve, moderado ou grave: F16.159 para transtorno por uso de alucinógeno leve com transtorno psicótico induzido por alucinógeno ou F16.259 para transtorno por uso de alucinógeno moderado ou grave com transtorno psicótico induzido por alucinógeno.

Especifique a gravidade/remissão atual:

F16.10 Leve: Presença de 2–3 sintomas.

F16.11 Leve, Em remissão precoce

F16.11 Leve, Em remissão sustentada

F16.20 Moderado: Presença de 4-5 sintomas.

F16.21 Moderado, em remissão precoce

F16.21 Moderado, em remissão sustentada F16.20

Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

F16.21 Grave, em remissão precoce

F16.21 Grave, em remissão sustentada

Especificadores

“Em um ambiente controlado” se aplica como um especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver em remissão e em um ambiente controlado (ou seja, em remissão precoce em um ambiente controlado ou em remissão sustentada em um ambiente controlado). Exemplos desses ambientes são prisões sem substâncias, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas e supervisionadas de perto.

Características Diagnósticas

Os alucinógenos compreendem um grupo diversificado de substâncias que, apesar de apresentarem diferentes estruturas químicas e possivelmente envolverem diferentes mecanismos moleculares, produzem alterações semelhantes de percepção, humor e cognição nos usuários. Alucinógenos incluídos são fenilalquilaminas (por exemplo, mescalina, DOM [2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina] e MDMA [3,4-metilenobanximida etéreas, “também “molly”]); as indolaminas, incluindo a psilocibina (e seu metabólito psilocina, o composto principal responsável pelos efeitos psicodélicos dos cogumelos alucinógenos) e a dimetiltriptamina (DMT); e as ergolinas, como LSD (dietilamida do ácido lisérgico) e sementes de glória-da-manhã. Além disso, diversos outros compostos etnobotânicos são classificados como alucinógenos, dos quais *Salvia divinorum* e jimsonweed são dois exemplos. Excluídos do grupo de alucinógenos estão a cannabis e seu composto ativo, delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) (consulte a seção “Distúrbios Relacionados à Cannabis”). Essas substâncias podem ter efeitos alucinógenos, mas são diagnosticadas separadamente devido a diferenças significativas em seus efeitos psicológicos e comportamentais.

Os alucinógenos geralmente são tomados por via oral, embora algumas formas sejam fumadas (por exemplo, DMT, sálvia) ou (raramente) por via intranasal ou por injeção (por exemplo, ecstasy). A duração dos efeitos varia entre os tipos de alucinógenos. Algumas dessas substâncias (ou seja, LSD, MDMA) têm meia-vida longa e duração estendida, de modo que os usuários podem passar horas ou dias usando e/ou se recuperando dos efeitos dessas drogas. No entanto, outras drogas alucinógenas (por exemplo, DMT, sálvia) têm ação curta. A tolerância aos alucinógenos se desenvolve com o uso repetido e foi relatado que tem efeitos autonômicos e psicológicos.

MDMA/ecstasy como alucinógeno pode ter efeitos distintos atribuíveis tanto às suas propriedades alucinógenas quanto estimulantes. Os usuários de ecstasy têm um risco maior de desenvolver um transtorno por uso de alucinógenos do que aqueles que usam outros alucinógenos. Entre usuários de ecstasy adolescentes e adultos e usuários de outros alucinógenos, os critérios de transtorno por uso de alucinógenos mais frequentemente relatados são tolerância, uso de risco, uso apesar de problemas emocionais ou de saúde, desistir de atividades em favor do uso e gastar muito tempo obtendo, usando ou se recuperando dos efeitos do uso. Assim como encontrado para outras substâncias, os critérios diagnósticos para outro transtorno por uso de alucinógenos são organizados ao longo de um único continuum de gravidade.

Dado que uma síndrome de abstinência clinicamente significativa não foi consistentemente documentada em humanos, o diagnóstico de síndrome de abstinência por alucinógenos não está incluído neste manual e, portanto, não faz parte dos critérios de diagnóstico de transtorno por uso de alucinógenos. No entanto, pode haver evidência de abstinência de MDMA, com endosso de quaisquer dois ou mais sintomas de abstinência (por exemplo, mal-estar, distúrbio do apetite, alterações de humor [ansioso, deprimido, irritável], falta de concentração, interrupção do sono) ou evitação de abstinência observada em mais de mais da metade dos indivíduos em diversas amostras de usuários de ecstasy nos Estados Unidos e internacionalmente.

Recursos associados

Os sintomas característicos do uso de alguns alucinógenos podem ajudar no diagnóstico se os resultados de toxicologia da urina ou do sangue não estiverem disponíveis. Por exemplo, indivíduos que usam LSD tendem a ter alucinações visuais que podem ser assustadoras.

Prevalência

Outros transtornos por uso de alucinógenos são raros. Na população geral dos EUA, cerca de 0,1% dos indivíduos com 12 anos ou mais endossaram os sintomas do transtorno por uso de alucinógenos nos últimos 12 meses em 2018. A taxa foi de 0,2% entre as idades de 12 a 17 anos, 0,4% entre as idades de 18 a 25 anos,

593

e < 0,1% entre aqueles com 26 anos ou mais. A prevalência é maior em amostras clínicas dos EUA (por exemplo, 19% em adolescentes em tratamento) e entre grupos selecionados de indivíduos que usam alucinógenos com frequência (por exemplo, uso pesado recente de ecstasy) nos Estados Unidos e Austrália, 73,5% dos adultos e 77% dos adolescentes têm um padrão de uso problemático que pode atender a outros critérios de transtorno por uso de alucinógenos.

Desenvolvimento e Curso A prevalência

de outros transtornos por uso de alucinógenos por idade entre adolescentes é desconhecida. Entre os adultos norte-americanos com 18 anos ou mais, a maioria (90%) daqueles com outro transtorno por uso de alucinógenos tem idades entre 18 e 29 anos, sugerindo que o transtorno não costuma ser persistente e está concentrado em adultos jovens.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental

O uso de alucinógenos específicos (isto é, ecstasy, sálvia) tem sido associado a alta

busca de sensações.

Ambiental. Com base em pesquisas nos Estados Unidos, os fatores de risco ambientais de outros transtornos por uso de alucinógenos incluem renda mais alta, escolaridade mais baixa, nunca ter se casado e residir em áreas urbanas. O início precoce do uso de alucinógenos também tem sido associado à transição para o transtorno por uso de alucinógenos. O uso de outras drogas pelos pares também está altamente associado ao uso de ecstasy e sálvia.

Genética e fisiológica. Entre os gêmeos do sexo masculino, a variação total devida à genética aditiva foi estimada em 26% a 79%, com evidências inconsistentes de influências ambientais compartilhadas.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Historicamente, os alucinógenos têm sido usados como parte de práticas religiosas ou espirituais estabelecidas, como o uso de peiote na Igreja Nativista Americana e no México. O uso ritual por populações indígenas da psilocibina obtida de certos tipos de cogumelos tem ocorrido na América do Sul, México e algumas áreas dos Estados Unidos, ou da ayahuasca nos grupos religiosos Santo Daime e União de Vegetal.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero

Entre os adolescentes norte-americanos, os meninos têm taxas de prevalência de uso de outros alucinógenos em 12 meses maiores do que as meninas, e essas diferenças de gênero se estendem a alucinógenos específicos, incluindo LSD, MDMA, psilocibina e sálvia divinorum. Entre os adultos norte-americanos, 60% dos indivíduos com outro transtorno por uso de alucinógenos são homens. Pesquisas internacionais sugerem que as mulheres que receberam MDMA podem ter maiores efeitos subjetivos, como estado alterado de consciência, ansiedade e depressão. Nenhuma informação de estudos internacionais está disponível sobre diferenças de gênero para outros transtornos por uso de alucinógenos.

Marcadores de diagnóstico

Testes laboratoriais podem ser úteis para distinguir entre os diferentes alucinógenos. No entanto, como alguns agentes (por exemplo, LSD) são tão potentes que apenas 75 microgramas podem produzir reações graves, o exame toxicológico típico nem sempre revelará qual substância foi usada.

Consequências Funcionais de Outros Transtornos por Uso de Alucinógenos

Embora existam informações insuficientes para observar claramente as consequências funcionais de outros transtornos por uso de alucinógenos, as complicações do uso dessas substâncias têm sido relatadas.

identificado. Os efeitos adversos do uso de outros alucinógenos incluem aqueles relacionados à intoxicação, como hipertermia, taquiarritmias cardíacas, pneumotórax hipernatremia, incoordenação motora, nistagmo, inquietação, alucinações/delírios, midriase, aumento do estado de alerta e hipertensão arterial. Outras reações mais graves relacionadas às consequências do uso repetido de outros alucinógenos incluem insuficiência renal, insuficiência hepática, convulsões, infarto cerebral, rabdomiólise,

complicações cardíacas e hepatotoxicidade.

Há evidências de efeitos neurotóxicos persistentes do uso de MDMA/ecstasy, incluindo deficiências na memória, função psicológica e função neuroendócrina; disfunção do sistema serotoninérgico; e distúrbios do sono; bem como efeitos adversos na microvasculatura cerebral, maturação da substância branca e danos aos axônios.

Diagnóstico diferencial

Outros transtornos de substâncias Os efeitos do uso de alucinógenos devem ser diferenciados daqueles de outras substâncias (por exemplo, transtorno por uso de anfetaminas, abstinência de álcool ou sedativos), especialmente porque a contaminação dos alucinógenos com outras drogas é relativamente comum.

Intoxicação por alucinógenos e transtornos mentais induzidos por alucinógenos. O transtorno por uso de alucinógenos é diferenciado de intoxicação por alucinógenos e transtornos mentais induzidos por alucinógenos (por exemplo, transtorno psicótico induzido por alucinógenos) em que o transtorno por uso de alucinógenos descreve um padrão problemático de uso de alucinógenos que envolve controle prejudicado sobre o uso de alucinógenos, prejuízo social atribuível ao uso de alucinógenos, uso de alucinógenos de risco (por exemplo, dirigir embriagado) e sintomas farmacológicos (o desenvolvimento de tolerância), enquanto a intoxicação por alucinógenos e os transtornos mentais induzidos por alucinógenos descrevem síndromes psiquiátricas que ocorrem no contexto de uso pesado. A intoxicação por alucinógenos e os transtornos mentais induzidos por alucinógenos ocorrem frequentemente em indivíduos com transtorno por uso de alucinógenos. Nesses casos, um diagnóstico de intoxicação por alucinógenos ou transtorno mental induzido por alucinógenos deve ser dado, além de um diagnóstico de transtorno por uso de alucinógenos, cuja presença é indicada no código diagnóstico.

Transtornos mentais independentes. Alguns dos efeitos do uso de alucinógenos podem se assemelhar a sintomas de transtornos psiquiátricos independentes, como esquizofrenia e transtornos depressivos e bipolares. Discernir se os sintomas ocorreram antes da ingestão da droga é importante na diferenciação dos efeitos agudos da droga de um transtorno mental preexistente. Em particular, a esquizofrenia deve ser descartada, pois alguns indivíduos afetados (por exemplo, indivíduos com esquizofrenia que apresentam paranoia) podem atribuir falsamente seus sintomas ao uso de alucinógenos.

Comorbidade Outro

transtorno por uso de alucinógenos está altamente associado ao transtorno por uso de cocaína, transtorno por uso de estimulantes, transtorno por uso de outras substâncias, transtorno por uso de tabaco (nicotina), qualquer transtorno de personalidade, transtorno de estresse pós-traumático e ataques de pânico.

Intoxicação por Fenciclidina

Critério de diagnóstico

- A. Uso recente de fenciclidina (ou uma substância farmacologicamente similar).
- B. Alterações comportamentais problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, beligerância,

agressividade, impulsividade, imprevisibilidade, agitação psicomotora, julgamento prejudicado) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de fenciclidina.

595

C. Dentro de 1 hora, dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas:

Nota: Quando a droga é fumada, “cheirada” ou usada por via intravenosa, o início pode ser particularmente rápido.

1. Nistagmo vertical ou horizontal.
2. Hipertensão ou taquicardia.
3. Dormência ou diminuição da capacidade de resposta à dor.
4. Ataxia.
5. Disartria.
6. Rigidez muscular.
7. Convulsões ou coma.
8. Hiperacusia.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende se há um transtorno por uso de fenciclidina comórbido. Se um transtorno por uso de fenciclidina leve é comórbido, o código CID-10-CM é **F16.120**, e se um transtorno por uso de fenciclidina moderado ou grave é comórbido, o código CID-10-CM é **F16.220**. Se não houver transtorno por uso de fenciclidina comórbido, o código CID-10-CM é **F16.920**.

Nota: Além da seção “Consequências Funcionais da Intoxicação por Fenciclidina”, consulte a seção correspondente em Transtorno do Uso de Fenciclidina.

Características

diagnósticas A intoxicação por fenciclidina reflete as alterações comportamentais clinicamente significativas que ocorrem logo após a ingestão desta substância (ou de uma substância farmacologicamente similar). As apresentações clínicas mais comuns de intoxicação por fenciclidina incluem desorientação; confusão sem alucinações; nistagmo; dormência ou resposta diminuída à dor; ataxia; disartria; rigidez muscular; hiperacusia; e coma de gravidade variável. Outras alterações comportamentais clinicamente significativas associadas à intoxicação por fenciclidina incluem comportamento violento, agitação extrema, delírios persecutórios, euforia, amnésia retrógrada e hipertensão.

Prevalência

O uso de fenciclidina ou substâncias relacionadas (por exemplo, cetamina) pode ser considerado uma estimativa da prevalência de intoxicação. O uso de fenciclidina é raro, com < 0,1% da população dos EUA com 12 anos ou mais relatando uso nos últimos 12 meses em 2018. Em pesquisas com estudantes e adultos jovens dos EUA acompanhados desde o ensino médio, prevalência de uso de cetamina nos últimos 12 meses, que é avaliado

separadamente de outras substâncias, foi estimado em cerca de 1,2% entre os alunos do 12º ano e 0,5% entre os adultos jovens, com idades entre 19 e 28 anos.

Marcadores de diagnóstico

Testes laboratoriais podem ser úteis, pois a fenciclidina é detectável na urina por até 8 dias após o uso, embora os níveis estejam apenas fracamente associados à apresentação clínica de um indivíduo e, portanto, podem não ser úteis para o manejo do caso. Os níveis de creatina fosfoquinase e aspartato aminotransferase podem estar elevados.

Consequências funcionais da intoxicação por fenciclidina

A intoxicação por fenciclidina produz extensa toxicidade cardiovascular e neurológica (por exemplo, convulsões, distonias, discinesias, catalepsia, hipotermia ou hipertermia).

596

Diagnóstico Diferencial

Em particular, na ausência de testes de realidade intactos (ou seja, sem percepção de que as anormalidades perceptivas são induzidas por drogas), um diagnóstico adicional de transtorno psicótico induzido por fenciclidina deve ser considerado.

Intoxicação por outras substâncias. A intoxicação por fenciclidina deve ser diferenciada da intoxicação por outras substâncias, incluindo outros alucinógenos; anfetamina, cocaína ou outros estimulantes; e anticolinérgicos, bem como a retirada de benzodiazepínicos. O nistagmo e o comportamento bizarro e violento podem distinguir a intoxicação por fenciclidina daquela por outras substâncias. Testes toxicológicos podem ser úteis para fazer essa distinção. No entanto, a fraca correlação entre os níveis toxicológicos quantitativos de fenciclidina e a apresentação clínica pode diminuir a utilidade dos achados laboratoriais para o manejo do paciente.

Transtornos mentais induzidos por fenciclidina. A intoxicação por fenciclidina é diferenciada de transtornos mentais induzidos por fenciclidina (p. ex., transtorno depressivo induzido por fenciclidina, com início durante a intoxicação) porque os sintomas (p. a apresentação clínica, e são graves o suficiente para justificar a atenção clínica).

Outras condições médicas. As condições médicas a serem consideradas incluem certos distúrbios metabólicos, como hipoglicemia e hiponatremia, tumores do sistema nervoso central, distúrbios convulsivos, sepse, síndrome neuroléptica maligna e insultos vasculares.

Comorbidade

Dada a sobreposição típica de intoxicação por fenciclidina com transtorno por uso de fenciclidina, consulte “Comorbidade” em Transtorno por uso de fenciclidina para obter mais detalhes sobre condições concomitantes que provavelmente serão encontradas.

Outras intoxicações por alucinógenos

Critério de diagnóstico

- A. Uso recente de um alucinógeno (diferente da fenciclidina).
- B. Alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, ansiedade ou depressão acentuada, ideias de referência, medo de “perder a cabeça”, ideação paranoica, julgamento prejudicado) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de alucinógenos.
- C. Mudanças perceptivas que ocorrem em um estado de total vigília e alerta (por exemplo, intensificação subjetiva de percepções, despersonalização, desrealização, ilusões, alucinações, sinestesias) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de alucinógenos.
- D. Dois (ou mais) dos seguintes sinais que se desenvolvem durante ou logo após o uso de alucinógenos:
 1. Dilatação pupilar.
 2. Taquicardia.
 3. Sudorese.
 4. Palpitações.
 5. Embaçamento da visão.
 6. Tremores.
 7. Descoordenação.
- E. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação com outra substância.

597

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende da existência de um transtorno por uso de alucinógenos comórbido. Se um transtorno por uso de alucinógenos leve é comórbido, o código CID 10-CM é **F16.120**, e se um transtorno por uso de alucinógenos moderado ou grave é comórbido, o código CID-10-CM é **F16.220**. Se não houver transtorno por uso de alucinógenos comórbido, o código CID-10-CM é **F16.920**.

Observação: Para obter informações sobre Características Associadas e Problemas de Diagnóstico Relacionados à Cultura, consulte as seções correspondentes em Outros Transtornos por Uso de Alucinógenos.

Características diagnósticas

Outras intoxicações por alucinógenos refletem as mudanças comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas que ocorrem logo após a ingestão de um alucinógeno. Dependendo do alucinógeno específico, a intoxicação pode durar apenas alguns minutos (por exemplo, para sálvia) ou várias horas ou mais (por exemplo, para LSD [dietilamina do ácido lisérgico] ou MDMA [3,4-metilenodioximetanfetamina]).

Prevalência

A prevalência de outras intoxicações por alucinógenos não é totalmente conhecida, mas pode ser aproximada com base na prevalência de uso das substâncias. Em 2018, 1,5% dos indivíduos com idades entre 12 e 17 anos nos Estados Unidos relataram uso de alucinógenos no ano passado; entre os indivíduos de 18 a 25 anos, a taxa foi de 6,9%, e entre os de 26 anos ou mais, a taxa foi de 1,3%. As taxas foram consistentemente mais altas para meninos e homens do que para meninas e mulheres em todas as faixas etárias.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas Outras

intoxicações por alucinógenos podem levar ao aumento de pensamentos ou comportamentos suicidas, embora o suicídio seja raro entre indivíduos que usam alucinógenos. É importante notar que um estudo com mais de 135.000 adultos americanos selecionados aleatoriamente, incluindo mais de 19.000 indivíduos que usam psicodélicos, não encontrou evidências, após ajuste para dados sociodemográficos, uso de outras drogas e depressão infantil, de que o uso de psicodélicos ao longo da vida seja um fator de risco independente para problemas de saúde mental, pensamentos suicidas ou tentativas de suicídio. Além disso, uma grande pesquisa populacional dos EUA descobriu que um histórico de uso de alucinógenos ao longo da vida estava associado a menores chances de sofrimento mental e pensamentos ou comportamentos suicidas, embora uma relação causal entre drogas alucinógenas e menor sofrimento não possa ser inferida a partir deste estudo. Com base nesses achados, a relação do uso de outros alucinógenos com pensamentos e comportamentos suicidas é incerta.

Consequências funcionais de outras intoxicações por alucinógenos Outras intoxicações

por alucinógenos podem ter consequências graves. Os distúrbios perceptivos e o julgamento prejudicado associados a outras intoxicações alucinógenas podem resultar em ferimentos ou mortes por acidentes automobilísticos, brigas físicas ou automutilação não intencional (por exemplo, cortes ou quedas devido à percepção de profundidade prejudicada). Quando outros alucinógenos são consumidos em combinação com outras drogas (incluindo álcool), pode ocorrer coma, com duração e profundidade do coma maior do que quando outros alucinógenos são tomados sozinhos. O uso continuado de alucinógenos, particularmente MDMA, também tem sido associado a efeitos neurotóxicos. Os efeitos adversos do uso de outros alucinógenos incluem hipertermia, taquiarritmias cardíacas, pneumotórax hipernatremia, incoordenação motora, nistagmo, inquietação, alucinações/delírios, midríase, aumento do estado de alerta e pressão arterial elevada. Reações mais graves incluem insuficiência renal, insuficiência hepática, convulsões, infarto cerebral, rabdomiólise, complicações cardíacas e hepatotoxicidade.

Diagnóstico diferencial

598

Intoxicação por outras substâncias. Outras intoxicações alucinógenas devem ser diferenciadas da intoxicação com substâncias do tipo anfetamina, cocaína ou outros estimulantes; anticolinérgicos, inalantes e fenciclidina. Testes toxicológicos são úteis para fazer essa distinção, e determinar a via de administração também pode ser útil.

Outras condições. Outros distúrbios e condições a serem considerados incluem esquizofrenia, depressão, abstinência de outras drogas (por exemplo, sedativos, álcool), certos distúrbios metabólicos (por exemplo, hipoglicemia), distúrbios convulsivos, tumores do sistema nervoso central e insultos vasculares.

Transtorno Persistente Persistente de Alucinógenos. Outras intoxicações por alucinógenos são diferenciadas de

alucinógeno persistente transtorno de percepção porque os sintomas neste último continuam episodicamente ou continuamente por semanas (ou mais) após a intoxicação mais recente.

Transtornos mentais induzidos por alucinógeno Outras intoxicações por alucinógenos são diferenciadas de transtornos mentais induzidos por alucinógenos (p. ex., transtorno de ansiedade induzido por alucinógenos, com início durante a intoxicação) porque os sintomas (p. na apresentação clínica, e são graves o suficiente para justificar atenção clínica independente).

Comorbidade

Dada a sobreposição típica de outra intoxicação por alucinógenos com outro transtorno por uso de alucinógenos, consulte “Comorbidade” em Outros Transtornos por Uso de Alucinógenos para obter mais detalhes sobre condições concomitantes que provavelmente serão encontradas.

Transtorno Perceptivo Persistente de Alucinógenos

Critério de diagnóstico	F16.983
<p>A. Após a interrupção do uso de um alucinógeno, a reexperiência de um ou mais dos sintomas perceptuais que foram experimentados enquanto intoxicado com o alucinógeno (por exemplo, alucinações geométricas, falsas percepções de movimento nos campos visuais periféricos, flashes de cor, cores intensificadas, trilhas de imagens de objetos em movimento, pós-imagens positivas, halos ao redor de objetos, macropsia e micropsia).</p> <p>B. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.</p> <p>C. Os sintomas não são atribuíveis a outra condição médica (por exemplo, lesões anatômicas e infecções do cérebro, epilepsias visuais) e não são bem explicados por outro transtorno mental (por exemplo, delírio, transtorno neurocognitivo maior, esquizofrenia) ou alucinações hipnopômpicas.</p>	

Características Diagnósticas A

marca registrada do transtorno perceptivo persistente do alucinógeno é a reexperiência, quando o indivíduo está sóbrio, dos distúrbios perceptivos que foram experimentados enquanto o indivíduo estava intoxicado com o alucinógeno (Critério A). Os sintomas podem incluir quaisquer perturbações perceptivas, mas os distúrbios visuais tendem a ser predominantes. Típicas das percepções visuais anormais são alucinações geométricas, falsas percepções de

fotografia), percepções de objetos inteiros, neve visual, pós-imagens positivas (ou seja, uma “sombra” da mesma cor ou cor complementar de um objeto que permanece após a remoção do objeto), halos ao redor de objetos ou percepção errônea de imagens como muito grandes (macropsia) ou muito pequena (micropsia). A duração dos distúrbios visuais pode ser episódica ou quase contínua e deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério B). Os distúrbios podem durar semanas, meses ou anos. Outras explicações para os distúrbios (por exemplo, lesões cerebrais, psicose preexistente, distúrbios convulsivos, aura de enxaqueca sem dores de cabeça) devem ser descartadas (Critério C).

O transtorno de percepção persistente por alucinógenos ocorre principalmente após o uso de LSD (dietilamida do ácido lisérgico), mas não exclusivamente. Não parece haver uma forte correlação entre o transtorno de percepção persistente por alucinógenos e o número de ocasiões de uso de alucinógenos, com alguns casos de transtorno de percepção persistente por alucinógenos ocorrendo em indivíduos com exposição mínima a alucinógenos. Alguns casos de transtorno de percepção persistente por alucinógenos podem ser desencadeados pelo uso de outras substâncias (por exemplo, cannabis ou álcool), adaptação a ambientes escuros, exercícios e exposição a ruído e fotofobia.

Recursos associados

O teste de realidade permanece intacto em indivíduos com transtorno de percepção persistente por alucinógenos (ou seja, o indivíduo está ciente de que o distúrbio está ligado ao efeito da droga). Se este não for o caso, outro distúrbio pode explicar melhor as percepções anormais.

Prevalência

As estimativas de prevalência de transtorno de percepção persistente por alucinógenos são desconhecidas. As estimativas iniciais de prevalência do transtorno entre indivíduos que usam alucinógenos são de aproximadamente 4,2%.

Desenvolvimento e Curso Pouco

se sabe sobre o desenvolvimento do transtorno de percepção persistente por alucinógenos. Seu curso, como sugere seu nome, é persistente, durando semanas, meses ou até anos em certos indivíduos.

Fatores de risco e prognóstico Há

pouca evidência sobre os fatores de risco para o transtorno de percepção persistente por alucinógenos, embora fatores genéticos tenham sido sugeridos como uma possível explicação subjacente à suscetibilidade aos efeitos do LSD nessa condição.

Consequências Funcionais da Percepção Persistente de Alucinógenos Transtorno

Embora o transtorno de percepção persistente por alucinógenos permaneça uma condição crônica em alguns casos, muitos indivíduos com o transtorno são capazes de suprimir os distúrbios e continuar a funcionar normalmente.

Diagnóstico diferencial

As condições a serem descartadas incluem esquizofrenia, outros efeitos de drogas, distúrbios neurodegenerativos, acidente vascular cerebral, tumores cerebrais, infecções e traumatismo craniano. Os resultados de neuroimagem em casos de transtorno de percepção persistente por alucinógenos são tipicamente negativos. Como observado anteriormente, o teste de realidade permanece intacto (ou seja, o indivíduo está ciente de que a perturbação está ligada ao

600

efeito da droga); se esse não for o caso, outro transtorno (por exemplo, transtorno psicótico, outra condição médica) pode explicar melhor as percepções anormais.

Comorbidade

Transtornos mentais comórbidos comuns que acompanham o transtorno de percepção persistente por alucinógenos são transtorno de pânico, transtorno por uso de álcool, transtorno depressivo maior, transtorno bipolar I e transtornos do espectro da esquizofrenia.

Transtornos Mentais Induzidos por Fenciclidina

Outros transtornos mentais induzidos por fenciclidina são descritos em outros capítulos do manual com transtornos com os quais compartilham a fenomenologia (veja os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): transtorno psicótico induzido por fenciclidina (“Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders”); transtorno bipolar e relacionado induzido por fenciclidina (“Transtornos Bipolares e Relacionados”); transtorno depressivo induzido por fenciclidina (“Transtornos Depressivos”); e transtorno de ansiedade induzido por fenciclidina (“Transtornos de Ansiedade”). Para delírio de intoxicação induzida por fenciclidina e delírio induzido por cetamina tomada conforme prescrito, consulte os critérios e a discussão de delirium no capítulo “Distúrbios neurocognitivos”. Esses transtornos mentais induzidos por fenciclidina são diagnosticados em vez de intoxicação por fenciclidina somente quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Transtornos Mentais Induzidos por Alucinógenos

Os seguintes outros transtornos mentais induzidos por alucinógenos são descritos em outros capítulos do manual com transtornos com os quais compartilham a fenomenologia (veja os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): outros transtornos psicóticos induzidos por alucinógenos (“Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Distúrbios”); outros transtornos bipolares e relacionados induzidos por alucinógenos (“Transtornos Bipolares e Relacionados”); outro transtorno depressivo induzido por alucinógenos (“Transtornos Depressivos”); e outros transtornos de ansiedade induzidos por alucinógenos (“Transtornos de Ansiedade”). Para outros delirium de intoxicação por alucinógenos e delirium induzido por outros alucinógenos tomados conforme prescrito, veja os critérios e a discussão de delirium no capítulo “Distúrbios Neurocognitivos”. Esses transtornos mentais induzidos por alucinógenos são diagnosticados em vez de outras intoxicações por alucinógenos apenas quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Transtorno Não Especificado Relacionado à Fenciclidina

F16,99

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno relacionado à fenciclidina que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer transtorno específico relacionado à fenciclidina ou qualquer dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e aditivos.

601

Transtorno Não Especificado Relacionado a Alucinógenos

F16,99

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno relacionado a alucinógenos que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer transtorno específico relacionado a alucinógenos ou qualquer dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e aditivos.

Distúrbios Relacionados a Inalantes

Transtorno por uso de inhalantes

Intoxicação Inhalante

Transtornos Mentais Induzidos por Inhalantes

Transtorno Não Especificado Relacionado a Inhalantes

Transtorno por uso de inhalantes

Critério de diagnóstico

- A. Um padrão problemático de uso de uma substância inhalante à base de hidrocarbonetos que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes, ocorrendo dentro de um período de 12 meses: 1. A substância inhalante é frequentemente ingerida em grandes quantidades quantidades ou mais período do que se pretendia.
2. Há um desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar o uso

da substância inalante.

3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter o inalante substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos.
4. Desejo, ou um forte desejo ou urgência de usar a substância inalante.
5. Uso recorrente da substância inalante resultando em falha no cumprimento das principais obrigações de papel no trabalho, na escola ou em casa.
6. Uso continuado da substância inalante apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos de seu uso.
7. Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes são abandonadas ou reduzidas devido ao uso da substância inalante.
8. Uso recorrente da substância inalante em situações em que está fisicamente perigoso.
9. O uso da substância inalante é continuado apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância.
10. Tolerância, conforme definido por qualquer um dos seguintes:
 - uma. A necessidade de quantidades nitidamente aumentadas da substância inalante para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
 - b. Um efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de a substância inalante.

602

Especifique o inalante específico: Quando possível, a substância específica envolvida deve ser nomeada (por exemplo, “transtorno por uso de solvente”).

Especifique

se: **Em remissão precoce:** depois que todos os critérios para transtorno por uso de inalantes foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de inalantes foi atendido por pelo menos 3 meses, mas por menos de 12 meses (com exceção do Critério A4, “Desejo , ou um forte desejo ou urgência de usar a substância inalante”, pode ser satisfeita).

Em remissão sustentada: Depois que todos os critérios para transtorno por uso de inalantes foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de inalantes foi atendido em qualquer momento durante um período de 12 meses ou mais (com exceção do Critério A4, “Desejo ou forte desejo ou urgência de usar a substância inalante”, pode ser satisfeita).

Especifique

se: **Em um ambiente controlado:** Este especificador adicional é usado se o indivíduo estiver em um ambiente onde o acesso a substâncias inalantes é restrito.

Código baseado na gravidade/remissão atual: Se uma intoxicação por inalação ou outro transtorno mental induzido por inalantes também estiver presente, não use os códigos abaixo para transtorno por uso de inalantes. Em vez disso, o transtorno por uso de inalantes comórbido é indicado no

4º caractere do código de transtorno induzido por inalação (consulte a nota de codificação para intoxicação por inalação ou um transtorno mental específico induzido por inalação). Por exemplo, se houver transtorno depressivo induzido por inalantes comórbido e transtorno por uso de inalantes, apenas o código de transtorno depressivo induzido por inalantes é fornecido, com o 4º caractere indicando se o transtorno por uso de inalantes comórbido é leve, moderado ou grave: F18.14 para transtorno por uso de inalantes leve com transtorno depressivo induzido por inalantes ou F18.24 para transtorno por uso de inalantes moderado ou grave com transtorno depressivo induzido por inalantes.

Especifique a gravidade/remissão atual:

F18.10 Leve: Presença de 2–3 sintomas.

F18.11 Leve, Em remissão precoce

F18.11 Leve, Em remissão sustentada

F18.20 Moderado: Presença de 4-5 sintomas.

F18.21 Moderado, em remissão precoce

F18.21 Moderado, em remissão sustentada F18.20

Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

F18.21 Grave, em remissão precoce

F18.21 Grave, em remissão sustentada

Especificadores

“Em um ambiente controlado” se aplica como um especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver em remissão e em um ambiente controlado (ou seja, em remissão precoce em um ambiente controlado ou em remissão sustentada em um ambiente controlado). Exemplos desses ambientes são prisões sem substâncias, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas e supervisionadas de perto.

A gravidade do transtorno por uso de inalantes dos indivíduos é avaliada pelo número de critérios diagnósticos endossados. A alteração da gravidade do transtorno por uso de inalantes dos indivíduos ao longo do tempo é refletida por reduções na frequência (por exemplo, dias de uso por mês) e/ou dose (por exemplo, tubos de cola por dia) usada, conforme avaliado pelo autorrelato do indivíduo, relatório de outros, observações do clínico e testes biológicos (quando prático).

Recursos de diagnóstico

Exemplos de substâncias inalantes incluem hidrocarbonetos voláteis, que compreendem gases tóxicos de colas, combustíveis, tintas e outros compostos voláteis. Quando possível, o

determinada substância envolvida deve ser nomeada (por exemplo, “transtorno por uso de tolueno”). No entanto, a maioria dos compostos inalados é uma mistura de várias substâncias que podem produzir efeitos psicoativos, e muitas vezes é difícil determinar a substância exata responsável pelo transtorno.

A menos que haja evidência clara de que uma única substância não misturada foi usada, o termo geral *inalante* deve ser usado para registrar o diagnóstico. Distúrbios decorrentes da inalação de óxido nitroso ou de amila, butil ou isobutilnitrito são considerados como uso de outra substância (ou desconhecida)

transtorno.

As características do transtorno por uso de inalantes incluem o uso repetido de uma substância inalante apesar de o indivíduo saber que a substância está causando sérios problemas para o indivíduo (Critério A9). Esses problemas se refletem nos critérios diagnósticos.

Faltar ao trabalho ou à escola ou incapacidade de desempenhar responsabilidades típicas no trabalho ou na escola (Critério A5), e o uso continuado da substância inalante mesmo que cause discussões com a família ou amigos, brigas e outros problemas sociais ou interpessoais (Critério A6), podem ser visto no transtorno por uso de inalantes. Limitar o contato familiar, obrigações de trabalho ou escola ou atividades recreativas (por exemplo, esportes, jogos, hobbies) também podem ocorrer (Critério A7). O uso de inalantes ao dirigir ou operar equipamentos perigosos (Critério A8) também é observado.

A tolerância (Critério A10) é relatada por cerca de 10% dos indivíduos que usam inalantes.

Como uma síndrome de abstinência clinicamente significativa não foi estabelecida com o uso de inalantes, nem um diagnóstico de abstinência de inalantes nem um critério diagnóstico correspondente para queixas de abstinência para transtorno por uso de inalantes está incluído. No entanto, os sintomas de abstinência podem ocorrer entre usuários de inalantes e indivíduos com transtorno por uso de inalantes moderado a grave, e esses sintomas parecem ser semelhantes em frequência aos sintomas de abstinência entre aqueles com transtorno por uso de cocaína moderado a grave.

Recursos associados

Um diagnóstico de transtorno por uso de inalantes é apoiado por episódios recorrentes de intoxicação com resultados negativos em triagens de drogas padrão (que não detectam inalantes); posse, ou odores persistentes, de substâncias inalantes; “erupção cutânea de cheirador de cola” peri-oral ou peri-nasal; associação com outros indivíduos conhecidos por usar inalantes; participação em grupos com uso predominante de inalantes (por exemplo, algumas comunidades nativas ou aborígenes, crianças sem-teto em gangues de rua); fácil acesso a certas substâncias inalantes; posse de parafernália; presença de complicações médicas características do distúrbio (por exemplo, patologia da substância branca cerebral, rabdomiólise); e a presença de vários outros transtornos por uso de substâncias. Indivíduos com transtorno por uso de inalantes podem apresentar sintomas de anemia perniciosa, degeneração combinada subaguda da medula espinhal, transtorno neurocognitivo maior ou leve, atrofia cerebral, leucoencefalopatia e muitos outros distúrbios do sistema nervoso.

Prevalência

Cerca de 2,3% dos jovens americanos com idades entre 12 e 17 anos usaram inalantes nos últimos 12 meses, com 0,1% tendo um padrão de uso que atende aos critérios para transtorno por uso de inalantes. Entre os adultos dos EUA, com 18 anos ou mais, a prevalência de uso de inalantes nos últimos 12 meses é de cerca de 0,21%, com 0,04% tendo um padrão de uso que atende aos critérios para um transtorno por uso de inalantes. Entre os jovens, a prevalência de uso de inalantes nos últimos 12 meses é maior entre brancos não hispânicos e indivíduos que relatam mais de uma identidade racializada e menor entre índios americanos/nativos do Alasca. As taxas de prevalência de doze meses de uso de inalantes e transtorno de uso de inalantes entre adultos são mais altas entre brancos não hispânicos e mais baixas entre negros não hispânicos e índios americanos/nativos do Alasca.

Desenvolvimento e Curso

A prevalência em declínio nos Estados Unidos do uso de inalantes e transtorno por uso de inalantes após a adolescência (de 2,3% durante a adolescência para 0,1% no início da idade adulta para uso de inalantes e de 0,1% para 0,04% para transtorno por uso de inalantes) indica que o transtorno geralmente

604

remite no início da idade adulta. O transtorno por uso de inalantes é raro em crianças pré-púberes, mais comum em adolescentes e adultos jovens e incomum em idosos. Ligações para centros de controle de envenenamento por “abuso intencional” de inalantes atingem o pico com ligações envolvendo indivíduos com 14 anos de idade. Aqueles com transtorno por uso de inalantes que se estendem até a idade adulta demonstram início mais precoce do uso de inalantes, uso de múltiplos inalantes e uso mais frequente de inalantes.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Os preditores de transtorno por uso de inalantes incluem busca de sensações e impulsividade.

Ambiental. Os gases inalantes são amplamente e legalmente disponíveis, aumentando o risco de uso indevido. Maus-tratos ou traumas na infância também estão associados à progressão juvenil de não uso de inalantes para transtorno de uso de inalantes.

Genética e fisiológica. *A desinibição comportamental* é uma propensão geral altamente hereditária de não restringir o comportamento de maneiras socialmente aceitáveis, quebrar normas e regras sociais e assumir riscos perigosos, buscando recompensas excessivamente, apesar dos perigos de consequências adversas. Jovens com forte desinibição comportamental apresentam fatores de risco para transtorno por uso de inalantes: transtorno por uso de substâncias de início precoce, envolvimento com múltiplas substâncias e problemas de conduta precoces. Como a desinibição comportamental está sob forte influência genética, os jovens em famílias com uso de substâncias e comportamentos antissociais estão em risco elevado de transtorno por uso de inalantes.

Questões de diagnóstico relacionadas à

cultura Internacionalmente, algumas comunidades indígenas isoladas experimentaram uma alta prevalência de problemas de inalação. Além disso, em alguns países de baixa e média renda, grupos de crianças sem-teto que vivem nas ruas têm grandes problemas de uso de inalantes devido aos efeitos da pobreza e da disponibilidade e acessibilidade das substâncias, e como forma de lidar com a falta de moradia.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero

Embora a prevalência de transtorno por uso de inalantes nos últimos 12 meses nos Estados Unidos seja quase idêntica entre meninos e meninas adolescentes, o transtorno é muito raro entre mulheres adultas.

Marcadores de diagnóstico

Testes de urina, respiração ou saliva podem ser valiosos para avaliar o uso concomitante de substâncias não inalantes por indivíduos com transtorno por uso de inalantes. No entanto, os problemas técnicos e as despesas consideráveis das análises tornam impraticáveis os testes biológicos frequentes para os próprios inalantes.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Nos Estados Unidos, o uso de inalantes em adolescentes e adultos e o transtorno por uso de inalantes estão associados a pensamentos e comportamentos suicidas, especialmente entre indivíduos que relatam sintomas de ansiedade e depressão e histórias de trauma.

Consequências Funcionais do Transtorno do Uso de Inalantes Devido à

toxicidade inerente, o uso de inalantes pode ser fatal. A morte pode ocorrer por anoxia, disfunção cardíaca, reação alérgica extrema, lesões graves nos pulmões, vômitos, acidentes ou lesões ou depressão do sistema nervoso central. Além disso, quaisquer hidrocarbonetos voláteis inalados podem produzir "morte súbita por cheirar" por arritmia cardíaca. O uso de inalantes prejudica a função neurocomportamental e causa vários problemas neurológicos, gastrointestinais, cardiovasculares e pulmonares.

605

Os usuários de inalantes de longo prazo estão em maior risco de tuberculose, HIV/AIDS, doenças sexualmente transmissíveis, depressão, ansiedade, bronquite, asma e sinusite.

Diagnóstico Diferencial Exposição a

inalantes (não intencional) de acidentes industriais ou outros. distúrbio só se aplica se a exposição ao inalante for intencional.

Um diagnóstico de uso de inalantes

Intoxicação por inalação, sem preencher critérios para transtorno por uso de inalantes. intoxicação por inalantes ocorre frequentemente durante o transtorno por uso de inalantes, mas também pode ocorrer entre indivíduos cujo uso não atende aos critérios para transtorno por uso de inalantes.

Intoxicação por inalação atende aos critérios para transtorno por uso de inalantes e transtornos mentais induzidos por inalantes.

O transtorno por uso de inalantes é diferenciado de intoxicação por inalantes e transtornos mentais induzidos por inalantes (por exemplo, transtorno depressivo induzido por inalantes) em que o transtorno por uso de inalantes descreve um padrão problemático de uso de inalantes que envolve controle prejudicado sobre o uso de inalantes, prejuízo social atribuível ao uso de inalantes, uso arriscado de inalantes (por exemplo, uso de inalantes apesar de complicações médicas) e sintomas farmacológicos (o desenvolvimento de tolerância), enquanto a intoxicação por inalantes e transtornos mentais induzidos por inalantes descrevem síndromes psiquiátricas que se desenvolvem no contexto de uso intenso. A intoxicação por inalantes e os transtornos mentais induzidos por inalantes ocorrem frequentemente em indivíduos com transtorno por uso de inalantes. Nesses casos, um diagnóstico de intoxicação por inalantes ou transtorno mental induzido por inalantes deve ser dado, além de um diagnóstico de transtorno por uso de inalantes, cuja presença é indicada no código de diagnóstico.

Outros transtornos por uso de substâncias, especialmente aqueles envolvendo substâncias sedativas (por exemplo, álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos).

O transtorno por uso de inalantes comumente ocorre concomitantemente com outros transtornos por uso de substâncias, e os sintomas dos transtornos podem ser semelhantes e sobrepostos. Para desvendar os padrões de sintomas, é útil perguntar quais sintomas persistiram durante os períodos em que algumas das substâncias não estavam sendo usadas.

Comorbidade

Indivíduos com transtorno por uso de inalantes que recebem atendimento clínico geralmente apresentam vários outros transtornos por uso de substâncias, humor, ansiedade e personalidade. Transtorno por uso de inalantes comumente co-

ocorre com transtorno de conduta em adolescentes e com transtorno de personalidade antissocial. Indivíduos com transtorno por uso de inalantes podem ter sintomas comórbidos de dano hepático ou renal, rabdomiólise, metemoglobinemia ou sintomas de outras doenças gastrointestinais, cardiovasculares ou pulmonares.

Intoxicação Inalante

Critério de diagnóstico

- A. Exposição recente, de curto prazo, de alta dose, intencional ou não intencional, a substâncias inalantes, incluindo hidrocarbonetos voláteis, como tolueno ou gasolina.
- B. Alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, beligerância, agressividade, apatia, julgamento prejudicado) que se desenvolveram durante ou logo após a exposição a inalantes.
- C. Dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas que se desenvolvem durante ou logo após, uso ou exposição de inalantes:
 - 1. Tonturas.
 - 2. Nistagmo.
 - 3. Descoordenação.
 - 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 sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende se há um transtorno por uso de inalantes comórbido. Se um transtorno por uso de inalantes leve é comórbido, o código CID-10-CM é **F18.120**, e se um transtorno por uso de inalantes moderado ou grave é comórbido, o código CID-10-CM é **F18.220**. Se não houver transtorno por uso de inalantes comórbido, o código CID-10-CM é **F18.920**.

Observação: para obter informações sobre desenvolvimento e curso, fatores de risco e prognóstico, questões de diagnóstico relacionadas à cultura e marcadores de diagnóstico, consulte as seções correspondentes em Transtorno por uso de inalantes.

Características de diagnóstico

A característica essencial da intoxicação por inalação é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas que se desenvolvem durante ou imediatamente após a inalação intencional ou não intencional de uma substância de hidrocarboneto volátil. Quando possível, a substância específica envolvida deve ser nomeada (por exemplo, intoxicação por tolueno). A intoxicação desaparece dentro de alguns minutos a algumas horas após o término da exposição. Assim, a intoxicação por inalantes geralmente ocorre em episódios breves que podem se repetir com o uso posterior de inalantes.

Recursos associados

A intoxicação por inalação pode ser indicada pela evidência de posse ou odores persistentes de substâncias inalantes (por exemplo, cola, diluente de tinta, gasolina, isqueiros de butano); outras características podem incluir euforia, relaxamento, dor de cabeça, taquicardia, confusão, loquacidade, visão turva, amnésia, fala arrastada, irritabilidade, náusea, fadiga, ardor nos olhos ou na garganta, grandiosidade, dor no peito, alucinações auditivas ou visuais e dissociação.

Prevalência

A prevalência de episódios reais de intoxicação por inalação na população geral é desconhecida, mas é provável que a maioria dos usuários de inalantes, em algum momento, apresente alterações e sintomas comportamentais ou psicológicos que atendam aos critérios para intoxicação por inalação. Portanto, a prevalência do uso de inalantes e a prevalência de intoxicação por inalantes são provavelmente semelhantes. Em 2017, o uso de inalantes no ano passado foi relatado por 0,6% de todos os americanos com mais de 12 anos; a prevalência foi maior nas faixas etárias mais jovens (2,3% para indivíduos de 12 a 17 anos, 1,6% para indivíduos de 18 a 25 anos e 0,3% para indivíduos de 26 anos ou mais).

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero As

diferenças de gênero na prevalência de intoxicação por inalação na população geral são desconhecidas. Em relação às diferenças de gênero na prevalência do uso de inalantes nos Estados Unidos

607

Estados Unidos, 0,8% dos meninos/homens com mais de 12 anos e 0,5% das meninas/mulheres com mais de 12 anos usaram inalantes no ano anterior, mas nas faixas etárias mais jovens as diferenças são mínimas ou as meninas podem ter prevalência ligeiramente maior (por exemplo, entre os adolescentes de 12 a 17 anos, 2,4% das meninas e 2,2% dos meninos usaram inalantes no último ano).

Consequências funcionais da intoxicação por inalação O uso de substâncias inaladas em um recipiente fechado, como um saco plástico sobre a cabeça, pode levar à inconsciência, anóxia e morte. Separadamente, “morte súbita por cheirar”, provavelmente por arritmia ou parada cardíaca, pode ocorrer com vários inalantes voláteis. O aumento da toxicidade de certos

inalantes voláteis, como butano ou propano, também causam fatalidades. Embora a intoxicação por inalação em si seja de curta duração, ela pode produzir problemas médicos e neurológicos persistentes, especialmente se as intoxicações forem frequentes. Os correlatos clinicamente significativos de intoxicação por inalação incluem comportamentos imprudentes (por exemplo, correr riscos tolos, entrar em brigas, fazer sexo desprotegido), comportamentos antissociais (crueldade, danos à propriedade, prisões) e acidentes graves.

Diagnóstico Diferencial Intoxicação

por outras substâncias, especialmente por substâncias sedativas (p. ex., álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos).

Esses distúrbios podem ter sinais e sintomas semelhantes, mas a intoxicação atribuível a outros intoxicantes pode ser identificada por meio de uma triagem toxicológica. Diferenciar a fonte da intoxicação pode envolver evidências discernentes de exposição a inalantes, conforme descrito para transtorno por uso de inalantes. Um diagnóstico de intoxicação por inalação pode ser sugerido pela posse ou odores persistentes de substâncias inalantes (por exemplo, cola, diluente, gasolina, isqueiros de butano); posse de apetrechos (por exemplo, trapos ou sacos para concentração de vapores de cola); “erupção cutânea de cheirador de cola” perioral ou perinasal; relatos de familiares ou amigos de que o indivíduo intoxicado possui ou usa inalantes; ou intoxicação aparente apesar dos resultados negativos em testes padrão de drogas (que geralmente não identificam inalantes).

Transtornos mentais induzidos por inalantes. A intoxicação por inalação distingue-se dos transtornos mentais induzidos por inalantes (p. ex., transtorno de ansiedade induzido por inalação, com início durante a intoxicação) porque os sintomas (p. apresentação clínica, e são graves o suficiente para justificar atenção clínica independente.

Outros distúrbios tóxicos, metabólicos, traumáticos, neoplásicos ou infecciosos que prejudiquem a função cerebral e a cognição.

Numerosas condições neurológicas e outras condições médicas podem produzir as alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas (por exemplo, beligerância, agressividade, apatia, julgamento prejudicado) que também caracterizam a intoxicação por inalação.

Comorbidade Dada

a sobreposição típica de intoxicação por inalantes com transtorno por uso de inalantes, consulte “Comorbidade” em Transtorno por uso de inalantes para obter mais detalhes sobre condições concomitantes que provavelmente serão encontradas.

Transtornos Mentais Induzidos por Inalantes

Os seguintes transtornos mentais induzidos por inalantes são descritos em outros capítulos do manual com transtornos com os quais compartilham a fenomenologia (veja os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): transtorno psicótico induzido por inalação (“Esquizofrenia Espectro e Outros Transtornos Psicóticos”); depressão induzida por inalação

transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por inalação (“Distúrbios Neurocognitivos”). Para delirium por intoxicação por inalação, veja os critérios e a discussão sobre delirium no capítulo “Distúrbios Neurocognitivos”. Esses transtornos mentais induzidos por inalantes são diagnosticados em vez de intoxicação por inalação somente quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Transtorno Não Especificado Relacionado a Inalantes

F18,99

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno relacionado a inalantes que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer transtorno específico relacionado a inalantes ou qualquer dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e adictivos.

Transtornos Relacionados a Opióides

Transtorno por uso de opiôides

Intoxicação por Opióides

Retirada de opiôides

Transtornos Mentais Induzidos por Opióides

Transtorno Não Especificado Relacionado a Opióides

Transtorno por uso de opiôides

Critério de diagnóstico

- A. Um padrão problemático de uso de opiôides que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes, ocorrendo dentro de um período de 12 meses: 1. Os opiôides são frequentemente consumidos em quantidades maiores ou por um período mais longo do que foi pretendido.
2. Há um desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar uso de opiôides.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter o opioide, usar o opioide ou se recuperar de seus efeitos.

4. Desejo, ou um forte desejo ou urgência de usar opioides.
5. Uso recorrente de opioides resultando em falha no cumprimento de obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6. Uso continuado de opioides apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos dos opioides.
7. Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes são abandonadas ou reduzidas devido ao uso de opioides.

609

8. Uso recorrente de opioides em situações de risco físico.
9. Uso continuado de opioides apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância.
10. Tolerância, conforme definido por qualquer um dos seguintes:
 - a. Necessidade de quantidades acentuadamente aumentadas de opioides para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
 - b. Um efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de um opioide.
- Nota:** Este critério não é considerado cumprido para aqueles que tomam opioides apenas sob supervisão médica apropriada.
11. Desistência, manifestada por qualquer um dos seguintes: a. A síndrome de abstinência de opioides característica (consulte os Critérios A e B dos critérios estabelecidos para abstinência de opioides). b. Os opioides (ou uma substância intimamente relacionada) são tomados para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Nota: Este critério não é considerado cumprido para os indivíduos que tomam opioides apenas sob supervisão médica apropriada.

Especifique

se: **Em remissão precoce:** depois que todos os critérios para transtorno por uso de opioides foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de opioides foi preenchido por pelo menos 3 meses, mas por menos de 12 meses (com exceção do Critério A4, “Desejo , ou um forte desejo ou urgência de usar opioides”, podem ser atendidos).

Em remissão sustentada: Depois que todos os critérios para transtorno por uso de opioides foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de opioides foi atendido em qualquer momento durante um período de 12 meses ou mais (com exceção do Critério A4, “Fissura ou forte desejo ou desejo de usar opioides”, podem ser atendidos).

Especifique se:

Na terapia de manutenção: Este especificador adicional é usado se o indivíduo estiver tomando um medicamento agonista prescrito, como metadona ou buprenorfina, e nenhum dos critérios para transtorno por uso de opioides for atendido para essa classe de

medicação (exceto tolerância ou abstinência do agonista). Esta categoria também se aplica aos indivíduos mantidos com um agonista parcial, um agonista/antagonista ou um antagonista completo, como naltrexona oral ou naltrexona de depósito.

Em um ambiente controlado: Este especificador adicional é usado se o indivíduo estiver em um ambiente onde o acesso a opiôides é restrito.

Código baseado na gravidade/remissão atual: Se uma intoxicação por opioides, abstinência de opioides ou outro transtorno mental induzido por opioides também estiver presente, não use os códigos abaixo para transtorno por uso de opioides. Em vez disso, o transtorno por uso de opioides comórbido é indicado no 4º caractere do código de transtorno induzido por opioides (consulte a nota de codificação para intoxicação por opioides, abstinência de opioides ou um transtorno mental específico induzido por opioides). Por exemplo, se houver transtorno depressivo induzido por opioides comórbido e transtorno por uso de opioides, apenas o código de transtorno depressivo induzido por opioides é fornecido, com o 4º caractere indicando se o transtorno por uso de opioides comórbido é leve, moderado ou grave: F11.14 para transtorno por uso de opioides leve com transtorno depressivo induzido por opioides ou F11.24 para transtorno por uso de opioides moderado ou grave com transtorno depressivo induzido por opioides.

Especifique a gravidade/remissão atual:

F11.10 Leve: Presença de 2–3 sintomas.

F11.11 Leve, em remissão precoce

F11.11 Leve, em remissão sustentada

610

F11.20 Moderado: Presença de 4-5 sintomas.

F11.21 Moderado, em remissão precoce

F11.21 Moderado, em remissão sustentada

F11.20 Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

F11.21 Grave, em remissão precoce

F11.21 Grave, em remissão sustentada

Especificadores

O especificador “em terapia de manutenção” aplica-se como um especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver em remissão e recebendo terapia de manutenção. “Em um ambiente controlado” aplica-se como um especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver em remissão e em um ambiente controlado (ou seja, em remissão precoce em um ambiente controlado ou em remissão sustentada em um ambiente controlado). Exemplos desses ambientes são prisões sem substâncias, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas e supervisionadas de perto.

A alteração da gravidade ao longo do tempo em um indivíduo também se reflete em reduções na frequência (por exemplo, dias de uso por mês) e/ou dose (por exemplo, injeções ou número de comprimidos) de um opióide, conforme avaliado pelo autorrelato do indivíduo, relatório de outros conhecedores, médicos

observações e testes biológicos.

Características de

diagnóstico Os opioides incluem opioides naturais (por exemplo, morfina, codeína), semi-sintéticos (por exemplo, heroína, oxicodona, hidrocodona, hidromorfona, oximorfona) e sintéticos com ação semelhante à da morfina (por exemplo, metadona, meperidina, tramadol, fentanil, carfentanil). Medicamentos como pentazocina e buprenorfina, que possuem efeitos agonistas e antagonistas opióacos, também estão incluídos nesta classe porque, especialmente em doses mais baixas, suas propriedades agonistas produzem efeitos fisiológicos e comportamentais semelhantes aos agonistas opióides clássicos. Os opióides são prescritos como analgésicos, anestésicos, agentes antidiarréicos ou supressores da tosse. A heroína é uma das drogas dessa classe mais comumente usadas de forma inapropriada e geralmente é tomada por injeção, embora possa ser fumada ou “cheirada”, especialmente quando a heroína pura está disponível. O fentanil é tipicamente injetado, tanto medicamente quanto não medicamente, e é usado clinicamente em formulações transdérmicas e transmucosas, enquanto os supressores de tosse e agentes antidiarréicos são. Os outros opióides são geralmente tomados tanto por injeção quanto por via oral.

O transtorno por uso de opioides pode surgir de opioides prescritos ou opioides ilícitos (por exemplo, heroína e, especialmente nos últimos anos, opioides sintéticos relacionados ao fentanil). O transtorno por uso de opioides consiste em sinais e sintomas que refletem a autoadministração compulsiva e prolongada de substâncias opioides para um propósito que não seja médico legítimo ou para uso de maneira “não médica” (ou seja, excedendo em muito a quantidade prescrita para um tratamento médico). doença). Por exemplo, um indivíduo com doses adequadas de analgésicos opioides prescritos para alívio da dor que usa significativamente mais do que o prescrito, e não apenas por causa da dor persistente, está fazendo uso de opioides não médicos e pode ter um transtorno por uso de opioides. A maioria dos indivíduos com transtorno por uso de opioides tem tolerância e experimenta abstinência na cessação abrupta ou redução no uso de opioides. Semelhante aos processos que ocorrem com outras substâncias psicoativas, os indivíduos com transtorno por uso de opioides geralmente desenvolvem respostas condicionadas a estímulos relacionados a drogas (por exemplo, desejo reativo ao ver imagens ou apetrechos de drogas). Essas respostas provavelmente contribuem para a recaída, são difíceis de extinguir e geralmente persistem por muito tempo após o término da retirada.

Indivíduos com transtorno por uso de opióides tendem a desenvolver esses padrões regulares de drogas compulsivas uso que as atividades diárias são planejadas em torno da obtenção e administração

611

opióides. Os opióides prescritos usados de forma não médica podem ser obtidos de familiares ou amigos, de médicos falsificando ou exagerando problemas médicos, recebendo prescrições simultâneas de vários médicos ou comprando no mercado ilegal. Profissionais de saúde com transtorno por uso de opioides podem obter opioides escrevendo prescrições para si mesmos ou desviando opioides que foram prescritos para indivíduos ou de suprimentos de farmácia.

Recursos associados

Uma tentativa de intoxicação por opióides pode resultar em overdose fatal ou não fatal de opióides. A overdose de opióides é caracterizada por inconsciência, depressão respiratória e pupilas pontuais.

No entanto, overdoses de opióides também podem ocorrer na ausência de uso de drogas para intoxicação.

As overdose de opioides aumentaram exponencialmente nos Estados Unidos desde 1999. Até 2009, as overdose de opioides eram principalmente devido a opioides prescritos, mas desde 2010, as overdose devido à heroína começaram a aumentar acentuadamente e, adicionalmente, desde 2015, overdose fatais devido a opioides sintéticos que não é metadona (geralmente fentanil) superaram as overdose devido aos opióides prescritos.

O transtorno por uso de opioides pode estar associado a um histórico de crimes relacionados a drogas (por exemplo, posse ou distribuição de drogas, falsificação, arrombamento, roubo, furto, receptação de bens roubados). Entre profissionais de saúde e indivíduos que têm acesso imediato a substâncias controladas, um padrão diferente de atividades ilegais pode envolver problemas com conselhos estaduais de licenciamento, equipes profissionais de hospitais ou outros órgãos administrativos. Dificuldades conjugais (incluindo divórcio), desemprego e emprego irregular podem estar associados ao transtorno por uso de opióides em todos os níveis socioeconômicos.

Prevalência

A prevalência do uso de opióides sem prescrição médica entre adultos dos EUA com 18 anos ou mais é de 4,1% a 4,7%, com taxas de uso mais altas em adultos de 18 a 25 anos do que naqueles com 26 anos ou mais (5,5% vs. 3,4%, respectivamente). A prevalência do uso de heroína nos Estados Unidos é de 0,3% a 0,4% e é maior entre adultos de 18 a 25 anos (0,5% a 0,7%) do que em outras faixas etárias. Em adolescentes dos EUA com idades entre 12 e 17 anos, 2,8% a 3,9% usam opioides prescritos de forma não médica, com taxas mais altas em adolescentes mais velhos do que em adolescentes mais jovens. O uso de heroína em adolescentes é bastante baixo (< 0,05%–0,1%).

A prevalência de transtorno por uso de opioides prescritos entre adultos americanos com 18 anos ou mais (critérios DSM-IV ou DSM-5) é de 0,6% a 0,9%, e a prevalência de transtorno por uso de heroína (critérios DSM-IV ou DSM-5) é de 0,1%–0,3%. Entre as idades de 12 a 17 anos, a prevalência de transtorno por uso de opióides prescritos é de 0,4%, e o transtorno por uso de heroína é raro (essencialmente 0%). Nos Estados Unidos, as taxas de transtorno por uso de opioides (opioides prescritos e heroína) são mais altas entre homens do que mulheres, entre adultos jovens do que adultos mais velhos e entre aqueles com menor renda ou escolaridade. Entre os adultos dos EUA em 2012–2013, a prevalência de transtorno por uso de opiáceos sem prescrição médica variou por grupo etnoracial: 1,42% em nativos americanos, 1,04% em afro-americanos, 0,96% em brancos não latinos, 0,70% em latinos e 0,16% em asiáticos Americanos ou ilhéus do Pacífico. As taxas baseadas em pesquisas domiciliares podem subestimar a prevalência nacional ao omitir indivíduos em instituições e cadeias ou prisões, cujas taxas provavelmente serão muito mais altas.

Globalmente, em 2016, havia 26,8 milhões de casos de dependência de opióides DSM-IV, com uma prevalência padronizada por idade de 353,0 casos por 100.000 pessoas; a prevalência de dependência de opióides nas regiões geográficas variou de 0,14% a 0,46%.

Desenvolvimento e Curso O transtorno

por uso de opióides pode começar em qualquer idade. Nos Estados Unidos, os problemas associados ao uso de opioides são mais comumente observados pela primeira vez no final da adolescência ou início dos 20 anos, com um intervalo maior entre o primeiro uso de opioide e o início do transtorno para opioides prescritos do que para

heroína. O uso precoce pode refletir um desejo de alívio dos estressores da vida ou da dor psicológica. Estudos de longo prazo mostraram que, uma vez desenvolvido um transtorno por uso de opióides que requer tratamento, ele pode continuar por muitos anos, com breves períodos de abstinência em alguns indivíduos, mas a longo prazo

abstinência apenas em uma minoria. Uma exceção ocorreu entre os soldados americanos que se tornaram dependentes de opióides enquanto serviam na Guerra do Vietnã; mais de 90% tiveram abstinência de longo prazo de opióides depois de retornar aos Estados Unidos, embora muitos posteriormente tenham tido problemas com álcool, anfetaminas ou pensamentos ou comportamentos suicidas.

Fatores de Risco e Prognósticos Além de

uma associação com o uso mais frequente de opioides sem prescrição médica, o transtorno por uso de opioides prescritos em adultos está associado à maioria dos outros transtornos por uso de substâncias. O transtorno por uso de opióides está altamente associado a traços externalizantes, como busca de novidades, impulsividade e desinibição. Fatores ambientais familiares, de pares e sociais aumentam o risco de transtorno por uso de opióides. Estudos de famílias e gêmeos também indicam uma forte contribuição genética para o risco de transtornos por uso de opióides, embora a identificação das variantes genéticas específicas que contribuem para o risco genético tenha sido lenta. Fatores de pares podem estar relacionados à predisposição genética em termos de como os indivíduos selecionam seus ambientes, incluindo seus pares.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Indivíduos de grupos etnoraciais socialmente oprimidos foram historicamente super-representados entre os indivíduos com transtorno por uso de opióides. No entanto, ao longo do tempo, o transtorno por uso de opióides tornou-se mais comum entre indivíduos brancos, sugerindo que a ampla disponibilidade de opióides e outros fatores sociais (por exemplo, mudanças nas taxas de pobreza e desemprego) têm impacto na prevalência. Consistente com esses fatores, apesar das pequenas variações entre os grupos etnoraciais no desempenho psicométrico dos itens do critério de transtorno por uso de opioides, os critérios para transtorno por uso de opioides têm desempenho igual em todos os grupos etnoraciais.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero As mulheres

com transtorno por uso de opioides parecem mais propensas do que os homens a iniciar o uso de opioides em resposta ao abuso sexual e à violência, e são mais propensas do que os homens a serem introduzidas à droga por um parceiro. Há evidências substanciais de telescopagem entre as mulheres, pois elas progridem para um transtorno de uso mais rapidamente do que os homens após o primeiro uso; as mulheres também parecem estar mais doentes quando entram nas instalações de tratamento do que os homens, como observado em uma grande amostra de usuários de heroína na Itália.

Marcadores de diagnóstico

Os resultados de exames toxicológicos de urina de rotina geralmente são positivos para drogas opióides em indivíduos com transtorno por uso de opióides. Os resultados dos testes de urina permanecem positivos para a maioria dos opioides (por exemplo, heroína, morfina, codeína, oxicodona, propoxifeno) por 12 a 36 horas após a administração. Alguns opióides, como fentanil e oxicodona, não são detectados por exames de urina padrão (que testam a morfina), mas podem ser identificados por procedimentos mais especializados por vários dias após o uso. Da mesma forma, metadona e buprenorfina (ou combinações de buprenorfina/naloxona) não causarão um resultado positivo em testes de rotina para opiáceos; eles exigem testes específicos que podem detectar essas substâncias por vários dias até mais de 1 semana.

Embora não sejam marcadores específicos de transtorno por uso de opióides, é comum a evidência laboratorial da presença de outras substâncias (por exemplo, cocaína, maconha, álcool, anfetaminas, benzodiazepínicos)

em usuários de heroína. Além disso, os resultados dos testes de triagem para os vírus da hepatite A, B e C são frequentemente positivos em usuários de opióides injetáveis, seja para antígeno da hepatite (significando infecção ativa) ou para anticorpo da hepatite (significando infecção passada). Fígado levemente elevado

613

os resultados dos testes de função são comuns, seja como resultado da resolução da hepatite ou de lesão tóxica no fígado devido a contaminantes que foram misturados com o opioide injetado. O HIV também é prevalente em usuários de opióides injetáveis. Mudanças sutis nos padrões de secreção de cortisol e regulação da temperatura corporal foram observadas por até 6 meses após a retirada de opióides.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

transtorno por uso de opióides está associado a um risco aumentado de tentativas de suicídio e suicídio. Alguns fatores de risco de suicídio se sobrepõem a fatores de risco para um transtorno por uso de opióides. Além disso, a intoxicação ou abstinência repetida de opióides pode estar associada a depressões graves que, embora temporárias, podem ser intensas o suficiente para levar a tentativas de suicídio e suicídio. Superdosagem accidental não fatal de opióides e tentativa de suicídio são fenômenos distintos que podem ser difíceis de diferenciar, mas não devem ser confundidos um com o outro, se possível.

Os resultados do Global Burden of Disease Study 2010 mostraram que, entre as drogas de abuso, o suicídio é uma causa comum de morte entre usuários regulares de opióides. As evidências sugerem que os suicídios são subestimados ou muitas vezes classificados erroneamente nos dados de envenenamento por opióides. Em um estudo dos registros médicos nacionais da Veterans Health Administration (VHA), após ajuste para comorbidade psiquiátrica, o transtorno por uso de opióides elevou o risco de mortalidade por suicídio, com maior aumento do risco entre as mulheres do que entre os homens. Em outro estudo também usando registros médicos nacionais da VHA, entre veteranos que receberam opióides prescritos para dor crônica, a mortalidade por suicídio aumentou com doses mais altas de opióides, mesmo após fatores demográficos e clínicos serem levados em consideração. Um acompanhamento de uma coorte nacional de adultos dos EUA com histórico de overdose de opióides descobriu que a razão de mortalidade padronizada (SMR; a razão entre o número observado de mortes em uma população de estudo e o número de mortes que seria esperado) foi 25,9 para suicídio, com SMR maior para mulheres do que para homens. Uma revisão postulou que as razões para o aumento do risco de suicídio entre os usuários de opióides estavam relacionadas a fatores de risco compartilhados, a saber, transtornos mentais comórbidos e dor.

Consequências Funcionais do Transtorno do Uso de Opióides

Fisiologicamente, o uso de opióides está associado à falta de secreções da membrana mucosa, causando boca e nariz secos. A desaceleração da atividade gastrointestinal e a diminuição da motilidade intestinal podem produzir constipação grave. A acuidade visual pode ser prejudicada como resultado da constrição pupilar com a administração aguda. Em indivíduos que injetam opióides, veias esclerosadas ("faixas") e marcas de punção nas porções inferiores das extremidades superiores são comuns. Às vezes, as veias ficam tão severamente esclerosadas que o edema periférico se desenvolve, e os indivíduos passam a injetar nas veias das pernas, pescoço ou virilha. Quando essas veias se tornam inutilizáveis, os indivíduos geralmente injetam diretamente em seu tecido subcutâneo ("skin-popping"), resultando em celulite, abscessos e cicatrizes de aparência circular de lesões cutâneas cicatrizadas. Infecções por tétano e *Clostridium botulinum* são consequências raras, mas graves, da injeção de opióides, especialmente com agulhas contaminadas.

As infecções também podem ocorrer em outros órgãos e incluem endocardite bacteriana, hepatite e infecção pelo HIV. As infecções por hepatite C, por exemplo, podem ocorrer em até 90% dos indivíduos que injetam opióides. Além disso, a prevalência de infecção pelo HIV é alta entre indivíduos que usam drogas injetáveis, uma grande proporção dos quais são indivíduos com transtorno por uso de opióides. Por exemplo, as taxas de infecção pelo HIV chegam a 60% entre os usuários de heroína em algumas áreas dos Estados Unidos e da Federação Russa. No entanto, a incidência pode ser muito menor em áreas onde o acesso a material de injeção e apetrechos limpos é facilitado.

A tuberculose é um problema particularmente grave entre os indivíduos que usam drogas por via intravenosa, especialmente aqueles que são dependentes de heroína; a infecção geralmente é assintomática e evidente apenas pela presença de um teste tuberculínico positivo ou exame de sangue para tuberculose (ensaio de liberação de interferon gama). No entanto, muitos casos de tuberculose ativa foram encontrados, especialmente entre aqueles que estão infectados pelo HIV. Esses indivíduos

614

muitas vezes têm uma infecção recém-adquirida, mas também são propensos a experimentar a reativação de uma infecção anterior devido à função imunológica prejudicada.

Indivíduos que cheiram heroína ou outros opióides no nariz (insuflação ou "cheirar") geralmente desenvolvem irritação da mucosa nasal, às vezes acompanhada de perfuração do septo nasal. Dificuldades no funcionamento sexual são comuns. Os homens geralmente experimentam disfunção erétil durante a intoxicação ou uso crônico. As fêmeas geralmente têm distúrbios da função reprodutiva e menstruação irregular.

Embora o uso agudo de opióides produza analgesia, o uso crônico pode produzir hiperalgesia (hiperalgesia induzida por opióides), uma condição caracterizada pelo aumento da sensibilidade à dor. A dependência fisiológica de opióides pode ocorrer em cerca de metade dos bebês nascidos de mulheres com transtorno por uso de opióides. Isso pode produzir uma síndrome de abstinência grave no recém-nascido que requer tratamento médico e sua prevalência aumentou acentuadamente.

A taxa de mortalidade em indivíduos com transtorno por uso de opióides é 6 a 20 vezes maior do que na população geral. As overdose fatais devido a opioides prescritos aumentaram dramaticamente nos Estados Unidos desde 1999, com quase 400.000 dessas mortes ocorrendo desde então, e a taxa dessas overdose é agora cinco vezes maior do que em 1999. As overdose fatais devido à heroína começaram um aumento acentuado em 2010 , e desde 2013, overdose fatais devido a opioides sintéticos (por exemplo, fentanil) aumentaram tão acentuadamente que essas taxas eram quase o dobro das taxas de overdose de opioides prescritos ou heroína em 2017. As overdose de opioides não fatais resultando em hospitalização e visitas ao departamento de emergência também aumentaram . Embora nem todos os fatores de risco para transtorno por uso de opioides e overdose de opioides sejam os mesmos, existe uma sobreposição substancial, tornando o risco de overdose uma das consequências potenciais mais graves do transtorno por uso de opioides. Indivíduos com transtorno por uso de opióides também apresentam risco aumentado de mortalidade por muitas condições médicas (por exemplo, hepatite, infecção por HIV, tuberculose, doença cardiovascular). A morte também pode resultar de acidentes, lesões ou outras complicações médicas gerais.

Diagnóstico Diferencial

Intoxicação por opioides, abstinência de opioides e transtornos mentais induzidos por opioides. O transtorno por uso de opioides é diferenciado de intoxicação por opioides, abstinência de opioides e transtornos mentais induzidos por opioides

(p. e sintomas farmacológicos (o desenvolvimento de tolerância ou abstinência), enquanto a intoxicação por opióides, abstinência de opióides e transtornos mentais induzidos por opióides descrevem síndromes psiquiátricas que ocorrem no contexto de uso intenso. Intoxicação por opioides, abstinência de opioides e transtornos mentais induzidos por opioides ocorrem frequentemente em indivíduos com transtorno por uso de opioides. Nesses casos, um diagnóstico de intoxicação por opióides, abstinência de opióides ou transtorno mental induzido por opióides deve ser dado, além de um diagnóstico de transtorno por uso de opióides, cuja presença é indicada no código de diagnóstico.

Intoxicação por outras substâncias. A intoxicação alcoólica e a intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica podem causar um quadro clínico que se assemelha ao da intoxicação por opióides. Um diagnóstico de intoxicação alcoólica ou sedativa, hipnótica ou ansiolítica geralmente pode ser feito com base na ausência de constrição pupilar ou na falta de resposta ao desafio com naloxona. Em alguns casos, a intoxicação pode ser devida tanto aos opióides quanto ao álcool ou outros sedativos. Nesses casos, o desafio com naloxona não reverterá todos os efeitos sedativos.

Outros transtornos de abstinência. A ansiedade e a inquietação associadas à abstinência de opióides assemelham-se aos sintomas observados na abstinência sedativo-hipnótica. No entanto, a retirada de opioides também é acompanhada por rinorreia, lacrimejamento e dilatação pupilar, que não são observadas na retirada do tipo sedativo. Pupilas dilatadas também são vistas na intoxicação por alucinógenos e intoxicação por estimulantes. No entanto, outros sinais ou sintomas de opióides

615

abstinência, como náuseas, vômitos, diarréia, cólicas abdominais, rinorréia ou lacrimejamento, não estão presentes.

Transtornos mentais independentes. Alguns dos efeitos do uso de opióides podem assemelhar-se aos sintomas (por exemplo, humor deprimido) de um transtorno mental independente (por exemplo, transtorno depressivo persistente). Os opióides são menos propensos a produzir sintomas de perturbação mental do que a maioria das outras drogas de abuso.

Comorbidade

Além da overdose, as comorbidades médicas mais comuns associadas ao transtorno por uso de opióides são infecções virais (por exemplo, HIV, vírus da hepatite C) e bacterianas, particularmente entre usuários de heroína injetável. Essas infecções são menos comuns no transtorno por uso de opióides prescritos.

Pesquisas com amostras nacionalmente representativas da população dos EUA descobriram que o transtorno por uso de opióides está frequentemente associado a outros transtornos por uso de substâncias, especialmente aqueles envolvendo tabaco, álcool, cannabis, estimulantes e benzodiazepínicos. Indivíduos com transtorno por uso de opióides estão em risco de desenvolver transtorno depressivo persistente ou transtorno depressivo maior. Esses sintomas podem representar um transtorno depressivo induzido por opióides ou uma exacerbação de um transtorno depressivo independente preexistente. Períodos de depressão são especialmente comuns durante a intoxicação crônica ou em associação com estressores físicos ou psicossociais relacionados ao transtorno por uso de opióides. A insônia também é comum, especialmente durante a retirada. O transtorno por uso de opioides também está associado ao transtorno bipolar I, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno antissocial, limítrofe,

e transtornos de personalidade esquizotípica. Uma história de transtorno de conduta na infância ou adolescência também foi identificada como um fator de risco significativo para transtornos relacionados a substâncias, especialmente transtorno por uso de opioides. Além disso, o transtorno por uso de opioides prescritos e o transtorno por uso de heroína geralmente estão associados a *doenças mentais graves*, definidas como um transtorno mental que não seja um transtorno por uso de substâncias que resulta em comprometimento funcional grave que limita ou interfere substancialmente nas principais atividades da vida.

Intoxicação por Opióides

Critério de diagnóstico

- A. Uso recente de um opióide.
- B. Alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, euforia inicial seguida de apatia, disforia, agitação ou retardo psicomotor, julgamento prejudicado) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de opioides.
- C. Constrição pupilar (ou dilatação pupilar devido a anóxia por overdose grave) e um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas que se desenvolvem durante ou logo após o uso de opioides:
 - 1. Sonolência ou coma.
 - 2. Fala arrastada.
 - 3. Deficiência na atenção ou memória.
- D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Especifique

se: Com distúrbios perceptuais: Este especificador pode ser observado nos raros casos em que alucinações com teste de realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou tátteis ocorrem na ausência de um delírio.

616

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende da existência ou não de um transtorno por uso de opioides comórbido e da existência ou não de distúrbios perceptivos.

Para intoxicação de opioides, sem distúrbios perceptivos: se um transtorno por uso de opioides leve é comórbido, o código CID-10-CM é **F11.120**, e se um transtorno por uso de opioides moderado ou grave é comórbido, o código CID-10-CM é **F11 .220**. Se não houver transtorno por uso de opioides comórbido, o código CID-10-CM é **F11.920**.

Para intoxicação de opioides, com distúrbios perceptivos: se um transtorno por uso de opioides leve é comórbido, o código CID-10-CM é **F11.122**, e se um transtorno por uso de opioides moderado ou grave é comórbido, o código CID-10-CM é **F11 .222**. Se não houver transtorno por uso de opioides comórbido, o código CID-10-CM é **F11.922**.

Características

diagnósticas A característica essencial da intoxicação por opióides é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (p. A e B). A intoxicação é acompanhada por constrição pupilar (a menos que tenha ocorrido uma overdose grave com consequente anóxia e dilatação pupilar) e um ou mais dos seguintes sinais: sonolência (descrito como “no aceno de cabeça”), fala arrastada e diminuição da atenção ou memória (Critério C); sonolência pode progredir para coma. Indivíduos com intoxicação por opioides podem demonstrar desatenção ao ambiente, chegando até a ignorar eventos potencialmente danosos. Os sinais ou sintomas de intoxicação por opioides não devem ser atribuídos a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério D).

Até 2009, as overdoses de opioides eram principalmente devido a opioides prescritos, mas a partir de 2010, as overdoses por heroína começaram a aumentar acentuadamente e, além disso, desde 2015, as overdoses fatais devido a opioides sintéticos que não metadona (geralmente fentanil) superaram em número as overdoses devido aos opioides prescritos.

Recursos associados

A intoxicação por opióides pode incluir diminuição da frequência respiratória e da pressão arterial e hipotermia leve. A duração da intoxicação por opioides pode variar em função da farmacocinética do opioide ingerido. A intoxicação por opioides pode resultar em overdose fatal ou não fatal de opioides.

A overdose de opióides é caracterizada por inconsciência, depressão respiratória e pupilas pontuais. As overdoses fatais de opióides aumentaram exponencialmente nos Estados Unidos desde 1999.

Desenvolvimento e curso A

intoxicação por opióides pode ocorrer em um indivíduo que nunca recebeu opióides, em um indivíduo que usa opióides esporadicamente e em um indivíduo que é fisicamente dependente de opióides. A dose de opioide consumida em relação à probabilidade de intoxicação por opioide variará em função do status e do histórico de exposição ao opioide do indivíduo (isto é, tolerância). Os indivíduos frequentemente relatam que a experiência qualitativa prazerosa da intoxicação por opióides diminui após o uso repetido de um opióide.

Diagnóstico diferencial

Intoxicação por outras substâncias. A intoxicação alcoólica e a intoxicação sedativo-hipnótica podem causar um quadro clínico que se assemelha à intoxicação por opióides. Um diagnóstico de intoxicação por álcool ou sedativo-hipnótico geralmente pode ser feito com base na ausência de constrição pupilar ou na falta de resposta a um desafio com naloxona. Em alguns casos, a intoxicação pode ser devida tanto aos opióides quanto ao álcool ou outros sedativos. Nesses casos, a administração de naloxona não reverte todos os efeitos sedativos. Enquanto a resposta à administração de

naloxona pode apoiar o diagnóstico de intoxicação por opióides, a não resposta pode ser devido à ingestão concomitante de um opióide com outra droga (por exemplo, um benzodiazepíntico, álcool) ou à ingestão de uma dose mais alta e/ou opióide de maior potência (por exemplo, fentanil).).

Transtornos mentais induzidos por opióides A intoxicação por opioides é diferenciada dos transtornos mentais induzidos por opioides (por exemplo, transtorno depressivo induzido por opioides, com início durante a intoxicação) porque os sintomas (por exemplo, humor deprimido) nos últimos transtornos são maiores do que aqueles geralmente associados à intoxicação por opioides, predominando em a apresentação clínica, e são graves o suficiente para justificar a atenção clínica.

Comorbidade

Dada a sobreposição típica de intoxicação por opioides com transtorno por uso de opioides, consulte “Comorbidade” em Transtorno por uso de opioides para obter mais detalhes sobre condições concomitantes que provavelmente serão encontradas.

Retirada de opióides

Critério de diagnóstico

A. Presença de um dos seguintes:

1. Cessação (ou redução) do uso de opióides que foi pesado e prolongado (ou seja, várias semanas ou mais).
2. Administração de um antagonista opióide após um período de uso de opióides.

B. Três (ou mais) dos seguintes se desenvolvendo dentro de minutos a vários dias após Critério A:

1. Humor disfórico.
2. Náuseas ou vômitos.
3. Dores musculares.
4. Lacrimejamento ou rinorréia.
5. Dilatação pupilar, piloereção ou sudorese.
6. Diarréia.
7. Bocejo.
8. Febre.
9. Insônia.

C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende se há ou não uma comorbidade

transtorno por uso de opióides. Se um transtorno por uso de opióides leve é comórbido, o código CID-10-CM é **F11.13**, e se um transtorno por uso de opióides moderado ou grave é comórbido, o código CID-10-CM é **F11.23**. Para abstinência de opioides que ocorre na ausência de um transtorno por uso de opioides (por exemplo, em um paciente que toma opioides apenas sob supervisão médica apropriada), o código CID-10-CM é **F11.93**.

Recursos de diagnóstico

A característica essencial da abstinência de opioides é a presença de uma síndrome de abstinência característica que se desenvolve após a cessação (ou redução) do uso prolongado de opioides

618

(Critério A1). Os opioides utilizados podem ser drogas ilícitas ou obtidas licitamente, prescritas para o tratamento da dor. Uma síndrome de abstinência também pode ser precipitada pela administração de um antagonista opioide (por exemplo, naloxona, naltrexona, nalmefeno) após um período de uso de opioides (Critério A2); também pode ocorrer após a administração de um agonista parcial opioide (por exemplo, buprenorfina) a um indivíduo que está usando atualmente um agonista opioide total.

A abstinência de opioides tem um padrão característico de sinais e sintomas. As primeiras são subjetivas e consistem em queixas de ansiedade, inquietação e uma “sensação de dor” que geralmente se localiza nas costas e nas pernas, juntamente com irritabilidade e aumento da sensibilidade à dor. Três ou mais dos seguintes devem estar presentes para fazer um diagnóstico de abstinência de opioides: humor disfórico; náusea ou vômito; dores musculares; lacrimejamento ou rinorreia; dilatação pupilar, piloereção ou sudorese aumentada; diarréia; bocejo; febre; e insônia (Critério B).

Piloereção e febre estão associadas a abstinência mais grave e não são frequentemente observadas na prática clínica de rotina porque os indivíduos com transtorno por uso de opioides geralmente obtêm substâncias antes que a abstinência se torne tão avançada. Esses sintomas de abstinência de opioides devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério C). Os sintomas não devem ser atribuídos a outra condição médica e não são bem explicados por outro transtorno mental (Critério D). Ter sintomas que atendam aos critérios diagnósticos para abstinência de opioides por si só não é suficiente para um diagnóstico de transtorno por uso de opioides, mas sintomas concomitantes de desejo e comportamento de busca de drogas são sugestivos de transtorno por uso de opioides comórbido.

Recursos associados

A abstinência de opioides pode ocorrer em qualquer indivíduo após a interrupção do uso repetido de um opioide, seja no contexto de tratamento médico da dor, durante a terapia com agonista de opioides para transtorno do uso de opioides, no contexto de uso ilícito ou após tentativas de autotratamento dos sintomas de transtornos mentais com opioides. A abstinência de opioides é uma condição distinta da dependência de opioides ou transtorno por uso de opioides e não requer necessariamente que os comportamentos de busca de drogas associados ao transtorno por uso de opioides sejam diagnosticados. Assim, a abstinência de opioides pode ocorrer em indivíduos sem transtorno por uso de opioides e não deve ser confundida com isso. Homens com abstinência de opioides podem apresentar piloereção, sudorese e ejaculações espontâneas enquanto estão acordados.

Prevalência

Entre os indivíduos de vários contextos clínicos dos EUA, a abstinência de opióides ocorreu em 60% dos indivíduos que usaram heroína pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores. Indivíduos que usam regularmente opioides (por exemplo, opioides prescritos para dor, opioides ilícitos) por um período de tempo correm o risco de desenvolver dependência física, incluindo abstinência, cessação ou redução acentuada no uso.

Desenvolvimento e Curso

A velocidade e a gravidade da retirada associada aos opioides dependem da meia-vida do opioide utilizado. A maioria dos indivíduos que são fisiologicamente dependentes de drogas de ação curta, como a heroína, começa a ter sintomas de abstinência dentro de 6 a 12 horas após a última dose. Os sintomas podem levar de 2 a 4 dias para surgir no caso de medicamentos de ação mais longa, como metadona ou buprenorfina.

Os sintomas agudos de abstinência de um opioide de ação curta, como a heroína, geralmente atingem o pico em 1 a 3 dias e diminuem gradualmente em um período de 5 a 7 dias. Sintomas mais crônicos (por exemplo, ansiedade, disforia, anedonia, desejo, insônia) podem durar semanas a meses. A gravidade da abstinência de opióides também varia dependendo da duração do uso de opioides. Os sintomas de abstinência de opioides entre indivíduos que recebem tratamento com opioides prescritos a longo prazo para dor podem ser minimizados diminuindo a droga lentamente.

619

Entre aqueles com transtorno por uso de opióides, a abstinência de opióides e as tentativas de aliviar a abstinência são típicas. O curso da abstinência pode fazer parte de um padrão crescente no qual um opioide é usado para reduzir os sintomas de abstinência, levando a episódios recorrentes de abstinência posteriormente.

Diagnóstico diferencial

Outros transtornos de abstinência. A ansiedade e a inquietação associadas à abstinência de opióides assemelham-se aos sintomas observados na abstinência sedativo-hipnótica. No entanto, a retirada de opioides também é acompanhada por rinorreia, lacrimejamento e dilatação pupilar, que não são observadas na retirada do tipo sedativo.

Intoxicação por outras substâncias. Pupilas dilatadas também são vistas na intoxicação por alucinógenos e intoxicação por estimulantes. No entanto, outros sinais ou sintomas de abstinência de opióides, como náuseas, vômitos, diarréia, cólicas abdominais, rinorréia e lacrimejamento, não estão presentes.

Transtornos mentais induzidos por opióides. A abstinência de opióides é diferenciada de transtornos mentais induzidos por opioides (por exemplo, transtorno depressivo induzido por opióides, com início durante a abstinência) porque os sintomas (por exemplo, humor deprimido) nesses últimos transtornos são maiores do que aqueles geralmente associados à abstinência de opióides, predominando em a apresentação clínica, e são graves o suficiente para justificar a atenção clínica.

Comorbidade

Dada a sobreposição típica de abstinência de opioides com transtorno por uso de opioides, consulte "Comorbidade" em Transtorno por uso de opioides para obter mais detalhes sobre condições concomitantes que provavelmente serão encontradas.

Transtornos Mentais Induzidos por Opióides

Os seguintes transtornos mentais induzidos por opioides são descritos em outros capítulos do manual com transtornos com os quais compartilham a fenomenologia (ver os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): transtorno depressivo induzido por opioides (“Transtornos Depressivos”); transtorno de ansiedade induzido por opiôides (“Transtornos de Ansiedade”); distúrbio do sono induzido por opiôides (“Distúrbios do Sono-Vigília”); e disfunção sexual induzida por opiôides (“Disfunções Sexuais”). Para delírio de intoxicação por opiôides, delírio de abstinência de opiôides e delírio induzido por opiôides tomados conforme prescrito, consulte os critérios e a discussão de delirium no capítulo “Distúrbios neurocognitivos”. Esses transtornos mentais induzidos por opioides são diagnosticados em vez de intoxicação por opioides ou abstinência de opioides apenas quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Transtorno Não Especificado Relacionado a Opióides

F11.99

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno relacionado a opioides que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer transtorno específico relacionado a opioides ou qualquer um dos os transtornos na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e aditivos.

620

Relacionado a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos Distúrbios

Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos

Intoxicação Sedativa, Hipnótica ou Ansiolítica

Retirada Sedativa, Hipnótica ou Ansiolítica

Transtornos Mentais Induzidos por Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

Transtorno Não Especificado Relacionado a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos

Critério de diagnóstico

- A. Um padrão problemático de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:
1. Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são frequentemente tomados em quantidades maiores ou por um período mais longo do que o pretendido.
 2. Há um desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar o uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
 3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter o sedativo, hipnótico ou ansiolítico; usar o sedativo, hipnótico ou ansiolítico; ou recuperar de seus efeitos.
 4. Desejo, ou um forte desejo ou urgência de usar o sedativo, hipnótico ou ansiolítico.
 5. Uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos resultando em falha no cumprimento de obrigações importantes no trabalho, escola ou casa (por exemplo, ausências repetidas do trabalho ou baixo desempenho no trabalho relacionado ao uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; sedativos, ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas a hipnóticos ou ansiolíticos; negligência de crianças ou família).
 6. Uso contínuo de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (por exemplo, discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; brigas físicas).
 7. Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes são abandonadas ou reduzidas devido ao uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
 8. Uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos em situações em que é fisicamente perigoso (por exemplo, dirigir um automóvel ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos).
 9. O uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é continuado apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente tenha sido causado ou exacerbado pelo sedativo, hipnótico ou ansiolítico.
 10. Tolerância, conforme definido por qualquer um dos seguintes:
 - a. Necessidade de quantidades acentuadamente aumentadas do sedativo, hipnótico ou ansiolítico para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
 - b. Efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de sedativo, hipnótico ou ansiolítico.

621

Nota: Este critério não é considerado cumprido para indivíduos que tomam sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos sob supervisão médica.

11. Desistência, manifestada por qualquer um dos seguintes: a. A síndrome de abstinência característica para sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (consulte os Critérios A e B dos critérios estabelecidos para abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos).

b. Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (ou uma substância intimamente relacionada, como o álcool) são tomados para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Nota: Este critério não é considerado cumprido para indivíduos que tomam sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos sob supervisão médica.

Especificar

se: **Em remissão precoce:** Após preencher todos os critérios para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos previamente preenchidos, nenhum dos critérios para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos foi atendido por pelo menos 3 meses, mas por menos de 12 meses (com a exceção de que o Critério A4, “Desejo ou forte desejo ou urgência de usar o sedativo, hipnótico ou ansiolítico”, pode ser atendido).

Em remissão sustentada: Depois que todos os critérios para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos foi atendido em qualquer momento durante um período de 12 meses ou mais (com a exceto que o Critério A4, “Desejo ou forte desejo ou urgência de usar o sedativo, hipnótico ou ansiolítico”, pode ser atendido).

Especifique

se: **Em um ambiente controlado:** Este especificador adicional é usado se o indivíduo estiver em um ambiente onde o acesso a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é restrito.

Código baseado na gravidade/remissão atual: Se uma intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica; retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; ou outro transtorno mental induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos também estiver presente, não use os códigos abaixo para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Em vez disso, o transtorno por uso de sedativo, hipnótico ou ansiolítico comórbido é indicado no 4º caractere do transtorno induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico (consulte a nota de codificação para intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica; sedativo, hipnótico ou retirada de ansiolíticos; ou transtorno mental específico induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos). Por exemplo, se houver transtorno depressivo induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos comórbidos e transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, apenas o código de transtorno depressivo induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é fornecido, com o 4º caractere indicando se o transtorno por uso de sedativo, hipnótico ou ansiolítico comórbido é leve, moderado ou grave: F13.14 para transtorno por uso de sedativo, hipnótico ou ansiolítico leve com transtorno depressivo induzido por sedativo, hipnótico ou ansiolítico ou F13.24 para um transtorno de uso moderado ou grave de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com transtorno depressivo induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Especifique a gravidade/remissão atual:

F13.10 Leve: Presença de 2–3 sintomas.

F13.11 Leve, em remissão precoce

F13.11 Leve, em remissão sustentada

F13.20 Moderado: Presença de 4–5 sintomas.

F13.21 Moderado, Em remissão precoce

F13.21 Moderado, em remissão sustentada F13.20

Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

F13.21 Grave, em remissão precoce**F13.21 Grave, em remissão sustentada**

622

Especificadores

“Em um ambiente controlado” se aplica como um especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver em remissão e em um ambiente controlado (ou seja, em remissão precoce em um ambiente controlado ou em remissão sustentada em um ambiente controlado). Exemplos desses ambientes são prisões sem substâncias, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas e supervisionadas de perto.

Características diagnósticas

Substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas incluem benzodiazepínicos, drogas semelhantes a benzodiazepínicos (por exemplo, zolpidem, zaleplon), carbamatos (por exemplo, glutetimida, meprobamato), barbitúricos (por exemplo, secobarbital) e hipnóticos semelhantes a barbitúricos (por exemplo, glutetimida, metaqualona, propofol). Esta classe de substâncias inclui a maioria dos medicamentos prescritos para dormir e a maioria dos medicamentos ansiolíticos prescritos. Agentes ansiolíticos não benzodiazepínicos (por exemplo, buspirona, gepirona) não estão incluídos nesta classe porque não parecem estar associados a uso indevido significativo.

Como o álcool, esses agentes são depressores do cérebro e podem produzir distúrbios semelhantes induzidos por substâncias/medicamentos e por uso de substâncias. Substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas estão disponíveis por prescrição e ilegalmente. Alguns indivíduos que obtêm essas substâncias por prescrição desenvolverão um transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, enquanto outros que abusam dessas substâncias ou as usam para intoxicação não desenvolverão um transtorno de uso. Em particular, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com início rápido ou duração de ação curta a intermediária podem ser usados para fins de intoxicação, embora substâncias de ação mais prolongada dessa classe também possam ser tomadas para intoxicação.

O desejo (Critério A4), seja durante os períodos de uso ativo ou durante os períodos de abstinência, é uma característica típica do transtorno do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. O uso indevido de substâncias desta classe pode ocorrer em conjunto com o uso de outras substâncias. Por exemplo, os indivíduos podem usar doses intoxicantes de sedativos ou benzodiazepínicos para “descer” da cocaína ou anfetaminas ou usar altas doses de benzodiazepínicos em combinação com metadona para “aumentar” seus efeitos.

Ausências repetidas ou mau desempenho no trabalho, faltas escolares, suspensões ou expulsões e negligência com os filhos ou com a casa (Critério A5) podem estar relacionadas ao transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; também pode ocorrer o uso continuado das substâncias apesar das discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação ou apesar das brigas físicas (Critério A6). Limitar o contato com a família ou amigos, evitar o trabalho ou a escola, ou interromper a participação em hobbies, esportes ou jogos (Critério A7) e uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ao dirigir um automóvel ou operar máquinas quando prejudicado por tal uso (Critério A8) também são vistos no transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Níveis muito significativos de tolerância e abstinência podem evoluir para sedativos, hipnóticos ou

substâncias ansiolíticas. Pode haver evidência de tolerância e abstinência na ausência de diagnóstico de transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos em um indivíduo que interrompeu abruptamente o uso de benzodiazepínicos que foram tomados por longos períodos de tempo nas doses prescritas e terapêuticas. Nesses casos, um diagnóstico adicional de transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é feito apenas se outros critérios forem atendidos. Ou seja, medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem ser prescritos para fins médicos apropriados e, dependendo do regime de dose, esses medicamentos podem produzir tolerância e abstinência. Se esses medicamentos forem prescritos ou recomendados para fins médicos apropriados, e se forem usados conforme prescrito, a tolerância ou abstinência resultante não conta para o diagnóstico de um transtorno por uso de substâncias.

No entanto, é necessário determinar se os medicamentos foram prescritos e utilizados de forma inadequada (por exemplo, falsificação de sintomas médicos para obtenção do medicamento; uso de mais medicamento do que o prescrito; obtenção do medicamento de vários médicos sem informá-los).

Dada a natureza unidimensional dos sintomas do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos transtorno, a gravidade é baseada no número de critérios endossados.

623

Recursos associados

Pesquisas com amostras nacionalmente representativas da população dos EUA descobriram que o transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos está frequentemente associado a outros transtornos por uso de substâncias (por exemplo, transtornos por uso de álcool, cannabis, opioides, estimulantes). Sedativos são frequentemente usados para aliviar os efeitos indesejados dessas outras substâncias. Com o uso repetido do sedativo, hipnótico ou ansiolítico, desenvolve-se tolerância aos efeitos sedativos, sendo utilizada uma dose progressivamente maior. No entanto, a tolerância aos efeitos depressores do tronco cerebral desenvolve-se muito mais lentamente e, à medida que o indivíduo ingere mais substância para atingir a euforia ou outros efeitos desejados, pode haver um início súbito de depressão respiratória e hipotensão, que pode resultar em morte. A intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica intensa ou repetida pode estar associada à depressão grave que, embora temporária, pode levar à tentativa de suicídio e suicídio.

Prevalência

A prevalência de 12 meses de transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos do DSM-IV nos Estados Unidos é estimada em 0,3% entre adolescentes de 12 a 17 anos e adultos com 18 anos ou mais, e essa prevalência permaneceu estável nacionalmente apesar aumento das taxas de prescrição desses medicamentos. As taxas de transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos do DSM-IV nos Estados Unidos não demonstraram variar consistentemente por gênero, mas dados de outros países geralmente encontraram taxas mais altas entre meninas e mulheres do que meninos e homens. A prevalência de 12 meses de transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos do DSM-IV nos Estados Unidos diminui em função da idade e é maior entre indivíduos de 18 a 29 anos (0,5%) e menor entre indivíduos com 65 anos ou mais. 0,04%).

A prevalência de doze meses de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, uso indevido (por exemplo, uso sem receita médica) ou transtorno varia entre os grupos etnoraciais dos EUA. Por exemplo, estimativas de prevalência de 12 meses para uso indevido de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos em grupos etnoraciais variam de 0,6% a 2,5% para adolescentes de 12 a 17 anos e 0,7% a 10,1% para adultos.

Desenvolvimento e curso O curso

normal do transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos envolve indivíduos na adolescência ou na faixa dos 20 anos que aumentam seu uso ocasional de agentes sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos até o ponto em que desenvolvem problemas que atendem aos critérios para um diagnóstico. Esse padrão pode ser especialmente provável entre indivíduos que têm outros transtornos por uso de substâncias (por exemplo, álcool, opióides, estimulantes). Um padrão inicial de uso intermitente socialmente (por exemplo, em festas) pode levar ao uso diário e a altos níveis de tolerância. Uma vez que isso ocorra, pode-se esperar um nível crescente de dificuldades interpessoais, bem como episódios cada vez mais graves de disfunção cognitiva e retraimento fisiológico.

O segundo curso clínico menos observado inicia-se com um indivíduo que originalmente obteve a medicação por prescrição médica, geralmente para o tratamento de ansiedade, insônia ou queixas somáticas. À medida que se desenvolve tolerância ou necessidade de doses mais altas do medicamento, há um aumento gradual na dose e na frequência da autoadministração.

É provável que o indivíduo continue a justificar o uso com base nos sintomas originais de ansiedade ou insônia, mas o comportamento de busca de substâncias torna-se mais proeminente e o indivíduo pode procurar vários médicos para obter suprimentos suficientes da medicação. A tolerância pode atingir níveis elevados e pode ocorrer abstinência (incluindo convulsões e delírio de abstinência).

Tal como acontece com muitos transtornos por uso de substâncias, o transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos geralmente tem início durante a adolescência ou início da vida adulta. Embora o risco de uso indevido e transtorno de uso diminua com a idade após os 30 anos, os efeitos colaterais associados às substâncias psicoativas podem aumentar à medida que os indivíduos envelhecem. Em particular, o comprometimento cognitivo aumenta como efeito colateral com a idade, e o metabolismo de sedativos, hipnóticos ou

624

ansiolíticos diminui com a idade entre os indivíduos mais velhos. Os efeitos tóxicos agudos e crônicos dessas substâncias, especialmente os efeitos na cognição, memória e coordenação motora, tendem a aumentar com a idade como consequência de alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas relacionadas à idade. Indivíduos com transtorno neurocognitivo maior são mais propensos a desenvolver intoxicação e funcionamento fisiológico prejudicado em doses mais baixas. Como os sedativos, hipnóticos e ansiolíticos são frequentemente usados em combinação com outras substâncias psicoativas, pode ser difícil determinar se as consequências funcionais são atribuíveis a uma única substância (por exemplo, sedativo) ou ao uso de várias substâncias.

A intoxicação deliberada para atingir um “alto” é mais provável de ser observada em adolescentes e indivíduos na faixa dos 20 anos. Problemas associados a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos também são observados em indivíduos com 40 anos ou mais que aumentam a dose dos medicamentos prescritos. Em indivíduos mais velhos, a intoxicação pode assemelhar-se a um transtorno neurocognitivo maior progressivo.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. A impulsividade e a busca de novidades são temperamentos individuais que se relacionam com a propensão a desenvolver um transtorno por uso de substâncias, mas podem ser determinados geneticamente.

Os transtornos de personalidade também podem aumentar o risco de uso indevido ou transtorno do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Ambiental. Como sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são todos medicamentos, um fator de risco importante

refere-se à disponibilidade das substâncias, tanto por meio de prescrições próprias quanto de prescrições dispensadas a familiares e amigos. Nos Estados Unidos, os padrões históricos de uso indevido de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos relacionam-se a amplos padrões de prescrição. Por exemplo, uma diminuição acentuada na prescrição de barbitúricos foi associada a um aumento nas prescrições de benzodiazepínicos. Fatores de pares podem estar relacionados à predisposição genética em termos de como os indivíduos selecionam seu ambiente. Outros indivíduos com risco aumentado podem incluir aqueles com transtorno por uso de álcool que podem receber prescrições repetidas em resposta às suas queixas de ansiedade ou insônia relacionadas ao álcool.

Genética e fisiológica. Tal como acontece com outros transtornos por uso de substâncias, o risco de transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos foi encontrado em estudos de registro de gêmeos nos EUA relacionados a fatores individuais, familiares, de pares, sociais e ambientais. Dentro desses domínios, os fatores genéticos desempenham um papel particularmente importante tanto direta quanto indiretamente. No geral, ao longo do desenvolvimento, os fatores genéticos parecem desempenhar um papel maior no início do transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos à medida que os indivíduos envelhecem até a puberdade e a vida adulta.

Modificadores de curso. Em estudos nacionalmente representativos dos EUA, o início precoce do uso está associado a maior probabilidade de desenvolver um transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Os padrões de prescrição (e disponibilidade) dessa classe de substâncias variam entre países e populações, o que pode levar a variações na prevalência de transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Nos Estados Unidos, o uso de benzodiazepínicos foi relatado com mais frequência por brancos não latinos do que latinos ou afro-americanos. No entanto, o risco do transtorno pode variar dentro das populações expostas a essas substâncias. Por exemplo, a prevalência de 12 meses de transtorno por uso de benzodiazepínicos do DSM-IV entre indivíduos americanos que usaram benzodiazepínicos foi maior entre afro-americanos (3,0%) e “outros” não latinos (2,6%) do que entre brancos não latinos (1,3%).

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero

Embora as estimativas de estudos individuais variem, parece não haver diferenças de gênero na prevalência de transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

625

Marcadores diagnósticos

Quase todas as substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas podem ser identificadas por meio de avaliações laboratoriais de urina ou sangue (este último pode quantificar a quantidade desses agentes no organismo). Os resultados do teste de urina provavelmente permanecerão positivos por até aproximadamente 1 semana após o uso de substâncias de ação prolongada, como diazepam ou flurazepam.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Estudos epidemiológicos dos EUA mostram que os hipnóticos estão associados ao suicídio, mas não está claro se essa associação é atribuível a condições psiquiátricas subjacentes, como depressão e insônia, que são fatores de risco para o suicídio.

Consequências Funcionais do Uso Sedativo, Hipnótico ou Ansiolítico Transtorno

As consequências sociais e interpessoais do transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos imitam as do álcool em termos do potencial de comportamento desinibido. Acidentes, dificuldades interpessoais e interferência no trabalho ou desempenho escolar são resultados comuns. Os efeitos desinibidores desses agentes, como o álcool, podem contribuir potencialmente para comportamentos excessivamente agressivos e discussões ou brigas, com conseqüentes problemas interpessoais e legais. O exame físico provavelmente revelará evidências de uma leve diminuição na maioria dos aspectos do funcionamento do sistema nervoso autônomo, incluindo um pulso mais lento, uma frequência respiratória ligeiramente diminuída e uma ligeira queda na pressão arterial (mais provável de ocorrer com alterações posturais).

A intoxicação aguda pode resultar em lesões accidentais e acidentes automobilísticos. Pode haver consequências de trauma (por exemplo, hemorragia interna, hematoma subdural) de acidentes que ocorrem em estado de embriaguez. Para indivíduos idosos, mesmo o uso a curto prazo desses medicamentos sedativos em doses prescritas pode estar associado a um risco aumentado de problemas cognitivos e quedas. A associação de medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com risco aumentado de transtorno neurocognitivo maior permanece incerta.

Em altas doses, as substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas podem ser letais, principalmente quando misturadas com outros depressores do sistema nervoso central, como opioides ou álcool, embora a dosagem letal varie consideravelmente entre as substâncias específicas. O uso intravenoso dessas substâncias pode resultar em complicações médicas relacionadas ao uso de agulhas contaminadas (por exemplo, hepatite, HIV).

Podem ocorrer overdoses accidentais ou deliberadas, semelhantes às observadas para transtorno por uso de álcool ou intoxicação alcoólica repetida. As overdoses podem estar associadas a uma deterioração dos sinais vitais que sinalizam uma emergência médica iminente (por exemplo, parada respiratória por barbitúricos). Em contraste com sua ampla margem de segurança quando usados sozinhos, os benzodiazepínicos tomados em combinação com opioides e álcool podem ser particularmente perigosos, e overdoses accidentais são relatadas comumente em dados dos EUA. Superdosagens accidentais também foram relatadas em indivíduos que deliberadamente fazem uso indevido de barbitúricos e outros sedativos não benzodiazepínicos (p.

Diagnóstico diferencial

Intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica; retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; e transtornos mentais induzidos por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

O transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é diferenciado de intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica; retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; e transtornos mentais induzidos por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (por exemplo, transtorno depressivo induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos) em que o transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos descreve um padrão problemático

de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos que envolvam controle prejudicado sobre tal uso; prejuízo social atribuível a esse uso; uso arriscado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (por exemplo, dirigir embriagado); e sintomas farmacológicos (o desenvolvimento de tolerância ou abstinência); enquanto intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica; sedativo, hipnótico ou ansiolítico

cancelamento; e transtornos mentais induzidos por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos descrevem síndromes psiquiátricas que ocorrem no contexto de uso intenso. Intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica; retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; e transtornos mentais induzidos por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ocorrem frequentemente em indivíduos com transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Nesses casos, diagnóstico de intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica; retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; ou um transtorno mental induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos deve ser administrado além de um diagnóstico de transtorno por uso de sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, cuja presença é indicada no código diagnóstico.

Outras condições médicas. A fala arrastada, incoordenação e outras características associadas características de intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica podem ser o resultado de outra condição médica (por exemplo, esclerose múltipla) ou de um traumatismo craniano anterior (por exemplo, um hematoma subdural).

Transtorno por uso de álcool. O transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos deve ser diferenciado do transtorno por uso de álcool. O diagnóstico diferencial é determinado principalmente pela história clínica, embora danos no fígado e outros sinais potenciais de toxicidade crônica do álcool (p.

Uso clinicamente apropriado de medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Os indivíduos podem continuar a tomar medicamentos benzodiazepínicos de acordo com a orientação de um médico para uma indicação médica legítima por longos períodos de tempo. Mesmo que se manifestem sinais fisiológicos de tolerância ou abstinência, muitos desses indivíduos não desenvolvem sintomas que atendem aos critérios para transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos porque não estão preocupados em obter a substância e seu uso não interfere em seu desempenho de papéis sociais ou profissionais usuais.

Comorbidade O

uso não médico de agentes sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos está associado a transtorno por uso de álcool, transtorno por uso de tabaco e, geralmente, uso de drogas ilícitas. Também pode haver uma sobreposição entre transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e transtorno de personalidade antissocial; transtornos depressivos, bipolares e de ansiedade; e outros transtornos por uso de substâncias, como transtorno por uso de álcool e transtornos por uso de drogas ilícitas. O comportamento antissocial e o transtorno de personalidade antissocial estão especialmente associados ao transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos quando as substâncias são obtidas ilegalmente. A comorbidade com outros transtornos por uso de substâncias e outros transtornos psiquiátricos aumenta o risco de transição do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos para transtorno do uso e diminui a probabilidade de remissão.

Intoxicação Sedativa, Hipnótica ou Ansiolítica

Critério de diagnóstico

- A. Uso recente de sedativo, hipnótico ou ansiolítico.
- B. Alterações comportamentais ou psicológicas mal-adaptativas clinicamente significativas (por exemplo,

comportamento sexual ou agressivo inadequado, labilidade de humor, julgamento prejudicado) que se desenvolveu durante ou logo após o uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

627

C. Um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas se desenvolvendo durante ou logo após o uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos:

1. Fala arrastada.
2. Incoordenação.
3. Marcha instável.
4. Nistagmo.
5. Prejuízo na cognição (por exemplo, atenção, memória).
6. Estupor ou coma.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende se há um transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos comórbidos. Se um transtorno leve por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos for comórbido, o código CID-10-CM é **F13.120**, e se um transtorno moderado ou grave por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos for comórbido, o código CID-10-CM é **F13.220**. Se não houver transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos comórbidos, o código CID-10-CM é **F13.920**.

Nota: Para informações sobre Desenvolvimento e Curso; Fatores de risco e prognóstico; Questões de diagnóstico relacionadas à cultura; Marcadores Diagnósticos; Consequências Funcionais da Intoxicação Sedativa, Hipnótica ou Ansiolítica; e Comorbidade, consulte as seções correspondentes em Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Características diagnósticas

A característica essencial da intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas desadaptativas clinicamente significativas (por exemplo, comportamento sexual ou agressivo inadequado, labilidade de humor, julgamento prejudicado, funcionamento social ou ocupacional prejudicado) que se desenvolvem durante ou logo após, uso de sedativo, hipnótico ou ansiolítico (Critérios A e B). Tal como acontece com outros depressores cerebrais, como o álcool, esses comportamentos podem ser acompanhados por fala arrastada, incoordenação (em níveis que podem interferir na capacidade de dirigir e na realização de atividades habituais a ponto de causar quedas ou acidentes automobilísticos), marcha instável, nistagmo, prejuízo na cognição (por exemplo, problemas de atenção ou memória) e estupor ou coma (Critério C). O comprometimento da memória é uma característica proeminente da intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica e é mais frequentemente caracterizado por uma amnésia anterógrada que se assemelha a “apagões alcoólicos”, o que pode ser perturbador para o indivíduo. Os sintomas não devem ser atribuídos a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério D). A intoxicação pode ocorrer em indivíduos que estão recebendo essas substâncias por prescrição, estão tomando o medicamento emprestado de amigos ou parentes ou estão tomando de

a substância para atingir a intoxicação. Como sedativos, hipnóticos e ansiolíticos são frequentemente usados em combinação com outras substâncias psicoativas, pode ser difícil determinar se as consequências funcionais são atribuíveis a um sedativo, hipnótico ou ansiolítico ou ao uso de múltiplas substâncias.

Recursos associados

As características associadas incluem tomar mais medicamentos do que os prescritos, tomar vários medicamentos diferentes ou misturar agentes sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com álcool, o que pode aumentar acentuadamente os efeitos desses agentes.

Prevalência

A prevalência de intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos na população geral é desconhecida. No entanto, é provável que a maioria dos usuários não médicos de sedativos, hipnóticos,

628

ou os ansiolíticos, em algum momento, apresentam sinais ou sintomas que atendem aos critérios para intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica; se sim, então a prevalência do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos não médicos na população geral pode ser semelhante à prevalência de intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Por exemplo, em 2018, tranquilizantes ou sedativos foram usados de forma não médica nos Estados Unidos por 2,4% dos indivíduos com 12 anos ou mais e 4,9% daqueles com idades entre 18 e 25 anos.

Diagnóstico diferencial

Transtorno por uso de álcool. Como as apresentações clínicas podem ser idênticas, a distinção entre intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica de transtorno por uso de álcool requer evidência de ingestão recente de medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos por autorrelato, relato de informante ou teste toxicológico. Muitos indivíduos que fazem uso indevido de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos também podem abusar de álcool e outras substâncias e, portanto, são possíveis vários diagnósticos de intoxicação.

Intoxicação por álcool. A intoxicação alcoólica pode ser diferenciada da intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica pelo cheiro de álcool no hálito. Caso contrário, as características dos dois distúrbios podem ser semelhantes.

Transtornos mentais induzidos por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. A intoxicação ansiolítica é diferenciada de transtornos mentais induzidos por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (p. são superiores aos normalmente associados à intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica; predominam na apresentação clínica; e são graves o suficiente para justificar a atenção clínica).

Distúrbios neurocognitivos. Em situações de comprometimento cognitivo, lesão cerebral traumática e delirium por outras causas, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem ser intoxicantes em doses bastante baixas. O diagnóstico diferencial nestes cenários complexos é baseado na síndrome predominante. Um diagnóstico adicional de intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica pode ser apropriado mesmo que a substância tenha sido ingerida em baixa dosagem no contexto desses outros

(ou semelhantes) condições co-ocorrentes.

Comorbidade

Dada a sobreposição típica de intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, consulte “Comorbidade” em Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos para obter mais detalhes sobre condições concomitantes que provavelmente serão encontradas .

Retirada Sedativa, Hipnótica ou Ansiolítica

Critério de diagnóstico

- A. Cessação (ou redução) do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos que tenha sido prolongado.
- B. Dois (ou mais) dos seguintes, desenvolvendo-se dentro de várias horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos descritos no Critério A:
 1. Hiperatividade autonômica (por exemplo, sudorese ou pulsação maior que 100 bpm).
 2. Tremor das mãos.
 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 sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.

629

Especifique

se: **Com distúrbios perceptuais:** Este especificador pode ser observado quando ocorrem alucinações com teste de realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou táteis na ausência de delírio.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende se há ou não um transtorno de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos comórbidos e se há ou não distúrbios perceptivos.

Para retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, sem

Distúrbios: Se um transtorno leve por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é comórbido, o código CID-10-CM é **F13.130**, e se um transtorno moderado ou grave por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é comórbido, o código CID-10-CM é **F13.230**. Se não houver transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos comórbidos (por exemplo, em um paciente tomando sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos apenas sob supervisão médica apropriada), então o código CID-10-CM é **F13.930**.

Para abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, com distúrbios perceptuais: Se um transtorno leve por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é comórbido, o código CID-10-CM é **F13.132**, e se um sedativo, hipnótico ou transtorno de uso ansiolítico é comórbido, o código CID-10-CM é **F13.232**. Se não houver transtorno de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos comórbidos (por exemplo, em um paciente tomando sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos apenas sob supervisão médica apropriada), então o código CID-10-CM é **F13.932**.

Nota: Para informações sobre Desenvolvimento e Curso; Fatores de risco e prognóstico; Questões de diagnóstico relacionadas à cultura; Consequências Funcionais da Abstinência Sedativa, Hipnótica ou Ansiolítica; e Comorbidade, consulte as seções correspondentes em Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Características Diagnósticas

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 da ingestão após várias semanas ou mais de uso regular (Critérios A e B). Essa síndrome de abstinência é caracterizada por dois ou mais sintomas (semelhantes à abstinência alcoólica) que incluem hiperatividade autonômica (por exemplo, aumento da frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial ou temperatura corporal, juntamente com sudorese); um tremor das mãos; insônia; náusea, às vezes acompanhada de vômito; ansiedade; e agitação psicomotora. Uma convulsão do tipo grande mal pode ocorrer em talvez 20% a 30% dos indivíduos submetidos à abstinência não tratada dessas substâncias. Na abstinência grave, alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas podem ocorrer, mas geralmente estão no contexto de um delírio de abstinência. Se o teste de realidade do indivíduo está intacto (ou seja, sabe que a substância está causando as alucinações) e as ilusões ocorrem em um sensório claro, o especificador “com distúrbios perceptivos”

630

pode ser notado. Quando as alucinações ocorrem na ausência de testes de realidade intactos, um diagnóstico de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento deve ser considerado. 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 atribuídos a outra condição médica e não são bem explicados por outro transtorno mental (por exemplo, abstinência alcoólica, transtorno de ansiedade generalizada) (Critério D). O alívio dos sintomas de abstinência com a administração de qualquer agente sedativo-hipnótico apoiaria um diagnóstico de abstinência sedativa, hipnótica ou ansiolítica.

Recursos associados

O momento e a gravidade da síndrome de abstinência diferem dependendo da substância específica e de sua farmacocinética e farmacodinâmica. Por exemplo, a retirada de substâncias de ação mais curta que são rapidamente absorvidas e que não possuem metabólitos ativos (por exemplo, triazolam) pode começar dentro de horas após a suspensão da substância; a retirada de substâncias com metabólitos de ação prolongada (por exemplo, diazepam) pode não começar por 1 a 2 dias ou mais. A síndrome de abstinência produzida por substâncias desta classe pode ser caracterizada pelo desenvolvimento de um delirium que pode ser fatal. Pode haver evidência de tolerância e abstinência na ausência de um diagnóstico de transtorno por uso de benzodiazepínicos em um indivíduo que interrompeu abruptamente benzodiazepínicos que foram tomados por longos períodos de tempo nas doses prescritas e terapêuticas.

O curso temporal da síndrome de abstinência é geralmente previsto pela meia-vida da substância. Medicamentos cujas ações geralmente duram cerca de 10 horas ou menos (p.

Para substâncias com meia-vida mais longa (por exemplo, diazepam), os sintomas podem não se desenvolver por mais de 1 semana, com pico de intensidade durante a segunda semana e diminuição acentuada durante a terceira ou quarta semana. Pode haver sintomas adicionais de longo prazo em um nível muito menor de intensidade que persistem por vários meses.

Quanto mais tempo a substância foi tomada e quanto maiores as dosagens usadas, maior a probabilidade de haver abstinência grave. No entanto, a retirada foi relatada com apenas 15 mg de diazepam (ou seu equivalente em outros benzodiazepínicos) quando tomado diariamente por vários meses. Doses de aproximadamente 40 mg de diazepam (ou seu equivalente) diariamente são mais propensas a produzir sintomas de abstinência clinicamente relevantes, e doses ainda mais altas (por exemplo, 100 mg de diazepam) são mais propensas a serem seguidas por crises de abstinência ou delírio. O delírio de abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é caracterizado por distúrbios na consciência e cognição, com alucinações visuais, tátteis ou auditivas. Quando presente, delirium de abstinência sedativo, hipnótico ou ansiolítico deve ser diagnosticado em vez de abstinência.

Prevalência

A prevalência de retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é desconhecida.

Marcadores de diagnóstico

Convulsões e instabilidade autonômica no contexto de uma história de exposição prolongada a medicamentos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos sugerem uma alta probabilidade de retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Diagnóstico diferencial

Outras condições médicas. Os sintomas de abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos podem ser imitados por outras condições médicas (por exemplo, hipoglicemia, cetoacidose diabética). Se as convulsões são uma característica da abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, o

o diagnóstico diferencial inclui as várias causas de convulsões (por exemplo, infecções, traumatismo craniano, envenenamentos).

Tremor essencial. O tremor essencial, uma condição neurológica que frequentemente ocorre em famílias, pode sugerir erroneamente o tremor associado à retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Abstinência alcoólica. A abstinência de álcool produz uma síndrome muito semelhante à abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. O diagnóstico diferencial é determinado principalmente pela história clínica, embora danos no fígado e outros sinais potenciais de toxicidade crônica do álcool (p.

Transtornos mentais induzidos por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos: A abstinência ansiolítica é diferenciada de transtornos mentais induzidos por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (p. são superiores aos normalmente associados à abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; predominam na apresentação clínica; e são graves o suficiente para justificar a atenção clínica.

Transtornos de ansiedade. A recorrência ou agravamento de um transtorno de ansiedade subjacente produz uma síndrome semelhante à abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, embora as manifestações mais extremas de abstinência, como delirium tremens ou convulsões verdadeiras, não sejam sintomas de qualquer transtorno de ansiedade. Suspeita-se de retirada com uma redução abrupta na dosagem de um medicamento sedativo, hipnótico ou ansiolítico. Quando uma redução gradual está em andamento, pode ser difícil distinguir a síndrome de abstinência do transtorno de ansiedade subjacente. Tal como acontece com o álcool, sintomas de abstinência persistentes (por exemplo, ansiedade, mau humor, problemas para dormir) podem ser confundidos com ansiedade independente ou transtornos depressivos (por exemplo, transtorno de ansiedade generalizada).

Comorbidade Dada

a sobreposição típica de abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos com transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, consulte “Comorbidade” em Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos para obter mais detalhes sobre condições concomitantes que provavelmente serão encontradas .

Mental induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos **Distúrbios**

Os seguintes transtornos mentais induzidos por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são descritos em outros capítulos do manual com transtornos com os quais compartilham a fenomenologia (veja os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): sedativo, hipnótico, ou transtorno psicótico induzido por ansiolíticos (“Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Spectrum Distúrbios”); transtorno bipolar e relacionado induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (“Transtornos Bipolares e Relacionados”); transtorno depressivo induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (“Transtornos Depressivos”); transtorno de ansiedade induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (“Ansiedade Distúrbios”); transtorno do sono induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (“Sleep-Wake Distúrbios”); Disfunção sexual induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (“Sexual

Disfunções"); e transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ("Distúrbios Neurocognitivos"). Para delírio de intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica; delírio de abstinência sedativo, hipnótico ou ansiolítico; e delírio induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos tomados conforme prescrito, consulte o

632

critérios e discussão do delirium no capítulo "Transtornos Neurocognitivos". Esses transtornos mentais induzidos por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são diagnosticados em vez de intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ou abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos somente quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Não Especificado Relacionado a Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos Transtorno

F13.99

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno relacionado a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer transtorno específico relacionado a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos ou qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e de dependência.

Distúrbios Relacionados a Estimulantes

Transtorno de uso de estimulantes

Intoxicação estimulante

Retirada do Estimulante

Transtornos Mentais Induzidos por Estimulantes

Transtorno Não Especificado Relacionado a Estimulantes

Transtorno de uso de estimulantes

Critério de diagnóstico

- A. Um padrão de uso de substância do tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos

dois dos seguintes, ocorrendo dentro de um período de 12 meses: 1. O estimulante é frequentemente tomado em quantidades maiores ou por um período mais longo do que foi pretendido.

2. Há um desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar uso de estimulantes.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter o estimulante, use o estimulante ou recupere-se de seus efeitos.
4. Desejo, ou um forte desejo ou urgência de usar o estimulante.
5. Uso recorrente de estimulantes resultando em falha no cumprimento de obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6. Uso contínuo de estimulantes apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do estimulante.
7. Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes são abandonadas ou reduzidas devido ao uso de estimulantes.

633

8. Uso recorrente de estimulantes em situações em que é fisicamente perigoso.
9. O uso de estimulantes é continuado apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pelo estimulante.
10. Tolerância, conforme definido por qualquer um dos seguintes:
 - a. Uma necessidade de quantidades marcadamente aumentadas do estimulante para atingir intoxicação ou efeito desejado.
 - b. Um efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de estimulante.

Nota: Este critério não é considerado cumprido para aqueles que tomam medicamentos estimulantes apenas sob supervisão médica apropriada, como medicamentos para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou narcolepsia.

11. Desistência, manifestada por qualquer um dos seguintes: a. A síndrome de abstinência característica para o estimulante (consulte os Critérios A e B dos critérios estabelecidos para a retirada do estimulante).
- b. O estimulante (ou uma substância intimamente relacionada) é tomado para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Nota: Este critério não é considerado cumprido para aqueles que tomam medicamentos estimulantes apenas sob supervisão médica apropriada, como medicamentos para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou narcolepsia.

Especifique

se: **Em remissão precoce:** depois que todos os critérios para transtorno por uso de estimulantes foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de estimulantes foi atendido por pelo menos 3 meses, mas por menos de 12 meses (com exceção do Critério A4,

"Desejo, ou um forte desejo ou urgência de usar o estimulante", pode ser atendido).

Em remissão sustentada: Depois que todos os critérios para transtorno por uso de estimulantes foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de estimulantes foi atendido em qualquer momento durante um período de 12 meses ou mais (com exceção do Critério A4, "Desejo ou forte desejo ou desejo de usar o estimulante", pode ser satisfeito).

Especifique

se: **Em um ambiente controlado:** Este especificador adicional é usado se o indivíduo estiver em um ambiente onde o acesso a estimulantes é restrito.

Código baseado na gravidade/remissão atual: Se uma intoxicação por substância do tipo anfetamina, abstinência de substância do tipo anfetamina ou transtorno mental induzido por substância do tipo anfetamina também estiver presente, não use os códigos abaixo para transtorno por uso de substância do tipo anfetamina. Em vez disso, o transtorno por uso de substância do tipo anfetamina comórbido é indicado no 4º caractere do código de transtorno induzido por substância do tipo anfetamina (consulte a nota de codificação para intoxicação por substância do tipo anfetamina, abstinência de substância do tipo anfetamina ou uma substância do tipo anfetamina específica-transtorno mental induzido). Por exemplo, se houver transtorno depressivo induzido por anfetaminas comórbido e transtorno por uso de anfetaminas, apenas o código de transtorno depressivo induzido por anfetaminas é fornecido, com o 4º caractere indicando se o transtorno por uso de anfetaminas comórbido é leve, moderado ou grave: F15.14 para transtorno por uso de anfetamina leve com transtorno depressivo induzido por anfetamina ou F15.24 para transtorno por uso de anfetamina moderado ou grave com transtorno depressivo induzido por anfetamina. (As instruções para substâncias do tipo anfetamina também se aplicam a outra intoxicação estimulante ou não especificada, abstinência a outro estimulante ou não especificado e outro transtorno mental induzido por estimulantes ou não especificado.) Da mesma forma, se houver transtorno depressivo induzido por cocaína comórbido e transtorno por uso de cocaína, apenas o código de transtorno depressivo induzido por cocaína é fornecido, com o 4º caractere indicando se o transtorno por uso de cocaína comórbido é leve, moderado,

634

ou grave: F14.14 para um transtorno por uso de cocaína leve com transtorno depressivo induzido por cocaína ou F14.24 para um transtorno por uso de cocaína moderado ou grave com transtorno depressivo induzido por cocaína.

Especifique a gravidade/remissão atual:

Leve: Presença de 2 a 3 sintomas.

F15.10 Substância do tipo anfetamina

F14.10 Cocaína

F15.10 Outro estimulante não especificado

Leve, Em remissão precoce F15.11 Substância

do tipo anfetamina **F14.11** Cocaína

F15.11 Outro ou estimulante não especificado Leve, Em remissão sustentada

F15.11 Substância do tipo anfetamina

F14.11 Cocaína

F15.11 Outro estimulante não especificado

Moderado: Presença de 4 a 5 sintomas.

F15.20 Substância do tipo anfetamina

F14.20 Cocaína

F15.20 Outro estimulante não especificado

Moderado, Em remissão precoce F15.21

Substância do tipo anfetamina **F14.21**

Cocaína

F15.21 Outro estimulante não especificado

Moderado, Em remissão sustentada

F15.21 Substância do tipo anfetamina

F14.21 Cocaína

F15.21 Outro estimulante não especificado

Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

F15.20 Substância do tipo anfetamina

F14.20 Cocaína

F15.20 Outro estimulante não especificado

Grave, em remissão precoce F15.21

Substância do tipo anfetamina **F14.21**

Cocaína

F15.21 Outro estimulante não especificado

Grave, Em remissão sustentada

F15.21 Substância do tipo anfetamina

F14.21 Cocaína

F15.21 Outro estimulante não especificado

Especificadores

“Em um ambiente controlado” se aplica como um especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver em remissão e em um ambiente controlado (ou seja, em remissão precoce em um ambiente controlado ou em remissão sustentada em um ambiente controlado). Exemplos desses ambientes são prisões sem substâncias, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas e supervisionadas de perto.

Recursos de diagnóstico

Os estimulantes são um tipo de substância psicoativa que aumenta a atividade no cérebro e pode elevar temporariamente o estado de alerta, o humor e a consciência. Os estimulantes abordados neste capítulo incluem anfetaminas e estimulantes de prescrição com efeitos semelhantes (por exemplo, metilfenidato) e cocaína. Os distúrbios relacionados a substâncias envolvendo certas outras substâncias com propriedades estimulantes são classificados em outras seções deste capítulo. Estes incluem cafeína (**em destaque** distúrbios relacionados), cítricos, MDMA (alucinogênicos), amfetamina;

Dado que os efeitos das substâncias do tipo anfetamina são semelhantes aos da cocaína, os distúrbios relacionados às anfetaminas e os distúrbios relacionados à cocaína são agrupados sob a única rubrica "distúrbios relacionados a estimulantes". Substâncias do tipo anfetamina (e outros estimulantes ou não especificados) e cocaína têm códigos diferentes da CID-10-CM (por exemplo, F15.10 transtorno leve do uso de substância do tipo anfetamina, F14.10 transtorno leve do uso de cocaína). O estimulante específico usado pelo indivíduo é registrado no diagnóstico (por exemplo, "abstinência de metanfetamina", "transtorno por uso de metilfenidato", "intoxicação por cocaína").

As substâncias do tipo anfetamina incluem estimulantes com uma estrutura de feniletilamina substituída, como anfetamina, dextroanfetamina e metanfetamina. Também estão incluídas substâncias que são estruturalmente diferentes, mas têm efeitos semelhantes, como metilfenidato, modafinil e armodafinil. Essas substâncias do tipo anfetamina são geralmente tomadas por via oral ou intravenosa, embora a metanfetamina também seja tomada pela via nasal. Além dos compostos sintéticos do tipo anfetamina, existem estimulantes naturais derivados de plantas, como o *khât*, bem como análogos químicos sintéticos do *khât*, chamados *catinonas*.

Anfetaminas e outros estimulantes podem ser obtidos por prescrição para o tratamento da obesidade, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e narcolepsia. Consequentemente, os estimulantes prescritos podem ser desviados para o mercado ilegal.

A cocaína, uma substância natural produzida pela planta de coca, é consumida em várias preparações (por exemplo, folhas de coca, pasta de coca, cloridrato de cocaína e alcalóides de cocaína, como base livre e crack) que diferem em potência devido aos níveis variados de pureza e velocidade de início.

No entanto, em todas as formas, a cocaína é o ingrediente ativo. O pó de cloridrato de cocaína geralmente é “cheirado” pelas narinas ou dissolvido em água e injetado por via intravenosa. O crack e outros alcalóides da cocaína são facilmente vaporizados e inalados e, portanto, seus efeitos têm um início extremamente rápido.

Indivíduos expostos a substâncias do tipo anfetamina ou cocaína podem desenvolver transtorno por uso de estimulantes tão rapidamente quanto 1 semana, embora o início nem sempre seja tão rápido. Independentemente da via de administração, a tolerância ocorre com o uso repetido. Sintomas de abstinência, particularmente hipersonia, aumento do apetite e disforia, podem ocorrer e podem aumentar o desejo. A maioria dos indivíduos com transtorno por uso de estimulantes experimentou tolerância ou abstinência.

Os padrões de uso e o curso são semelhantes para distúrbios envolvendo substâncias do tipo anfetamina e cocaína, pois ambos são estimulantes potentes do sistema nervoso central com efeitos psicoativos e simpaticomiméticos semelhantes. As substâncias do tipo anfetamina têm ação mais longa do que a cocaína e, portanto, são usadas menos vezes por dia. O uso pode ser crônico ou episódico, com compulsões pontuadas por breves períodos de não uso. Comportamento agressivo ou violento é comum quando altas doses são fumadas, ingeridas ou administradas por via intravenosa. Ansiedade temporária intensa semelhante ao transtorno do pânico ou

transtorno de ansiedade generalizada, bem como ideação paranóide e episódios psicóticos que se assemelham à esquizofrenia, são observados com o uso de altas doses.

Os estados de abstinência estão associados a sintomas depressivos temporários, mas intensos, que podem assemelham-se a um episódio depressivo maior; os sintomas depressivos geralmente desaparecem

636

dentro de 1 semana. A tolerância a substâncias do tipo anfetamina se desenvolve e leva ao aumento da dose. Por outro lado, alguns usuários de substâncias do tipo anfetamina desenvolvem sensibilização, caracterizada por efeitos aprimorados.

Recursos associados

Quando injetados ou fumados, os estimulantes normalmente produzem uma sensação instantânea de bem-estar, confiança e euforia. Mudanças comportamentais dramáticas podem se desenvolver rapidamente com o transtorno por uso de estimulantes. Comportamento caótico, isolamento social, comportamento agressivo e disfunção sexual podem resultar de transtorno por uso de estimulantes a longo prazo.

Indivíduos com intoxicação aguda podem apresentar fala desconexa, dor de cabeça, ideias transitórias de referência e zumbido. Pode haver ideação paranóide, alucinações auditivas em um sensório claro e alucinações tátteis, que o indivíduo geralmente reconhece como efeitos de drogas. Ameaças ou comportamento agressivo podem ocorrer. Depressão, pensamentos suicidas, irritabilidade, anedonia, habilidade emocional ou distúrbios de atenção e concentração ocorrem comumente durante a abstinência. Os distúrbios mentais associados ao uso de cocaína geralmente desaparecem horas a dias após a interrupção do uso, mas podem persistir por 1 mês. As alterações fisiológicas durante a retirada do estimulante são opostas às da fase de intoxicação, às vezes incluindo bradicardia. Os sintomas depressivos temporários podem atender aos critérios sintomáticos e de duração para episódio depressivo maior. Histórias consistentes com ataques de pânico repetidos, comportamento semelhante ao transtorno de ansiedade social e síndromes semelhantes à ansiedade generalizada são comuns, assim como os transtornos alimentares. Um exemplo extremo de toxicidade estimulante é o transtorno psicótico induzido por estimulantes, um transtorno que se assemelha à esquizofrenia, com delírios e alucinações.

Indivíduos com transtorno por uso de estimulantes geralmente desenvolvem respostas condicionadas a estímulos relacionados a drogas (por exemplo, desejo ao ver qualquer substância branca semelhante a pó). Essas respostas contribuem para a recaída, são difíceis de extinguir e persistem após a desintoxicação.

Sintomas depressivos com pensamentos ou comportamento suicida podem ocorrer e geralmente são os problemas mais graves observados durante a retirada de estimulantes.

Prevalência

Transtorno por uso de estimulantes: substâncias do tipo anfetamina de transtorno por uso de substâncias do tipo anfetamina nos Estados Unidos é de 0,4% entre indivíduos com 12 anos ou mais. A prevalência em doze meses é de 0,1% entre os indivíduos de 12 a 17 anos, 0,5% entre os 18 e 25 anos e 0,4% entre os 26 anos ou mais. As taxas são de 0,5% para homens e 0,2% para mulheres, em geral. As taxas são de aproximadamente 0,4% entre hispânicos e brancos não hispânicos e 0,1% entre afro-americanos e asiáticos-americanos. As estimativas de prevalência para populações de índios americanos/nativos do Alasca e nativos havaianos/ilhas do Pacífico são difíceis de determinar, dado o pequeno tamanho da amostra, mas há algumas evidências de taxas mais altas em populações americanas.

índios/nativos do Alasca.

Entre os adultos dos EUA, 6,6% (média anual) usavam estimulantes prescritos em geral; 4,5% usaram sem uso indevido, 1,9% usaram indevidamente sem transtornos de uso e 0,2% tiveram transtornos de uso. Enquanto os brancos não hispânicos são mais propensos a usar estimulantes prescritos de forma não médica, os hispânicos tendem a usá-los com mais frequência e têm taxas mais altas de transtorno por uso de estimulantes prescritos.

Transtorno por uso de estimulantes: cocaína A prevalência estimada de 12 meses de transtorno por uso de cocaína nos Estados Unidos é de 0,4% entre indivíduos com 12 anos ou mais. As taxas são de 0,1% entre os indivíduos de 12 a 17 anos, 0,7% entre os de 18 a 25 anos e 0,3% entre os de 26 anos ou mais.

As taxas são de 0,5% para homens e 0,2% para mulheres, em geral. As taxas são de 0,4% entre afro-americanos e brancos não hispânicos, 0,3% em hispânicos e < 0,1% entre asiáticos-americanos.

637

Desenvolvimento e Curso Nos

Estados Unidos, o transtorno por uso de estimulantes ocorre em todos os níveis da sociedade e é mais comum entre indivíduos de 18 a 25 anos em comparação com indivíduos de 12 a 17 anos ou 26 anos ou mais. Em média, o primeiro uso regular entre os indivíduos em tratamento ocorre por volta dos 23 anos. Para admissões de tratamento primário de metanfetamina, a idade média é de 34 anos, e para admissões de tratamento primário de cocaína, a idade média é de 44 anos para cocaína fumada e 37 anos para outras vias.

Algumas pessoas começam a usar estimulantes para controlar o peso ou melhorar o desempenho na escola, no trabalho ou no atletismo. O uso inicial pode incluir a obtenção de medicamentos como metilfenidato ou sais de anfetamina prescritos a outros para o tratamento do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Entre as admissões de tratamento primário por uso de substâncias do tipo anfetamina nos Estados Unidos, 61% relataram fumar, 26% relataram injetar e 9% relataram cheirar, sugerindo que o transtorno por uso de estimulantes pode se desenvolver a partir de vários modos de administração.

Os padrões de administração de estimulantes incluem o uso episódico ou diário (ou quase diário). O uso episódico (por exemplo, uso intenso em um fim de semana ou em um ou mais dias da semana) tende a ser separado por 2 ou mais dias sem uso. "Binges" envolvem o uso contínuo de altas doses por horas ou dias e são frequentemente associados à dependência física. As farras geralmente terminam apenas quando os estoques de estimulantes se esgotam ou a exaustão ocorre. O uso diário crônico pode envolver doses altas ou baixas, muitas vezes com aumento da dose ao longo do tempo.

O tabagismo estimulante e o uso intravenoso estão associados à rápida progressão para transtorno por uso de estimulantes de nível grave, geralmente ocorrendo ao longo de semanas a meses. O uso intranasal de cocaína e o uso oral de substâncias do tipo anfetamina resultam em progressão mais gradual ocorrendo ao longo de meses a anos. Com o uso continuado, há diminuição dos efeitos prazerosos por causa da tolerância e aumento dos efeitos disfóricos.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Transtorno bipolar comórbido, esquizofrenia, transtorno de personalidade antissocial e outros transtornos por uso de substâncias são fatores de risco para o desenvolvimento de transtorno por uso de estimulantes e para recaída ao uso de cocaína em amostras de tratamento. A maior reatividade ao estresse foi correlacionada com a frequência do uso de cocaína em algumas amostras de tratamento dos EUA. O transtorno de conduta na infância e o transtorno de personalidade antissocial estão associados ao desenvolvimento de

distúrbios. Nos Estados Unidos, o uso prévio de outra substância, ser do sexo masculino, ter um transtorno de personalidade do Grupo B, histórico familiar de transtorno por uso de substâncias e ser separado, divorciado ou viúvo resultam em aumento do risco de uso de cocaína. Homens que fazem sexo com homens também estão em maior risco de uso de metanfetaminas.

Ambiental. Os preditores do uso de cocaína entre uma coorte de adolescentes dos EUA incluem exposição pré-natal à cocaína, uso pós-natal de cocaína pelos pais e exposição à violência na comunidade durante a infância. Pesquisas em países industrializados sugerem que a exposição à violência por parte do parceiro íntimo ou maus-tratos na infância geralmente ocorre concomitantemente com o uso de estimulantes, especialmente em mulheres. Em uma coorte de mulheres norte-americanas acompanhadas longitudinalmente, o status socioeconômico, incluindo a insegurança alimentar, teve um efeito dose-dependente no risco de uso de estimulantes. Para os jovens, especialmente as meninas, os fatores de risco incluem viver em um ambiente familiar instável, ter uma condição psiquiátrica, comportamento criminoso e se relacionar com traficantes e usuários.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura A

prevalência do uso de cocaína nos Estados Unidos aumentou entre 2001–2002 e 2012–2013 entre brancos não latinos, afro-americanos e latinos, mas a prevalência de transtorno por uso de cocaína aumentou apenas entre brancos. Apesar das pequenas variações, os critérios de diagnóstico de transtorno por uso de cocaína e outros estimulantes têm desempenho igual em todos os sexos e

638

grupos etnoraciais. Em dados limitados sobre estimativas de prevalência, parece que as populações indígenas americanas/nativas do Alasca estão em maior risco de transtorno por uso de metanfetamina e, em menor grau, transtorno por uso de cocaína, do que brancos não hispânicos, enquanto nativos havaianos/ilhas do Pacífico parecem ter riscos semelhantes aos brancos não hispânicos.

Aproximadamente 64% dos indivíduos admitidos em programas de tratamento de abuso de substâncias financiados publicamente para transtornos primários relacionados a metanfetaminas/anfetaminas são brancos não hispânicos, seguidos por 20% de origem hispânica, 3% asiáticos e das ilhas do Pacífico e 6% negros não hispânicos. Entre os indivíduos admitidos para tratamento primário relacionado à cocaína fumada, 51% eram negros não hispânicos, 35% brancos não hispânicos, 8% hispânicos e 1% asiáticos/ilhas do Pacífico. Para admissões relacionadas a outras vias de administração de cocaína, 47% eram brancos não hispânicos, 31% eram negros não hispânicos, 17% eram de origem hispânica e 1% eram asiáticos/ilhas do Pacífico. As taxas de distúrbios em amostras clínicas devem ser interpretadas com cautela, pois podem ser afetadas pelo acesso diferenciado e utilização de serviços, vias de atendimento, criminalização, estigma e preconceito racial no diagnóstico e encaminhamento para tratamento.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero Nos Estados Unidos, as mulheres com transtorno por uso de cocaína têm mais frequentemente transtornos psiquiátricos comórbidos, como depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), em comparação com os homens. Os hormônios gonadais afetam as respostas de um homem à cocaína. Mulheres com transtorno por uso de cocaína e níveis mais altos de progesterona têm menor desejo por cocaína induzido por estresse e induzido por sugestão e menores alterações induzidas por sugestão na pressão arterial do que mulheres com transtorno por uso de cocaína e níveis mais baixos de progesterona. Isso pode explicar por que o uso de cocaína em mulheres grávidas é menor do que em mulheres não grávidas.

Marcadores de diagnóstico

A benzoilecgonina, um metabólito da cocaína, normalmente permanece na urina por 1 a 3 dias após uma dose única e pode estar presente por 7 a 12 dias em indivíduos que usam doses altas repetidas. Testes de função hepática levemente elevados podem estar presentes em usuários de cocaína injetável ou usuários com uso concomitante de álcool. Não há marcadores neurobiológicos de utilidade diagnóstica. A descontinuação do uso crônico de cocaína pode estar associada a alterações eletroencefalográficas, sugerindo anormalidades persistentes; alterações nos padrões de secreção de prolactina; e downregulation de receptores de dopamina.

Substâncias do tipo anfetamina de meia-vida curta (por exemplo, metanfetamina) podem ser detectadas por 1 a 3 dias e possivelmente até 4 dias, dependendo da dosagem e do metabolismo. Amostras de cabelo podem ser usadas para detectar a presença de substâncias do tipo anfetamina por até 90 dias. Outros achados laboratoriais, assim como achados físicos e outras condições médicas (p.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Poucos dados sobre a associação de transtornos por uso de estimulantes e suicídio estão disponíveis porque a maioria dos estudos examinando pensamentos e comportamentos suicidas examina o uso de estimulantes em vez de transtornos por uso de estimulantes. Uma revisão sistemática descobriu que o uso regular ou problemático de anfetaminas (examinando principalmente indivíduos que injetam anfetaminas e/ou indivíduos internados em tratamento por uso de anfetaminas) está associado ao aumento da mortalidade por suicídio. Um estudo populacional geral de adultos nos Estados Unidos encontrou uma associação de transtorno por uso de estimulantes prescritos com pensamentos suicidas. Em um estudo de indivíduos admitidos em tratamento de uso de substâncias, aqueles com transtorno por uso de cocaína eram muito mais propensos a relatar pensamentos suicidas do que aqueles com outros transtornos por uso de substâncias. Em um estudo de homens e mulheres no sistema de saúde da Administração de Veteranos dos EUA,

639

os transtornos por uso de cocaína e anfetaminas foram associados a taxas aumentadas de mortes por suicídio.

Consequências Funcionais do Transtorno por Uso de Estimulantes Várias

condições médicas podem ocorrer dependendo da via de administração. Os usuários intranasais geralmente desenvolvem sinusite, irritação, sangramento da mucosa nasal e perfuração do septo nasal. Indivíduos que fumam estimulantes correm maior risco de problemas respiratórios (por exemplo, tosse, bronquite e pneumonite). Os injetores têm marcas de punção e “faixas”, mais comumente em seus antebraços. O risco de infecção por HIV e hepatite C aumenta com injeções intravenosas frequentes e atividade sexual insegura. Outras doenças sexualmente transmissíveis, hepatite B, tuberculose e outras infecções pulmonares também são observadas. Perda de peso e desnutrição são comuns.

A dor no peito pode ser um sintoma comum durante a intoxicação por estimulantes. Infarto do miocárdio, palpitações e arritmias, morte súbita por parada respiratória ou cardíaca e acidente vascular cerebral têm sido associados ao uso de estimulantes entre indivíduos jovens e saudáveis.

O pneumotórax pode resultar da realização de manobras do tipo Valsalva feitas para melhor absorver

fumaça. O uso de cocaína está associado a irregularidades no fluxo sanguíneo placentário, descolamento prematuro da placenta, trabalho de parto e parto prematuros e aumento da prevalência de bebês com peso muito baixo ao nascer.

Indivíduos com transtorno por uso de estimulantes podem se envolver em roubo, prostituição ou tráfico de drogas para adquirir drogas ou dinheiro para drogas. Lesões traumáticas decorrentes de comportamento violento são comuns entre indivíduos traficantes de drogas.

O comprometimento neurocognitivo é comum entre usuários de metanfetamina e cocaína, incluindo déficits relacionados à atenção, impulsividade, aprendizado/memória verbal, memória de trabalho e funcionamento executivo. Psicose transitória e convulsão também foram relatadas com o uso crônico de cocaína ou metanfetamina, possivelmente relacionados a padrões de uso ou à exacerbção de vulnerabilidades preexistentes. O uso de anfetaminas pode causar efeitos tóxicos relacionados à temperatura corporal elevada, e há algumas evidências de que o uso crônico causa neuroinflamação e neurotoxicidade em neurônios dopamínergicos. Os problemas de saúde bucal incluem "boca de metanfetamina" com doença gengival, cárie dentária e feridas na boca relacionadas aos efeitos tóxicos de fumar a droga e ao bruxismo enquanto intoxicado. Os efeitos pulmonares adversos parecem ser menos comuns para substâncias do tipo anfetamina porque são fumadas menos vezes por dia, embora o uso de metanfetaminas ainda esteja associado ao risco de hipertensão arterial pulmonar.

As visitas ao departamento de emergência são comuns para sintomas de transtorno mental relacionados a estimulantes, lesões, infecções de pele e patologia dentária. Nos Estados Unidos, o diagnóstico de transtorno por uso de estimulantes está associado a um aumento de 20% nas taxas de readmissão em 30 dias na avaliação do acompanhamento após a hospitalização por "qualquer causa" (uma medida padrão da qualidade geral do atendimento hospitalar).

Diagnóstico diferencial

Intoxicação por fenciclidina. A intoxicação com fenciclidina (PCP ou "pó de anjo") ou "drogas de grife" sintéticas como a mefedrona (conhecida por diferentes nomes, incluindo "sais de banho") pode causar um quadro clínico semelhante e só pode ser distinguida da intoxicação por estimulantes pela presença de cocaína ou metabólitos de substâncias do tipo anfetamina em uma amostra de urina ou plasma.

Intoxicação por estimulantes, abstinência de estimulantes e transtornos mentais induzidos por estimulantes. O transtorno é diferenciado de intoxicação por estimulantes, abstinência de estimulantes e transtornos mentais induzidos por estimulantes (p. , uso arriscado de estimulantes (por exemplo, uso continuado de estimulantes apesar de complicações médicas) e sintomas farmacológicos (o desenvolvimento de tolerância ou abstinência), enquanto o estimulante

640

intoxicação, abstinência de estimulantes e transtornos mentais induzidos por estimulantes descrevem síndromes psiquiátricas que ocorrem no contexto de uso intenso. Intoxicação por estimulantes, abstinência de estimulantes e transtornos mentais induzidos por estimulantes ocorrem frequentemente em indivíduos com transtorno por uso de estimulantes. Nesses casos, um diagnóstico de intoxicação por estimulantes, abstinência de estimulantes ou transtorno mental induzido por estimulantes deve ser dado além de um diagnóstico de transtorno por uso de estimulantes, cuja presença é indicada no código de diagnóstico.

Transtornos mentais independentes. Alguns dos efeitos do uso de estimulantes podem assemelhar-se a sintomas de transtornos mentais independentes, como psicose (esquizofrenia) e humor

desordem depressiva). Discernir se esses comportamentos ocorreram antes da ingestão da droga é importante na diferenciação dos efeitos agudos da droga de um transtorno mental preexistente.

Comorbidade

Transtornos relacionados a estimulantes frequentemente ocorrem concomitantemente com outros transtornos por uso de substâncias, especialmente aqueles envolvendo substâncias com propriedades sedativas, que são frequentemente tomadas para reduzir insônia, nervosismo e outros efeitos colaterais desagradáveis. Indivíduos admitidos para tratamento por uso de cocaína provavelmente também usarão heroína, PCP ou álcool, e indivíduos admitidos por transtorno por uso de substâncias do tipo anfetamina provavelmente usarão maconha, heroína ou álcool. O transtorno por uso de estimulantes pode estar associado a transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de personalidade antisocial, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de jogo. Problemas cardiopulmonares estão frequentemente presentes em indivíduos que procuram tratamento para problemas relacionados à cocaína, sendo a dor torácica a mais comum. Problemas médicos ocorrem em resposta a adulterantes usados. Os usuários de cocaína que ingerem cocaína cortada com levamisol, um medicamento antimicrobiano e veterinário, podem apresentar agranulocitose e neutropenia febril.

Intoxicação estimulante

Critério de diagnóstico
<p>A. Uso recente de substância do tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante.</p> <p>B. Alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas (por exemplo, euforia ou embotamento afetivo; mudanças na sociabilidade; hipervigilância; sensibilidade interpessoal; ansiedade, tensão ou raiva; comportamentos estereotipados; julgamento prejudicado) que se desenvolveram durante ou logo após o uso de um estimulante.</p> <p>C. Dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas, desenvolvendo-se durante ou logo após, uso de estimulantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Taquicardia ou bradicardia. 2. Dilatação pupilar. 3. Pressão arterial elevada ou reduzida. 4. Transpiração ou calafrios. 5. Náuseas ou vômitos. 6. Evidência de perda de peso. 7. Agitação ou retardo psicomotor. 8. Fraqueza muscular, depressão respiratória, dor no peito ou problemas cardíacos arritmias. 9. Confusão, convulsões, discinesias, distonias ou coma. <p>D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.</p>

Especifique o intoxicante específico (ou seja, substância do tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante).

Especifique

se: **Com distúrbios perceptuais:** Este especificador pode ser observado quando ocorrem alucinações com teste de realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou tátteis na ausência de delírio.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende se o estimulante é uma substância do tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante; se há uma substância do tipo anfetamina comórbida, cocaína ou outro transtorno por uso de estimulantes; e se há ou não distúrbios perceptivos.

Para intoxicação por substância do tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante, sem distúrbios de percepção: Se uma substância do tipo anfetamina leve ou outro

transtorno do uso de estimulantes for comorbidade, o código CID-10-CM é **F15.120**, e se uma substância do tipo anfetamina moderada ou grave substância do tipo anfetamina ou outro transtorno por uso de estimulantes é comorbidade, o código CID-10-CM é **F15.220**.

Se não houver substância do tipo anfetamina comórbida ou outro transtorno por uso de estimulantes, o código CID-10-CM é **F15.920**. Da mesma forma, se um transtorno por uso de cocaína leve é comórbido, o código CID-10-CM é **F14.120**, e se um transtorno por uso de cocaína moderado ou grave é comórbido, o código CID-10-CM é **F14.220**. Se não houver transtorno por uso de cocaína comórbido, o código CID-10-CM é **F14.920**.

Para intoxicação por substância do tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante, com distúrbios perceptuais: Se uma substância do tipo anfetamina leve ou outro

transtorno por uso de estimulante é comórbida, o código CID-10-CM é **F15.122**, e se uma substância do tipo anfetamina moderada ou grave substância do tipo anfetamina ou outro transtorno por uso de estimulantes é comórbido, o código CID-10-CM é **F15.222**. Se não houver substância do tipo anfetamina comórbida ou outro transtorno por uso de

estimulantes, o código CID-10-CM é **F15.922**. Da mesma forma, se um transtorno por uso de cocaína leve é comórbido, o código CID-10-CM é **F14.122**, e se um transtorno por uso de cocaína moderado ou grave é comórbido, o código CID-10-CM é **F14.222**. Se não houver transtorno por uso de cocaína comórbido, o código CID-10-CM é **F14.922**.

Características

diagnósticas A característica essencial da intoxicação por estimulantes, relacionada a substâncias do tipo anfetamina e cocaína, é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas que se desenvolvem durante ou logo após o uso de estimulantes (Critérios A e B). As alucinações auditivas podem ser proeminentes, assim como a ideação paranóide, e esses sintomas devem ser diferenciados de um transtorno psicótico independente, como a esquizofrenia. A intoxicação por estimulantes geralmente começa com um sentimento “alto” e inclui um ou mais dos seguintes: euforia com vigor aumentado, gregário, hiperatividade, inquietação, hipervigilância, sensibilidade interpessoal, loquacidade, ansiedade, tensão, alerta, grandiosidade, comportamento estereotipado e repetitivo, raiva, julgamento prejudicado e, no caso de intoxicação crônica, embotamento afetivo con-

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 do estimulante: taquicardia ou bradicardia; dilatação pupilar; pressão arterial elevada ou reduzida; transpiração ou calafrios; náusea ou vômito; evidência de perda de peso; agitação ou retardado psicomotor; fraqueza muscular, depressão respiratória, dor no peito ou arritmias cardíacas; e confusão, convulsões, discinesias, distonias ou coma (Critério C). A intoxicação, seja aguda ou crônica, é frequentemente associada ao funcionamento social ou ocupacional prejudicado. A intoxicação grave pode levar a convulsões, arritmias cardíacas, hiperpirexia e morte. Para que o diagnóstico de intoxicação estimulante seja feito, os sintomas não devem ser atribuíveis a outra condição médica e não são melhor explicados por outro transtorno mental

642

(Critério D). Enquanto a intoxicação por estimulantes ocorre em indivíduos com transtornos por uso de estimulantes, a intoxicação não é um critério para transtorno por uso de estimulantes, o que é confirmado pela presença de 2 dos 11 critérios diagnósticos para transtorno por uso.

Recursos associados

A magnitude e direção das mudanças comportamentais e fisiológicas dependem de muitas variáveis, incluindo a dose utilizada e as características do indivíduo que usa a substância ou o contexto (por exemplo, tolerância, taxa de absorção, cronicidade do uso, contexto em que foi tomada).

Efeitos estimulantes como euforia, aumento do pulso e da pressão arterial e atividade psicomotora são mais comumente observados. Efeitos depressores como tristeza, bradicardia, diminuição da pressão arterial e diminuição da atividade psicomotora são menos comuns e geralmente surgem apenas com o uso crônico de altas doses.

Prevalência

Embora a prevalência de intoxicação por estimulantes não seja conhecida, a prevalência de uso de estimulantes pode ser usada como proxy. Muitos indivíduos que usam estimulantes podem não ter sintomas que atendam totalmente aos critérios de intoxicação por estimulantes, o que requer "mudanças comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas". Assim, as taxas de uso de estimulantes podem ser consideradas os limites superiores da provável prevalência de intoxicação por estimulantes.

A prevalência estimada de uso de cocaína em 12 meses nos Estados Unidos é de 2,2% para indivíduos de 12 anos ou mais (0,5% entre indivíduos de 12 a 17 anos, 6,2% entre indivíduos de 18 a 25 anos e 1,7% entre indivíduos de 26 anos e mais velhos); 3% dos homens/meninos e 1,4% das mulheres/meninas usaram cocaína nos últimos 12 meses. A prevalência de uso de cocaína em doze meses é de 2,3% entre brancos, 2,2% entre hispânicos, 1,7% entre afro-americanos e 1% entre asiáticos-americanos.

A prevalência estimada de uso de metanfetamina em 12 meses nos Estados Unidos é de 0,6% para indivíduos com 12 anos ou mais (0,2% entre indivíduos com 12 a 17 anos, 1,1% entre indivíduos com 18 a 25 anos e 0,6% entre indivíduos com 26 e Mais velho). A prevalência de doze meses de uso de metanfetaminas é de 0,8% entre homens/meninos e 0,4% entre mulheres/meninas.

A prevalência de doze meses de uso de metanfetaminas é de 0,7% entre brancos, 0,6% entre hispânicos, 0,2% entre afro-americanos e 0,1% entre asiáticos-americanos. Pequena amostra

tamanhos tornam difícil estimar as taxas entre índios americanos/nativos do Alasca.

Diagnóstico diferencial

Transtornos mentais induzidos por estimulantes. A intoxicação por estimulantes é diferenciada dos transtornos mentais induzidos por estimulantes (p. ex., transtorno de ansiedade induzido por estimulantes, com início durante a intoxicação) porque os sintomas (p. apresentação clínica e preenchem todos os critérios para o transtorno relevante).

Transtornos mentais independentes. Distúrbios mentais salientes associados à intoxicação por estimulantes devem ser diferenciados dos sintomas de esquizofrenia, transtornos bipolares e depressivos, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de pânico, conforme descrito neste manual.

Comorbidade

Dada a sobreposição típica de intoxicação por estimulantes com transtorno por uso de estimulantes, consulte “Comorbidade” em Transtorno por uso de estimulantes para obter mais detalhes sobre condições concomitantes que provavelmente serão encontradas.

643

Retirada do Estimulante

Critério de diagnóstico

- A. Cessação (ou redução) do uso prolongado de substância do tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante.
- B. Humor disfórico e duas (ou mais) das seguintes alterações fisiológicas, desenvolvendo-se dentro de algumas horas a vários dias após o Critério A: 1.
 - 1. Fadiga.
 - 2. Sonhos vívidos e desagradáveis.
 - 3. Insônia ou hipersonia.
 - 4. Aumento do apetite.
 - 5. Retardo ou agitação psicomotora.
- C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.

Especifique a substância específica que causa a síndrome de abstinência (ou seja, substância do tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante).

Nota de codificação: O código ICD-10-CM depende se o estimulante é um

substância do tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante e se existe ou não uma substância do tipo anfetamina comórbida, cocaína ou outro transtorno por uso de estimulantes. Se uma substância leve do tipo anfetamina ou outro transtorno por uso de estimulantes for comorbidade, o código CID-10-CM é **F15.13**. Se uma substância do tipo anfetamina moderada ou grave ou outro transtorno por uso de estimulantes for comórbido, o código CID-10-CM é **F15.23**. Para substâncias do tipo anfetamina ou abstinência de outro estimulante que ocorre na ausência de substância do tipo anfetamina ou outro transtorno por uso de estimulantes (por exemplo, em um paciente tomando anfetaminas apenas sob supervisão médica apropriada), o código CID-10-CM é **F15.93**. Se o transtorno por uso de cocaína leve for comórbido, o código CID-10-CM é **F14.13**. Se o transtorno por uso de cocaína moderado ou grave for comórbido, o código CID-10-CM é **F14.23**. Para a abstinência de cocaína que ocorre na ausência de um transtorno por uso de cocaína, o código CID-10-CM é **F14.93**.

Características

diagnósticas A característica essencial da abstinência de estimulantes é a presença de uma síndrome de abstinência característica que se desenvolve dentro de algumas horas a vários dias após a cessação (ou redução acentuada) do uso de estimulantes (geralmente altas doses) que foi prolongado (Critério A). A síndrome de abstinência é caracterizada pelo desenvolvimento de humor disfórico acompanhado por duas ou mais das seguintes alterações fisiológicas: fadiga, sonhos vívidos e desagradáveis, insônia ou hipersonia, aumento do apetite e retardo ou agitação psicomotora (Critério B). A bradicardia está frequentemente presente e é uma medida confiável de retirada de estimulantes.

Anedonia e desejo por drogas muitas vezes podem estar presentes, mas não fazem parte dos critérios diagnósticos. Esses 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 atribuídos a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (Critério D).

644

Recursos associados

Sintomas agudos de abstinência ("um acidente") são frequentemente observados após períodos de uso repetitivo de altas doses ("corridas" ou "compulsão"). Esses sintomas são caracterizados por sentimentos intensos e desagradáveis de lassidão e depressão e aumento do apetite, geralmente exigindo vários dias de descanso e recuperação. Sintomas depressivos com pensamentos ou comportamentos suicidas podem ocorrer e geralmente são os problemas mais sérios observados durante o "crashing" ou outras formas de abstinência de estimulantes. Muitos indivíduos com transtorno por uso de estimulantes podem experimentar uma síndrome de abstinência em algum momento.

Diagnóstico diferencial

Transtornos mentais induzidos por estimulantes A abstinência de estimulantes é diferenciada dos transtornos mentais induzidos por estimulantes (p. ex., transtorno depressivo induzido por estimulantes, com início durante a abstinência) porque os sintomas (p. a apresentação clínica, e são graves o suficiente para justificar a atenção clínica.

Comorbidade

Dada a sobreposição típica de abstinência de estimulantes com transtorno por uso de estimulantes, consulte “Comorbidade” em Transtorno por uso de estimulantes para obter mais detalhes sobre condições concomitantes que provavelmente serão encontradas.

Transtornos Mentais Induzidos por Estimulantes

Os transtornos mentais induzidos por estimulantes a seguir (que incluem transtornos mentais induzidos por substâncias do tipo anfetamina, cocaína e outros transtornos mentais induzidos por estimulantes) são descritos em outros capítulos do manual com transtornos com os quais compartilham a fenomenologia (consulte o transtorno mental induzido por substância/medicamento transtornos nestes capítulos): transtorno psicótico induzido por estimulantes (“Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”); transtorno bipolar e relacionado induzido por estimulantes (“Transtornos Bipolares e Relacionados”); transtorno depressivo induzido por estimulantes (“Transtornos Depressivos”); transtorno de ansiedade induzido por estimulantes (“Transtornos de Ansiedade”); transtorno obsessivo-compulsivo induzido por estimulantes (“Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados”); distúrbio do sono induzido por estimulantes (“Distúrbios do Sono-Vigília”); disfunção sexual induzida por estimulantes (“Disfunções Sexuais”); e transtorno neurocognitivo leve induzido por estimulantes (“Distúrbios Neurocognitivos”). Para delírio de intoxicação por estimulantes e delírio induzido por estimulantes tomados conforme prescrito, veja os critérios e a discussão de delirium no capítulo “Distúrbios Neurocognitivos”. Esses transtornos mentais induzidos por estimulantes são diagnosticados em vez de intoxicação por estimulantes ou abstinência de estimulantes somente quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Transtorno Não Especificado Relacionado a Estimulantes

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno relacionado a estimulantes que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer transtorno específico relacionado a estimulantes ou qualquer dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e aditivos.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende se o estimulante é uma substância do tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante. O código CID-10-CM para uma substância não especificada do tipo anfetamina ou outro transtorno relacionado a estimulantes é **F15.99**. O código CID-10-CM para um transtorno não especificado relacionado à cocaína é **F14.99**.

Distúrbios Relacionados ao Tabaco

Transtorno por uso de tabaco

Critério de diagnóstico

- A. Um padrão problemático de uso de tabaco que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes, ocorrendo dentro de um período de 12 meses: 1. O tabaco é frequentemente consumido em quantidades maiores ou por um período mais longo do que foi pretendido.
2. Há um desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar uso do tabaco.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter ou usar o tabaco.
4. Desejo, ou um forte desejo ou urgência de fumar.
5. Uso recorrente de tabaco resultando em falha no cumprimento das principais obrigações do papel na trabalho, escola ou casa (por exemplo, interferência no trabalho).
6. Uso continuado do tabaco apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do tabaco (por exemplo, discussões com outras pessoas sobre o uso do tabaco).
7. Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes são abandonadas ou reduzidas devido ao uso do tabaco.
8. Uso recorrente de tabaco em situações em que é fisicamente perigoso (por exemplo, fumar na cama).
9. O uso de tabaco continua apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pelo tabaco.
10. Tolerância, conforme definido por qualquer um dos seguintes:
- a. A necessidade de quantidades nitidamente aumentadas de tabaco para atingir o efeito.
- b. Um efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de tabaco.
11. Desistência, manifestada por qualquer um dos seguintes: a. A síndrome de abstinência característica do tabaco (consulte os Critérios A e B dos critérios estabelecidos para a abstinência do tabaco). b. O tabaco (ou uma substância intimamente relacionada, como a nicotina) é consumido aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especifique se:

Em remissão precoce: depois que todos os critérios para transtorno por uso de tabaco foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de tabaco foi atendido por pelo menos 3 meses, mas por menos de 12 meses (com exceção do Critério A4, “Desejo ou forte desejo ou urgência de usar tabaco”, podem ser satisfeitas).

Em remissão sustentada: Depois que todos os critérios para transtorno por uso de tabaco foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de tabaco foi atendido em qualquer momento durante um período de 12 meses ou mais (com exceção do Critério A4, “Desejo ou forte desejo ou urgência de usar tabaco”, podem ser satisfeitas).

Especificar

se: **Em terapia de manutenção:** O indivíduo está tomando uma medicação de manutenção de longo prazo, como medicação de reposição de nicotina, e nenhum critério para transtorno por uso de tabaco foi atendido para essa classe de medicação (exceto tolerância ou abstinência à nicotina medicação de reposição).

Em ambiente controlado: Este especificador adicional é usado se o indivíduo estiver em um ambiente onde o acesso ao tabaco é restrito.

Código baseado na gravidade/remissão atual: Se uma abstinência do tabaco ou distúrbio do sono induzido pelo tabaco também estiver presente, não use os códigos abaixo para transtorno por uso de tabaco. Em vez disso, o transtorno por uso de tabaco comórbido é indicado no 4º caractere do código de transtorno induzido pelo tabaco (consulte a nota de codificação para abstinência do tabaco ou transtorno do sono induzido pelo tabaco). Por exemplo, se houver transtorno do sono induzido por tabaco comórbido e transtorno por uso de tabaco, apenas o código de transtorno do sono induzido por tabaco é fornecido, com o 4º caractere indicando se o transtorno por uso de tabaco comórbido é moderado ou grave: F17.208 para moderado ou transtorno por uso de tabaco grave com transtorno do sono induzido pelo tabaco. Não é permitido codificar um transtorno por uso de tabaco leve comórbido com um transtorno do sono induzido pelo tabaco.

Especifique a gravidade/remissão atual:

Z72.0 Leve: Presença de 2–3 sintomas.

F17.200 Moderado: Presença de 4–5 sintomas.

F17.201 Moderado, em remissão precoce

F17.201 Moderado, em remissão sustentada

F17.200 Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

F17.201 Grave, em remissão precoce

F17.201 Grave, em remissão sustentada

Especificadores

“Em terapia de manutenção” aplica-se como um especificador a ser adicionado a “em remissão” se o indivíduo estiver em remissão e em terapia de manutenção. “Em um ambiente controlado” aplica-se como um especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver em remissão e em um ambiente controlado (ou seja, em remissão precoce em um ambiente controlado ou em remissão sustentada em um ambiente controlado).

meio Ambiente). Exemplos desses ambientes são prisões sem substâncias, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas e supervisionadas de perto.

Características diagnósticas

O transtorno por uso de tabaco pode se desenvolver com o uso de todas as formas de tabaco (por exemplo, cigarros, tabaco de mascar, rapé, cachimbos, charutos, dispositivos eletrônicos de administração de nicotina, como cigarros eletrônicos [cigarros eletrônicos]) e com medicamentos contendo nicotina prescritos (nicotina goma e adesivo). A capacidade relativa desses produtos de produzir transtorno por uso de tabaco ou induzir a abstinência está associada à rapidez da via de administração (fumada sobre oral sobre transdérmica) e ao teor de nicotina do produto. O nome dessa categoria de substância foi alterado de “nicotina” nas edições anteriores do DSM para “tabaco” no DSM-5 com base nos danos causados pelo vício sendo associado principalmente ao tabaco e muito menos à nicotina.

O transtorno por uso de tabaco é comum entre indivíduos que usam cigarros e não fumantes tabaco diariamente, é menos comum entre indivíduos que usam cigarros eletrônicos e é incomum

647

entre aqueles que não usam tabaco diariamente ou usam medicamentos de nicotina. A tolerância ao tabaco é exemplificada pelo desaparecimento das náuseas e tonturas após a ingestão e pelo efeito mais intenso do tabaco na primeira vez em que é usado durante o dia. A cessação do uso do tabaco pode produzir uma síndrome de abstinência bem definida. Muitos indivíduos com transtorno por uso de tabaco usam o tabaco para aliviar ou evitar sintomas de abstinência (por exemplo, após estar em uma situação em que o uso é restrito). Muitos indivíduos com transtorno por uso de tabaco apresentam sintomas físicos ou doenças relacionadas ao tabaco e continuam fumando. A grande maioria relata desejo quando não fuma por várias horas. Gastar tempo excessivo usando tabaco pode ser exemplificado pelo tabagismo ininterrupto (ou seja, fumar um cigarro após o outro sem tempo entre os cigarros). Como as fontes de tabaco estão prontamente e legalmente disponíveis, e como a intoxicação por tabaco é muito rara, é incomum gastar muito tempo tentando obter tabaco ou se recuperando de seus efeitos. O abandono de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes pode ocorrer quando um indivíduo abandona uma atividade porque ocorre em áreas restritas ao uso do tabaco. O uso de tabaco raramente resulta em falha em cumprir obrigações importantes (p. uso) ou uso que é fisicamente perigoso (por exemplo, fumar na cama, fumar perto de produtos químicos inflamáveis) ocorrem em uma prevalência intermediária. Embora esses critérios sejam menos frequentemente endossados por usuários de tabaco, se endossados, podem indicar um transtorno mais grave.

Recursos associados

Fumar até 30 minutos após acordar, fumar diariamente, fumar mais cigarros por dia e acordar à noite para fumar estão associados ao transtorno por uso de tabaco. Sinais ambientais podem evocar desejo e retraimento. Condições médicas graves geralmente ocorrem, incluindo câncer de pulmão e outros, doenças cardíacas e pulmonares, problemas perinatais, tosse, falta de ar e envelhecimento acelerado da pele.

Prevalência

Embora os cigarros sejam o produto do tabaco mais comumente usado, o uso de outros produtos do tabaco (especialmente cigarros eletrônicos) tornou-se mais comum. Nos Estados Unidos, 19% dos adultos usaram um produto de tabaco no último ano, 19% usaram mais de um produto, 14% usaram cigarros, 4% usaram charutos, 3% usaram cigarros eletrônicos e 2% usaram tabaco sem fumaça. Um quarto (24%) dos fumantes atuais dos EUA são fumantes não diários.

A prevalência de 12 meses de transtorno por uso de tabaco DSM-5 nos Estados Unidos em 2012–2013 foi de 20% entre adultos com 18 anos ou mais e 29,6% entre nativos americanos, 22,3% entre brancos não latinos, 20,1% entre afro-americanos, 12,2% entre latinos e 11,2% entre asiático-americanos e ilhéus do Pacífico. A prevalência foi maior entre os homens; os que eram jovens, solteiros, menos instruídos, pobres ou residentes no sul dos Estados Unidos; e aqueles com quase qualquer transtorno psiquiátrico. A prevalência entre os fumantes diários atuais é de aproximadamente 50%.

Comparações globais mostram que em todas as regiões geográficas do mundo, a prevalência padronizada por idade do tabagismo diário é maior em homens do que em mulheres, mas a proporção de gênero varia muito, de 16,9:1 no leste da Ásia a 1,2:1 na Australásia.

Desenvolvimento e Curso

Cerca de 20% dos alunos do último ano do ensino médio dos EUA relatam ter fumado cigarros alguma vez, e cerca de 5% usaram nos últimos 30 dias. Entre os adolescentes que fumam cigarros pelo menos mensalmente, a maioria desses indivíduos se tornará usuários diários de tabaco no futuro. O início do tabagismo após os 21 anos é raro. Alguns dos sintomas dos critérios do transtorno por uso de tabaco (por exemplo, desejo) ocorrem logo após o início do uso do tabaco, sugerindo que o processo de dependência começa com o uso inicial; no entanto, o cumprimento dos critérios do DSM geralmente ocorre ao longo de vários anos.

648

O tabagismo não diário tornou-se mais prevalente desde o final da década de 1990 nos Estados Unidos, especialmente entre indivíduos de 18 a 34 anos, negros, hispânicos e indivíduos com pelo menos educação universitária.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Indivíduos com traços de personalidade externalizantes são mais propensos a iniciar o uso do tabaco. Crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou transtorno de conduta e adultos com transtornos depressivos, bipolares, ansiosos, de personalidade, psicóticos ou outros transtornos por uso de substâncias correm maior risco de iniciar e continuar o uso de tabaco e de transtorno por uso de tabaco.

Ambiental. Pessoas com baixa renda e baixo nível educacional são mais propensas a iniciar tabagismo e são menos propensos a parar.

Genética e fisiológica. Fatores genéticos contribuem para o início do uso do tabaco, a continuação do uso do tabaco e o desenvolvimento do transtorno por uso de tabaco, com um grau de herdabilidade equivalente ao observado com outros transtornos por uso de substâncias (ou seja, cerca de 50%). Parte desse risco é específico do tabaco, e parte é comum com a vulnerabilidade de desenvolver qualquer transtorno por uso de substâncias.

Prevalência

Embora os cigarros sejam o produto do tabaco mais comumente usado, o uso de outros produtos do tabaco (especialmente cigarros eletrônicos) tornou-se mais comum. Nos Estados Unidos, 19% dos adultos usaram um produto de tabaco no último ano, 19% usaram mais de um produto, 14% usaram cigarros, 4% usaram charutos, 3% usaram cigarros eletrônicos e 2% usaram tabaco sem fumaça. Um quarto (24%) dos fumantes atuais dos EUA são fumantes não diários.

A prevalência de 12 meses de transtorno por uso de tabaco DSM-5 nos Estados Unidos em 2012–2013 foi de 20% entre adultos com 18 anos ou mais e 29,6% entre nativos americanos, 22,3% entre brancos não latinos, 20,1% entre afro-americanos, 12,2% entre latinos e 11,2% entre asiático-americanos e ilhéus do Pacífico. A prevalência foi maior entre os homens; os que eram jovens, solteiros, menos instruídos, pobres ou residentes no sul dos Estados Unidos; e aqueles com quase qualquer transtorno psiquiátrico. A prevalência entre os fumantes diários atuais é de aproximadamente 50%.

Comparações globais mostram que em todas as regiões geográficas do mundo, a prevalência padronizada por idade do tabagismo diário é maior em homens do que em mulheres, mas a proporção de gênero varia muito, de 16,9:1 no leste da Ásia a 1,2:1 na Australásia.

Desenvolvimento e Curso Cerca de

20% dos alunos do último ano do ensino médio dos EUA relatam ter fumado cigarros alguma vez, e cerca de 5% usaram nos últimos 30 dias. Entre os adolescentes que fumam cigarros pelo menos mensalmente, a maioria desses indivíduos se tornará usuários diários de tabaco no futuro. O início do tabagismo após os 21 anos é raro. Alguns dos sintomas dos critérios do transtorno por uso de tabaco (por exemplo, desejo) ocorrem logo após o início do uso do tabaco, sugerindo que o processo de dependência começa com o uso inicial; no entanto, o cumprimento dos critérios do DSM geralmente ocorre ao longo de vários anos.

648

O tabagismo não diário tornou-se mais prevalente desde o final da década de 1990 nos Estados Unidos, especialmente entre indivíduos de 18 a 34 anos, negros, hispânicos e indivíduos com pelo menos educação universitária.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Indivíduos com traços de personalidade externalizantes são mais propensos a iniciar o uso do tabaco. Crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ou transtorno de conduta e adultos com transtornos depressivos, bipolares, ansiosos, de personalidade, psicóticos ou outros transtornos por uso de substâncias correm maior risco de iniciar e continuar o uso de tabaco e de transtorno por uso de tabaco.

Ambiental. Pessoas com baixa renda e baixo nível educacional são mais propensas a iniciar tabagismo e são menos propensos a parar.

Genética e fisiológica. Fatores genéticos contribuem para o início do uso do tabaco, a continuação do uso do tabaco e o desenvolvimento do transtorno por uso de tabaco, com um grau de herdabilidade equivalente ao observado com outros transtornos por uso de substâncias (ou seja, cerca de 50%). Parte desse risco é específico do tabaco, e parte é comum com a vulnerabilidade de desenvolver qualquer transtorno por uso de substâncias.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

A aceitação do uso do tabaco varia de acordo com os contextos culturais. A prevalência padronizada por idade do tabagismo diário varia muito por região geográfica, variando de 4,7% na África Subsaariana Ocidental a 24,2% na Europa Oriental. O grau em que essas diferenças geográficas são resultado de atividades de renda, educação e controle do tabagismo em um país não é claro.

A prevalência do uso de tabaco nos Estados Unidos varia de acordo com a idade, sexo e origem etnoracial, com menores taxas de início do tabagismo e progressão para o tabagismo diário entre jovens negros, especialmente mulheres jovens. Polimorfismos de enzimas hepáticas que variam entre grupos etnoraciais podem afetar o metabolismo da nicotina, contribuindo para a variação no comportamento de fumar. A maior prevalência de transtorno por uso de tabaco também está associada à exposição ao racismo e à discriminação étnica. A prevalência de dependência de nicotina do DSM-IV é maior entre indivíduos adultos lésbicas, gays e bissexuais do que entre heterossexuais, possivelmente também devido a uma associação com a exposição à discriminação relacionada à orientação sexual. Entre os indivíduos com dependência de nicotina do DSM-IV, menor renda e escolaridade estão associados à persistência do transtorno.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero A

proporção de homens para mulheres entre os fumantes dos EUA é de aproximadamente 1,4:1 e permaneceu estável entre 2004 e 2014. Essa proporção geralmente é consistente em vários níveis de renda e educação. A proporção diminui em grupos etários mais velhos, pois menos homens estão fumando à medida que a idade aumenta. A literatura de vários cenários dos EUA sugere que o reforço negativo (ou seja, que fumar alivia o afeto negativo) é um motivador maior nas mulheres do que nos homens. Os efeitos do ciclo menstrual sobre o tabagismo são encontrados de forma inconsistente, mas a abstinência do tabaco parece pior na fase lútea do que na fase folicular do ciclo. As mulheres grávidas fumam a uma taxa mais baixa do que as mulheres não grávidas, mas voltam a fumar rapidamente após o parto.

Marcadores de diagnóstico

Os seguintes biomarcadores podem ser usados para medir a extensão do uso de tabaco ou nicotina: monóxido de carbono na respiração e nicotina e seu metabólito cotinina no sangue, saliva ou urina; no entanto, estes estão apenas fracamente associados ao transtorno por uso de tabaco.

649

Associação com Pensamentos ou Comportamentos Suicidas Dados

de pesquisas nacionais dos EUA mostram que o uso de cigarros no ano passado está associado a um risco duas a três vezes maior de pensamentos e comportamentos suicidas, com idade mais precoce no primeiro uso de tabaco aumentando o risco. Evidências da Administração de Saúde dos Veteranos dos EUA mostram que, mesmo após o ajuste para covariáveis, o transtorno por uso de tabaco está associado a um risco aumentado de suicídio. Um grande estudo de gêmeos na Finlândia descobriu que a relação entre o uso de tabaco e o suicídio aumentou de maneira dose-resposta, e que para gêmeos idênticos discordantes para o uso de tabaco, o uso de tabaco foi associado a um risco seis vezes maior de suicídio.

Consequências Funcionais do Transtorno por Uso de Tabaco

As consequências médicas do uso do tabaco geralmente começam quando os usuários de tabaco estão na faixa dos 40 anos e geralmente

tornar-se progressivamente mais debilitante ao longo do tempo. Metade dos fumantes que não param de fumar morrerá precocemente de uma doença relacionada ao tabaco, e a morbidade relacionada ao tabagismo ocorre em mais da metade dos usuários de tabaco. A maioria das condições médicas resulta da exposição ao monóxido de carbono, alcatrões e outros componentes não nicotínicos do tabaco. O principal preditor de reversibilidade é a duração do tabagismo. O fumo passivo aumenta o risco de doenças cardíacas e câncer em 30%. O uso prolongado de medicamentos de nicotina não parece causar danos médicos.

Comorbidade As

condições médicas mais comuns decorrentes do tabagismo são doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer. O tabagismo também aumenta os problemas perinatais, como baixo peso ao nascer e aborto espontâneo. A prevalência de tabagismo é quase duas vezes maior em indivíduos com transtorno depressivo maior; embora a prevalência de tabagismo nos Estados Unidos seja maior entre indivíduos de baixo nível socioeconômico, o aumento da prevalência de tabagismo entre aqueles com depressão é independente do nível socioeconômico. As comorbidades psiquiátricas mais comuns associadas ao tabagismo são álcool e outras substâncias, depressão, transtorno bipolar, ansiedade, personalidade e transtornos de déficit de atenção/hiperatividade. Nos Estados Unidos, indivíduos com transtorno psiquiátrico são três vezes mais propensos do que outros a ter transtorno por uso de tabaco. Adultos com transtorno por uso de tabaco DSM-5 são significativamente mais propensos do que outros adultos a ter transtornos psiquiátricos comórbidos, incluindo outros transtornos por uso de substâncias DSM-5, transtorno depressivo maior, transtorno bipolar I, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático e Transtornos de personalidade borderline e antissocial.

Retirada do Tabaco

Critério de diagnóstico

F17.203

- A. Uso diário de tabaco por pelo menos várias semanas.
- B. Cessação abrupta do uso de tabaco, ou redução na quantidade de tabaco usada, seguida dentro de 24 horas por quatro (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas: 1. Irritabilidade, frustração ou raiva.
- 2. Ansiedade.
- 3. Dificuldade de concentração.
- 4. Aumento do apetite.
- 5. Inquietação.
- 6. Humor deprimido.
- 7. Insônia.

650

- C. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuídos a outra condição médica e não são melhor explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outra substância.

Nota de codificação: O código CID-10-CM para retirada de tabaco é **F17.203**. Observe que o código CID-10-CM indica a presença comórbida de um transtorno por uso de tabaco moderado ou grave, refletindo o fato de que a abstinência do tabaco só pode ocorrer na presença de um transtorno por uso de tabaco moderado ou grave.

Características de diagnóstico

Os sintomas de abstinência prejudicam a capacidade de parar de fumar. Os sintomas após a abstinência do tabaco são em grande parte devido à privação de nicotina. A abstinência do tabaco é comum entre os usuários diários de tabaco que param ou reduzem o uso de tabaco. Os sintomas são mais intensos entre os indivíduos que fumam cigarros e também usam diariamente o tabaco sem fumaça ou o cigarro eletrônico. Essa intensidade dos sintomas é provavelmente atribuída ao início mais rápido e aos níveis mais altos de nicotina com o tabagismo. Abstinência significativa entre aqueles que não são usuários diários de cigarros ou usam apenas medicamentos de nicotina é incomum.

Normalmente, a frequência cardíaca diminui de 5 a 12 bpm nos primeiros dias após parar de fumar e o peso aumenta em média de 2 a 3 kg durante o primeiro ano após parar de fumar.

A abstinência do tabaco pode produzir alterações de humor clinicamente significativas e comprometimento funcional. Por causa dos efeitos de condicionamento, a abstinência pode ser provocada por sugestões ambientais, como ver outras pessoas fumando. A redução gradual do tabaco diminui a gravidade da abstinência.

Recursos associados

O desejo por tabaco ou nicotina é muito comum durante a abstinência e tem um grande efeito na capacidade de permanecer abstinente. A abstinência pode aumentar a impulsividade e a anedonia e pode diminuir o afeto positivo. A abstinência de tabaco ou nicotina também parece aumentar o desejo por alimentos doces ou açucarados e prejudica o desempenho em tarefas que exigem vigilância. Fumar aumenta o metabolismo de muitos medicamentos usados para tratar transtornos mentais; assim, a cessação do tabagismo pode aumentar os níveis sanguíneos desses medicamentos, e isso pode produzir resultados clinicamente significativos. Este efeito parece ser devido não à nicotina, mas sim a outros compostos do tabaco.

Prevalência

Aproximadamente 50% dos fumantes diários que param por 2 ou mais dias terão quatro ou mais sintomas de abstinência do tabaco. Os sinais e sintomas mais comumente endossados são ansiedade, irritabilidade e dificuldade de concentração. Os sintomas menos comumente endossados são depressão e insônia.

Desenvolvimento e Curso A abstinência

do tabaco geralmente começa dentro de 24 horas após a interrupção ou redução do uso do tabaco, atinge o pico em 2 a 3 dias após a abstinência e geralmente dura 2 a 3 semanas. Os sintomas de abstinência do tabaco podem ocorrer entre adolescentes usuários de tabaco, mesmo antes do uso diário do tabaco. Sintomas prolongados além de 1 mês podem ocorrer, mas são incomuns.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Fumantes com transtornos depressivos, transtornos bipolares, transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e outros transtornos por uso de substâncias têm abstinência mais grave.

651

Genética e fisiológica. O genótipo pode influenciar a probabilidade de abstinência após a abstinência.

Marcadores de diagnóstico

Os seguintes biomarcadores podem ser usados para medir a extensão do uso de tabaco ou nicotina, mas são apenas fracamente associados à abstinência do tabaco: monóxido de carbono na respiração e nicotina e seu metabólito cotinina no sangue, saliva ou urina.

Consequências Funcionais da Abstinência do Tabaco A abstinência do

tabaco pode causar sofrimento significativo e dificuldade de funcionamento em uma minoria de fumantes, mas isso pode ser incomum. A abstinência prejudica a capacidade de parar ou controlar o uso do tabaco. Se a abstinência do tabaco pode levar ao desenvolvimento de um novo transtorno mental ou a recorrência de um transtorno mental é discutível, mas se isso ocorrer, seria em uma pequena minoria de usuários de tabaco.

Diagnóstico Diferencial Os

sintomas da abstinência do tabaco se sobrepõem aos das síndromes de abstinência de outras substâncias (por exemplo, abstinência de álcool; abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; abstinência de estimulantes; abstinência de cafeína; abstinência de opióides); intoxicação por cafeína; ansiedade, depressão, transtorno bipolar e distúrbios do sono; e acatisia induzida por medicamentos. A admissão em unidades de internação sem fumo ou a cessação voluntária do tabagismo pode induzir sintomas de abstinência que imitam, intensificam ou disfarçam outros distúrbios ou efeitos adversos de medicamentos usados para tratar distúrbios mentais (por exemplo, irritabilidade que se acredita ser devido à abstinência de álcool pode ser devido ao tabaco cancelamento). A redução dos sintomas com o uso de nicotina confirma o diagnóstico.

Comorbidade

Dada a sobreposição típica de abstinência do tabaco com transtorno por uso de tabaco, consulte “Comorbidade” em Transtorno por uso de tabaco para obter mais detalhes sobre condições concomitantes que provavelmente serão encontradas.

Transtornos Mentais Induzidos pelo Tabaco

Distúrbios do sono induzidos pelo tabaco são discutidos no capítulo “Transtornos do sono-vigília” (consulte “Transtornos do sono induzidos por substâncias/medicamentos”).

Transtorno Não Especificado Relacionado ao Tabaco

F17.209

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno relacionado ao tabaco que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer transtorno específico relacionado ao tabaco ou qualquer dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e aditivos.

652

Outras (ou Desconhecidas) Relacionadas a Substâncias Distúrbios

Transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido)

Intoxicação por outra substância (ou desconhecida)

Retirada de outra substância (ou desconhecida)

Outros Transtornos Mentais Induzidos por Substâncias (ou Desconhecidos)

Transtorno Não Especificado Relacionado a Outra Substância (ou Desconhecido)

Transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido)

Critério de diagnóstico

- A. Um padrão problemático de uso de uma substância intoxicante não classificável dentro do álcool; cafeína; cannabis; alucinógeno (fenciclidina e outros); inalante; opióide; sedativo, hipnótico ou ansiolítico; estimulante; ou categorias de tabaco e levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes, ocorrendo dentro de um período de 12 meses: 1. A substância é frequentemente consumida em quantidades maiores ou por um período mais longo do que foi pretendido.
2. Há um desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar o uso da substância.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter a substância, usar a substância ou recuperar-se de seus efeitos.
4. Desejo, ou um forte desejo ou urgência de usar a substância.
5. Uso recorrente da substância resultando em falha no cumprimento de obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.

6. Uso continuado da substância apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos de seu uso.
7. Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes são abandonadas ou reduzido devido ao uso da substância.
8. Uso recorrente da substância em situações em que é fisicamente perigoso.
9. O uso da substância é continuado apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância.
10. Tolerância, conforme definido por qualquer um dos seguintes:
 - uma. Necessidade de quantidades nitidamente aumentadas da substância para atingir intoxicação ou efeito desejado.
 - b. Um efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
11. Desistência, manifestada por qualquer um dos seguintes: a. A síndrome de abstinência característica para outra substância (ou desconhecida) (consulte os Critérios A e B dos conjuntos de critérios para abstinência de outra substância [ou desconhecida]).

653

- b. A substância (ou uma substância intimamente relacionada) é tomada para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Especifique

se: **Em remissão precoce:** depois que todos os critérios para transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido) foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido) foi atendido por pelo menos 3 meses, mas por menos de 12 meses (com a exceção de que o Critério A4, “Desejo ou forte desejo ou urgência de usar a substância”, pode ser atendido).

Em remissão sustentada: Depois que todos os critérios para transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido) foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido) foi atendido em qualquer momento durante um período de 12 meses ou mais (com a exceção de que o Critério A4, “Fissura, ou um forte desejo ou urgência de usar a substância”, pode ser atendido).

Especifique

se: **Em um ambiente controlado:** Este especificador adicional é usado se o indivíduo estiver em um ambiente onde o acesso à substância é restrito.

Código baseado na gravidade/remissão atual: Se uma intoxicação por outra substância (ou desconhecida), abstinência de outra substância (ou desconhecida), ou outro transtorno mental induzido por substância (ou desconhecida) estiver presente, não use os códigos abaixo para outras (ou desconhecido) transtorno por uso de substâncias. Em vez disso, o transtorno comórbido por uso de outra substância (ou desconhecida) é indicado no 4º caractere do outro (ou desconhecido)

código de transtorno induzido por substância (consulte a nota de codificação para intoxicação por outra substância [ou desconhecida], abstinência de outra substância [ou desconhecida] ou transtorno mental específico induzido por outra substância [ou desconhecida]). Por exemplo, se houver transtorno depressivo induzido por outra substância (ou desconhecida) comórbido e transtorno por uso de outra substância (ou desconhecida), apenas o código de transtorno depressivo induzido por outra substância (ou desconhecida) é fornecido, com o 4º caractere indicando se o transtorno por uso de outra substância (ou desconhecida) comórbido é leve, moderado ou grave: F19.14 para transtorno por uso de outra substância (ou desconhecida) com outro transtorno depressivo induzido por substância (ou desconhecido) ou F19.24 para outro transtorno moderado ou grave transtorno por uso de substância (ou desconhecida) com transtorno depressivo induzido por outra substância (ou desconhecida).

Especifique a gravidade/remissão atual:

F19.10 Leve: Presença de 2–3 sintomas.

F19.11 Leve, Em remissão precoce

F19.11 Leve, Em remissão sustentada

F19.20 Moderado: Presença de 4-5 sintomas.

F19.21 Moderado, em remissão precoce

F19.21 Moderado, em remissão sustentada

F19.20 Grave: Presença de 6 ou mais sintomas.

F19.21 Grave, em remissão precoce

F19.21 Grave, em remissão sustentada

Especificadores

“Em um ambiente controlado” se aplica como um especificador adicional de remissão se o indivíduo estiver em remissão e em um ambiente controlado (ou seja, em remissão precoce em um ambiente controlado ou em remissão sustentada em um ambiente controlado). Exemplos desses ambientes são prisões sem substâncias, comunidades terapêuticas e unidades hospitalares fechadas e supervisionadas de perto.

654

Características diagnósticas

A classe diagnóstica de transtornos relacionados a outras substâncias (ou desconhecidas) se aplica a substâncias que não estão incluídas em nenhuma das nove classes de substâncias apresentadas anteriormente neste capítulo (ou seja, álcool; cafeína; cannabis; alucinógenos [fenciclidina e outros]; inalantes; opióides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes; ou tabaco). Tais substâncias incluem esteróides anabolizantes; anti-inflamatórios não esteróides; corticosteróides; medicamentos antiparkinsonianos; anti-histamínicos; óxido nitroso; nitritos de amilo, butil ou isobutil; noz de bétel, que é mastigada em muitas regiões geográficas para produzir uma euforia leve e uma sensação de flutuação; e kava (de uma planta de pimenta do Pacífico Sul), que produz leve euforia, sedação, incoordenação e perda de peso, bem como efeitos na saúde (por exemplo, hepatite leve, anormalidades pulmonares). Observe que as substâncias gasosas são incluídas na categoria de inalantes apenas se forem agentes de hidrocarboneto

substâncias gasosas (incluindo óxido nitroso mencionado acima) estão incluídas na categoria de outras substâncias (ou desconhecidas). Os transtornos relacionados a substâncias desconhecidas estão associados a substâncias não identificadas, como intoxicações nas quais o indivíduo não consegue identificar a droga ingerida, ou transtornos por uso de substâncias envolvendo drogas novas, do mercado negro ainda não identificadas ou drogas familiares vendidas ilegalmente sob nomes falsos.

Observe que as substâncias incluídas no escopo de uma das classes de substâncias devem ser codificadas nessa respectiva classe de substâncias e não podem ser incluídas na categoria "outras substâncias". Por exemplo, as seguintes substâncias estão explicitamente incluídas em classes de substâncias específicas e não devem ser incluídas na categoria "outras substâncias": os canabinóides sintéticos estão incluídos na categoria cannabis; o propofol está incluído na categoria sedativo, hipnótico ou ansiolítico; e catinonas (incluindo agentes vegetais *khât* e derivados químicos sintéticos) estão incluídos na categoria estimulante.

O transtorno por uso de outra substância (ou desconhecida) é um transtorno mental no qual o uso repetido de outra substância ou substância desconhecida normalmente continua, apesar de o indivíduo saber que a substância está causando sérios problemas para o indivíduo. Esses problemas se refletem nos critérios diagnósticos. Quando a substância é conhecida, mas não se enquadra em nenhuma das outras nove classes de substâncias, ela deve ser refletida ao registrar e codificar o nome do transtorno (por exemplo, "transtorno por uso de óxido nitroso", usando o código aplicável para outro [ou desconhecido] transtorno por uso de substâncias).

Recursos associados

Um diagnóstico de transtorno por uso de outra substância (ou desconhecida) é apoiado por qualquer um dos seguintes: o uso relatado pelo indivíduo de uma substância que não está entre as nove classes listadas neste capítulo; episódios recorrentes de intoxicação com resultados negativos em triagens padrão de medicamentos, que podem não detectar substâncias novas ou raramente usadas; e a presença de sintomas característicos de uma substância não identificada que apareceu recentemente na comunidade do indivíduo.

Devido ao acesso ao óxido nitroso ("gás do riso"), a adesão em certas populações pode estar associada ao uso frequente da substância e possivelmente ao diagnóstico de transtorno por uso de óxido nitroso. O papel desse gás como agente anestésico leva ao uso indevido por alguns profissionais médicos e odontológicos, e seu uso como propelente para produtos comerciais (por exemplo, dispensadores de chantilly) contribui para o uso indevido por trabalhadores de serviços de alimentação. O uso indevido de óxido nitroso por adolescentes e adultos jovens é significativo, e alguns indivíduos com uso muito frequente podem apresentar sérias complicações médicas e condições mentais, incluindo mieloneuropatia, degeneração combinada subaguda da medula espinhal, neuropatia periférica e psicose.

O uso de gases de nitrito amil-, butil- e isobutil (e similares) é prevalente entre homens homossexuais e alguns adolescentes, especialmente aqueles com transtorno de conduta.

Os transtornos por uso de substâncias geralmente estão associados a riscos elevados de suicídio, mas não há evidência de fatores de risco únicos para suicídio com transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido).

Prevalência

Com base em dados extremamente limitados, a prevalência da maioria dos outros transtornos por uso de substâncias (ou desconhecidos) é provavelmente menor do que a de transtornos por uso envolvendo as nove classes de substâncias neste estudo.

capítulo. Para certas substâncias gasosas, a prevalência de uso não é rara (a prevalência ao longo da vida na população familiar dos EUA para indivíduos com 12 anos ou mais é estimada em 4,6% para óxido nitroso e 2,5% para nitritos), mas com que frequência os padrões de uso se qualificam para um transtorno de uso é desconhecido.

Desenvolvimento e Curso Nenhum

padrão único de desenvolvimento ou curso caracteriza os transtornos por uso de substâncias farmacologicamente variados (ou desconhecidos). Frequentemente, os transtornos por uso de substâncias desconhecidas serão reclassificados quando a substância desconhecida eventualmente for identificada.

Fatores de risco e prognóstico Os fatores de

risco e prognóstico para outros transtornos por uso de substâncias (ou desconhecidos) são semelhantes aos da maioria dos transtornos por uso de substâncias e incluem a presença de quaisquer outros transtornos por uso de substâncias, transtorno de conduta ou transtorno de personalidade antisocial no indivíduo ou a família do indivíduo; início precoce de problemas com substâncias; fácil disponibilidade da substância no ambiente do indivíduo; maus-tratos ou traumas na infância; e evidência de autocontrole precoce limitado e desinibição comportamental.

Problemas de diagnóstico relacionados à cultura

Certas culturas podem estar associadas a outros (ou desconhecidos) transtornos por uso de substâncias envolvendo substâncias indígenas específicas dentro da região cultural, como noz de bátele.

Marcadores de diagnóstico

Testes de urina, respiração ou saliva podem identificar corretamente uma substância comumente usada vendida falsamente como um novo produto. No entanto, os testes clínicos de rotina geralmente não conseguem identificar substâncias realmente incomuns ou novas, que podem exigir testes em laboratórios especializados.

Diagnóstico diferencial

Uso de outras substâncias ou substâncias desconhecidas sem atender aos critérios para transtorno por uso de outras substâncias (ou desconhecidas).

O uso de substâncias desconhecidas não é raro entre adolescentes, mas a maioria do uso não atende ao padrão diagnóstico de dois ou mais critérios para transtorno por uso de outra substância (ou desconhecida) em um período de 12 meses.

Transtornos por uso de substâncias. Outros transtornos por uso de substâncias (ou desconhecidos) podem ocorrer concomitantemente com vários transtornos por uso de substâncias que envolvem qualquer uma das nove classes de substâncias apresentadas anteriormente neste capítulo, e os sintomas dos transtornos podem ser semelhantes e sobrepostos. Para desvendar os padrões de sintomas, é útil perguntar quais sintomas persistiram durante os períodos em que algumas das substâncias não estavam sendo usadas.

Intoxicação por outra substância (ou desconhecida), abstinência de outra substância (ou desconhecida) e transtornos mentais induzidos por outra substância (ou desconhecida).

O transtorno por uso de outra substância (ou desconhecida) é diferenciado de intoxicação por outra substância (ou desconhecida), abstinência de outra (ou desconhecida) e transtornos mentais induzidos por outra (ou desconhecida) substância (por exemplo, transtorno bipolar induzido por corticosteroide e transtorno relacionado) em que o transtorno por uso de outra substância (ou desconhecida) descreve um padrão problemático de uso da outra substância (ou desconhecida) que envolve o controle prejudicado sobre o uso da substância,

deficiência atribuível ao uso da substância, uso de risco da substância (por exemplo, uso continuado apesar de complicações médicas) e sintomas farmacológicos (o desenvolvimento de

656

tolerância ou abstinência), enquanto a intoxicação por outra substância (ou desconhecida), abstinência por outra substância (ou desconhecida) e outros transtornos mentais induzidos por substância (ou desconhecida) descrevem síndromes psiquiátricas que ocorrem no contexto de uso intenso. Intoxicação por outra substância (ou desconhecida), abstinência de outra substância (ou desconhecida) e outros transtornos mentais induzidos por substância (ou desconhecida) podem ocorrer em indivíduos com transtorno por uso de outra substância (ou desconhecida). Nesses casos, um diagnóstico de intoxicação por outra substância (ou desconhecida), abstinência de outra substância (ou desconhecida) ou transtorno mental induzido por outra substância (ou desconhecida) deve ser dado, além de um diagnóstico de uso de outra substância (ou desconhecida). desordem, cuja presença é indicada no código de diagnóstico.

Comorbidade

Transtornos por uso de substâncias, incluindo transtorno por uso de outras substâncias (ou desconhecidas), são comumente comórbidos entre si, com transtorno de conduta na adolescência e com transtorno de personalidade antissocial.

Intoxicação por outra substância (ou desconhecida)

Critério de diagnóstico

- A. O desenvolvimento de uma síndrome reversível específica da substância atribuível à ingestão recente de (ou exposição a) uma substância que não está listada em outro lugar ou é desconhecida.
- B. Alterações comportamentais ou psicológicas problemáticas clinicamente significativas que são atribuíveis ao efeito da substância no sistema nervoso central (por exemplo, coordenação motora prejudicada, agitação ou retardo psicomotor, euforia, ansiedade, beligerância, labilidade de humor, comprometimento cognitivo, julgamento prejudicado, afastamento social) e se desenvolvem durante ou logo após o uso da substância.
- C. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Especifique

se: **Com distúrbios perceptuais:** Este especificador pode ser observado quando ocorrem alucinações com teste de realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou tátteis na ausência de delírio.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende se há um transtorno por uso de outra substância comórbida (ou desconhecido) envolvendo a mesma substância e se há ou não distúrbios perceptivos.

Para intoxicação por outra substância (ou desconhecida), sem distúrbios de percepção: Se um transtorno leve por uso de outra substância (ou desconhecida) for comórbido, o código CID-10-CM é **F19.120**, e se um outro (ou desconhecido) moderado ou grave transtorno por uso de substâncias é comórbido, o código CID-10-CM é **F19.220**. Se não houver transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido) comórbido, o código CID-10-CM é **F19.920**.

Para intoxicação por outra substância (ou desconhecida), com distúrbios perceptivos: Se um transtorno leve por uso de outra substância (ou desconhecida) for comórbido, o código CID-10-CM é **F19.122**, e se um outro (ou desconhecido) moderado ou grave transtorno por uso de substâncias é comórbido, o código CID-10-CM é **F19.222**. Se não houver transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido) comórbido, o código CID-10-CM é **F19.922**.

Observação: para obter informações sobre fatores de risco e prognóstico, problemas de diagnóstico relacionados à cultura e marcadores de diagnóstico, consulte as seções correspondentes em Outros (ou Desconhecido) Transtorno por Uso de Substâncias.

657

Características diagnósticas

A característica essencial da intoxicação por outra substância (ou desconhecida) é a presença de alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas que se desenvolvem durante ou imediatamente após o uso de a) uma substância não incluída em uma das nove classes de substâncias apresentadas neste capítulo (ou seja, álcool; cafeína; cannabis; fenciclidina e outros alucinógenos; inalantes; opióides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes; ou tabaco) ou b) uma substância desconhecida. Se a substância for conhecida, deve ser refletida no nome do transtorno na codificação (por exemplo, "intoxicação por kava").

A aplicação dos critérios diagnósticos para intoxicação por outra substância (ou desconhecida) é muito desafiadora. O critério A requer o desenvolvimento de uma "síndrome específica da substância" reversível, mas se a substância for desconhecida, essa síndrome geralmente será desconhecida. Para resolver esse conflito, os médicos podem perguntar ao indivíduo ou obter um histórico colateral sobre se o indivíduo experimentou um episódio semelhante após o uso de substâncias com o mesmo nome de "rua" ou da mesma fonte. Da mesma forma, os departamentos de emergência do hospital às vezes reconhecem, durante alguns dias, inúmeras apresentações de uma síndrome de intoxicação grave e desconhecida de uma substância recentemente disponível e anteriormente desconhecida. Devido à grande variedade de substâncias intoxicantes, o Critério B pode fornecer apenas exemplos amplos de sinais e sintomas de algumas intoxicações, sem limite para o número de sintomas necessários para o diagnóstico; julgamento clínico orienta essas decisões. O critério C requer a exclusão de outras condições médicas, transtornos mentais ou intoxicações.

Prevalência

A prevalência de intoxicação por outra substância (ou desconhecida) é desconhecida.

Desenvolvimento e Curso

As intoxicações geralmente aparecem e atingem o pico minutos a horas após o uso da substância, mas o início e o curso variam com a substância e a via de administração. Geralmente, as substâncias usadas por inalação pulmonar e injeção intravenosa têm o início de ação mais rápido, enquanto aquelas ingeridas por via oral e que requerem metabolismo para um produto ativo são muito mais lentas. (Por exemplo, após a ingestão de certos cogumelos, os primeiros sinais de uma intoxicação fatal podem não aparecer por alguns dias.) Os efeitos da intoxicação geralmente desaparecem dentro de horas a poucos dias. No entanto, o corpo pode eliminar completamente um gás anestésico, como o óxido nitroso, apenas alguns minutos após o término do uso. No outro extremo, algumas substâncias tóxicas “atropeladas” envenenam os sistemas, deixando deficiências permanentes. Por exemplo, MPTP (1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetrahidropiridina), um subproduto contaminante na síntese de um certo opióide, mata células dopaminérgicas e induz parkinsonismo permanente em indivíduos que procuraram opióide intoxicação.

Consequências Funcionais de Outra Substância (ou Desconhecida) Intoxicação

O comprometimento da intoxicação com qualquer substância pode ter sérias consequências, incluindo disfunção no trabalho, indiscrições sociais, problemas nas relações interpessoais, descumprimento das obrigações do papel, acidentes de trânsito, brigas, comportamentos de alto risco (ou seja, sexo desprotegido) e substâncias ou overdose de medicamentos. O padrão de consequências irá variar com a substância em particular.

Diagnóstico Diferencial Uso de

outra substância ou substância desconhecida, sem preencher critérios para intoxicação por outra substância (ou desconhecida).

O indivíduo fazia uso de outra(s) substância(s) desconhecida(s), mas a dose foi insuficiente para produzir sintomas que atendessem aos critérios diagnósticos necessários para o diagnóstico.

658

Intoxicação por substância ou outros transtornos mentais induzidos por substância/medicamento. Substâncias familiares podem ser vendidas no mercado negro como produtos novos, e os indivíduos podem ficar intoxicados por essas substâncias. Histórico, exames toxicológicos ou testes químicos da própria substância podem ajudar a identificá-la. A intoxicação por outra substância é diferenciada de outros transtornos mentais induzidos por substância/medicamento (p. intoxicação, predominam na apresentação clínica e são suficientemente graves para justificar a atenção clínica.

Outros distúrbios tóxicos, metabólicos, traumáticos, neoplásicos, vasculares ou infecciosos que prejudiquem a função cerebral e a cognição.

Numerosas condições neurológicas e outras condições médicas podem produzir um início rápido de sinais e sintomas que imitam os de intoxicações, incluindo os exemplos do Critério B.

Paradoxalmente, a retirada de drogas também deve ser descartada; por exemplo, letargia pode indicar abstinência de uma droga ou intoxicação por outra substância.

Comorbidade

Assim como todos os transtornos relacionados a substâncias, o transtorno de conduta na adolescência, o transtorno de personalidade antissocial e outros transtornos por uso de substâncias tendem a ocorrer concomitantemente com outra (ou desconhecida) intoxicação por substância.

Retirada de outra substância (ou desconhecida)

Critério de diagnóstico

- A. Cessação (ou redução) do uso de uma substância que tenha sido pesada e prolongado.
- B. O desenvolvimento de uma síndrome específica da substância logo após a cessação (ou redução) do uso da substância.
- C. A síndrome substância-específica causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- D. Os sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo abstinência de outra substância.
- E. A substância envolvida não pode ser classificada em nenhuma das outras categorias de substâncias (álcool; cafeína; cannabis; opióides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; estimulantes; ou tabaco) ou é desconhecida.

Especifique

se: **Com distúrbios perceptuais:** Este especificador pode ser observado quando ocorrem alucinações com teste de realidade intacto ou ilusões auditivas, visuais ou tátteis na ausência de delírio.

Nota de codificação: O código CID-10-CM depende da existência ou não de um transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido) comórbido e de haver ou não distúrbios perceptivos.

Para abstinência de outra substância (ou desconhecida), sem distúrbios de percepção:

Se um transtorno leve por uso de outra substância (ou desconhecida) for comórbido, o código CID-10-CM é **F19.130**, e se um transtorno moderado ou grave de outra substância (ou desconhecido) transtorno por uso de substâncias é comórbido, o código CID-10-CM é **F19.230**.

Se não houver transtorno de uso de outra substância (ou desconhecida) comórbida (por exemplo, em um paciente tomando outra substância [ou desconhecida] apenas sob supervisão médica apropriada), então o código CID-10-CM é **F19.930**.

Para abstinência de outra substância (ou desconhecida), com distúrbios de percepção:

Se um transtorno leve por uso de outra substância (ou desconhecida) for comórbido, o código CID-10-CM é

é comorbidade, o código CID-10-CM é **F19.232**. Se não houver transtorno de uso de outra substância (ou desconhecida) comórbida (por exemplo, em um paciente tomando outra substância [ou desconhecida] apenas sob supervisão médica apropriada), o código CID-10-CM é **F19.932**.

Nota: Para obter informações sobre Fatores de Risco e Prognósticos e Marcadores de Diagnóstico, consulte as seções correspondentes em Transtorno por Uso de Outras Substâncias (ou Desconhecidas).

Características diagnósticas

A abstinência de outra substância (ou desconhecida) é uma síndrome clinicamente significativa que se desenvolve durante ou dentro de algumas horas a dias após a redução ou término da dosagem de uma substância (Critérios A e B). Embora a redução ou interrupção recente da dose geralmente seja clara na história, outros procedimentos diagnósticos são muito desafiadores se a droga for desconhecida. O critério B requer o desenvolvimento de uma “síndrome específica da substância” (ou seja, os sinais e sintomas do indivíduo devem corresponder à síndrome de abstinência conhecida da droga recentemente interrompida) – um requisito que raramente pode ser atendido com uma substância desconhecida. Consequentemente, o julgamento clínico deve orientar tais decisões quando essas informações são limitadas. O Critério D exige a exclusão de outras condições médicas, transtornos mentais ou abstinência de substâncias familiares. Quando a substância é conhecida, ela deve ser refletida no nome do distúrbio na codificação (por exemplo, “retirada de noz de bêtele”).

Prevalência

A prevalência de abstinência de outra substância (ou desconhecida) é desconhecida.

Desenvolvimento e curso Os sinais

de abstinência geralmente aparecem algumas horas após o término do uso da substância, mas o início e o curso variam muito, dependendo da dose normalmente usada e da taxa de eliminação da substância específica do corpo. No pico de gravidade, os sintomas de abstinência de algumas substâncias envolvem apenas níveis moderados de desconforto, enquanto a abstinência de outras substâncias pode ser fatal. A disforia associada à abstinência muitas vezes motiva a recaída ao uso de substâncias. Os sintomas de abstinência diminuem lentamente ao longo de dias, semanas ou meses, dependendo da droga específica e das doses às quais o indivíduo se tornou tolerante.

Consequências Funcionais de Outra Substância (ou Desconhecida) Cancelamento

A abstinência de qualquer substância pode ter consequências graves, incluindo sinais e sintomas físicos (por exemplo, mal-estar, alterações nos sinais vitais, desconforto abdominal, dor de cabeça), desejo intenso de drogas, ansiedade, depressão, agitação, sintomas psicóticos ou deficiências cognitivas. Essas consequências podem levar a problemas como disfunção no trabalho, problemas nos relacionamentos interpessoais, descumprimento de obrigações de papel, acidentes de trânsito, brigas, comportamento de alto risco (por exemplo, sexo desprotegido), tentativas de suicídio e overdose de substâncias ou medicamentos. O padrão de consequências irá variar com a substância em particular.

Diagnóstico diferencial

Redução da dose após dosagem prolongada, mas não atendendo aos critérios para retirada de outra substância (ou desconhecida).

O indivíduo fazia uso de outras substâncias (ou desconhecidas), mas a dose utilizada era insuficiente para produzir sintomas que atendessem aos critérios exigidos para o diagnóstico de abstinência.

Abstinência de substância ou outros transtornos mentais induzidos por substância/medicamento. Substâncias familiares podem ser vendidas no mercado negro como produtos novos, e os indivíduos podem sofrer abstinência ao descontinuar essas substâncias. Histórico, exames toxicológicos ou

660

testes químicos da própria substância podem ajudar a identificá-la. A abstinência de outra substância é diferenciada de outros transtornos mentais induzidos por substância/medicamento (por exemplo, transtorno de ansiedade induzido por venlafaxina, com início durante a abstinência) porque os sintomas (por exemplo, ansiedade) nesses últimos transtornos excedem os sintomas (se conhecidos) geralmente associados com a retirada da substância específica, predominam na apresentação clínica e são graves o suficiente para justificar a atenção clínica.

Outros distúrbios tóxicos, metabólicos, traumáticos, neoplásicos, vasculares ou infecciosos que prejudiquem a função cerebral e a cognição.

Numerosas condições neurológicas e outras condições médicas podem produzir um rápido início de sinais e sintomas que imitam os de abstinência. Paradoxalmente, intoxicações medicamentosas também devem ser descartadas; por exemplo, letargia pode indicar abstinência de uma droga ou intoxicação por outra substância.

Comorbidade Tal

como acontece com todos os transtornos relacionados a substâncias, transtorno de conduta na adolescência, transtorno de personalidade antissocial e outros transtornos por uso de substâncias provavelmente co-ocorrem com a abstinência de outra substância (ou desconhecida).

Mental induzido por outra substância (ou desconhecida) Distúrbios

Como a categoria de outras substâncias ou substâncias desconhecidas é inherentemente mal definida, a extensão e o alcance desses transtornos mentais induzidos por substâncias são incertos. No entanto, outros transtornos mentais induzidos por substância (ou desconhecidos) são possíveis e são descritos em outros capítulos do manual com transtornos com os quais compartilham a fenomenologia (veja os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento nestes capítulos): outra (ou desconhecida) substância – transtorno psicótico induzido (“Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”); transtorno bipolar e relacionado induzido por outra substância (ou desconhecida) (“Transtornos Bipolares e Relacionados”); transtorno depressivo induzido por outra substância (ou desconhecida) (“Transtornos Depressivos”); outros transtornos de ansiedade induzidos por substâncias (ou desconhecidos) (“Transtornos de Ansiedade”); transtorno obsessivo-compulsivo induzido por outra substância (ou desconhecida) (“Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados”); distúrbio do sono induzido por outra substância (ou desconhecida) (“Distúrbios do Sono-Vigília”); disfunção sexual induzida por outra substância (ou desconhecida) (“Disfunções Sexuais”); e outros (ou desconhecidos) transtornos mentais induzidos por substância (ou desconhecidos).

transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por substância/medicamento (“Transtornos Neurocognitivos”). Para delírio de intoxicação induzido por outra substância (ou desconhecida), delírio de abstinência induzido por outra substância (ou desconhecida) e delírio induzido por outra substância (ou desconhecida) tomada conforme prescrito, consulte os critérios e a discussão sobre delirium no capítulo “Transtornos neurocognitivos.” Esses transtornos mentais induzidos por outra substância (ou desconhecida) são diagnosticados em vez de intoxicação por outra substância (ou desconhecida) ou abstinência de outra substância (ou desconhecida) somente quando os sintomas são suficientemente graves para justificar atenção clínica independente.

Relacionado a outra substância não especificada (ou desconhecida) Transtorno

F19.99

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno relacionado a outra substância (ou desconhecida) que causam sofrimento clinicamente significativo ou

661

o comprometimento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não preenchem todos os critérios para qualquer outro transtorno específico relacionado a substância (ou desconhecido) ou qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias.

Transtornos Não Relacionados a Substâncias

Distúrbio de jogo

Critério de diagnóstico

F63.0

- A. Comportamento de jogo problemático persistente e recorrente que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, conforme indicado pelo indivíduo que exibe quatro (ou mais) dos seguintes em um período de 12 meses:
1. Precisa jogar com quantias crescentes de dinheiro para alcançar o excitação desejada.
 2. Fica inquieto ou irritável ao tentar reduzir ou parar de jogar.
 3. Fez repetidos esforços mal sucedidos para controlar, reduzir ou parar jogatina.
 4. Está frequentemente preocupado com jogos de azar (por exemplo, tendo pensamentos persistentes de

reviver experiências passadas de jogo, fazer desvantagens ou planejar o próximo empreendimento, pensar em maneiras de obter dinheiro para jogar).

5. Frequentemente joga quando se sente angustiado (por exemplo, impotente, culpado, ansioso, depressivo).
6. Depois de perder dinheiro jogando, muitas vezes retorna outro dia para se vingar ("perseguir" perdas).
7. Mentiras para ocultar a extensão do envolvimento com jogos de azar.
8. Prejudicou ou perdeu um relacionamento significativo, emprego ou oportunidade educacional ou de carreira por causa do jogo.
9. Depende de outros para fornecer dinheiro para aliviar situações financeiras desesperadoras causadas pelo jogo.

B. O comportamento de jogo não é melhor explicado por um episódio maníaco.

Especifique

se: **Episódico:** Atendendo aos critérios diagnósticos em mais de um momento, com os sintomas desaparecendo entre os períodos de transtorno de jogo por pelo menos vários meses.

Persistente: experimentando sintomas contínuos, para atender aos critérios de diagnóstico por vários anos.

Especifique

se: **Em remissão precoce:** Depois que todos os critérios para transtorno de jogo foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno de jogo foi atendido por pelo menos 3 meses, mas por menos de 12 meses.

Em remissão sustentada: Depois que todos os critérios para transtorno de jogo foram preenchidos anteriormente, nenhum dos critérios para transtorno de jogo foi atendido durante um período de 12 meses ou mais.

Especifique a gravidade atual:

Leve: 4–5 critérios atendidos.

Moderado: 6–7 critérios atendidos.

Grave: 8–9 critérios atendidos.

Nota: Embora algumas condições comportamentais que não envolvem a ingestão de substâncias tenham semelhanças com transtornos relacionados a substâncias, apenas um transtorno – transtorno do jogo – possui dados suficientes para ser incluído nesta seção.

Especificadores

A gravidade é baseada no número de critérios endossados. Indivíduos com transtorno de jogo leve podem apresentar apenas 4 a 5 dos critérios, com os critérios mais frequentemente endossados geralmente relacionados à preocupação com o jogo e "perseguir" perdas. Indivíduos com transtorno de jogo moderadamente grave exibem mais critérios (ou seja, 6-7). Indivíduos com a forma mais grave apresentarão

todos ou a maioria dos nove critérios (ou seja, 8-9). Prejudicar relacionamentos ou oportunidades de carreira por causa do jogo e depender de outros para fornecer dinheiro para perdas no jogo são normalmente os critérios menos endossados e ocorrem com mais frequência entre aqueles com transtorno de jogo mais grave. Além disso, os indivíduos que se apresentam para tratamento do transtorno de jogo geralmente apresentam formas moderadas a graves do transtorno.

Características de

diagnóstico O jogo envolve arriscar algo de valor na esperança de obter algo de maior valor. Em muitas culturas, os indivíduos apostam em jogos e eventos, e a maioria o faz sem problemas. No entanto, alguns indivíduos desenvolvem deficiências substanciais relacionadas aos seus comportamentos de jogo. A característica essencial do transtorno de jogo é o comportamento de jogo mal-adaptativo persistente e recorrente que interrompe atividades pessoais, familiares e/ou vocacionais (Critério A). O transtorno do jogo é definido como um conjunto de quatro ou mais dos sintomas listados no Critério A ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses.

Um padrão de “perseguir as próprias perdas” pode se desenvolver, com uma necessidade urgente de continuar jogando (muitas vezes fazendo apostas maiores ou assumindo maiores riscos) para desfazer uma perda ou uma série de perdas. O indivíduo pode abandonar uma estratégia de jogo e tentar recuperar as perdas de uma só vez. Embora muitos jogadores possam “perseguir” por curtos períodos de tempo, é a “perseguição” frequente, e muitas vezes de longo prazo, que é característica do transtorno do jogo (Critério A6). Os indivíduos podem mentir para familiares, terapeutas ou outros para ocultar a extensão do envolvimento com o jogo; esses casos de fraude também podem incluir, mas não estão limitados a, encobrir comportamentos ilegais, como falsificação, fraude, roubo ou desfalque para obter dinheiro para jogar (Critério A7).

Os indivíduos também podem se envolver em comportamentos de “resgate”, recorrendo à família ou a outros para obter ajuda em uma situação financeira desesperadora causada pelo jogo (Critério A9).

Em alguns casos, os sintomas que atendem aos critérios diagnósticos para o transtorno do jogo podem ocorrer como consequência fisiológica direta do uso de medicamentos dopaminérgicos, como os usados para tratar a doença de Parkinson. Quando tais sintomas são induzidos por um medicamento, esses casos seriam diagnosticados como transtorno do jogo.

Recursos associados

Distorções no pensamento (por exemplo, negação, superstições, senso de poder e controle sobre o resultado de eventos casuais, excesso de confiança) podem estar presentes em indivíduos com transtorno de jogo. Muitos indivíduos com transtorno do jogo acreditam que o dinheiro é a causa e a solução de seus problemas. Alguns indivíduos com transtorno do jogo são impulsivos, competitivos, enérgicos, inquietos e facilmente entediados; eles podem estar excessivamente preocupados com a aprovação dos outros e podem ser generosos ao ponto da extravagância ao vencer. Outros indivíduos com transtorno do jogo são deprimidos e solitários, e podem jogar quando se sentem impotentes, culpados ou deprimidos.

Prevalência

A taxa de prevalência do transtorno de jogo no ano passado é de cerca de 0,2% a 0,3% na população geral dos EUA, com uma faixa de 0,1% a 0,7% observada em estudos internacionais. No

população geral dos EUA, a taxa de prevalência ao longo da vida é de cerca de 0,4% a 1,0%. Para as mulheres, a taxa de prevalência ao longo da vida do transtorno do jogo é de cerca de 0,2% e para os homens é de cerca de 0,6%. A prevalência de 12 meses do transtorno de jogo DSM-5 varia entre os grupos etnoraciais nos Estados Unidos: é de 0,52% em afro-americanos, 0,25% em latinos e 0,23% em brancos não latinos.

Desenvolvimento e Curso O início do

transtorno do jogo pode ocorrer durante a adolescência ou no início da idade adulta, mas em outros indivíduos ele se manifesta durante a meia-idade ou mesmo a idade adulta mais avançada. Geralmente, o transtorno do jogo se desenvolve ao longo dos anos, embora a progressão pareça ser mais rápida nas mulheres do que nos homens. Dados nacionais dos Estados Unidos e Canadá mostram que a maioria dos indivíduos que desenvolve um transtorno de jogo apresenta um padrão de jogo que aumenta gradualmente tanto na frequência quanto na quantidade de apostas. Certamente, formas mais leves podem evoluir para casos mais graves.

A maioria dos indivíduos com transtorno de jogo relata que um ou dois tipos de jogo são mais problemáticos para eles, embora alguns indivíduos participem de muitas formas de jogo.

Os indivíduos tendem a se envolver em certos tipos de jogos de azar (por exemplo, comprar bilhetes de raspadinha diariamente) com mais frequência do que outros (por exemplo, jogar caça-níqueis ou blackjack no cassino semanalmente). A frequência do jogo pode estar mais relacionada ao tipo de jogo do que à gravidade do transtorno geral do jogo. Por exemplo, comprar uma única raspadinha por dia pode não ser problemático, enquanto cassinos, esportes ou jogos de cartas menos frequentes podem fazer parte de um distúrbio de jogo. Da mesma forma, as quantias de dinheiro gastas em apostas não são em si indicativas de transtorno de jogo. Alguns indivíduos podem apostar milhares de dólares por mês e não ter problemas com o jogo, enquanto outros podem apostar quantias muito menores, mas experimentam dificuldades substanciais relacionadas ao jogo.

Os padrões de jogo podem ser regulares ou episódicos, e o transtorno de jogo pode ser persistente ou em remissão. O jogo pode aumentar durante períodos de estresse ou depressão e durante períodos de uso de substâncias ou abstinência. Pode haver períodos de jogo pesado e problemas graves, tempos de abstinência total e períodos de jogo não problemático. O distúrbio do jogo às vezes está associado a remissões espontâneas de longo prazo. No entanto, alguns indivíduos subestimam sua vulnerabilidade para desenvolver transtorno de jogo ou recaída após a remissão.

Quando em um período de remissão, eles podem assumir incorretamente que não terão problemas para regular o jogo e que podem se envolver em algumas formas de jogo sem problemas, apenas para experimentar uma recaída do distúrbio do jogo.

A expressão precoce do transtorno do jogo é mais comum entre homens jovens (idades de 18 a 21 anos) do que entre mulheres jovens. Indivíduos que começam a jogar na juventude costumam fazê-lo com familiares ou amigos. O desenvolvimento de transtorno de jogo no início da vida parece estar associado à impulsividade e ao abuso de substâncias. O jogo na Internet tem sido associado a jogos de azar arriscados e problemáticos entre os jovens e pode ser conduzido de forma mais isolada (ou seja, sem pares). Algumas características de jogos de vídeo (por exemplo, caixas de saque ou caixas de saque contendo prêmios determinados por acaso que podem ser de maior ou menor valor ou conveniência) se sobrepõem ao comportamento de jogo e podem influenciar o curso do transtorno de jogo. Muitos estudantes do ensino médio e universitários que desenvolvem o transtorno do jogo crescem com o transtorno ao longo do tempo, embora continue a ser um problema ao longo da vida para alguns. O início do transtorno de jogo no meio e na velhice é mais comum entre as mulheres do que entre os homens.

Existem variações de idade e sexo no tipo de atividades de jogo e nas taxas de prevalência de transtorno de jogo. O distúrbio do jogo nos Estados Unidos é mais comum entre indivíduos mais jovens e de meia-idade do que entre adultos mais velhos. Entre os jovens adultos dos EUA (com idades entre 18 e 21 anos), o distúrbio é mais prevalente em homens jovens do que em mulheres jovens. Indivíduos mais jovens preferem diferentes formas de jogo (por exemplo, apostas esportivas), enquanto os adultos mais velhos são mais propensos a desenvolver problemas com caça-níqueis e jogos de bingo. Embora as proporções de indivíduos que procuram tratamento para o transtorno do jogo sejam baixas em todas as faixas etárias nos Estados Unidos, é especialmente improvável que indivíduos mais jovens se apresentem para tratamento.

Fatores de risco e prognóstico

664

Temperamental. O jogo que começa na infância ou no início da adolescência está associado ao aumento das taxas de transtorno de jogo. O transtorno do jogo também parece se agregar ao transtorno de personalidade antissocial, transtornos depressivos e bipolares e outros transtornos por uso de substâncias, particularmente transtorno por uso de álcool.

Genética e fisiológica. O transtorno do jogo pode se agregar nas famílias, e esse efeito parece estar relacionado a fatores ambientais e genéticos. Problemas de jogo são mais frequentes em gêmeos monozigóticos do que em dizigóticos. O transtorno do jogo também é mais prevalente entre parentes de primeiro grau de indivíduos com transtorno por uso de álcool moderado a grave do que entre a população em geral.

Modificadores de curso. Muitos indivíduos, incluindo adolescentes e adultos jovens, provavelmente resolverão seus problemas com o transtorno de jogo ao longo do tempo, embora um forte preditor de problemas de jogo futuros sejam problemas de jogo anteriores. A psicopatologia, incluindo déficit de atenção/ hiperatividade e transtornos de ansiedade, foi encontrada associada ao aumento do risco de aparecimento de transtorno de jogo entre aqueles que jogam e à persistência de sintomas de transtorno de jogo ao longo do tempo.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura Os

tipos de atividades de jogo variam entre contextos culturais e grupos etnoraciais (por exemplo, pôquer, brigas de galos, blackjack, corridas de cavalos). Algumas populações indígenas no Canadá, Nova Zelândia e Estados Unidos têm altas taxas de prevalência de problemas com jogos de azar, possivelmente relacionados a oportunidades econômicas limitadas, a expectativa de que o jogo possa ajudar a promover objetivos sociais e a localização de cassinos em algumas terras tribais dos EUA. Indivíduos nascidos nos EUA têm taxas mais altas de problemas com jogos de azar do que imigrantes de primeira geração nos Estados Unidos. O endosso de critérios específicos de transtorno pode variar entre os grupos etnoraciais. Por exemplo, entre os indivíduos com problemas de jogo, os asiáticos-americanos podem ser menos propensos do que outros grupos a endossar a preocupação com o jogo (Critério A4), enquanto os afro-americanos e latinos podem ser mais propensos a endossar repetidos esforços malsucedidos para controlar o jogo (Critério A3) .

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero Os

homens desenvolvem o transtorno do jogo em taxas mais altas do que as mulheres, embora essa diferença de gênero possa estar diminuindo. Dados de populações que procuram tratamento sugeriram que as mulheres podem desenvolver

problemas de jogo mais rapidamente após o início do jogo (chamado telescoping), embora os dados da população em geral sugiram que os homens progridem mais rapidamente para o jogo desordenado do que as mulheres. Embora as mulheres procurem tratamento mais cedo do que os homens, as taxas de procura de tratamento em pesquisas nacionais dos EUA são baixas (< 10%) entre indivíduos com transtorno de jogo, independentemente do sexo.

As mulheres podem jogar como uma abordagem mal adaptada ao afeto negativo, enquanto os homens podem jogar mais pela emoção. Em comparação com os homens, as mulheres também podem sentir mais vergonha relacionada ao jogo. Os homens tendem a apostar em diferentes formas de jogo do que as mulheres, com jogos de cartas, esportes e corridas de cavalos mais prevalentes entre os homens, e jogos de caça-níqueis e bingo mais comuns entre as mulheres. Mulheres com transtorno de jogo são mais propensas do que homens com transtorno de jogo a ter transtornos depressivos, bipolares e de ansiedade.

Associação com pensamentos ou comportamento suicida

Em um estudo nos EUA, até metade dos indivíduos em tratamento para transtorno de jogo em Connecticut relataram pensamentos suicidas e cerca de 17% relataram tentativa de suicídio. Um estudo de registro nacional na Suécia mostrou que, em comparação com indivíduos sem transtorno de jogo, indivíduos com idades entre 20 e 74 anos com transtorno de jogo têm uma taxa de mortalidade por suicídio 15 vezes maior.

665

Consequências funcionais do transtorno do jogo

Áreas do funcionamento psicossocial, de saúde e da saúde mental podem ser adversamente afetadas pelo transtorno do jogo. Especificamente, os indivíduos com transtorno de jogo podem, por causa de seu envolvimento com jogos de azar, comprometer ou perder relacionamentos importantes com familiares ou amigos. Tais problemas podem ocorrer ao mentir repetidamente para outros para encobrir a extensão do jogo ou ao solicitar dinheiro que é usado para jogar ou para pagar dívidas de jogo. O emprego ou as atividades educacionais também podem ser afetados negativamente pelo transtorno do jogo; Absenteísmo ou mau desempenho no trabalho ou na escola podem ocorrer com o transtorno do jogo, pois os indivíduos podem jogar durante o horário de trabalho ou escolar ou estar preocupados com o jogo ou suas consequências adversas quando deveriam estar trabalhando ou estudando. Indivíduos com transtorno de jogo em uma amostra nacional dos EUA tinham saúde geral ruim e utilizavam serviços médicos em alta cotações.

Diagnóstico Diferencial

Jogo não-transtornado

O transtorno do jogo deve ser diferenciado do jogo profissional e social. No jogo profissional, os riscos são limitados e a disciplina é central. O jogo social geralmente ocorre com amigos ou colegas e dura um período limitado de tempo, com perdas aceitáveis. Algumas pessoas podem experimentar problemas associados ao jogo (por exemplo, comportamento de perseguição de curto prazo e perda de controle) que não atendem a todos os critérios para transtorno de jogo.

Episódio maníaco. Perda de julgamento e jogo excessivo podem ocorrer durante um episódio maníaco. Um diagnóstico adicional de transtorno de jogo deve ser dado apenas se o comportamento de jogo não for melhor explicado por episódios maníacos (por exemplo, uma história de comportamento de jogo mal adaptado em momentos que não sejam durante um episódio maníaco). Alternativamente, um indivíduo com transtorno de jogo pode,

durante um período de jogo, exibe um comportamento que se assemelha a um episódio maníaco, mas uma vez que o indivíduo está longe do jogo, essas características maníacas se dissipam.

Distúrbios de personalidade. Problemas com jogos de azar podem ocorrer em indivíduos com transtorno de personalidade antissocial e outros transtornos de personalidade. Se os critérios forem atendidos para ambos os distúrbios, ambos podem ser diagnosticados.

Sintomas de jogo devido a medicamentos dopaminérgicos. Alguns indivíduos que tomam medicamentos dopaminérgicos (por exemplo, para a doença de Parkinson) podem sentir impulsos para jogar que podem ser angustiantes ou prejudiciais o suficiente para atender aos critérios para transtorno de jogo. Nesses casos, um diagnóstico de transtorno de jogo seria garantido.

Comorbidade O

transtorno do jogo está associado a problemas de saúde geral. Além disso, algumas condições médicas específicas, como taquicardia e angina, são mais comuns entre indivíduos com transtorno de jogo do que na população em geral, mesmo quando outros transtornos por uso de substâncias, incluindo transtorno por uso de tabaco, são controlados. Em pesquisas nacionais dos EUA, indivíduos com transtorno de jogo têm altas taxas de comorbidade com outros transtornos mentais, como transtornos por uso de substâncias, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e transtornos de personalidade. Em alguns indivíduos, outros transtornos mentais podem preceder o transtorno do jogo e estar ausentes ou presentes durante a manifestação do transtorno do jogo. O transtorno do jogo também pode ocorrer antes do início de outros transtornos mentais, especialmente transtornos bipolares e relacionados, transtornos de ansiedade e transtornos por uso de substâncias. Em uma pesquisa nacional dos EUA, em aproximadamente três quartos dos casos de indivíduos com transtorno de jogo e outro transtorno mental, outra psicopatologia precedeu o transtorno de jogo.

Distúrbios Neurocognitivos

Os transtornos neurocognitivos (DCNTs) iniciam-se com delirium, seguidos pelas síndromes de DCNT maior, DCNT leve e seus subtipos etiológicos. Os subtipos de NCD principais ou leves são NCD devido à doença de Alzheimer; NCD vascular; NCD com corpos de Lewy; DCNT devido à doença de Parkinson; NCD frontotemporal; DCNT devido a traumatismo crânioencefálico; DCNT devido à infecção pelo HIV; DCNT induzida por substância/medicamento; DCNT devido à doença de Huntington; DCNT devido à doença do príon; DCNT devido a outra condição médica; DCNT devido a múltiplas etiologias; e NCD não especificado. A categoria DNT engloba o grupo de transtornos em que o déficit clínico primário está na função cognitiva e que são adquiridos e não de desenvolvimento.

Embora os déficits cognitivos estejam presentes em muitos, se não em todos os transtornos mentais (por exemplo, esquizofrenia, transtornos bipolares), apenas os transtornos cujas características centrais são cognitivas são incluídos na categoria de DNT. As DCNT são aquelas em que a cognição prejudicada não está presente desde o nascimento ou muito cedo na vida e, portanto, representa um declínio de um nível de funcionamento previamente alcançado.

As NCDs são únicas entre as categorias do DSM-5, pois são síndromes para as quais a patologia subjacente e, frequentemente, também a etiologia, podem ser potencialmente determinadas. As várias doenças subjacentes têm sido objeto de extensa pesquisa, experiência clínica e consenso de especialistas sobre critérios diagnósticos. Os critérios do DSM-5 para esses distúrbios foram desenvolvidos em estreita consulta com os grupos de especialistas para cada uma das entidades da doença e se alinham o mais próximo possível aos critérios de consenso atuais para cada uma delas. A utilidade potencial dos biomarcadores também é discutida em relação ao diagnóstico. A demência é incluída na entidade recém-nomeada *transtorno neurocognitivo maior*, embora o termo *demência* não seja impedido de ser usado nos subtipos etiológicos nos quais esse termo é padrão. Além disso, o DSM-5 reconhece um nível menos grave de comprometimento cognitivo, *transtorno neurocognitivo leve*, que também pode ser foco de cuidado. São fornecidos critérios diagnósticos para ambas as entidades sindrômicas, seguidos de critérios diagnósticos para os diferentes subtipos etiológicos. Várias das DNTs frequentemente coexistem entre si, e suas relações podem ser caracterizadas de forma múltipla em diferentes subtítulos de capítulos, incluindo “Diagnóstico Diferencial” (por exemplo, DNT devido à doença de Alzheimer versus DNT vascular), “Fatores de risco e prognóstico” (por exemplo, patologia vascular aumentando a expressão clínica da doença de Alzheimer) ou “Comorbidade” (por exemplo, doença de Alzheimer mista-patologia vascular).

O termo *demência* é mantido no DSM-5 para continuidade e pode ser usado em ambientes onde médicos e pacientes estão acostumados a esse termo. Embora demência seja o termo habitual para distúrbios como as demências degenerativas que geralmente afetam adultos mais velhos, o termo *distúrbio neurocognitivo* é amplamente utilizado e frequentemente preferido para condições que afetam indivíduos mais jovens, como deficiência secundária a lesão cerebral traumática ou infecção por HIV.

Além disso, a definição de DNT maior é um pouco mais ampla do que o termo *demência*, pois um diagnóstico de DNT maior pode ser feito se houver um declínio cognitivo significativo em apenas um domínio cognitivo, enquanto um diagnóstico de demência na CID-10 e CID-11 (e anteriormente em

DSM-IV) requer múltiplos déficits cognitivos. Assim, os casos que se qualificariam na CID-10 e CID-11 (e anteriormente DSM-IV) para um diagnóstico de transtorno amnésico (deficiência de memória na ausência de outros déficits cognitivos) são diagnosticados como TNC maior no DSM-5.

668

Domínios neurocognitivos Os critérios

para as várias DCNT são baseados em domínios cognitivos definidos. A [Tabela 1](#) fornece para cada um dos domínios-chave uma definição de trabalho, exemplos de sintomas ou observações sobre deficiências nas atividades cotidianas e exemplos de avaliações. Os domínios assim definidos, juntamente com as diretrizes para os limiares clínicos, formam a base sobre a qual as DCNT, seus níveis e seus subtipos podem ser diagnosticados.

669

TABELA 1 Domínios neurocognitivos

Domínio cognitivo	Exemplos de sintomas ou observações	Exemplos de avaliações
Atenção complexa (atenção sustentada, atenção dividida, atenção seletiva, velocidade de processamento)	<i>Maior:</i> Tem dificuldade aumentada em ambientes com múltiplos estímulos (TV, rádio, conversa); ao longo do tempo (por exemplo, pressionando um botão toda vez que um tom é ouvido e eventos concorrentes no ambiente. É incapaz de comparecer a reuniões de trabalho ou encontros sociais por tempo suficiente devido à sua atenção restrita e simplificada. Tem dificuldade em seguir apesar de estímulos concorrentes ou distratores; novas informações em si mesmo, como lembrar de ouvir números e letras lidas e solicitar para números de telefone ou endereços fornecidos, ou contar apenas letras, relatando o que acabou de ser dito. É incapaz de <i>Atenção dividida:</i> Atender a duas tarefas dentro de um mesmo período de tempo: tocar rapidamente enquanto mais do que o normal, e os componentes a serem processados devem ser simplificados para um ou alguns. aprender uma história que está sendo lida. A velocidade de processamento pode ser quantificada em qualquer tarefa cronometrando-a (por exemplo, <i>Leve:</i> tarefas normais demoram mais tempo do que anteriormente. o trabalho precisa de mais verificação dupla do que Pensar é mais fácil quando não é velocidade). competir com outras pessoas em jogos de azar simulados (por exemplo, TV, jogos de computador, jogos de celular, dirigir).	<i>Atenção sustentada:</i> manutenção da atenção, pressionando um botão toda vez que um tom é ouvido e eventos concorrentes no ambiente. É incapaz de <i>Atenção dividida:</i> Atender a duas tarefas dentro de um mesmo período de tempo: tocar rapidamente enquanto mais do que o normal, e os componentes a serem processados devem ser simplificados para um ou alguns. aprender uma história que está sendo lida. A velocidade de processamento pode ser quantificada em qualquer tarefa cronometrando-a (por exemplo, o trabalho precisa de mais verificação dupla do que responder a perguntas, jogos de azar simulados, jogos de celular, dirigir).
Função executiva (decisão se concentrar em uma tarefa para manter a atenção, planejamento, memória diária, responder vivendo ou inibição, flexibilidade mental)	<i>Maior:</i> Abandona projetos complexos. Precisa (planejamento, elaborar para manter a atenção, memorizar, usar memória de trabalho, tomar decisões para elaborar tarefas complexas/habitos/projetos de vários estágios. Aumentou a dificuldade de multitarefa ou dificuldade em retomar uma tarefa interrompida por um visitante ou telefonema. Pode queixar-se de fadiga aumentada pelo esforço extra necessário para organizar, planejar e tomar decisões. Pode relatar que grandes reuniões sociais são mais desgastantes ou menos agradáveis devido ao aumento do esforço necessário para acompanhar as conversas em constante mudança.	<i>Planejamento:</i> Capacidade de encontrar a saída para um labirinto; interpretar uma imagem sequencial ou arranjo de objetos. <i>Tomada de decisão:</i> Realização de tarefas que avaliam o processo de decisão diante de alternativas concorrentes (por exemplo, jogos de azar simulados). <i>Memória de trabalho:</i> Capacidade de reter informações por um breve período e manipulá-las (por exemplo, somar uma lista de números ou repetir uma série de números ou palavras de trás para frente). <i>Utilização de feedback/erro:</i> capacidade de se beneficiar do feedback para inferir as regras para resolver um problema. <i>Superação de hábitos/inibição:</i> Capacidade de escolher uma solução mais complexa e trabalhosa para ser correta (por exemplo, desviar o olhar da direção indicada por uma seta; nomear a cor da fonte de uma palavra em vez de nomear a palavra).

		<p>fonte da palavra em vez de nomear a palavra).</p> <p>Flexibilidade mental/cognitiva: Capacidade de mudar entre dois conceitos, tarefas ou regras de resposta (por exemplo, do número para a letra, da resposta verbal para a tecla pressionada, da adição de números à ordenação dos números, da ordenação dos objetos por tamanho à ordenação por cor).</p>	
670	<p>Aprendizagem e memória (memória imediata, memória recente [incluindo evocação livre, recordação por pistas e memória de reconhecimento], memória de muito longo prazo [semântica; autobiográfica], aprendizagem implícita)</p>	<p>Maior: repete a si mesmo na conversa, muitas vezes na mesma conversa. Não é possível acompanhar uma pequena lista de itens ao fazer compras ou os planos para o dia. Requer lembretes frequentes para orientar a tarefa em mãos.</p> <p>Leve: Tem dificuldade em se lembrar de eventos recentes e depende cada vez mais da elaboração de listas ou calendário. Precisa de lembretes ocasionais ou releituras para acompanhar os personagens de um filme ou romance. Ocassionalmente, pode repetir-se durante algumas semanas para a mesma pessoa. Perde a noção se as contas já foram pagas.</p> <p>Nota: Exceto em formas graves de transtorno neurocognitivo maior, a aprendizagem semântica, autobiográfica e implícita é relativamente preservada, em comparação com a memória recente.</p>	<p>Extensão de memória imediata: Capacidade de repetir uma lista de palavras ou dígitos. Nota: Memória imediata às vezes incluída em “memória de trabalho” (veja “Função Executiva”).</p> <p>Memória recente: avalia o processo de codificação de novas informações (por exemplo, listas de palavras, um conto ou diagramas). Os aspectos da memória recente que podem ser testados incluem 1) recordação livre (o indivíduo é solicitado a recordar tantas palavras, diagramas ou elementos de uma história quanto possível); 2) recordação com dicas (o examinador ajuda a recordar fornecendo dicas semânticas como “Liste todos os alimentos da lista” ou “Diga o nome de todas as crianças da história”); e 3) memória de reconhecimento (o examinador pergunta sobre itens específicos – por exemplo, “Estava ‘maçã’ na lista?” ou “Você viu este diagrama ou figura?”). Outros aspectos da memória que podem ser avaliados incluem memória semântica (memória para fatos), memória autobiográfica (memória para eventos pessoais ou pessoas) e aprendizagem implícita (processual) (aprendizagem inconsciente de habilidades).</p>
Linguagem (linguagem expressiva [incluindo nomeação, busca de palavras, fluência, gramática e sintaxe] e linguagem receptiva)	<p>Maior: Tem dificuldades significativas com linguagem expressiva ou receptiva. Frequentemente usa frases de uso geral como “aquela coisa” e “você sabe o que quero dizer” e prefere pronomes gerais em vez de nomes. Com deficiência grave, pode nem lembrar nomes de amigos e familiares mais próximos. O uso de palavras idiossincrático, erros gramaticais e espontaneidade de saída e economia de enunciados ocorrem.</p> <p>A estereotipia da fala ocorre; ecologia e fala automática geralmente precedem o mutismo.</p> <p>Leve: Tem dificuldade perceptível para encontrar palavras. Pode substituir termos específicos por termos gerais. Pode evitar o uso de nomes específicos de conhecidos. Erros gramaticais envolvem omissão sutil ou uso incorreto de artigos, preposições, verbos auxiliares, etc.</p>	<p>Linguagem expressiva: Nomeação confrontacional (identificação de objetos ou imagens); fluência (por exemplo, nomeie tantos itens quanto possível em uma categoria semântica [por exemplo, animais] ou fonêmica [por exemplo, palavras começando com “f”] em 1 minuto).</p> <p>Gramática e sintaxe (por exemplo, omissão ou uso incorreto de artigos, preposições, verbos auxiliares): Os erros observados durante os testes de nomeação e fluência são comparados com normas para avaliar a frequência de erros e comparar com lapsos de língua normais.</p> <p>Linguagem receptiva: Compreensão (palavra tarefas de definição e apontamento de objetos envolvendo estímulos animados e inanimados); realização de ações/atividades de acordo com o comando verbal.</p>	
671	<p>Perceptivo-motor (inclui habilidades subsumidas sob os termos <i>percepção visual, visuoconstrucional, perceptivo-motora, práxis e gnose</i>)</p>	<p>Maior: Tem dificuldades significativas com atividades previamente familiares (utilização de ferramentas, condução de veículo motorizado), navegação em ambientes familiares; é muitas vezes mais confuso ao entardecer, quando as sombras e os níveis mais baixos de luz mudam as percepções.</p> <p>Leve: pode precisar confiar mais em mapas ou outros para direções. Usa notas e segue outros para chegar a um novo lugar. Pode encontrar-se perdido ou virado quando não se concentra na tarefa. É menos preciso no estacionamento. Precisa despender maior esforço para tarefas espaciais como carpintaria, montagem, costura ou tricô.</p>	<p>Percepção visual: tarefas de bissecção de linha podem ser usadas para detectar defeito visual básico ou negligência de atenção. Tarefas perceptivas sem motor (incluindo reconhecimento facial) requerem a identificação e/ou correspondência de figuras – melhor quando as tarefas não podem ser mediadas verbalmente (por exemplo, figuras não são objetos); alguns exigem a decisão de se uma figura pode ser “real” ou não com base na dimensionalidade.</p> <p>Visuoconstrucional: Montagem de itens que requerem coordenação olho-mão, como desenho, cópia e montagem de blocos.</p> <p>Perceptivo-motor: Integrando percepção com</p>

	<p>montagem, costura ou tricô.</p>	<p><i>Perceptivo-motor:</i> Integrando percepção com movimento intencional (por exemplo, inserir blocos em uma placa de formulário sem pistas visuais; inserir rapidamente pinos em uma placa com fenda).</p> <p><i>Práxis:</i> Integridade dos movimentos aprendidos, como a capacidade de imitar gestos (acenar adeus) ou o uso pantomima de objetos para comandar ("Mostre-me como você usaria um martelo").</p> <p><i>Gnose:</i> Integridade perceptiva de consciência e reconhecimento, como reconhecimento de rostos e cores.</p>
Cognição social (reconhecimento de emoções, teoria da mente)	<p><i>Maior:</i> Comportamento claramente fora do padrão social aceitável mostra insensibilidade aos padrões sociais de modéstia no vestir. Concentra-se excessivamente em um tópico, apesar do desinteresse comportamental sem levar em conta a família ou amigos.</p> <p><i>Toma decisões sem levar em conta a segurança</i> (por exemplo, roupas inadequadas para o clima ou ambiente social). Normalmente, tem pouca visão sobre essas mudanças.</p> <p><i>Leve:</i> Tem mudanças sutis no comportamento ou atitude, muitas vezes descritas como uma mudança na personalidade, como menor capacidade de reconhecer pistas sociais ou ler expressões faciais, diminuição da empatia, aumento da extroversão ou introversão, diminuição da inibição ou apatia ou inquietação sutil ou episódica.</p>	<p><i>Reconhecimento de emoções:</i> Identificação de alcance; ou a tópico de interesses de postura e gestos sexuais desigualdade de reações positivas e negativas.</p> <p><i>Teoria da mente:</i> Capacidade de considerar o estado mental de outra pessoa (pensamentos, desejos, intenções) ou experiência – cartões de histórias com perguntas para obter informações sobre o estado mental dos indivíduos retratados, como "Onde a garota procurará a bolsa perdida?" ou "Por que o menino está triste?"</p>

Delírio

Critério de diagnóstico

- A. Uma perturbação na atenção (isto é, capacidade reduzida de direcionar, focalizar, sustentar e mudar a atenção) acompanhada por uma consciência reduzida do ambiente.
- B. A perturbação se desenvolve em um curto período de tempo (geralmente de horas a alguns dias), representa uma mudança da atenção e da consciência basais e tende a flutuar em gravidade ao longo do dia.
- C. Um distúrbio adicional na cognição (por exemplo, déficit de memória, desorientação, linguagem, habilidade visuoespacial ou percepção).
- D. Os distúrbios nos Critérios A e C não são melhor explicados por outro transtorno neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em evolução e não ocorrem no contexto de um nível de excitação severamente reduzido, como o coma.
- E. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o distúrbio é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância (ou seja, devido a uma droga de abuso ou a um medicamento) ou exposição a uma toxina, ou é devido a múltiplas etiologias.

Especifique se:

Agudo: Durando algumas horas ou dias.

Persistente: Durando semanas ou meses.

Especifique se:

Hiperativo: O indivíduo tem um nível hiperativo de atividade psicomotora que pode ser acompanhada de labilidade de humor, agitação e/ou recusa em cooperar com cuidados médicos.

Hipoativo: O indivíduo tem um nível hipoativo de atividade psicomotora que pode ser acompanhado por lentidão e letargia que se aproxima do estupor.

Nível misto de atividade: O indivíduo tem um nível normal de atividade psicomotora. atividade mesmo que a atenção e a consciência estejam perturbadas. Também inclui indivíduos cujo nível de atividade flutua rapidamente.

Especifique se:

Delírio de intoxicação por substância: este diagnóstico deve ser feito em vez de intoxicação por substância quando os sintomas dos Critérios A e C predominam em o quadro clínico e quando são suficientemente graves para justificar atenção.

Nota de codificação: Os códigos CID-10-CM para a intoxicação [substância específica] delirium estão indicadas na tabela abaixo. Observe que o código ICD-10-CM depende se há ou não um transtorno por uso de substância comórbido presente para a mesma classe de substância. Se um transtorno leve por uso de substâncias é comorbidade com o delírio de intoxicação por substância, o personagem da 4^a posição é "1" e o médico deve registrar "transtorno por uso de [substância] leve" antes do delírio de intoxicação por substância (por exemplo, "transtorno de uso de cocaína leve com cocaína delírio de intoxicação"). Se um transtorno por uso de substâncias moderado ou grave é comorbidade com o delírio de intoxicação por substância, o personagem da 4^a posição é "2" e o médico deve registrar "transtorno por uso de [substância] moderado" ou "transtorno por uso de [substância] grave", dependendo da gravidade da comorbidade transtorno por uso de substâncias. Se não houver transtorno por uso de substância comórbido (p. após um único uso pesado da substância), então o caractere da 4^a posição é "9", e o clínico deve registrar apenas o delírio de intoxicação por substância.

673

CID-10-CM

Delírio de intoxicação por substância	Com uso suave transtorno	Com moderado ou uso severo transtorno	Sem uso transtorno
Álcool	F10.121	F10.221	F10.921
Cannabis	F12.121	F12.221	F12.921
Fenciclidina	F16.121	F16.221	F16.921
Outro alucinógeno	F16.121	F16.221	F16.921

Inhalante	F18.121	F18.221	F18.921
opióide	F11.121	F11.221	F11.921
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	F13.121	F13.221	F13.921
Substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)	F15.121	F15.221	F15.921
Cocaína	F14.121	F14.221	F14.921
Outra substância (ou desconhecida)	F19.121	F19.221	F19.921

Delirium por abstinência de substância: Este diagnóstico deve ser feito em vez de abstinência de substância quando os sintomas nos Critérios A e C predominam no quadro clínico e quando são suficientemente graves para justificar a atenção clínica.

Nota de codificação: Os códigos CID-10-CM para a retirada de [substância específica] delirium estão indicadas na tabela abaixo. Observe que o código ICD-10-CM depende se há ou não um transtorno por uso de substância comórbido presente para a mesma classe de substância. Se um transtorno leve por uso de substâncias é comorbidade com o delírio de abstinência de substância, o personagem da 4ª posição é "1" e o médico deve registrar "transtorno por uso de [substância] leve" antes do delírio de abstinência de substância (por exemplo, "transtorno de uso de álcool leve com álcool delírio de abstinência"). Se um transtorno por uso de substâncias moderado ou grave é comorbidade com o delírio de abstinência de substância, o personagem da 4ª posição é "2" e o médico deve registrar "transtorno por uso de [substância] moderado" ou "transtorno por uso de [substância] grave", dependendo da gravidade da comorbidade transtorno por uso de substâncias. Se não houver transtorno por uso de substância comórbido (p. após o uso regular de uma substância ansiolítica tomada conforme prescrito), então o 4º caractere de posição é "9", e o clínico deve registrar apenas a substância delírio de abstinência.

Delírio de abstinência de substância	CID-10-CM		
	Com uso suave transtorno	Com moderado ou uso severo transtorno	Sem uso transtorno
Álcool	F10.131	F10.231	F10.931
opióide	F11.188	F11.288	F11.988
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico	F13.131	F13.231	F13.931
Outra substância (ou desconhecida)	F19.131	F19.231	F19.931

Delirium induzido por medicamentos: Este diagnóstico se aplica quando os sintomas em Os critérios A e C surgem como efeito colateral de um medicamento tomado conforme prescrito.

Código delirium induzido por [medicação específica]: **F11.921** opióide tomado como prescrito (ou **F11.988** se durante a retirada do opióide tomado conforme prescrito);

Agonista farmacêutico do receptor de cannabis F12.921 tomado conforme prescrito; **F13.921** sedativo, hipnótico ou ansiolítico tomado conforme prescrito (ou **F13.931** se

durante a retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos tomados conforme prescrito); **F15.921** substância do tipo anfetamina ou outro estimulante tomado conforme prescrito; **F16.921** cetamina ou outro alucinógeno tomado conforme prescrito ou por razões médicas; **F19.921** para medicamentos que não se enquadram em nenhuma das classes (por exemplo, dexametasona) e nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas a classe específica da substância é desconhecida (ou **F19.931** se durante a retirada medicamentos que não se enquadram em nenhuma das classes, tomados conforme prescrito).

F05 Delirium devido a outra condição médica: há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o distúrbio é atribuível às consequências fisiológicas de outra condição médica.

Nota de codificação: Inclua o nome da outra condição médica no nome do delirium (por exemplo, delirium F05 devido a encefalopatia hepática). A outra condição médica também deve ser codificada e listada separadamente imediatamente antes do delirium devido a outra condição médica (por exemplo, K72.90 encefalopatia hepática; F05 delirium devido a encefalopatia hepática).

F05 Delirium devido a múltiplas etiologias: há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o delirium tem mais de uma etiologia (p.

Nota de codificação: Use vários códigos separados refletindo etiologias específicas de delirium (por exemplo, K72.90 encefalopatia hepática; F05 delirium devido a insuficiência hepática; F10.231 delirium por abstinência de álcool). Observe que a condição médica etiológica aparece como um código separado que precede o código do delirium e é substituído no delirium devido a outra rubrica de condição médica.

Procedimentos de registro O

Delírio de intoxicação por substância. nome do delírio de intoxicação por substância começa com a substância específica (por exemplo, cocaína) que se presume estar causando o delírio. O código diagnóstico é selecionado a partir da tabela incluída no conjunto de critérios, que se baseia na classe do medicamento e na presença ou ausência de um transtorno por uso de substância comórbido. Para substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes (por exemplo, dexametasona), deve-se usar o código para “outra substância”; e nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas a classe específica da substância é desconhecida, a categoria “substância desconhecida” deve ser usada.

Ao registrar o nome do transtorno, o transtorno por uso de substância comórbido (se houver) é listado primeiro, seguido pela palavra “com”, seguido pelo nome do delírio de intoxicação por substância, seguido pelo curso (ou seja, agudo, persistente), seguido pelo especificador que indica o nível de atividade psicomotora (ou seja, hiperativo, hipoativo, nível de atividade misto). Por exemplo, no caso de delírio de intoxicação hiperativa aguda ocorrendo em um homem com um transtorno por uso de cocaína grave, o diagnóstico é F14.221 transtorno por uso de cocaína grave com delírio de intoxicação por cocaína, agudo, hiperativo. Um diagnóstico separado do transtorno por uso de cocaína grave comórbido não é fornecido. Se o delírio de intoxicação ocorrer sem um transtorno por uso de substância comórbido (por exemplo, após um uso intenso da substância uma única vez), nenhum transtorno por uso de substância acompanhante é observado (por exem-

F16.921 delírio de intoxicação por fenciclidina, agudo, hipoativo).

675

Delírio de abstinência de substância. O nome do delírio de abstinência de substância começa com a substância específica (por exemplo, álcool) que se presume estar causando o delírio de abstinência. O código de diagnóstico é selecionado a partir dos códigos específicos da substância na nota de codificação incluída no conjunto de critérios. Ao registrar o nome do transtorno, o transtorno por uso de substância comórbido (se houver) é listado primeiro, seguido pela palavra “com”, seguido pelo delírio de abstinência de substância, seguido pelo curso (ou seja, agudo, persistente), seguido por o especificador que indica o nível de atividade psicomotora (ou seja, nível de atividade hiperativo, hipoativo, misto). Por exemplo, no caso de delírio de abstinência hiperativo agudo ocorrendo em um homem com transtorno por uso de álcool grave, o diagnóstico é F10.231 transtorno por uso de álcool grave com delírio de abstinência de álcool, agudo, hiperativo. Um diagnóstico separado do transtorno por uso de álcool grave comórbido não é fornecido.

Delirium induzido por medicamentos. O nome do delirium induzido por medicamentos começa com a substância específica (por exemplo, dexametasona) que se presume estar causando o delirium. O nome do transtorno é seguido pelo curso (ou seja, agudo, persistente), seguido pelo especificador que indica o nível de atividade psicomotora (ou seja, hiperativo, hipoativo, nível misto de atividade).

Por exemplo, no caso de delírio induzido por medicação hiperativa aguda ocorrendo em um homem usando dexametasona conforme prescrito, o diagnóstico é delírio induzido por dexametasona F19.921, agudo, hiperativo.

Especificadores

Quanto ao curso, em ambientes hospitalares, o delirium geralmente dura cerca de 1 semana, mas alguns sintomas geralmente persistem mesmo após a alta hospitalar.

Indivíduos com delirium podem alternar rapidamente entre estados hiperativos e hipoativos. O estado hiperativo pode ser mais comum ou mais frequentemente reconhecido e muitas vezes está associado a efeitos colaterais de medicamentos e abstinência de drogas. O estado hipoativo pode ser mais frequente em idosos e muitas vezes não é reconhecido entre idosos em departamentos de emergência e hospitais.

Características diagnósticas

A característica essencial do delirium é um comprometimento agudo da consciência, caracterizado por uma perturbação da atenção acompanhada por uma percepção reduzida do ambiente, ambas características centrais da consciência normal. Como esses déficits refletem um estado alterado de consciência que afeta muitas funções corticais cerebrais superiores do córtex cerebral, eles são acompanhados por uma alteração da linha de base em outras funções cognitivas que não podem ser melhor explicadas por um transtorno neurocognitivo preexistente ou em evolução. A perturbação da atenção (Critério A) manifesta-se pela redução da capacidade de dirigir, focalizar, sustentar e desviar a atenção. As perguntas devem ser repetidas porque a atenção do indivíduo vagueia, ou o indivíduo pode perseverar com uma resposta a uma pergunta anterior em vez de desviar a atenção apropriadamente. O indivíduo é facilmente distraído por estímulos irrelevantes. A perturbação na consciência afeta tanto o pensamento interno quanto o insight, bem como a dificuldade de entender o que está acontecendo no ambiente exterior.

A perturbação se desenvolve em um curto período de tempo, geralmente de horas a alguns dias, e tende a

flutuar ao longo do dia, muitas vezes com piora à noite e à noite, quando os estímulos externos de orientação diminuem (Critério B). Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o distúrbio é uma consequência fisiológica de uma condição médica subjacente, intoxicação ou abstinência de substância, uso de um medicamento ou exposição a toxina, ou uma combinação desses fatores (Critério E). A etiologia deve ser codificada de acordo com o subtipo etiologicamente apropriado (ou seja, intoxicação por substância ou medicamento, abstinência de substância, outra condição médica ou etiologias múltiplas). O delirium geralmente ocorre no contexto de um NCD subjacente. A função cerebral prejudicada de indivíduos com DCNT leve e grave os torna mais vulneráveis ao desenvolvimento de delirium.

676

Há uma alteração concomitante em pelo menos uma outra área que pode incluir memória e aprendizado (particularmente memória recente), desorientação (particularmente em relação ao tempo e lugar), alteração na linguagem (particularmente compreensão semântica) ou distorção perceptual ou distúrbio perceptivo-motor. (Critério C). Os distúrbios perceptivos que acompanham o delírio incluem interpretações errôneas, ilusões ou alucinações; esses distúrbios são tipicamente visuais, mas também podem ocorrer em outras modalidades e variam de simples e uniformes a altamente complexos.

Atenção/excitação normal, delírio e coma estão em um continuum. O coma é definido como um estado de inconsciência com ausência de cognição ou ciclo sono-vigília, juntamente com a falta de qualquer resposta significativa a estímulos verbais ou físicos. *Delirium* é um estado de consciência prejudicado no cenário de um córtex excitado. A capacidade de avaliar a cognição para diagnosticar o delirium depende de haver um nível de excitação cortical e vigília suficiente para resposta à estimulação verbal; portanto, o delirium não deve ser diagnosticado no contexto de coma (Critério D).

Indivíduos em estado de estupor também têm um nível reduzido de excitação cerebral, mas não na extensão da completa inconsciência do coma. O coma e o estupor podem ser decorrentes de condições neurológicas ou induzidos por drogas, como na sedação profunda iatrogênica em unidades de terapia intensiva (UTI) ou anestesia geral. Aqueles indivíduos que mostram apenas respostas mínimas à estimulação verbal ou física são incapazes de se envolver com tentativas de testes padronizados ou mesmo entrevistas. Essa incapacidade de se envolver deve ser classificada como um distúrbio de excitação, como coma ou estupor, e não como delírio. No entanto, o delírio pode ser um estágio que segue a saída do coma ou estupor, especialmente quando o coma é resultado de uma condição neurológica. Além disso, o distúrbio do ciclo sono-vigília característico do distúrbio do ritmo circadiano no delirium pode interferir na avaliação completa do indivíduo se estiver em fase de sono, o que deve ser diferenciado de um distúrbio de excitação cerebral.

Recursos associados

O delirium está frequentemente associado a um distúrbio no ciclo sono-vigília. Esse distúrbio pode incluir sonolência diurna, agitação noturna, dificuldade em adormecer, sonolência excessiva durante o dia ou vigília durante a noite. Em alguns casos, pode ocorrer a reversão completa do ciclo sono-vigília noturno-dia. Os distúrbios do ciclo sono-vigília são muito comuns no delirium e têm sido propostos como critério central para o diagnóstico.

O indivíduo com delirium pode apresentar distúrbios emocionais, como ansiedade, medo, depressão, irritabilidade, raiva, euforia e apatia. Pode haver mudanças rápidas e imprevisíveis

de um estado emocional para outro. O estado emocional perturbado também pode ser evidente ao gritar, xingar, resmungar, gemer ou fazer outros sons. Esses comportamentos são especialmente prevalentes à noite e sob condições em que faltam estímulos e estímulos ambientais.

Prevalência

A prevalência de delirium é maior entre idosos hospitalizados e varia de acordo com as características do indivíduo, local de atendimento e sensibilidade do método de detecção. Dados dos Estados Unidos e da Finlândia indicam que a prevalência de delirium na comunidade em geral é baixa (1%–2%). A prevalência é de 8% a 17% em indivíduos mais velhos que se apresentam aos departamentos de emergência norte-americanos, onde o delirium geralmente indica uma doença médica.

Com base em dados de vários países, a prevalência de delirium quando os indivíduos são admitidos no hospital varia de 18% a 35%, e as estimativas de ocorrência de delirium durante a internação variam de 29% a 64% em populações hospitalares gerais.

Internacionalmente, o delirium ocorre em 11% a 51% dos idosos no pós-operatório e em até 81% daqueles em terapia intensiva. A prevalência de delirium varia de 20% a 22% em indivíduos em lares de idosos ou ambientes de cuidados pós-agudos e ocorre em até 88% dos indivíduos com doença terminal no final da vida. Apesar de ter fatores de risco mais altos para delirium, como doença cardiovascular, sepse e insuficiência respiratória, os afro-americanos mais jovens

677

tenderam a ter taxas mais baixas de ocorrência de delirium em comparação com indivíduos brancos de idade semelhante em uma grande série de casos de pacientes de UTI nos Estados Unidos.

Desenvolvimento e Curso

A maioria dos indivíduos com delirium tem uma recuperação completa com ou sem tratamento, especialmente aqueles que não são idosos. O delirium pode progredir para estupor, coma, convulsões ou morte, principalmente se não for detectado e a(s) causa(s) subjacente(s) permanecerem sem tratamento.

Há evidências crescentes de que o delirium pode estar associado no acompanhamento a longo prazo com declínio cognitivo ou DCNT maior em idosos, particularmente naqueles com comprometimento cognitivo subjacente preexistente. A mortalidade entre os indivíduos hospitalizados com delirium é alta; até 38%–41% dos indivíduos com delirium morrem dentro de 1 ano após o diagnóstico; o risco de morte é particularmente grande entre aqueles com malignidades e outras doenças médicas subjacentes significativas.

Fatores de risco e prognóstico

Delirium pode ser aumentado no contexto de comprometimento funcional, comprometimento cognitivo preexistente, comprometimento sensorial (por exemplo, visão/audição), aumento da idade, gravidade da doença ou comorbidade, infecção, depressão, histórico de acidente vascular cerebral e histórico de uso de álcool . Tanto as DNTs maiores quanto as leves podem aumentar o risco de delirium e complicar o curso. As quedas podem ser um resultado do delirium, mas não são consideradas um fator de risco. Em uma meta-análise de estudos de 1990 a 2016, o uso de anticolinérgicos não foi um preditor validado de delirium.

Indivíduos mais velhos são especialmente suscetíveis ao delirium em comparação com adultos mais jovens.

Entre as crianças, a suscetibilidade ao delirium na primeira infância e durante a infância pode estar associada a morbidade e mortalidade infantil significativas, enquanto indivíduos no início da idade adulta até meados da idade adulta podem ter menos suscetibilidade ao delirium e menor risco de mortalidade.

Problemas de diagnóstico relacionados ao sexo e ao gênero

Os sintomas associados ao delirium podem variar em homens e mulheres. Os homens manifestam mais comumente agitação motora e labilidade afetiva, enquanto as mulheres manifestam mais comumente delirium hipoativo. O sexo masculino é um fator de risco para delirium, e fatores relacionados ao sexo ou ao gênero podem interagir com outros fatores de risco.

Marcadores de diagnóstico

Além dos achados laboratoriais característicos de condições médicas subjacentes (ou estados de intoxicação ou abstinência), muitas vezes há lentidão teta irregular generalizada na eletroencefalografia, e atividade rápida é ocasionalmente encontrada (por exemplo, em alguns casos de delírio por abstinência de álcool). No entanto, a eletroencefalografia é incapaz de detectar a lentidão associada ao delirium sem comparação com os ritmos alfa pré-mórbidos, a menos que a lentidão esteja na faixa de frequência teta ou delta anormal.

Consequências Funcionais do Delirium O próprio

delirium está associado ao aumento do declínio funcional e ao risco de colocação institucional. Indivíduos hospitalizados com 65 anos ou mais com delirium correm maior risco de resultados ruins após a alta, incluindo mortalidade, institucionalização e demência.

Diagnóstico diferencial

Transtornos psicóticos e transtornos bipolares e depressivos com características psicóticas. O delirium caracterizado por alucinações vívidas, delírios, distúrbios de linguagem e agitação deve ser diferenciado de transtorno psicótico breve, esquizofrenia,

678

esquizofreniforme e outros transtornos psicóticos, bem como de episódios maníacos ou depressivos maiores, com características psicóticas.

Transtorno de estresse agudo. Delirium associado a medo, ansiedade e sintomas dissociativos, como despersonalização, deve ser diferenciado do transtorno de estresse agudo, que é precipitado pela exposição a um evento traumático grave.

Simulação e transtorno factício. O delirium pode ser diferenciado desses transtornos com base na apresentação sintomática frequentemente atípica em fingimento e transtorno factício e na ausência de outra condição médica ou substância etiologicamente relacionada ao aparente distúrbio cognitivo.

Outros distúrbios neurocognitivos. O problema de diagnóstico diferencial mais comum ao avaliar a confusão em adultos mais velhos é separar os sintomas de delirium e DCNT maior. O clínico deve determinar se o indivíduo tem delirium; um delírio sobreposto a uma DNT preexistente, como a decorrente da doença de Alzheimer; ou um NCD sem delírio. O tradicional

A distinção entre delirium e TNC maior de acordo com a agudeza de início e curso temporal é particularmente difícil naqueles idosos que tiveram uma DNT prévia que pode não ter sido reconhecida, ou que desenvolveram comprometimento cognitivo persistente após um episódio de delirium. Quando delirium e DNT maior são comorbidades, o manejo do delirium geralmente deve ser priorizado.

Outro Delírio Especificado

R41,0

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de delirium que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para delirium ou qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos neurocognitivos . A outra categoria de delirium especificada é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não atende aos critérios para delirium ou qualquer transtorno neurocognitivo específico. Isso é feito registrando “outro delirium especificado” seguido pelo motivo específico (por exemplo, “delírio subsindrômico”).

Um exemplo de uma apresentação que pode ser especificada usando o “outro especificado” designação é a seguinte:

Delirium subsindrômico: Uma apresentação semelhante ao delirium envolvendo distúrbios na atenção, pensamento de alto nível e ritmo circadiano, em que a gravidade do comprometimento cognitivo fica aquém do necessário para o diagnóstico de delirium.

Delírio não especificado

R41,0

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de delirium que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para delirium ou qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos neurocognitivos . A categoria de delirium não especificado é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para delirium e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, em ambientes de emergência) .

Transtorno Neurocognitivo Maior

Critério de diagnóstico

- A. Evidência de declínio cognitivo significativo de um nível anterior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, cognição perceptivo-motora ou social) com base em: 1. Preocupação do indivíduo, um informante experiente, ou o clínico, que houve um declínio significativo na função cognitiva; e
2. Um prejuízo substancial no desempenho cognitivo, preferencialmente documentado por testes neuropsicológicos padronizados ou, na sua ausência, outra avaliação clínica quantificada.
- B. Os déficits cognitivos interferem na independência nas atividades cotidianas (ou seja, no mínimo, requer assistência em atividades instrumentais complexas da vida diária, como pagar contas ou administrar medicamentos).
- C. Os déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de um delírio.
- D. Os déficits cognitivos não são melhor explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno depressivo maior, esquizofrenia).

Especifique se devido a:

Nota: Cada subtipo listado possui critérios diagnósticos específicos e texto correspondente, que seguem a discussão geral de transtornos neurocognitivos maiores e leves.

doença de Alzheimer

Degeneração frontotemporal

Doença do corpo de Lewy

Doença vascular

Traumatismo crâniano

Uso de substâncias/medicamentos

infecção pelo HIV

Doença priônica

Mal de Parkinson

Doença de Huntington

Outra condição médica

Múltiplas etiologias

Etiologia não especificada

Nota de codificação: Código baseado em etiologia médica ou de substância. Na maioria dos casos de transtorno neurocognitivo maior, há necessidade de um código adicional para a condição médica etiológica, que deve preceder imediatamente o código diagnóstico para transtorno neurocognitivo maior, conforme observado na tabela de codificação nas pp. 682-683.

Especifique (consulte a tabela de codificação para obter detalhes):

Sem distúrbio comportamental: Se o distúrbio cognitivo não for acompanhado por qualquer distúrbio comportamental clinicamente significativo.

Com distúrbio comportamental (especificar distúrbio): Se o distúrbio cognitivo for acompanhado por um distúrbio comportamental clinicamente significativo (por exemplo, sintomas psicóticos, distúrbio do humor, agitação, apatia ou outros sintomas comportamentais).

680

Nota de codificação: Use código(s) adicional(is) para indicar sintomas psiquiátricos clinicamente significativos devido à mesma condição médica que causa o transtorno neurocognitivo principal (por exemplo, **F06.2** transtorno psicótico devido à doença de Alzheimer, com delírios; **F06.32** transtorno depressivo devido a doença de Parkinson doença, com episódio tipo depressivo maior). **Nota:** Os transtornos mentais devidos a outra condição médica estão incluídos nos transtornos com os quais compartilham a fenomenologia (por exemplo, para transtornos depressivos devidos a outra condição médica, consulte o capítulo “Transtornos Depressivos”).

Especifique a gravidade atual:

Leve: Dificuldades com atividades instrumentais da vida diária (por exemplo, tarefas domésticas, gerenciamento de dinheiro).

Moderado: Dificuldades com atividades básicas da vida diária (por exemplo, alimentação, vestir-se).

Grave: Totalmente dependente.

Procedimentos de codificação e registro A

seguir estão exemplos de codificação e registro de transtornos neurocognitivos maiores devido a um subtipo etiológico (*para mais informações, consulte a tabela de codificação nas pp. 682-683 e notas de codificação nos critérios diagnósticos específicos para cada subtipo de transtorno neurocognitivo maior e leve*): **Transtorno neurocognitivo maior devido a provável doença de Alzheimer, sem distúrbio**

comportamental, leve: G30.9 doença de Alzheimer, F02.80 transtorno neurocognitivo maior devido a provável doença de Alzheimer, sem distúrbio comportamental, leve.

Transtorno neurocognitivo maior por traumatismo crânioencefálico, com distúrbio

comportamental, moderado: S06.2X9S traumatismo crânio-encefálico difuso com perda de consciência de duração não especificada, sequela; F02.81 transtorno neurocognitivo maior por traumatismo crânioencefálico, com distúrbio comportamental, moderado; F06.34 transtorno bipolar e afins devido a traumatismo crânioencefálico, com características mistas.

Transtorno Neurocognitivo Leve

Critério de diagnóstico

- A. Evidência de declínio cognitivo modesto de um nível anterior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, cognição perceptivo-motora ou social) com base em:
1. Preocupação do indivíduo, um informador experiente, ou o clínico que houve um leve declínio na função cognitiva; e
 2. Um prejuízo modesto no desempenho cognitivo, preferencialmente documentado por testes neuropsicológicos padronizados ou, na sua ausência, outra avaliação clínica quantificada.
- B. Os déficits cognitivos não interferem na capacidade de independência nas atividades cotidianas (ou seja, atividades instrumentais complexas da vida diária, como pagar contas ou administrar medicamentos, são preservadas, mas pode ser necessário maior esforço, estratégias compensatórias ou acomodação).
- C. Os déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de um delírio.
- D. Os déficits cognitivos não são melhor explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno depressivo maior, esquizofrenia).

681

Especifique se devido a:

Nota: Cada subtipo listado possui critérios diagnósticos específicos e texto correspondente, que seguem a discussão geral de transtornos neurocognitivos maiores e leves.

doença de Alzheimer

Degeneração frontotemporal

Doença do corpo de Lewy

Doença vascular

Traumatismo crâniano

Uso de substâncias/medicamentos

infecção pelo HIV

Doença priônica

Mal de Parkinson

Doença de Huntington

Outra condição médica

Etiologias múltiplas

Etiologia não especificada

Nota de codificação: Para transtorno neurocognitivo leve devido a qualquer uma das etiologias médicas listadas acima, código **G31.84**. Não use códigos adicionais para as *condições* médicas etiológicas presumidas. Para transtorno neurocognitivo leve induzido por substância/medicamento, codifique com base no tipo de substância; consulte “Transtorno neurocognitivo leve ou maior induzido por substância/medicamento”. Para transtorno neurocognitivo leve não especificado, código **R41.9**.

Especifique (o distúrbio comportamental não pode ser codificado, mas ainda deve ser registrado):

Sem distúrbio comportamental: Se o distúrbio cognitivo não for acompanhado por qualquer distúrbio comportamental clinicamente significativo.

Com distúrbio comportamental (especificar distúrbio): Se o distúrbio cognitivo for acompanhado por um distúrbio comportamental clinicamente significativo (por exemplo, sintomas psicóticos, distúrbio do humor, agitação, apatia ou outros sintomas comportamentais).

Nota de codificação: Use código(s) adicional(is) para indicar sintomas psiquiátricos clinicamente significativos devido à mesma condição médica que causa o transtorno neurocognitivo leve (por exemplo, **F06.2** transtorno psicótico devido a lesão cerebral traumática, com delírios; **F06.32** transtorno depressivo devido a HIV, com episódio tipo depressivo maior). **Nota:** Os transtornos mentais devidos a outra condição médica estão incluídos nos transtornos com os quais compartilham a fenomenologia (por exemplo, para transtornos depressivos devidos a outra condição médica, consulte o capítulo “Transtornos Depressivos”).

Procedimentos de codificação e registro A

seguir estão exemplos de codificação e registro de transtornos neurocognitivos leves devido a um subtipo etiológico (*para obter mais informações, consulte a tabela de codificação nas pp. 682-683 e notas de codificação nos critérios diagnósticos específicos para cada subtipo de transtorno neurocognitivo principal e leve*): G31.84 Transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Alzheimer, sem distúrbio comportamental.

G31.84 Transtorno neurocognitivo leve devido a traumatismo crânioencefálico, com distúrbio comportamental; F06.34 transtorno bipolar e afins devido a traumatismo crânioencefálico, com características mistas.

682

Subtipo etiológico	Associado			
	código médico etiológico			
	das principais doenças	um distúrbio	Neurocognitivo principal	código de desordem
Doença de Alzheimer G30.9		bF02.8x _		c G31.84 Não use código adicional para Doença de Alzheimer.
Degeneração frontotemporal	G31.09	bF02.8x _		c G31.84 Não use código adicional para degeneração frontotemporal.
doença do corpo de Lewy G31.83		bF02.8x _		c G31.84 Não use código adicional para Doença do corpo de Lewy.
Doença vascular	Nenhum código médico adicional.	b F01.5x	Não use código adicional para a doença vascular.	c G31.84 Não use código adicional para o doença vascular.
Lesão cerebral traumática S06.2X9S		bF02.8x _		c G31.84 Não use código adicional para o traumatismo crâniano.
Substância/medicação induzido	Nenhum adicional	Código baseado no		Código baseado no tipo de substância
	código médico.	tipo de substância que		d causando o transtorno neurocognitivo leve.

			causando o transtorno neurocognitivo d maior.	
infecção pelo HIV	B20	bF02.8x _	c G31.84 Não use código adicional para infecção pelo HIV.	
Doença priônica	A81.9	bF02.8x _	c G31.84 Não use código adicional para doença priônica.	
Doença de Parkinson G20		bF02.8x _	c G31.84 Não use código adicional para Doença de Parkinson.	
683	G10	bF02.8x _	G31.84 C Não use código adicional para Doença de Huntington.	
Doença de Huntington				
Devido a outra condição médica	Codifique a outra condição médica primeiro (por exemplo, esclerose múltipla G35).	bF02.8x _	c G31.84 Não use códigos adicionais para as condições médicas etiológicas presumidas.	
Devido a múltiplas etiologias	Codifique primeiro todas as condições médicas etiológicas (com exceção da doença vascular).	b F02.8x (codifique uma vez para transtorno neurocognitivo maior devido a todos etiologias que se aplicam) Codifique também NCD vascular principal (F01.5x), se presente. Codifique também os transtornos neurocognitivos maiores induzidos por substância/medicamento se substâncias ou medicamentos desempenham um papel na etiologia.	c G31.84 Não use códigos adicionais para as condições médicas etiológicas presumidas. Codifique também a substância/medicamento leve induzida relevante distúrbios neurocognitivos se substâncias ou medicamentos desempenham um papel na etiologia.	
Transtorno neurocognitivo não especificado	Nenhum código médico adicional.	R41,9 C	R41,9 C	

aCodifique primeiro, antes do código para transtorno neurocognitivo maior.

bCodifique o quinto caractere com base no especificador do sintoma: .x0 sem distúrbio comportamental; .x1 com distúrbio comportamental (por exemplo, sintomas psicóticos, distúrbio do humor, agitação, apatia ou outros sintomas comportamentais). **Nota:** Os especificadores de gravidade "leve", "moderado" e "grave" não podem ser codificados para transtorno neurocognitivo maior, mas ainda devem ser registrados. **cNota:** "Com distúrbio comportamental" e "sem distúrbio comportamental" não podem ser codificados, mas ainda devem ser registrados. **dConsulte a tabela de codificação em "Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Induzido por Substância/Medicação" para o código CID-10-CM.** **Nota:** Os especificadores de gravidade "leve", "moderado" e "grave" (para transtorno neurocognitivo maior induzido por substância/medicamento) e os especificadores de sintomas acompanhantes "com distúrbio comportamental" e "sem distúrbio comportamental" (para transtorno neurocognitivo maior induzido por substância/medicamento) transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido não pode ser codificado, mas ainda deve ser registrado.

Subtipos Os

transtornos neurocognitivos maiores e leves (DNTs) são principalmente subtipados de acordo com a entidade ou entidades etiológica/patológica conhecidas ou presumidas subjacentes ao declínio cognitivo. Esses subtipos são diferenciados com base em uma combinação de curso de tempo, domínios característicos afetados e sintomas associados. Para certos subtipos etiológicos, o diagnóstico depende substancialmente da presença de uma entidade potencialmente causadora, como Parkinson ou

doença de Huntington, ou uma lesão cerebral traumática ou acidente vascular cerebral no período de tempo apropriado. Para outros subtipos etiológicos (geralmente as doenças neurodegenerativas como doença de Alzheimer, degeneração frontotemporal e doença de corpos de Lewy), o diagnóstico é baseado principalmente nos sintomas cognitivos, comportamentais e funcionais. Normalmente, a diferenciação entre essas síndromes que não possuem uma entidade etiológica reconhecida independentemente é mais clara no nível de TNC maior do que no nível de TNC leve, mas às vezes sintomas característicos e características associadas também estão presentes no nível leve.

As DNTs são frequentemente gerenciadas por médicos em várias disciplinas. Para muitos subtipos, grupos de especialistas internacionais multidisciplinares desenvolveram critérios de consenso especializados com base na correlação clínico-patológica com a patologia cerebral subjacente. Os critérios de subtipo aqui foram harmonizados com os critérios de especialistas.

Especificadores

Evidências de características comportamentais distintas em DNTs foram reconhecidas, particularmente nas áreas de sintomas psicóticos e depressão. As características psicóticas são comuns em muitas DCNTs, particularmente no estágio leve a moderado das principais DCNTs devido à doença de Alzheimer, doença dos corpos de Lewy e degeneração frontotemporal. Se os sintomas psicóticos forem considerados devidos à doença de Alzheimer, doença dos corpos de Lewy ou degeneração frontotemporal, um diagnóstico adicional de transtorno psicótico devido à doença de Alzheimer, transtorno psicótico devido à doença dos corpos de Lewy ou transtorno psicótico devido à degeneração frontotemporal pode ser dado. A paranóia e outros delírios são características comuns, e muitas vezes um tema persecutório pode ser um aspecto proeminente da ideação delirante. Em contraste com os transtornos psicóticos com início na vida anterior (por exemplo, esquizofrenia), a fala desorganizada e o comportamento desorganizado não são características da psicose nas DCNT. As alucinações podem ocorrer em qualquer modalidade, embora as alucinações visuais sejam mais comuns em DNTs do que em transtornos depressivos, bipolares ou psicóticos.

Podem ocorrer distúrbios do humor, incluindo depressão, ansiedade e euforia. A depressão é comum no início do curso (incluindo no nível leve de DNT) de DNT devido à doença de Alzheimer e à doença de Parkinson, enquanto a exaltação pode ocorrer mais comumente na degeneração frontotemporal. Se o distúrbio do humor for considerado devido à doença de Alzheimer, doença de Parkinson ou degeneração frontotemporal, um diagnóstico adicional de transtorno depressivo devido à doença de Alzheimer, transtorno depressivo devido à doença de Parkinson ou transtorno bipolar e relacionado devido à degeneração frontotemporal pode ser dado. Os sintomas de humor são cada vez mais reconhecidos como uma característica significativa nos estágios iniciais de DNTs leves, de modo que o reconhecimento clínico e a intervenção podem ser importantes.

A agitação é comum em uma ampla variedade de DNTs, particularmente em DNTs maiores de gravidade moderada a grave, e geralmente ocorre no cenário de confusão ou frustração. Pode surgir como comportamentos combativos, particularmente no contexto de resistir aos deveres de cuidado, como tomar banho e vestir-se. A agitação é caracterizada como atividade motora ou vocal disruptiva e tende a ocorrer com estágios avançados de comprometimento cognitivo em todas as DNTs.

Indivíduos com DCNT podem apresentar uma ampla variedade de sintomas comportamentais que são o foco do tratamento. O distúrbio do sono é um sintoma comum que pode criar a necessidade de atenção clínica e pode incluir sintomas de insônia, hipersonia e distúrbios do ritmo circadiano.

A apatia é comum em DCNT leve e grave. É observada particularmente em DCNT devido à doença de Alzheimer e pode ser uma característica proeminente de DCNT devido à degeneração frontotemporal. A apatia é tipicamente caracterizada por diminuição da motivação e redução do comportamento direcionado a objetivos acompanhados de diminuição da capacidade de resposta emocional. Os sintomas de apatia podem se manifestar precocemente no curso das DNTs, quando pode ser observada uma perda de motivação para realizar atividades diárias ou hobbies.

Outros sintomas comportamentais importantes incluem perambulação, desinibição, hiperfagia e acumulação. Alguns desses sintomas são característicos de distúrbios específicos, conforme discutido nas seções relevantes. Quando mais de um distúrbio comportamental for observado, cada tipo deve ser anotado por escrito com o especificador “com distúrbio comportamental”.

Características Diagnósticas

As DNTs maiores e leves existem em um espectro de comprometimento cognitivo e funcional. O NCD maior corresponde aproximadamente à condição rotulada na CID-10 e CID-11 (assim como no DSM-IV) como *demência*. A característica central das DNTs é o declínio cognitivo adquirido em um ou mais domínios cognitivos (Critério A) com base em 1) preocupação com a cognição por parte do indivíduo, de um informante experiente ou do clínico e 2) desempenho em um objetivo avaliação que cai abaixo do nível esperado ou que se observou diminuir ao longo do tempo. Tanto uma preocupação quanto uma evidência objetiva são necessárias porque são complementares. Quando há um foco exclusivo em testes objetivos, um distúrbio pode não ser diagnosticado em indivíduos de alto funcionamento cujo desempenho atualmente “normal” na verdade representa um declínio substancial nas habilidades, ou uma doença pode ser diagnosticada incorretamente em indivíduos cujo desempenho atualmente “baixo” não representa uma mudança de sua própria linha de base ou é resultado de fatores estranhos, como condições de teste ou uma doença passageira. Alternativamente, o foco excessivo em sintomas subjetivos pode não diagnosticar doenças em indivíduos com pouca percepção, ou cujos informantes negam ou não percebem seus sintomas, ou pode ser excessivamente sensível no chamado pouco preocupado.

Uma preocupação cognitiva difere de uma queixa na medida em que pode ou não ser expressada espontaneamente. Em vez disso, pode precisar ser eliciado por meio de perguntas cuidadosas sobre sintomas específicos que comumente ocorrem em indivíduos com déficits cognitivos (veja a [Tabela 1](#) na introdução deste capítulo). Por exemplo, as preocupações com a memória incluem dificuldade em lembrar uma pequena lista de compras ou acompanhar o enredo de um programa de televisão; as preocupações dos executivos incluem dificuldade em retomar uma tarefa quando interrompida, organizar registros fiscais ou planejar uma refeição de fim de ano. No nível leve do NCD, o indivíduo provavelmente descreverá essas tarefas como sendo mais difíceis ou exigindo tempo ou esforço extra ou estratégias compensatórias. No nível principal de DNT, essas tarefas só podem ser concluídas com assistência ou podem ser totalmente abandonadas. No nível leve de DCNT, os indivíduos e suas famílias podem não perceber tais sintomas ou podem vê-los como normais, principalmente em idosos; assim, a anamnese cuidadosa é de suma importância. As dificuldades devem representar mudanças em vez de padrões ao longo da vida: o indivíduo ou informante pode esclarecer essa questão, ou o clínico pode inferir mudanças a partir de experiências anteriores com o indivíduo ou de pistas ocupacionais ou outras. Também é fundamental determinar que as dificuldades estão relacionadas à perda cognitiva e não a limitações motoras ou sensoriais.

Testes neuropsicológicos, com desempenho comparado com as normas adequadas ao

idade, sexo, nível educacional e histórico cultural do indivíduo faz parte da avaliação padrão das DNTs e é particularmente importante na avaliação de DNTs leves. É preferível o uso de instrumentos de avaliação culturalmente validados, que estão disponíveis para muitas populações raciais/étnicas e linguísticas. Para as principais DNT, o desempenho é tipicamente 2 ou mais desvios padrão abaixo das normas apropriadas (3º percentil ou abaixo). Para NCD leve, o desempenho geralmente fica na faixa de desvio padrão de 1 a 2 (entre os percentis 3 e 16). No entanto, os testes neuropsicológicos não estão disponíveis em todos os contextos, e os limiares neuropsicológicos são sensíveis ao(s) teste(s) específico(s) e às normas empregadas, bem como às condições do teste, limitações sensoriais e doenças intercorrentes. Uma variedade de breves

686

avaliações em consultório ou “à beira do leito”, conforme descrito na [Tabela 1](#), também podem fornecer dados objetivos em locais onde tais testes não estão disponíveis ou são inviáveis. Em qualquer caso, como nas preocupações cognitivas, o desempenho objetivo deve ser interpretado à luz do desempenho anterior do indivíduo. Idealmente, essa informação estaria disponível a partir de uma administração prévia do mesmo teste, mas muitas vezes deve ser inferida com base em normas apropriadas, juntamente com a história educacional do indivíduo, ocupação e outros fatores. As normas são mais difíceis de interpretar em indivíduos com níveis de educação muito altos ou muito baixos e em indivíduos que estão sendo testados fora de sua própria língua ou formação cultural.

O critério B refere-se ao nível de independência do indivíduo no funcionamento diário. Indivíduos com DCNT maiores terão comprometimento de gravidade suficiente para interferir na independência, de modo que outros terão que assumir tarefas que os indivíduos anteriormente eram capazes de realizar sozinhos. Indivíduos com DCNT leve terão independência preservada, embora possa haver uma interferência sutil na função ou um relato de que as tarefas exigem mais esforço ou levam mais tempo do que anteriormente.

A distinção entre TNC maior e leve é inherentemente arbitrária, e os distúrbios existem ao longo de um continuum. Limites precisos são, portanto, difíceis de determinar. É necessária uma cuidadosa anamnese, observação e integração com outros achados, e as implicações de fazer um diagnóstico devem ser consideradas quando as manifestações clínicas de um indivíduo estão no limite.

Recursos associados

Normalmente, as características associadas que suportam um diagnóstico de DCNT maior ou leve serão específicas para o subtipo etiológico (por exemplo, sensibilidade neuroléptica e alucinações visuais em DCNT devido à doença de corpos de Lewy). Recursos de diagnóstico específicos para cada um dos subtipos são encontrados nas seções relevantes.

Prevalência

A prevalência de DCNT varia muito por idade e por subtipo etiológico. As estimativas gerais de prevalência geralmente estão disponíveis apenas para populações mais velhas. Entre os indivíduos com mais de 60 anos, a prevalência aumenta acentuadamente com a idade, de modo que as estimativas de prevalência são mais precisas para faixas etárias estreitas do que para categorias amplas, como “mais de 65 anos” (onde a média de idade pode variar muito com a expectativa de vida de uma determinada população). Para os subtipos etiológicos que ocorrem ao longo da vida, as estimativas de prevalência para DNT provavelmente estarão disponíveis, se houver,

apenas como a fração de indivíduos que desenvolvem DNT entre aqueles com a condição relevante (por exemplo, lesão cerebral traumática, infecção pelo HIV).

O sexo feminino está associado a uma maior prevalência de demência em geral, e especialmente à doença de Alzheimer, mas essa diferença é em grande parte, se não totalmente, atribuível à maior longevidade nas mulheres.

No geral, as estimativas internacionais de prevalência de demência (que é amplamente congruente com as principais DNT) são de aproximadamente 1% a 2% aos 65 anos e até 30% aos 85 anos. A prevalência de DCNT leve é muito sensível à definição do transtorno, principalmente em ambientes comunitários, onde as avaliações são menos detalhadas. Além disso, em contraste com os ambientes clínicos, onde a preocupação cognitiva deve ser alta para procurar e localizar cuidados, pode haver um declínio menos claro do funcionamento inicial. As estimativas da prevalência de comprometimento cognitivo leve (que é substancialmente congruente com DCNT leve) entre indivíduos mais velhos são bastante variáveis, variando de 2% a 10% aos 65 anos e 5% a 25% aos 85 anos.

A prevalência e a incidência de demência variam entre os países e entre as populações étnicas e raciais nos Estados Unidos, embora as diferenças metodológicas compliquem as comparações de taxas. Alguns estudos nos EUA descobriram que a incidência é mais alta em afro-americanos, seguidos, em ordem decrescente, por índios americanos/nativos do Alasca, latinos, ilhéus do Pacífico, brancos não latinos e asiáticos americanos. Entre quatro populações asiático-americanas, os filipino-americanos tiveram a maior incidência, seguidos pelos nipo-americanos, chineses

687

americanos e americanos asiáticos-indígenas. Descobriu-se que as subpopulações latinas nos Estados Unidos variam consideravelmente em prevalência e incidência de demência; Os hispânicos caribenhos têm taxas muito mais altas do que os mexicanos-americanos em alguns estudos dos EUA.

Desenvolvimento e Curso O curso

da DCNT varia entre os subtipos etiológicos, e essa variação pode ser útil no diagnóstico diferencial. Alguns subtipos (por exemplo, aqueles relacionados a lesão cerebral traumática ou acidente vascular cerebral) geralmente começam em um momento específico e (pelo menos após os sintomas iniciais relacionados à inflamação ou inchaço diminuir) permanecem estáticos. Outros podem flutuar ao longo do tempo (embora, se isso ocorrer, deva ser considerada a possibilidade de delirium sobreposto ao NCD). As DNTs devido a doenças neurodegenerativas como a doença de Alzheimer ou a degeneração frontotemporal são tipicamente marcadas por início insidioso e progressão gradual, e o padrão de início de déficits cognitivos e características associadas ajuda a distingui-los.

As DNTs com início na infância e adolescência podem ter amplas repercussões para o desenvolvimento social e intelectual e, nesse cenário, o transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) ou outros transtornos do neurodesenvolvimento também podem ser diagnosticados para capturar o quadro diagnóstico completo e garantir o fornecimento de uma ampla gama de serviços. Em indivíduos mais velhos, as DNTs ocorrem frequentemente no contexto de doenças médicas, fragilidade e perda sensorial, que complicam o quadro clínico para diagnóstico e tratamento.

Quando a perda cognitiva ocorre na juventude até a meia-idade, os indivíduos e as famílias tendem a procurar atendimento. As DNTs geralmente são mais fáceis de identificar em idades mais jovens, embora em alguns contextos a simulação ou o transtorno factício possam ser uma preocupação. Muito tarde na vida, os sintomas cognitivos podem

não causa preocupação ou pode passar despercebido. No final da vida, as DNTs leves também devem ser diferenciadas dos déficits mais modestos associados ao “envelhecimento normal”, embora uma fração substancial do que foi atribuído ao envelhecimento normal provavelmente represente fases prodromicas de várias DNTs. Além disso, torna-se mais difícil reconhecer as DNTs leves com a idade devido à crescente prevalência de doenças médicas e déficits sensoriais. Torna-se mais difícil diferenciar entre os subtipos com a idade porque existem múltiplas fontes potenciais de declínio neurocognitivo.

Fatores de risco e prognóstico Os

fatores de risco variam não apenas por subtipo etiológico, mas também pela idade de início dentro dos subtipos etiológicos. Alguns subtipos são distribuídos ao longo da vida, enquanto outros ocorrem exclusivamente ou principalmente no final da vida. Mesmo dentro das DNTs do envelhecimento, a prevalência relativa varia com a idade: a doença de Alzheimer é incomum antes dos 60 anos, e a prevalência aumenta acentuadamente depois disso, enquanto a degeneração frontotemporal geral menos comum tem início mais cedo e representa uma fração progressivamente menor de DNTs com a idade . O fator de risco mais forte para DCNTs maiores e leves é a idade, principalmente porque a idade aumenta o risco de doença neurodegenerativa e cerebrovascular.

O risco de DCNT varia de acordo com a origem étnica e racial e está associado à variação no risco de doenças subjacentes (por exemplo, hipertensão, diabetes), condições predisponentes (por exemplo, traumatismo craniano), ambiente (por exemplo, acesso a alimentos nutritivos, espaços seguros para exercícios) , e outros fatores. Por exemplo, nos Estados Unidos, os afro-americanos e latinos tendem a ter maior risco de demência vascular do que os brancos. Baixa escolaridade e alfabetização são fatores de risco para DNTs que também podem variar de acordo com o grupo étnico-racial devido à exposição diferencial a determinantes sociais adversos da saúde.

Questões diagnósticas relacionadas à cultura O

nível de consciência e preocupação dos indivíduos e das famílias sobre os sintomas neurocognitivos pode variar entre os grupos étnicos, raciais e ocupacionais. Diferenças culturais sobre se a diminuição da capacidade cognitiva é vista como uma parte normal do envelhecimento (“normalização”) e o estigma relacionado à demência podem atrasar o reconhecimento de um problema pelas famílias e

688

diminuir a procura de ajuda para indivíduos nos estágios iniciais de perda cognitiva. Por exemplo, o estigma social parece estar associado à subutilização de serviços para deficiência cognitiva entre alguns grupos étnicos e raciais carentes (por exemplo, chineses americanos, coreanos americanos).

Os sintomas neurocognitivos são mais prováveis de serem notados, particularmente no nível leve, em indivíduos que se envolvem em atividades ocupacionais, domésticas ou recreativas complexas. Além disso, as normas para testes neuropsicológicos tendem a estar disponíveis apenas para populações amplas e, portanto, podem não ser facilmente aplicáveis a indivíduos com escolaridade inferior ao ensino médio ou àqueles que estão sendo avaliados fora de sua língua ou cultura primária. Os desafios diagnósticos culturalmente relacionados incluem a contabilização da variação intraétnica na interpretação das avaliações; avaliar o efeito sobre o teste neuropsicológico de a) ameaça do estereótipo do participante do teste (ou seja, ansiedade por preocupações de que ele ou ela confirmará o estereótipo negativo do grupo étnico ou racial por baixo desempenho) e/ou b) o viés implícito (inconsciente) do clínico em teste

interpretação; e selecionar o idioma apropriado ao avaliar indivíduos bilíngues.

Indivíduos bilíngues com demência podem perder a facilidade com línguas não nativas adquiridas, o que pode afetar sua capacidade de se comunicar com os cuidadores. O ambiente de prestação de cuidados pode ser influenciado por normas culturais de responsabilidade familiar de cuidar do idoso, por exemplo, afetando a decisão de cuidar do idoso com DCNT em casa ou em uma instituição de assistência. Em algumas culturas, espera-se que os filhos adultos cuidem de seus pais mais velhos (por exemplo, piedade filial) para que uma limitação funcional não seja tão óbvia para o idoso dependente ou para a família.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero

Alguns estudos mostram que homens e mulheres experimentam DNTs maiores e leves de forma diferente. Fatores relacionados ao sexo e ao gênero podem influenciar a incidência e a prevalência, a etiologia (fatores de risco e de proteção) e as manifestações clínicas das DCNT maiores e leves. Mais mulheres do que homens sofrem de DNTs graves por causa de sua expectativa de vida mais longa. Assim, uma mulher de uma determinada idade tem um risco cumulativo maior de desenvolver DNT antes da morte do que um homem da mesma idade. A diferença nas taxas de incidência é menos clara e pode variar entre as populações e ao longo do tempo devido a fatores relacionados ao gênero (por exemplo, educação, ocupação, papel familiar, estresse). Por exemplo, a incidência de demência em vários países de renda mais alta diminuiu nos últimos 30 anos, e o declínio foi diferente em homens e mulheres entre os países. As mulheres tendem a expressar uma gama mais ampla de sintomas. Em particular, as mulheres tendem a manifestar mais sintomas psiquiátricos, como depressão, ansiedade e delírios. Os homens tendem a manifestar mais agressividade, apatia e sintomas vegetativos.

Assim como idade, cultura e ocupação, questões de sexo e gênero podem afetar o nível de preocupação e consciência dos sintomas cognitivos. Além disso, para as DNTs tardias, as mulheres tendem a ser mais velhas, ter mais comorbidade médica e morar sozinhas, o que pode complicar a avaliação e o tratamento. Além disso, existem diferenças de sexo e gênero na frequência de alguns dos subtipos etiológicos.

Marcadores diagnósticos

Além de uma anamnese cuidadosa, as avaliações neuropsicológicas são as principais medidas para o diagnóstico das DCNT, principalmente no nível leve, onde as alterações funcionais são mínimas e os sintomas mais sutis. Idealmente, os indivíduos serão encaminhados para testes neuropsicológicos formais, que fornecerão uma avaliação quantitativa de todos os domínios relevantes e, assim, ajudarão no diagnóstico; orientar a família sobre as áreas em que o indivíduo pode necessitar de mais apoio; e servem como referência para declínio ou resposta a terapias. Quando esse teste não está disponível ou não é viável, as breves avaliações na [Tabela 1](#) podem fornecer informações sobre cada domínio. Testes de estado mental breves mais globais podem ser úteis, mas podem ser

insensível, particularmente a mudanças modestas em um único domínio ou naqueles com altas habilidades pré-mórbidas, e pode ser excessivamente sensível naqueles com baixas habilidades pré-mórbidas.

Na distinção entre os subtipos etiológicos, marcadores diagnósticos adicionais podem entrar em jogo, particularmente estudos de neuroimagem, como ressonância magnética e pósitrons.

tomografia por emissão. Além disso, marcadores específicos podem estar envolvidos na avaliação de subtipos específicos e podem se tornar mais importantes à medida que os resultados de pesquisas adicionais se acumulam ao longo do tempo, conforme discutido nas seções relevantes.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Estudos em larga escala indicam taxas elevadas de comportamento suicida em indivíduos com TNC devido a uma variedade de etiologias em comparação com pessoas sem TNC. Um estudo nacional em Taiwan relatou que a tentativa de suicídio no final da vida está associada à demência subsequente.

Consequências Funcionais dos Transtornos Neurocognitivos Maiores e Leves

Por definição, os TNCs maiores e leves afetam o funcionamento, dado o papel central da cognição na vida humana. Assim, os critérios para os distúrbios e o limiar para diferenciar as DNTs leves das maiores baseiam-se em parte na avaliação funcional. Dentro das principais DNT, há uma ampla gama de comprometimento funcional, conforme implementado nos especificadores de gravidade. Além disso, as funções específicas comprometidas podem ajudar a identificar os domínios cognitivos afetados, principalmente quando o teste neuropsicológico não está disponível ou é de difícil interpretação.

Diagnóstico Diferencial

Cognição normal. O diagnóstico diferencial entre cognição normal e TNC leve, assim como entre TNC leve e maior, é desafiador porque os limites são inherentemente arbitrários.

A anamnese cuidadosa e a avaliação objetiva são fundamentais para essas distinções. Uma avaliação longitudinal usando avaliações quantificadas pode ser fundamental na detecção de DNT leve.

Delírio. Tanto a DNT leve quanto a maior podem ser difíceis de distinguir de um delirium persistente, que pode ocorrer concomitantemente. Uma avaliação cuidadosa da atenção e da excitação ajudará a fazer a distinção.

Transtorno depressivo maior. A distinção entre TNC leve e transtorno depressivo maior, que pode ocorrer concomitantemente com TNC, também pode ser um desafio. Padrões específicos de déficits cognitivos podem ser úteis. Por exemplo, déficits consistentes de memória e função executiva são típicos da doença de Alzheimer, enquanto o desempenho inespecífico ou mais variável é visto na depressão maior. Alternativamente, o tratamento do transtorno depressivo com observação repetida ao longo do tempo pode ser necessário para fazer o diagnóstico.

Transtorno específico de aprendizagem e outros transtornos do neurodesenvolvimento. Um esclarecimento cuidadoso do estado inicial do indivíduo ajudará a distinguir um NCD de um transtorno de aprendizagem específico ou outros transtornos do neurodesenvolvimento. Questões adicionais podem entrar no diferencial para subtipos etiológicos específicos, conforme descrito nas seções relevantes.

Comorbidade As

DNTs são comuns em indivíduos mais velhos e, portanto, muitas vezes co-ocorrem com uma ampla variedade de doenças relacionadas à idade que podem complicar o diagnóstico ou o tratamento. O mais notável deles é o delirium, para o qual as DNTs aumentam o risco. Em indivíduos mais velhos, um delirium durante a hospitalização é, em muitos casos, a primeira vez que uma DNT é notada, embora uma história cuidadosa muitas vezes revele evidências de declínio precoce. DNTs mistas também são comuns em idosos.

indivíduos, pois muitas entidades etiológicas aumentam sua prevalência com a idade. Em indivíduos mais jovens, o DCNT frequentemente ocorre concomitantemente com distúrbios do neurodesenvolvimento; por exemplo, uma lesão na cabeça em uma criança em idade pré-escolar também pode levar a problemas significativos de desenvolvimento e aprendizado. A comorbidade adicional de DCNT geralmente está relacionada ao subtipo etiológico, conforme discutido nas seções relevantes.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Alzheimer Doença

Critério de diagnóstico

- A. Os critérios são preenchidos para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B. Há início insidioso e progressão gradual do comprometimento em um ou mais domínios cognitivos (para transtorno neurocognitivo maior, pelo menos dois domínios devem estar comprometidos).

- C. Os critérios são preenchidos para doença de Alzheimer provável ou possível como segue:

Para transtorno neurocognitivo maior: A doença de Alzheimer provável é diagnosticada se qualquer um dos seguintes estiver presente; caso contrário, a **possível doença de Alzheimer** deve ser diagnosticada.

1. Evidência de uma mutação genética causadora da doença de Alzheimer da família história ou testes genéticos.
2. Todos os três itens a seguir estão presentes:
 - a. Evidência clara de declínio na memória e aprendizagem e pelo menos um outro domínio cognitivo (com base na história detalhada ou testes neuropsicológicos em série).
 - b. Declínio progressivo e gradual da cognição, sem extensão planaltos.
 - c. Nenhuma evidência de etiologia mista (ou seja, ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular, ou outra doença ou condição neurológica, mental ou sistêmica que possa contribuir para o declínio cognitivo).

Para transtorno neurocognitivo leve: A

doença de Alzheimer provável é diagnosticada se houver evidência de uma mutação genética causadora da doença de Alzheimer a partir de testes genéticos ou histórico familiar.

A possível doença de Alzheimer é diagnosticada se não houver evidência de uma mutação genética causadora da doença de Alzheimer a partir de testes genéticos ou histórico familiar, e todos os três itens a seguir estiverem presentes: 1. Evidência clara de declínio na memória e no aprendizado.

2. Declínio gradual e progressivo da cognição, sem platôs estendidos.

3. Nenhuma evidência de etiologia mista (ou seja, ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular, ou outra doença ou condição neurológica ou sistêmica que possa contribuir para o declínio cognitivo).
- D. O distúrbio não é melhor explicado por doença cerebrovascular, outra doença neurodegenerativa, os efeitos de uma substância ou outro distúrbio mental, neurológico ou sistêmico.

Nota de codificação (ver tabela de codificação nas

págs. 682–683): Para transtorno neurocognitivo maior devido a doença de Alzheimer provável ou possível, com distúrbio comportamental, codifique primeiro **G30.9** doença de Alzheimer, seguido por **F02.81**. Para transtorno neurocognitivo maior devido a doença de Alzheimer provável ou possível, sem distúrbio comportamental, codifique primeiro **G30.9** doença de Alzheimer, seguido por **F02.80**.

691

Nota: Os especificadores de gravidade “leve”, “moderado” e “grave” não podem ser codificados para transtorno neurocognitivo maior, mas ainda devem ser registrados.

Para transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Alzheimer, codifique **G31.84**. (**Nota:** Não use o código adicional para a doença de Alzheimer. “Com distúrbio comportamental” e “sem distúrbio comportamental” não podem ser codificados, mas devem ser registrados.)

Para transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Alzheimer: Use códigos adicionais para indicar sintomas psiquiátricos clinicamente significativos devido à doença de Alzheimer (por exemplo, **F06.2** transtorno psicótico devido à doença de Alzheimer, com delírios; **F06.32** transtorno depressivo devido a doença de Alzheimer, com episódio tipo depressivo maior).

Características Diagnósticas

Além da síndrome do transtorno neurocognitivo (TNC) (Critério A), as principais características do TNC maior ou leve devido à doença de Alzheimer incluem um início insidioso e progressão gradual dos sintomas cognitivos e comportamentais (Critério B). A apresentação típica é amnésica (ou seja, com prejuízo na memória e na aprendizagem). Apresentações não amnésicas incomuns, particularmente variantes afásicas visuoespaciais e logopênicas, também existem. Uma proporção significativa de indivíduos, provavelmente mais da metade, apresenta sintomas comportamentais antes do início dos sintomas cognitivos; a presença de distúrbio comportamental deve ser anotada usando os códigos especificadores apropriados. Na fase leve do NCD, a doença de Alzheimer se manifesta tipicamente com comprometimento da memória e aprendizado, às vezes acompanhado por déficits na função executiva. Na fase principal do TNC, a habilidade visuoconstrutiva/perceptivo-motora e a linguagem (por exemplo, recuperação de palavras) também serão prejudicadas, particularmente quando o TNC for moderado a grave. A cognição social tende a ser preservada até tarde no curso da doença, com exceção de indivíduos que apresentam as variantes menos comuns com distúrbios disexecutivos e comportamentais significativos.

Um nível de certeza diagnóstica deve ser especificado denotando a doença de Alzheimer como a etiologia “provável” ou “possível” (Critério C). *Provável doença de Alzheimer* é diagnosticada em

TNC tanto maior quanto leve se houver evidência de um gene causador da doença de Alzheimer, seja de teste genético ou de uma história familiar autossômica dominante juntamente com confirmação de autópsia ou teste genético em um membro da família afetado. Atualmente, a designação de “provável” representa o mais alto nível de certeza diagnóstica dentro da estrutura de critérios atual. No entanto, os desenvolvimentos atuais em biomarcadores continuam a aumentar a certeza diagnóstica (por exemplo, quando a tomografia por emissão de pósitrons [PET] do cérebro pode indicar a presença de patologia de Alzheimer, como evidência de amilóide e/ou deposição de tau por imagem ou análise cerebrospinal [CSF]). Para DCNT maior, um quadro clínico típico, sem platôs estendidos ou evidência de etiologia mista, também pode ser diagnosticado como provável doença de Alzheimer. No entanto, em alguns indivíduos pode haver períodos prolongados de progressão muito lenta ou mínima. Para DCNT leve, dado o menor grau de certeza de que os déficits irão progredir, essas características são suficientes apenas para uma *possível* etiologia de Alzheimer. Como dito acima, no entanto, novos métodos de biomarcadores podem afetar o uso de “provável” e “possível” em NCD leve. Se a etiologia parecer mista, deve-se diagnosticar TNC leve devido a múltiplas etiologias. De qualquer forma, tanto para as DCNT leves quanto para as principais devido à doença de Alzheimer, as características clínicas não devem sugerir outra etiologia primária para a DCNT (Critério D). À medida que os dados de biomarcadores continuam a informar a natureza das patologias subjacentes, é provável que a existência de múltiplas etiologias seja mapeada de forma mais sistemática no futuro para identificar melhor as variações diagnósticas nas DCNT devido a múltiplas etiologias.

Recursos associados

Para indivíduos com DCNT devido à doença de Alzheimer, os sintomas se estendem além dos déficits cognitivos para incluir sintomas neuropsiquiátricos, como agitação, apatia, depressão, delírios e distúrbios do sono. Os sintomas neuropsiquiátricos também podem ser descritos como

692

sintomas comportamentais e psicológicos de demência e têm sido observados em distúrbios neurocognitivos de todas as etiologias. Esses sintomas são quase universais na doença de Alzheimer, conforme confirmado em duas amostras da população dos EUA, com 5 anos de acompanhamento em uma relatando que 98% dos indivíduos com DCNT devido à doença de Alzheimer desenvolvem sintomas neuropsiquiátricos.

Os sintomas neuropsiquiátricos levam à incapacidade, piora da qualidade de vida, maior prejuízo nas atividades de vida diária, declínio cognitivo e funcional mais rápido, maior sobrecarga do cuidador, institucionalização mais precoce e mortalidade acelerada. Os sintomas neuropsiquiátricos costumam ser mais angustiantes do que as manifestações cognitivas e frequentemente são a razão pela qual a assistência médica é procurada. Esses sintomas também estão frequentemente presentes no estágio leve do DCNT, com evidências sugerindo que mais da metade dos indivíduos que desenvolvem demência começam com sintomas neuropsiquiátricos. No estágio leve de NCD ou no nível mais leve de NCD maior, depressão, irritabilidade e/ou apatia são mais frequentemente observadas. Com TNC grave moderadamente grave, delírios, agitação, combatividade e perambulação são comuns. No final da doença, distúrbios da marcha, disfagia, incontinência, mioclonia e convulsões são observados.

Prevalência

A prevalência de DCNT geral devido à doença de Alzheimer aumenta acentuadamente com a idade. Em alta-

países de renda, varia de 5% a 10% em indivíduos com idades entre 60-69 anos para pelo menos 25% depois. Estima-se que 5,4 milhões de americanos de todas as idades tiveram demência devida à doença de Alzheimer em 2016, incluindo cerca de 200.000 indivíduos com início da doença antes dos 65 anos. 85 e mais velhos. As estimativas que aplicam as taxas de incidência de demência devida à doença de Alzheimer aos dados do censo dos EUA indicam que 81% das pessoas com a doença têm 75 anos ou mais. A porcentagem de demências atribuíveis à doença de Alzheimer varia de cerca de 60% a mais de 90%, dependendo do cenário e dos critérios diagnósticos. O NCD leve devido à doença de Alzheimer provavelmente também representa uma fração substancial do comprometimento cognitivo leve (MCI).

Estudos mostram que a prevalência de demência por doença de Alzheimer tende a variar de acordo com a origem etnoracial; por exemplo, nos Estados Unidos, a prevalência em indivíduos com 65 anos ou mais varia de 3,5% a 14,4%, dependendo do grupo étnico-racial, idade e metodologia de avaliação. Maior prevalência foi encontrada entre afro-americanos e latino-americanos de origem caribenha, após ajuste para gênero e comorbidades clínicas.

Desenvolvimento e Curso As DCNTs

maiores ou leves devido à doença de Alzheimer progridem gradualmente, às vezes com platôs, através de demência grave até a morte. A duração média da sobrevida após o diagnóstico é de aproximadamente 10 anos, refletindo a idade avançada da maioria dos indivíduos e não o curso da doença; alguns indivíduos podem viver com a doença por até 20 anos. Indivíduos em estágio avançado acabam ficando mudos e acamados. A morte mais comumente resulta da aspiração naqueles que sobrevivem ao longo do curso completo. No TNC leve devido à doença de Alzheimer, as deficiências aumentam ao longo do tempo e o estado funcional diminui gradualmente até que os sintomas atinjam o limiar para o diagnóstico de TNC maior.

O início dos sintomas geralmente ocorre entre os 70 e os 89 anos; as formas de início precoce observadas em indivíduos com idades entre 40 e 59 anos estão frequentemente, mas nem sempre, relacionadas a mutações causadoras conhecidas. Os sintomas e a patologia não diferem muito pelas idades de início. No entanto, os indivíduos mais jovens são mais propensos a sobreviver ao curso completo da doença, enquanto os indivíduos mais velhos são mais propensos a ter inúmeras comorbidades médicas que afetam o curso e o manejo da doença. A complexidade diagnóstica é maior em idosos devido à maior probabilidade de comorbidade de doenças médicas e patologia mista. A idade no início dos sintomas, a taxa de declínio cognitivo e as taxas de sobrevivência parecem variar de acordo com a origem etnoracial. Por exemplo, comparado

693

com brancos não latinos, os latinos americanos podem desenvolver sintomas da doença de Alzheimer até 4 anos antes, os afro-americanos tendem a apresentar declínio cognitivo mais lento e ambos os grupos carentes podem ter períodos de sobrevivência mais longos.

Fatores de risco e prognóstico Vários fatores

de risco foram identificados, incluindo baixo nível educacional, hipertensão na meia-idade, obesidade e perda auditiva, bem como tabagismo tardio, depressão, sedentarismo, isolamento social e diabetes. A coocorrência de múltiplos fatores de risco vascular também aumenta o risco de doença de Alzheimer e pode atuar aumentando a patologia cerebrovascular ou

também através de efeitos diretos na patologia de Alzheimer. A lesão cerebral traumática, especialmente em homens, pode aumentar o risco de DCNT maior ou leve devido à doença de Alzheimer, embora essa relação permaneça controversa.

Genética e fisiológica. A idade é definitivamente o fator de risco mais forte para a doença de Alzheimer, como demonstram as estimativas de prevalência. Foi demonstrada uma forte predisposição genética (60%–80% do risco atribuível). Mutações raras nos cromossomos 1, 14 e 21 seguem a herança mendeliana, levando a formas autossômicas dominantes. Indivíduos com síndrome de Down (trissomia 21) podem desenvolver a doença de Alzheimer se sobreviverem até a meia-idade. Os fatores de risco mais comuns são poligênicos, com mais de 45 genes/loci de risco identificados, geralmente com pequenos efeitos sobre o risco. O polimorfismo de suscetibilidade genética mais forte, apolipoproteína E4 (*APOE*E4*), aumenta o risco e diminui a idade de início, particularmente em indivíduos homozigotos, embora alguns indivíduos homozigotos sobrevivam até idades avançadas sem desenvolver sintomas.

A origem etnoracial e nacional estão relacionadas ao perfil de suscetibilidade genética para a doença de Alzheimer. Embora a *APOE*E4* esteja associada ao risco de doença de Alzheimer, essa associação não foi consistentemente encontrada em todos os grupos étnicos e raciais. Por exemplo, alguns estudos identificaram uma mutação única no gene *Gly206Ala* presenilina 1 entre indivíduos de ascendência porto-riquenha com doença de Alzheimer, que também está relacionada ao início precoce. Além disso, alguns estudos encontraram uma associação mais forte com *ABCA7*, um gene transportador de proteína, entre indivíduos que se identificam como afro-americanos do que entre brancos americanos.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

A detecção de uma DNT pode ser mais difícil em ambientes culturais e socioeconômicos onde a perda de memória é considerada normal na velhice, onde os idosos enfrentam menos demandas cognitivas na vida cotidiana ou onde níveis educacionais muito baixos representam maiores desafios ao objetivo avaliação cognitiva.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero As

mulheres apresentaram maior incidência da doença de Alzheimer do que os homens em vários estudos europeus, mas a incidência foi semelhante em homens e mulheres na maioria dos estudos norte-americanos. Alguns estudos sugeriram que os sintomas da demência progredem mais rapidamente nas mulheres do que nos homens. No entanto, como as mulheres têm um desempenho melhor do que os homens da mesma idade em alguns testes de memória verbal, também é possível que as diferenças de gênero reflitam as pontuações de corte dos testes usados para apoiar um diagnóstico. Diferentes pontuações de corte podem ser úteis em homens e mulheres ao avaliar o comprometimento cognitivo leve.

Marcadores diagnósticos

Placas neuríticas com predominância amilóide, emaranhados neurofibrilares com predominância de tau e perda neuronal observadas microscopicamente ou manifestadas em atrofia cortical regional (por exemplo, hipocampo, parietal, frontal) são características do diagnóstico patológico da doença de Alzheimer e podem ser confirmadas por histopatologia post-mortem exame. Por

genes causadores da doença de Alzheimer – proteína precursora de amilóide (*APP*), presenilina 1 (*PSEN1*) ou presenilina 2 (*PSEN2*) – podem estar envolvidos, e testes genéticos para tais mutações estão disponíveis comercialmente, embora geralmente sem utilidade clínica. Embora a *APOE E*4* não possa servir como marcador de diagnóstico porque é um fator de risco (ou seja, não é necessário nem suficiente para a ocorrência da doença), em casos raros, o teste genético nesse locus pode ter utilidade em ambientes clínicos.

Como a deposição de beta-42 amiloide no cérebro ocorre no início da cascata fisiopatológica, testes diagnósticos baseados em amiloide, como imagens de amiloide em exames de PET do cérebro e níveis reduzidos de beta-42 amiloide no LCR, podem ter valor diagnóstico. Da mesma forma, imagens de tau PET ou análises do LCR para níveis elevados de tau total ou fosfo-tau estão disponíveis para uso clínico. Sinais de lesão neuronal, como atrofia cortical hipocampal e temporoparietal em uma ressonância magnética e hipometabolismo temporoparietal em uma PET com fluorodesoxiglicose, fornecem evidência de dano neuronal, mas são menos específicos para a doença de Alzheimer. A maioria desses biomarcadores foi validada e está amplamente disponível em ambientes de cuidados terciários. Biomarcadores derivados do sangue para a doença de Alzheimer estão sendo desenvolvidos e provavelmente estarão disponíveis clinicamente como indicadores diagnósticos, prognósticos e teranósticos.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas A

doença de Alzheimer está associada a um risco moderado de suicídio mesmo muitos anos após o diagnóstico; assim, a avaliação contínua do humor e da tendência ao suicídio é apropriada. Um grande estudo populacional na Dinamarca descobriu que o risco de suicídio em indivíduos com diagnóstico de demência determinado pelo hospital era de três a oito vezes maior em comparação com pessoas sem demência. Em contraste, vários outros estudos encontraram resultados mistos em relação ao risco de suicídio em indivíduos com doença de Alzheimer. Uma revisão da neurobiologia do suicídio em idosos encontrou evidências preliminares de uma associação com déficits cognitivos e comportamento suicida em idosos, especialmente no que diz respeito à tomada de decisão prejudicada e inibição cognitiva reduzida.

Consequências Funcionais do Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Por causa da doença de Alzheimer

Por causa do efeito na cognição, comportamento e funcionamento, o DCNT devido à doença de Alzheimer tem um impacto sério e substancial sobre os indivíduos, seus cuidadores e famílias. No início do curso da doença, perda de memória, desorientação e sintomas de humor afetam negativamente a independência e criam preocupações de segurança (por exemplo, ao dirigir). Para indivíduos com início em idades mais jovens, as DCNT devido à doença de Alzheimer podem levar à aposentadoria precoce. À medida que a doença avança, os indivíduos tornam-se cada vez mais incapacitados nas atividades instrumentais e básicas da vida diária, tornando-se lentamente totalmente dependentes de outros. Os cuidadores de indivíduos com DCNT devido à doença de Alzheimer muitas vezes veem sua rede social se deteriorar e desenvolvem uma série de problemas de saúde e saúde mental que podem afetar negativamente os resultados tanto para o cuidador quanto para o indivíduo com DCNT.

Diagnóstico Diferencial

Outros distúrbios neurocognitivos

As DCNTs maiores e leves devido a outros processos neurodegenerativos (por exemplo, doença de corpos de Lewy, degeneração frontotemporal) compartilham o início insidioso e o declínio gradual causados pela doença de Alzheimer, mas têm características próprias distintas (que são

nem sempre presente). Por exemplo, NCD com corpos de Lewy é tipicamente caracterizado por flutuações frequentes na cognição no início da doença, características parkinsonianas, desequilíbrios na marcha e alucinações visuais. Indivíduos com TNC frontotemporal podem apresentar uma variante comportamental ou de linguagem distinta. A variante comportamental normalmente

695

manifesta-se primeiro com mudanças proeminentes no comportamento social, como desinibição, apatia ou comportamento perseverativo, que podem não raramente levar a um diagnóstico psiquiátrico primário. Em contraste, a variante de linguagem do TNC frontotemporal pode se manifestar com deficiências na linguagem expressiva ou na compreensão de palavras.

Na DCNT vascular maior ou leve, geralmente há uma história de acidente vascular cerebral temporalmente relacionada ao início do comprometimento cognitivo, e infartos ou depósitos de hemossiderina observados em imagens cerebrais podem ser considerados suficientes para explicar o quadro clínico. No entanto, as DCNT vasculares maiores ou leves compartilham muitas características clínicas com a doença de Alzheimer; frequentemente a patologia de Alzheimer está presente sozinha ou em combinação com patologias vasculares. Deve-se notar que a alteração da substância branca por si só não constitui evidência suficiente de doença cerebrovascular para propor uma etiologia mista se as outras considerações diagnósticas apoarem o diagnóstico de DCNT devido à doença de Alzheimer. A presença de alterações isquêmicas subcorticais em neuroimagem deve ser interpretada com cuidado, tendo em vista a presença de patologia de Alzheimer concomitante.

Outras doenças neurológicas ou sistêmicas concomitantes e ativas Outras doenças neurológicas ou sistêmicas devem ser consideradas se houver uma relação temporal e gravidade apropriadas para explicar o quadro clínico. No nível leve de DNT, pode ser difícil distinguir a etiologia da doença de Alzheimer daquela de outra condição médica (por exemplo, distúrbios da tireoide, deficiência de vitamina B12).

Transtorno depressivo maior. Particularmente no nível leve de DCNT, o diagnóstico diferencial também inclui depressão maior. A presença de depressão pode estar associada a um funcionamento diário reduzido e a uma concentração deficiente que pode se assemelhar a uma DNT, mas a melhora com o tratamento da depressão pode ser útil para fazer a distinção. Se os sintomas que atendem aos critérios para um episódio depressivo maior são considerados devidos aos efeitos fisiológicos da doença de Alzheimer, um diagnóstico de transtorno depressivo devido à doença de Alzheimer, com episódio tipo depressivo maior, deve ser dado em vez de transtorno depressivo maior.

Comorbidade A

maioria dos indivíduos com doença de Alzheimer é idosa e apresenta múltiplas condições médicas que podem complicar o diagnóstico e influenciar o curso clínico. A DCNT maior ou leve devido à doença de Alzheimer comumente co-ocorre com a doença cerebrovascular, o que contribui para o quadro clínico. Quando uma condição comórbida contribui para o DCNT em um indivíduo com doença de Alzheimer, então o DCNT devido a múltiplas etiologias deve ser diagnosticado.

Transtorno Neurocognitivo Frontotemporal Maior ou Leve

Critério de diagnóstico

A. Os critérios são preenchidos para transtorno neurocognitivo maior ou leve.

B. O distúrbio tem início insidioso e progressão gradual.

C. Ou (1) ou (2):

1. Variante comportamental:

uma. Três ou mais dos seguintes sintomas comportamentais:

eu. Desinibição comportamental.

ii. Apatia ou inércia. iii.

Perda de simpatia ou empatia.

696

4. Comportamento perseverativo, estereotipado ou compulsivo/ritualístico. v.

Hiperoralidade e mudanças na dieta.

b. Declínio proeminente na cognição social e/ou habilidades executivas.

2. Variante de idioma:

uma. Declínio proeminente na capacidade de linguagem, na forma de produção de fala, descoberta de palavras, nomeação de objetos, gramática ou compreensão de palavras.

D. Poupança relativa de aprendizagem e memória e função perceptivo-motora.

E. O distúrbio não é melhor explicado por doença cerebrovascular, outra doença neurodegenerativa, os efeitos de uma substância ou outro distúrbio mental, neurológico ou sistêmico.

Provável transtorno neurocognitivo frontotemporal é diagnosticado se um dos seguintes estiver presente; caso contrário, um **possível transtorno neurocognitivo frontotemporal** deve ser diagnosticado: 1. Evidência de uma mutação genética do transtorno neurocognitivo frontotemporal causador,

a partir de qualquer história familiar ou testes genéticos.

2. Evidência de envolvimento desproporcional do lobo frontal e/ou temporal de neuroimagem.

Possível transtorno neurocognitivo frontotemporal é diagnosticado se não houver evidência de uma mutação genética e a neuroimagem não tiver sido realizada.

Nota de codificação (ver tabela de codificação nas pp. 682–

683): Para transtorno neurocognitivo maior devido a provável ou possível degeneração frontotemporal, com distúrbio comportamental, codifique primeiro **G31.09** degeneração frontotemporal, seguido por **F02.81**. Para transtorno neurocognitivo maior devido a provável ou possível degeneração frontotemporal, sem distúrbio comportamental, codifique primeiro **G31.09** degeneração frontotemporal, seguido por **F02.80**.

Nota: Os especificadores de gravidade “leve”, “moderado” e “grave” não podem ser codificados para transtorno neurocognitivo maior, mas ainda devem ser registrados.

Para transtorno neurocognitivo leve devido à degeneração frontotemporal, codifique **G31.84**.

(Nota: Não use o código adicional para degeneração frontotemporal. "Com distúrbio comportamental" e "sem distúrbio comportamental" não podem ser codificados, mas ainda devem ser registrados.)

Para transtorno neurocognitivo frontotemporal maior ou leve: Use código(s) adicional(is) para indicar sintomas psiquiátricos clinicamente significativos devido à degeneração frontotemporal (p . degeneração frontotemporal, tipo desinibida).

Características Diagnósticas

O transtorno neurocognitivo frontotemporal (TNC) maior ou leve compreende uma série de variantes sindrômicas caracterizadas pelo desenvolvimento progressivo de alterações comportamentais e de personalidade e/ou comprometimento da linguagem. A variante comportamental e duas variantes de linguagem (semântica e agramática/não fluente) exibem padrões distintos de atrofia cerebral e alguma neuropatologia distinta. Os critérios devem ser atendidos para a variante comportamental ou de linguagem para fazer o diagnóstico, mas muitos indivíduos apresentam características de ambas.

Indivíduos com TNC frontotemporal maior ou leve variante comportamental apresentam graus variados de apatia ou desinibição. Eles podem perder o interesse na socialização, no autocuidado e nas responsabilidades pessoais, ou apresentar comportamentos socialmente inadequados. A percepção geralmente é prejudicada, e isso muitas vezes atrasa a consulta médica. O primeiro encaminhamento é muitas vezes para um psiquiatra. Indivíduos podem desenvolver mudanças no estilo social e nas crenças religiosas e políticas.

697

crenças, com movimentos repetitivos, acumulação, mudanças no comportamento alimentar e hiperoralidade. Em estágios posteriores, pode ocorrer perda do controle esfíncteriano. O declínio cognitivo é menos proeminente e os testes formais podem mostrar relativamente poucos déficits nos estágios iniciais. Os sintomas neurocognitivos comuns são a falta de planejamento e organização, distração e mau julgamento. Déficits na função executiva, como baixo desempenho em testes de flexibilidade mental, raciocínio abstrato e inibição de resposta, estão presentes, mas o aprendizado e a memória são relativamente poupadados, e as habilidades motoras perceptivas são quase sempre preservadas nos estágios iniciais.

Indivíduos com TNC frontotemporal maior ou leve variante de linguagem apresentam afasia progressiva primária com início gradual, com dois subtipos comumente descritos: variante semântica e variante agramática/não fluente; cada variante tem características distintas e neuropatologia correspondente. Uma terceira forma de declínio progressivo da linguagem, chamada afasia progressiva logopênica, está associada à disfunção temporoparietal esquerda e é frequentemente causada pela patologia da doença de Alzheimer.

"Provável" é distinguido de "possível" NCD frontotemporal pela presença de fatores genéticos causadores (por exemplo, mutações no gene que codifica a proteína tau associada a microtúbulos) ou pela presença de atrofia distinta ou atividade reduzida em regiões frontotemporais em estruturas ou funções funcionais. imagem.

Recursos associados

Características extrapiramidais podem ser proeminentes em alguns casos, com sobreposição com síndromes como paralisia supranuclear progressiva e degeneração corticobasal. Características da doença do neurônio motor podem estar presentes em alguns casos (por exemplo, atrofia muscular, fraqueza). Um subconjunto de indivíduos desenvolve alucinações visuais.

Prevalência

A DCNT frontotemporal maior ou leve é uma causa comum de DCNT de início precoce em indivíduos com menos de 65 anos. Em estudos internacionais, as estimativas de prevalência populacional estão na faixa de 2 a 31 por 100.000, com taxas gerais geralmente iguais em homens e mulheres, embora exista variação entre os estudos. Aproximadamente 20% a 25% dos casos de DCNT frontotemporal ocorrem em indivíduos com mais de 65 anos. A DCNT frontotemporal é responsável por cerca de 5% de todos os casos de demência em séries de autópsias não selecionadas. A variante comportamental é a apresentação mais comum da DCNT devido à degeneração frontotemporal, ocorrendo em aproximadamente 60% dos casos.

Desenvolvimento e Curso Indivíduos

com DCNT frontotemporal maior ou leve comumente apresentam-se na faixa dos 50 anos, embora a idade de início varie dos 20 aos 80 anos. A doença é gradualmente progressiva, com sobrevida média de 6 a 11 anos após o início dos sintomas e de 3 a 4 anos após o diagnóstico. A sobrevida é mais curta e o declínio é mais rápido na DCNT frontotemporal maior ou leve do que na doença de Alzheimer típica.

Fatores de Risco e Prognósticos

Genéticos e fisiológicos. Aproximadamente 40% dos indivíduos com DCNT frontotemporal maior ou leve têm história familiar de DCNT de início precoce e aproximadamente 10% apresentam um padrão de herança autossômico dominante. Vários fatores genéticos foram identificados, como mutações no gene que codifica a proteína tau associada a microtúbulos (*MAPT*), o gene da granulina (*GRN*) e o gene *C9ORF72* (*C9orf72*). Várias famílias com mutações causadoras foram identificadas (consulte a seção “Marcadores de diagnóstico” para esse distúrbio), mas muitos indivíduos com transmissão familiar conhecida não têm uma mutação conhecida. A presença de doença do neurônio motor está associada a uma deterioração mais rápida.

698

Marcadores diagnósticos

A tomografia computadorizada (TC) ou a ressonância magnética estrutural (RM) podem mostrar padrões distintos de atrofia. Na DNC frontotemporal maior ou leve variante comportamental, ambos os lobos frontais (especialmente os lobos frontais mediais) e os lobos temporais anteriores são atróficos. Nas variantes semânticas de linguagem – DNC frontotemporal maior ou leve, os lobos temporais médio, inferior e anterior estão atróficos bilateralmente, mas de forma assimétrica, com o lado esquerdo geralmente sendo mais afetado. A variante de linguagem não fluente – DNC frontotemporal maior ou leve está associada à atrofia fronto-insular posterior predominantemente esquerda. A imagem funcional demonstra hipoperfusão e/ou hipometabolismo cortical nas regiões cerebrais correspondentes, que podem estar presentes nos estágios iniciais na ausência de anormalidade estrutural. Biomarcadores emergentes para a doença de Alzheimer

(por exemplo, níveis de beta-amiloide e tau no líquido cefalorraquidiano e imagem amiloide) podem ajudar no diagnóstico diferencial, mas a distinção da doença de Alzheimer pode permanecer difícil.

Em casos familiares de DCNT frontotemporal, a identificação de mutações genéticas pode ajudar a confirmar o diagnóstico. Mutações associadas com NCD frontotemporal incluem os genes que codificam a proteína tau associada a microtúbulos (MAPT) e granulina (GRN), C9ORF72, proteína de ligação ao DNA de resposta transativa de 43 kDa (TDP-43 ou TARDBP), proteína contendo valosina (VCP) , proteína modificadora da cromatina 2B (CHMP2B) e fundida na proteína do sarcoma (FUS).

Consequências funcionais do transtorno neurocognitivo frontotemporal

maior ou leve Por causa da idade relativamente precoce de início do transtorno, o transtorno geralmente afeta o local de trabalho e a vida familiar. Por causa do envolvimento da linguagem e/ou comportamento, a função é frequentemente mais severamente prejudicada relativamente no início do curso. Para indivíduos com a variante comportamental, antes do esclarecimento diagnóstico, pode haver ruptura familiar significativa, envolvimento legal e problemas no local de trabalho devido a comportamentos socialmente inadequados. O comprometimento funcional atribuível à mudança comportamental e à disfunção da linguagem, que pode incluir hiperoralidade, perambulação impulsiva e outros comportamentos desinibidos, pode exceder em muito o atribuível ao distúrbio cognitivo e pode levar à colocação ou institucionalização em um lar de idosos. Esses comportamentos podem ser severamente perturbadores, mesmo em ambientes de cuidados estruturados, particularmente quando os indivíduos são saudáveis, não frágeis e livres de outras comorbidades médicas.

Diagnóstico diferencial

Outros distúrbios neurocognitivos Outras doenças neurodegenerativas podem ser diferenciadas de DCNT frontotemporal maior ou leve por suas características. No DCNT maior ou leve devido à doença de Alzheimer, o declínio na aprendizagem e na memória é uma característica precoce. No entanto, 10% a 30% dos indivíduos que apresentam uma síndrome sugestiva de DCNT frontotemporal maior ou leve são encontrados na autópsia como portadores de doença de Alzheimer. Isso ocorre com mais frequência em indivíduos que apresentam síndromes disexecutivas progressivas na ausência de alterações comportamentais ou distúrbios do movimento ou naqueles com a variante logopênica.

Na DCNT maior ou leve com corpos de Lewy, características centrais e sugestivas de corpos de Lewy devem estar presentes. No DCNT maior ou leve devido à doença de Parkinson, o parkinsonismo espontâneo surge bem antes do declínio cognitivo. Nas DCNT vasculares maiores ou leves, dependendo das regiões cerebrais afetadas, também pode haver perda da função executiva e alterações comportamentais, como apatia, e esse distúrbio deve ser considerado no diagnóstico diferencial. No entanto, a história de um evento cerebrovascular está temporalmente relacionada ao início do comprometimento cognitivo em DCNT vascular maior ou leve, e a neuroimagem revela infartos ou lesões na substância branca suficientes para explicar o quadro clínico.

Outras condições neurológicas. A DNC frontotemporal maior ou leve se sobrepõe clinicamente à paralisia supranuclear progressiva, degeneração corticobasal e doença do neurônio motor.

patologicamente. A paralisia supranuclear progressiva é caracterizada por paralisia do olhar supranuclear e parkinsonismo axial predominante. Sinais pseudobululares podem estar presentes e a retropulsão (perda de equilíbrio na direção para trás) é frequentemente proeminente. A avaliação neurocognitiva mostra lentificação psicomotora, memória de trabalho deficiente e disfunção executiva. A degeneração corticobasal apresenta rigidez assimétrica, apraxia dos membros, instabilidade postural, mioclonia, fenômeno do membro estranho e perda sensorial cortical. Muitos indivíduos com NCD frontotemporal maior ou leve variante comportamental apresentam características de doença do neurônio motor, que tende a ser uma doença mista do neurônio motor superior e predominantemente inferior.

Outros transtornos mentais e condições médicas.

O TNC frontotemporal maior ou leve variante comportamental pode ser confundido com um transtorno mental primário, como depressão maior, transtorno bipolar ou esquizofrenia, e os indivíduos com essa variante geralmente se apresentam inicialmente à psiquiatria. Com o tempo, o desenvolvimento de dificuldades neurocognitivas progressivas ajudará a fazer a distinção. Uma avaliação médica cuidadosa ajudará a excluir causas tratáveis de DCNT, como distúrbios metabólicos, deficiências nutricionais e infecções. Se os sintomas característicos de um transtorno mental primário (p. transtorno psicótico devido à degeneração frontotemporal, com delírios).

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve com Corpos de Lewy

Critério de diagnóstico

- A. Os critérios são preenchidos para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B. O distúrbio tem início insidioso e progressão gradual.
- C. O transtorno reúne uma combinação de características diagnósticas centrais e características diagnósticas sugestivas para transtorno neurocognitivo provável ou possível com corpos de Lewy.

Para provável transtorno neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy, o indivíduo tem duas características centrais, ou uma característica sugestiva com uma ou mais características centrais. **Para possível transtorno neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy**, o indivíduo tem apenas uma característica central, ou uma ou mais características sugestivas.

1. Principais recursos de diagnóstico:

- a. Cognição flutuante com variações pronunciadas na atenção e alerta.
- b. Alucinações visuais recorrentes bem formadas e detalhadas.
- c. Características espontâneas do parkinsonismo, com início subsequente ao desenvolvimento do declínio cognitivo.

2. Recursos de diagnóstico sugestivos:

uma. Atende aos critérios para distúrbio comportamental do sono com movimentos rápidos dos olhos.

b. Sensibilidade neuroléptica grave.

D. O distúrbio não é melhor explicado por doença cerebrovascular, outra doença neurodegenerativa, os efeitos de uma substância ou outro distúrbio mental, neurológico ou sistêmico.

Nota de codificação (ver tabela de codificação nas págs.)

682–683: Para transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy prováveis ou possíveis, com distúrbio comportamental, codifique primeiro **G31.83** Doença de corpos de Lewy, seguido por **F02.81**.

700

Para transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy prováveis ou possíveis, sem distúrbio comportamental, codifique primeiro **G31.83** doença de corpos de Lewy, seguido por **F02.80**.

Nota: Os especificadores de gravidade “leve”, “moderado” e “grave” não podem ser codificados para transtorno neurocognitivo maior, mas ainda devem ser registrados.

Para transtorno neurocognitivo leve com corpos de Lewy, codifique **G31.84**. (**Nota:** Não use o código adicional para doença do corpo de Lewy. “Com distúrbio comportamental” e “sem distúrbio comportamental” não podem ser codificados, mas ainda devem ser registrados.)

Para transtorno neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy: Use código(s) adicional(is) para indicar sintomas psiquiátricos clinicamente significativos devido a doença de corpos de Lewy (por exemplo, transtorno psicótico **F06.0** devido a doença de corpos de Lewy, com alucinações; **F06.31** transtorno depressivo devido à doença do corpo de Lewy, com características depressivas).

Características diagnósticas

O transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy corresponde à condição conhecida como demência com corpos de Lewy (DLB). A categoria geral de transtorno neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy (NCDLB) inclui não apenas comprometimento cognitivo progressivo (com alterações precoces na atenção, função executiva e capacidade visuoperceptual, em vez de aprendizado e memória), mas também alucinações visuais complexas e recorrentes; e sintomas concomitantes de distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos (REM) (que pode ser uma manifestação muito precoce); bem como alucinações em outras modalidades sensoriais, apatia, ansiedade, depressão e delírios. Os sintomas cognitivos podem flutuar em um padrão que pode se assemelhar a um delirium, para o qual um fator precipitante adequado pode ou não ser encontrado. A apresentação variável dos sintomas de NCDLB reduz a probabilidade de todos os sintomas serem observados em uma breve visita clínica e requer uma avaliação completa, incluindo observações do cuidador. O uso de escalas de avaliação projetadas especificamente para avaliar a flutuação pode auxiliar no diagnóstico. Outra característica central é o parkinsonismo espontâneo; isso pode ser relativamente leve, e o grau de resposta à terapia com levodopa é variável. Até 25% dos indivíduos com provável NCDLB podem nunca desenvolver sinais extrapiramidais, e eles não são essenciais para o diagnóstico. O parkinsonismo deve ser diferenciado dos sinais extrapiramidais induzidos por neurolépticos. O diagnóstico preciso é essencial para o planejamento seguro do tratamento, pois até 50% dos indivíduos com NCDLB apresentam sensibilidade grave aos neurolépticos, e esses medicamentos devem ser usados com extrema cautela em indivíduos com suspeita de diagnóstico de NCDLB.

O diagnóstico de NCDLB leve é apropriado para indivíduos que apresentam

características clínicas em um estágio em que os comprometimentos cognitivos ou funcionais não são de gravidade suficiente para preencher os critérios para DCNT maior, particularmente se os déficits cognitivos não amnésicos forem proeminentes. No entanto, como para todas as DNTs leves, muitas vezes haverá evidências insuficientes para justificar qualquer etiologia única, e o uso do diagnóstico não especificado pode ser mais apropriado.

Recursos associados

Indivíduos com NCDLB frequentemente experimentam quedas repetidas, síncope ou outros episódios transitórios de falta de resposta. Disfunção autonômica pode ser observada, incluindo hipotensão ortostática, constipação e incontinência urinária; hipersonia e hiposmia também podem ser observadas.

Prevalência

Dados limitados de vários países de renda alta e baixa e média mostram que as estimativas de prevalência de base populacional para NCDLB variam de 0% a 1,2% da população idosa geral e de 0% a 9,7% de todos os casos de demência. A prevalência média de NCDLB maior foi de 4,2% de todas as demências na comunidade e, em estudos clínicos, aumentou para 7,5% de todas as demências. A prevalência clínica de NCDLB maior entre

701

indivíduos com demência não parecem ser significativamente afetados por idade ou sexo. Em estudos dos Estados Unidos e do Reino Unido, as lesões patológicas conhecidas como corpos de Lewy estão presentes em 20% a 35% dos casos de demência. Em um estudo de base populacional em Minnesota que se baseou em registros médicos, a incidência de NCDLB foi aproximadamente três vezes maior em homens do que em mulheres com 65 anos ou mais.

Desenvolvimento e Curso

NCDLB é uma desordem gradualmente progressiva com início insidioso. No entanto, muitas vezes há uma história prodrómica de episódios confusionais (delírio) de início agudo, que podem ser precipitados por doença ou cirurgia. A distinção entre NCDLB, em que os corpos de Lewy têm localização primariamente límbica (com ou sem envolvimento neocortical), e NCD maior ou leve devido à doença de Parkinson, que começa no tronco encefálico, é a ordem em que os sintomas cognitivos e motores surgem. Na NCDLB, o declínio cognitivo se manifesta no início da doença (veja a seção “Diagnóstico Diferencial” para este transtorno).

O início dos sintomas é tipicamente observado em indivíduos com idades entre 50 e 89 anos, com a maioria dos casos tendo início em indivíduos em meados dos anos 70. O curso da doença pode ser caracterizado por platôs ocasionais, mas eventualmente progride através de demência grave até a morte. A duração média da sobrevida é de 5,5 a 7,7 anos a partir do início do declínio cognitivo.

Fatores de Risco e Prognósticos

Genéticos e fisiológicos

A agregação familiar pode ocorrer e vários genes de risco foram identificados; mas na maioria dos casos de NCDLB, não há história familiar. Os estudos disponíveis sugerem que os fatores de risco genéticos são tão importantes no NCDLB quanto na doença de Alzheimer ou Parkinson

doença.

Marcadores de diagnóstico

Biomarcadores indicativos de NCDLB podem ser considerados como tendo peso diagnóstico equivalente às características clínicas principais; estes incluem baixa captação estriatal do transportador de dopamina na tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT) ou tomografia por emissão de pósitrons (PET), cintilografia miocárdica anormal (baixa captação) (MIBG) sugerindo denervação simpática cardíaca e confirmação polissonográfica de sono REM sem atonia. A condição associada distúrbio comportamental do sono REM pode ser diagnosticada por meio de um estudo formal do sono ou identificada por meio de perguntas ao indivíduo ou informante sobre sintomas relevantes. A doença neurodegenerativa subjacente está associada principalmente ao dobramento incorreto e à agregação da β -sinucleína, que pode ser confirmada por meio de exame histopatológico. Testes neuropsicológicos além do uso de um breve instrumento de triagem podem ser necessários para definir claramente os déficits cognitivos. Escalas de avaliação desenvolvidas para medir a flutuação podem ser úteis.

Biomarcadores de suporte de NCDLB, mas com evidência mais limitada de valor diagnóstico incluem o seguinte: preservação do volume temporal medial em relação à doença de Alzheimer na ressonância magnética (RM), baixa captação generalizada na varredura de perfusão SPECT/PET com atividade occipital reduzida com ou sem o sinal da ilha cingulada (poupança do córtex cingulado posterior em relação ao pré-cúneo mais cuneus na imagem PET com fluorodesoxiglicose) e atividade de ondas lentas proeminente no eletroencefalograma com flutuações periódicas na faixa pré-alfa/teta.

Consequências Funcionais do Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve

Com corpos de Lewy

Indivíduos com NCDLB são mais prejudicados funcionalmente do que seria esperado por seus déficits cognitivos quando comparados a indivíduos com outras doenças neurodegenerativas,

702

como a doença de Alzheimer. Isso é em grande parte resultado de deficiências motoras e autonômicas, que causam problemas com o uso do banheiro, transferência e alimentação. Distúrbios do sono e sintomas psiquiátricos proeminentes também podem aumentar as dificuldades funcionais. Consequentemente, a qualidade de vida dos indivíduos com NCDLB é muitas vezes significativamente pior do que a dos indivíduos com doença de Alzheimer.

Diagnóstico diferencial

Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Parkinson A distinção entre NCDLB e NCD devido à doença de Parkinson é baseada no tempo e na sequência dos sintomas motores e cognitivos. Critérios de consenso para DLB separam NCDLB de NCD devido à doença de Parkinson, especificando que para a demência ser atribuída à doença de Parkinson, o diagnóstico de doença de Parkinson está presente por pelo menos 1 ano antes do declínio cognitivo atingir o nível de NCD maior, enquanto que para NCDLB, os sintomas cognitivos podem começar antes, com ou na ausência de parkinsonismo. Por outro lado, os critérios de consenso de especialistas para a doença de Parkinson propõem que, se o declínio cognitivo ocorrer antes de um diagnóstico motor, o diagnóstico de doença de Parkinson

a doença ainda pode ser feita; portanto, um clínico pode atribuir o declínio cognitivo à doença de Parkinson e diagnosticar NCD devido à doença de Parkinson. Consequentemente, o clínico pode optar por diagnosticar DNT devido à doença de Parkinson ou NCDLB para indivíduos com DNT maior que começa antes ou dentro de 12 meses da doença de Parkinson. Em tais circunstâncias, o clínico decide qual diagnóstico é mais apropriado. Se a doença de Parkinson foi diagnosticada por pelo menos 1 ano antes do início dos sintomas cognitivos, então ambos os critérios de especialistas concordam que o DCNT devido à doença de Parkinson normalmente seria o diagnóstico apropriado. O momento e a sequência do parkinsonismo e das DNTs leves podem ser particularmente difíceis de determinar, e as DNTs não especificadas podem precisar ser diagnosticadas até que a ordem de progressão clínica se torne evidente.

Comorbidade A

patologia do corpo de Lewy coexiste frequentemente com a doença de Alzheimer, patologia relacionada à proteína de ligação ao DNA de resposta transativa 43 (TDP-43) e patologia da doença cerebrovascular, particularmente nas faixas etárias mais avançadas. TDP-43 é uma proteína que foi identificada como fonte de proteinopatias em uma série de distúrbios neurodegenerativos, incluindo esclerose lateral amiotrófica e degeneração frontotemporal. A presença de múltiplas lesões patológicas tem implicações no prognóstico da doença e pode estar associada a um declínio cognitivo mais rápido e menor tempo de sobrevida.

Transtorno Neurocognitivo Vascular Maior ou Leve

Critério de diagnóstico

- A. Os critérios são preenchidos para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B. As características clínicas são consistentes com uma etiologia vascular, como sugerido por um dos seguintes: 1. O início dos déficits cognitivos está temporalmente relacionado a um ou mais eventos cerebrovasculares.
- 2. A evidência de declínio é proeminente na atenção complexa (incluindo a velocidade de processamento) e na função frontal-executiva.

703

- C. Há evidência da presença de doença cerebrovascular pela história, exame físico e/ou neuroimagem considerados suficientes para explicar os déficits neurocognitivos.
- D. Os sintomas não são bem explicados por outra doença cerebral ou sistêmica transtorno.

O provável distúrbio neurocognitivo vascular é diagnosticado se um dos seguintes estiver presente; Caso contrário, **possível transtorno neurocognitivo vascular** deve ser diagnosticado:

1. Os critérios clínicos são apoiados por evidências de neuroimagem de lesão parenquimatosa significativa atribuída a doença cerebrovascular (suportada por neuroimagem).
2. A síndrome neurocognitiva está temporalmente relacionada a um ou mais eventos cerebrovasculares documentados.
3. Há evidência clínica e genética (por exemplo, arteriopatia cerebral autossômica dominante com infartos subcorticais e leucoencefalopatia) de doença cerebrovascular.

Possível distúrbio neurocognitivo vascular é diagnosticado se os critérios clínicos forem atendidos, mas a neuroimagem não estiver disponível e a relação temporal da síndrome neurocognitiva com um ou mais eventos cerebrovasculares não for estabelecida.

Nota de codificação (ver tabela de codificação nas pp. 682–

683): Para transtorno neurocognitivo maior provavelmente ou possivelmente devido a doença vascular, com distúrbio comportamental, código **F01.51**.

Para transtorno neurocognitivo maior provavelmente ou possivelmente devido a doença vascular, sem distúrbio comportamental, codifique **F01.50**.

Um código médico adicional para a doença vascular não é usado.

Nota: Os especificadores de gravidade “leve”, “moderado” e “grave” não podem ser codificados para transtorno neurocognitivo maior, mas ainda devem ser registrados.

Para transtorno neurocognitivo vascular leve, codifique **G31.84**. (*Nota:* Não use *um* código adicional para a doença vascular. “Com distúrbio comportamental” e “sem distúrbio comportamental” não podem ser codificados, mas ainda devem ser registrados.)

Para transtorno neurocognitivo vascular maior ou leve: Use código(s) adicional(is) para indicar sintomas psiquiátricos clinicamente significativos devido à doença cerebrovascular (por exemplo, **F06.31** transtorno depressivo devido a doença cerebrovascular, com características depressivas).

Características

diagnósticas O diagnóstico de transtorno neurocognitivo vascular (DNT) maior ou leve requer o estabelecimento de um DNT (Critério A) e a determinação de que a doença cerebrovascular é a patologia dominante, senão exclusiva, responsável pelos déficits cognitivos (Critérios A). A etiologia vascular pode variar de acidente vascular cerebral de grandes vasos a doença microvascular; a apresentação é, portanto, muito heterogênea, decorrente dos tipos de lesões vasculares e sua extensão e localização. As lesões podem ser focais, multifocais ou difusas e ocorrem em várias combinações.

Os mecanismos patogênicos responsáveis pela lesão do parênquima cerebral incluem hipoperfusão e hipóxia, estresse oxidativo e inflamação levando à disfunção endotelial, comprometimento da autorregulação e interrupção do acoplamento neurovascular.

Muitos indivíduos com DCNT vascular importante ou leve apresentam múltiplos infartos, com um declínio agudo gradual ou flutuante na cognição e períodos intermediários de estabilidade e até mesmo alguma melhora. Outros podem ter início gradual com progressão lenta, desenvolvimento rápido de déficits seguidos de relativa estabilidade ou outra apresentação complexa. Vascular maior ou leve

A DCNT com início gradual e progressão lenta é geralmente atribuível à doença de pequenos vasos que leva a lesões na substância branca, gânglios da base ou tálamo. A progressão gradual nestes casos é muitas vezes pontuada por

704

eventos que deixam déficits neurológicos sutis. Os déficits cognitivos nesses casos podem ser atribuídos à ruptura dos circuitos córtico-subcorticais; atenção complexa, particularmente a velocidade de processamento de informações e a função executiva provavelmente serão afetadas. Subtipos clínicos de DCNT vascular foram descritos e incluem 1) DCNT pós-AVC, manifestando-se imediatamente após um AVC; 2) NCD vascular isquêmico subcortical; 3) NCD multi-infarto (cortical); e 4) NCD vascular cortical-subcortical.

A avaliação da presença de doença cerebrovascular suficiente depende da história, exame físico e neuroimagem (Critério C). A certeza etiológica requer a demonstração de anormalidades em neuroimagem. A falta de neuroimagem pode resultar em imprecisão diagnóstica significativa, ignorando o infarto cerebral “silencioso” e as lesões da substância branca. No entanto, se o comprometimento neurocognitivo estiver temporariamente associado a um ou mais AVCs bem documentados, um diagnóstico provável pode ser feito na ausência de neuroimagem. A evidência clínica de doença cerebrovascular inclui história documentada de acidente vascular cerebral, com declínio cognitivo temporariamente associado ao evento, ou sinais físicos consistentes com acidente vascular cerebral (por exemplo, hemiparesia; síndrome pseudobulbar, defeito de campo visual). A evidência de neuroimagem (ressonância magnética [RM] ou tomografia computadorizada [TC]) de doença cerebrovascular compreende um ou mais dos seguintes: um ou mais infartos ou hemorragias de grandes vasos, um único infarto ou hemorragia estrategicamente posicionado (p. tálamo, prosencéfalo basal), duas ou mais lacunas fora do tronco cerebral, ou lesões extensas e confluentes da substância branca. Esta última é frequentemente denominada doença de *pequenos vasos* ou *alterações isquêmicas subcorticais* em avaliações clínicas de neuroimagem. A ressonância magnética é o modo preferido de neuroimagem, e tem havido interesse em usar técnicas especializadas de ressonância magnética para detectar micro-hemorragias cerebrais, microinfartos corticais, espaços perivasculares dilatados e análises baseadas em difusão de tratos de substância branca e conectividade de rede.

Para NCD vascular leve, a história de um único acidente vascular cerebral ou doença extensa da substância branca geralmente é suficiente. Para DNT vascular importante, geralmente são necessários dois ou mais AVCs, um AVC estrategicamente colocado ou uma combinação de doença da substância branca e uma ou mais lacunas. No entanto, a relação entre patologia vascular identificável no cérebro em neuroimagem e os sintomas cognitivos é imperfeita, e geralmente é necessário julgamento clínico para relacionar as lesões vasculares à síndrome cognitiva.

Os sintomas neurocognitivos não devem ser melhor explicados por outra condição médica ou transtorno mental. Por exemplo, déficit de memória proeminente no início do curso pode sugerir TNC devido à doença de Alzheimer, características parkinsonianas precoces e proeminentes sugeririam TNC devido à doença de Parkinson e uma associação próxima entre o início de sintomas cognitivos e depressivos sugeriria comprometimento cognitivo como resultado de depressão.

Vários grupos internacionais de especialistas definiram e categorizaram de maneira semelhante as DNTs vasculares, com as quais os critérios do DSM-5 geralmente apresentam boa correspondência.

Recursos associados

Uma avaliação neurológica geralmente revela história de acidente vascular cerebral ou episódios isquêmicos transitórios e sinais indicativos de infartos cerebrais. Também comumente associados são alterações de personalidade e humor, abulia, depressão e habilidade emocional. O desenvolvimento de sintomas depressivos de início tardio acompanhados de lentificação psicomotora e disfunção executiva é uma apresentação comum em idosos com doença isquêmica progressiva de pequenos vasos (denominada depressão vascular).

Prevalência

A doença vascular é a segunda causa mais comum de DCNT depois da doença de Alzheimer. Nos Estados Unidos, as estimativas de prevalência populacional para demência vascular são de 0,98% para indivíduos com idades entre 71 e 79 anos, 4,09% para indivíduos com idades entre 80 e 89 anos e 6,19% para indivíduos com 90 anos ou mais. Dentro de 3 meses após o AVC, 20% a 30% dos indivíduos são diagnosticados com

705

demência. Em uma série de autópsias europeias de falecidos com idades entre 60 e 103 anos, a prevalência de demência vascular pura foi de 12,3%. Entre aqueles com 60-69 anos, a prevalência foi maior (15,0%) em comparação com aqueles com mais de 90 anos (8,7%). A demência mista (Alzheimer mais patologia vascular) esteve presente em 5,5% da coorte geral, com maior prevalência naqueles com mais de 90 anos (10,6%) em comparação com as idades de 60-69 anos (5,2%). Maior prevalência de demência vascular foi encontrada entre afro-americanos, mexicanos-americanos e sul-asiáticos em comparação com brancos não latinos, possivelmente devido a taxas mais altas de fatores de risco, como diabetes e doenças cardiovasculares. No Japão e em vários outros países asiáticos, a prevalência de demência devida à doença de Alzheimer aumentou ao longo do tempo em relação à demência vascular. Atualmente, a prevalência de demência por doença de Alzheimer entre nipo-americanos é 2,6 vezes maior do que a demência vascular.

O AVC é mais comum em homens até os 65 anos, mas mais comum em mulheres após a idade 65 anos. No geral, a taxa de DCNT vascular foi maior em homens em alguns estudos.

Desenvolvimento e Curso As

DCNT vasculares maiores ou leves podem ocorrer em qualquer idade, embora a prevalência aumente exponencialmente após os 65 anos. Em indivíduos mais velhos, patologias adicionais estão quase sempre presentes e são parcialmente responsáveis pelos déficits neurocognitivos. O curso pode variar de início agudo com melhora parcial a declínio gradual e declínio progressivo, com flutuações e platôs de duração variável. O TNC subcortical puro ou vascular leve pode ter um curso lentamente progressivo que simula o TNC maior ou leve devido à doença de Alzheimer. O risco de um acidente vascular cerebral isquêmico progredindo para DNT vascular dentro de 5 anos foi quase duas vezes maior entre afro-americanos do que entre brancos não latinos nos Estados Unidos e ocorreu em idades mais jovens. Isso é possivelmente resultado do impacto de taxas mais altas de hipertensão, diabetes e determinantes sociais adversos da saúde mental conhecidos por piorar o risco de demência, como educação formal limitada e baixo nível socioeconômico.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. Os resultados neurocognitivos da lesão cerebral vascular são influenciados por

fatores de neuroplasticidade, como educação, exercício físico e atividade mental.

Genética e fisiológica. Os principais fatores de risco para DCNT vascular importante ou leve são os mesmos para doença cerebrovascular e acidente vascular cerebral, incluindo hipertensão, diabetes, tabagismo, obesidade, níveis elevados de colesterol, níveis elevados de homocisteína, outros fatores de risco para aterosclerose e arteriolosclerose, fibrilação atrial e outras condições que aumentam o risco de embolia cerebral. A angiopatia amilóide cerebral, levando à hemorragia cerebral, é um importante fator de risco no qual ocorrem depósitos de amiloide dentro dos vasos arteriais. Um fator de risco genético é a doença hereditária arteriopatia cerebral autossômica dominante com infartos subcorticais e leucoencefalopatia, ou CADASIL. Existem outras formas mais raras de distúrbios genéticos ligados a DNT vascular, mas no geral a contribuição da genética é pequena.

Marcadores diagnósticos A

neuroimagem estrutural, usando ressonância magnética ou tomografia computadorizada, tem um papel importante no processo diagnóstico. Não há outros biomarcadores estabelecidos de NCD vascular principal ou leve.

Consequências Funcionais de Doenças Neurocognitivas Vasculares Maiores ou Leves Transtorno

A DCNT vascular maior ou leve é comumente associada a déficits físicos que causam incapacidade adicional.

706

Diagnóstico Diferencial

Outros distúrbios neurocognitivos. Infartos cerebrais incidentais e as lesões da substância branca são comuns em indivíduos mais velhos, é importante considerar outras etiologias possíveis quando uma DNT está presente em um indivíduo com lesões na substância branca. Uma história de déficit de memória no início do curso e piora progressiva da memória, linguagem, função executiva e habilidades motoras perceptivas na ausência de lesões focais correspondentes na imagem cerebral são sugestivos de doença de Alzheimer como diagnóstico primário. Potenciais biomarcadores atualmente sendo validados para a doença de Alzheimer, como níveis de β -amilóide e tau fosforilada no líquido cefalorraquidiano, e imagens de amiloide e tau, podem ser úteis no diagnóstico diferencial. O NCD com corpos de Lewy se distingue do NCD vascular maior ou leve por suas características centrais de cognição flutuante, alucinações visuais e parkinsonismo espontâneo. Enquanto déficits na função executiva e na linguagem ocorrem em TNC vascular maior ou leve, o início insidioso e a progressão gradual de características comportamentais ou comprometimento da linguagem são característicos de TNC frontotemporal e não são típicos de etiologia vascular.

Outras condições médicas. Um diagnóstico de DNT vascular importante ou leve não é feito se outras doenças (por exemplo, tumor cerebral, esclerose múltipla, encefalite, distúrbios tóxicos ou metabólicos) estiverem presentes e forem de gravidade suficiente para explicar o comprometimento cognitivo.

Outros transtornos mentais. Um diagnóstico de TNC vascular maior ou leve é inapropriado se os sintomas puderem ser inteiramente atribuídos ao delirium, embora o delirium às vezes possa ser sobreposto a um TNC vascular maior ou leve preexistente, caso em que ambos os diagnósticos podem ser feitos. Se os critérios para transtorno depressivo maior forem atendidos e o comprometimento cognitivo for

temporalmente relacionado ao provável início da depressão, as DCNT vasculares maiores ou leves não devem ser diagnosticadas. No entanto, se a DNT precedeu o desenvolvimento da depressão, ou a gravidade do comprometimento cognitivo é desproporcional à gravidade da depressão, o transtorno depressivo devido à doença cerebrovascular deve ser diagnosticado em vez do transtorno depressivo maior.

Comorbidade

DCNT maior ou leve devido à doença de Alzheimer comumente co-ocorre com DCNT vascular maior ou leve, caso em que ambos os diagnósticos devem ser feitos. DNC vascular maior ou leve e depressão frequentemente ocorrem concomitantemente.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Trauma Lesão cerebral

Critério de diagnóstico

- A. Os critérios são preenchidos para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B. Há evidência de uma lesão cerebral traumática - isto é, um impacto na cabeça ou outros mecanismos de movimento rápido ou deslocamento do cérebro dentro do crânio, com um ou mais dos seguintes:
 - 1. Perda de consciência.
 - 2. Amnésia pós-traumática.
 - 3. Desorientação e confusão.
 - 4. Sinais neurológicos (por exemplo, neuroimagem demonstrando lesão; cortes no campo visual; anosmia; hemiparesia; perda hemissensorial; cegueira cortical; afasia; apraxia; fraqueza;

707

perda de equilíbrio; outras perdas sensoriais que não podem ser explicadas por causas periféricas ou outras).

- C. O transtorno neurocognitivo se apresenta imediatamente após a ocorrência do traumatismo cranioencefálico ou imediatamente após a recuperação da consciência e persiste após o período agudo pós-lesão.

Nota de codificação (ver tabela de codificação nas pp. 682–

683): Para transtorno neurocognitivo maior devido a lesão cerebral traumática, com distúrbio comportamental: codifique primeiro **S06.2X9S** lesão cerebral traumática difusa com perda de consciência de duração não especificada, sequela; seguido por **F02.81** transtorno neurocognitivo maior devido a traumatismo cranioencefálico, com distúrbio comportamental.

Para transtorno neurocognitivo maior devido a lesão cerebral traumática, sem comportamento

distúrbio: codificar primeiro **S06.2X9S** traumatismo crânio-encefálico difuso com perda de consciência de duração não especificada, sequela; seguido de **F02.80** transtorno neurocognitivo maior por traumatismo crânioencefálico, sem distúrbio comportamental.

Nota: Os especificadores de gravidade “leve”, “moderado” e “grave” não podem ser codificados para transtorno neurocognitivo maior, mas ainda devem ser registrados.

Para transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática, codifique **G31.84**. (*Nota:* Não use o código adicional para lesão cerebral traumática. “Com distúrbio comportamental” e “sem distúrbio comportamental” não podem ser codificados, mas ainda devem ser registrados.)

Para transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a lesão cerebral traumática: Use código(s) adicional(is) para indicar sintomas psiquiátricos clinicamente significativos devido à lesão cerebral traumática (por exemplo, **F06.34** transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a lesão cerebral traumática, com características mistas; **F07.0** mudança de personalidade devido a lesão cerebral traumática, tipo apático).

Especificadores

Classifique a gravidade do transtorno neurocognitivo (DNT), não a lesão cerebral traumática subjacente (consulte a seção “Desenvolvimento e curso” para este transtorno).

Características diagnósticas

NCD maior ou leve devido a lesão cerebral traumática (TCE) denota um distúrbio adquirido e persistente da cognição resultante de uma lesão cerebral traumática. A *lesão cerebral traumática* é definida como a ruptura da estrutura e/ou função cerebral resultante da aplicação de forças biomecânicas (incluindo forças de aceleração/desaceleração e forças relacionadas à explosão), manifestada imediatamente por um ou mais dos seguintes sinais clínicos: perda de consciência, perda de memória para eventos imediatamente antes ou após a lesão (amnésia pós-traumática), alteração no estado mental (por exemplo, confusão, desorientação, pensamento lento) ou sinais neurológicos focais (por exemplo, hemiparesia, perda hemissensorial, cegueira cortical, afasia, apraxia, fraqueza, perda de equilíbrio, outra perda sensorial que não pode ser explicada por causas periféricas ou outras) (Critério B).

Essas manifestações de TCE não devem ser causadas por álcool ou outras drogas ou medicamentos, outras lesões ou tratamento(s) para outras lesões (por exemplo, lesões faciais, intubação ou lesões corporais/sistêmicas), ou trauma psicológico, barreira de linguagem ou coexistência condições médicas.

A gravidade de um TCE é classificada como leve, complicada leve, moderada ou grave de acordo com os limiares da [Tabela 2](#). Um indivíduo cuja lesão fenomenologicamente atende aos critérios para TCE leve, mas cuja tomografia computadorizada ou ressonância magnética no período agudo após o TCE revela anormalidades intracranianas traumáticas (isto é, hematoma epidural ou subdural traumático, hemorragia subaracnóidea ou intracerebral, contusões ou laceração cerebral) são classificadas como TCE leve complicado. Os resultados de indivíduos com TCE leve complicado são mais semelhantes àqueles com TCE moderado do que aqueles com TCE leve não complicado.

Gravidade do TCE	Complicado			
	TCE leve	TCE leve	TCE moderado	TCE grave
Duração da perda de consciência	≤ 30 minutos	≤ 30 minutos	> 30 minutos a < 24 horas	≤ 24 horas
Duração da amnésia pós-traumática (nova aprendizagem densamente prejudicada)	≤ 1 dia	≤ 1 dia	> 1 dia a < 7 dias > 1 dia a <	≤ 7 dias
Alteração da duração da consciência (por exemplo, confusão, desorientação, pensamento lento)	≤ 1 dia	≤ 1 dia	7 dias 9–12	≤ 7 dias
Escala de Coma de Glasgow (30 minutos após o evento)	13–15	13–15		3–8
Tomografia computadorizada ou ressonância magnética do cérebro	Normal	Anormal	Normal ou anormal	Normal ou anormal

Para ser atribuível ao TCE, a DCNT deve se manifestar imediatamente após a ocorrência da lesão cerebral ou imediatamente após o indivíduo recuperar a consciência após a lesão e persistir após o período agudo pós-lesão (Critério C).

Embora as deficiências cognitivas específicas associadas ao TNC maior ou leve devido ao TCE sejam variáveis, deficiências na atenção complexa, velocidade de processamento, aprendizado e memória e função executiva são comuns, assim como distúrbios na cognição social. No TCE mais grave em que há contusão cerebral, hemorragia intracraniana ou lesão penetrante, pode haver deficiências neurocognitivas adicionais associadas à região afetada do cérebro e ao volume de tecido cerebral perdido (p. função motora).

Recursos associados

O diagnóstico também pode ser apoiado por sinais neurológicos sutis (p. , velocidade de processamento lenta, recuperação de memória prejudicada ou disfunção executiva. Particularmente em alguns casos de TCE penetrante, o diagnóstico de DCNT devido a TCE pode ser apoiado por epilepsia pós-traumática com início focal em um local que corresponde à anatomia de um domínio cognitivo no qual um indivíduo demonstra comprometimento (por exemplo, início do lobo temporal medial convulsões e comprometimento da memória episódica; convulsões do lobo frontal e disfunção executiva ou comprometimento cognitivo social).

Prevalência

A prevalência de DCNT maior e leve por TCE varia com a gravidade da lesão e o tempo de lesão, com maior frequência entre os indivíduos com lesão mais grave e durante o período pós-lesão agudo/subagudo. Nos Estados Unidos, mais de 2,87 milhões de TCEs ocorrem anualmente, incluindo mais de 837.000 TCEs em crianças. Esses TCEs são responsáveis por 2,5 milhões de atendimentos de emergência, 288.000 internações e mais de 56.000

mortes anualmente. Entre os indivíduos que chegam a um departamento de emergência com TCE, as taxas para homens são 547,6 por 100.000 e para mulheres são 385,9 por 100.000. A taxa de TCE é maior para homens do que mulheres em todas as faixas etárias até 75 anos, após o que as taxas de TCE entre

homens e mulheres se aproximam da paridade. As principais causas de TCE nos Estados Unidos são quedas (178,4 por 100.000), colisão com um objeto em movimento ou estacionário (denominados eventos “atingidos por/contra”) (92,7 por 100.000), colisões de veículos motorizados (74,7 por 100.000) e agressões (50,6 por 100.000 pessoas). A concussão no esporte é cada vez mais reconhecida como causa de TCE leve.

Os homens são aproximadamente 40% mais propensos a sofrer um TCE em comparação com as mulheres nas populações jovem e adulta; no entanto, as mulheres podem ter maior risco de TCE após os 65 anos de idade. Tem sido sugerido que homens com TCE moderado ou grave podem ter pior prognóstico do que mulheres com o mesmo nível de gravidade; no entanto, os resultados foram misturados. A causa do TCE também difere por sexo e gênero. Os homens são mais propensos a sofrer lesões no trabalho, em acidentes automobilísticos e durante as atividades militares, enquanto as mulheres são mais propensas a sofrer lesões por agressão e violência doméstica.

Desenvolvimento e Curso O

curso da recuperação do TCE é variável, dependendo não apenas das especificidades da lesão, mas também dos fatores pré-lesão e pós-lesão. Esses fatores podem favorecer ou impedir a recuperação e incluem idade; história prévia de TCE; comorbidades e complicações neurológicas, psiquiátricas e de uso de substâncias; genética; a oportunidade e eficácia das intervenções médicas e de reabilitação; e apoio psicossocial, entre outros.

As deficiências neurocognitivas são mais graves no período agudo após o TCE e podem ser acompanhadas por distúrbios emocionais e comportamentais. Em todo o espectro de gravidade do TCE, espera-se uma melhora substancial nos sintomas e sinais neurocognitivos e psiquiátricos e neurológicos associados. A extensão da recuperação e a variabilidade nos resultados neurocognitivos tendem a refletir a gravidade do TCE, sendo a recuperação completa típica após o TCE leve e a recuperação mais variável, e muitas vezes incompleta, após o TCE mais grave.

As deficiências neurocognitivas associadas ao TCE leve geralmente se resolvem dentro de dias a semanas após a lesão, com resolução completa dentro de 3 a 12 meses após a lesão. Outros sintomas (por exemplo, depressão, irritabilidade, fadiga, dor de cabeça, fotossensibilidade, distúrbios do sono) que podem ocorrer concomitantemente com os sintomas neurocognitivos também tendem a se resolver nas semanas seguintes ao TCE leve. Sintomas persistentes após TCE leve ou deterioração neurocognitiva subsequente devem levar à consideração de outras causas potenciais de sintomas neurocognitivos e limitações funcionais, incluindo transtorno depressivo maior, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtornos de ansiedade, transtornos por uso de substâncias, distúrbios do sono, percepções negativas de lesões e fracas expectativas de recuperação. Quando os sintomas neurocognitivos e limitações funcionais persistem após TCE leve (incluindo TCE leve repetitivo) apesar do tratamento de suas outras causas potenciais, o diagnóstico de uma DCNT devido a TCE pode ser apropriado.

Deficiências neurocognitivas e limitações funcionais associadas produzidas por TCE moderado e grave geralmente melhoram ao longo de semanas a meses após a lesão, embora a recuperação neurocognitiva de longo prazo seja muitas vezes incompleta entre indivíduos com lesões mais graves.

No entanto, a melhora neurocognitiva e funcional pode continuar por anos após o TCE moderado ou grave, com mais indivíduos melhorando cognitivamente do que diminuindo durante os primeiros 5 anos pós-lesão. Com TCE moderado e grave, além da persistência de déficits neurocognitivos, pode haver complicações neurológicas, médicas, emocionais e comportamentais associadas.

Estes incluem convulsões (particularmente no primeiro ano), fotossensibilidade, hiperacusia, irritabilidade, agressividade, depressão, distúrbios do sono, fadiga, apatia, incapacidade de retomar atividades ocupacionais e

funcionamento social no nível pré-lesão e deterioração nas relações interpessoais. TCE moderado e grave foram

710

associado ao aumento do risco de depressão, agressão e, possivelmente, doenças neurodegenerativas, como doença de Alzheimer, doença de corpos de Lewy e degeneração frontotemporal.

As características da persistência do TNC maior ou leve devido ao TCE variam de acordo com a idade, especificidades da lesão e cofatores. O comprometimento persistente relacionado ao TCE em um bebê ou criança pode se refletir em atrasos no alcance de marcos de desenvolvimento (por exemplo, aquisição da linguagem), pior desempenho acadêmico e possivelmente desenvolvimento social prejudicado. Entre adolescentes e adultos mais velhos, os sintomas persistentes podem incluir vários déficits neurocognitivos, irritabilidade, hipersensibilidade à luz e ao som, fadiga fácil e alterações de humor, incluindo depressão, ansiedade, hostilidade ou apatia. Em indivíduos mais velhos, o TCE leve pode produzir resultados neurocognitivos como aqueles associados ao TCE moderado ou grave em adultos mais jovens.

Fatores de risco e prognóstico Os fatores

de risco para resultados cognitivos adversos após TCE incluem idade superior a 40 anos, habilidades cognitivas pré-lesão inferiores (especialmente conforme indexado por educação ou competência acadêmica), sintomas depressivos pré-lesão, possivelmente desemprego pré-lesão e gravidade da lesão. Outros fatores de risco para resultados cognitivos adversos incluem uma duração mais longa de amnésia pós-traumática, evidência de anormalidades intracranianas traumáticas em exames precoces de tomografia computadorizada ou ressonância magnética (IRM) (isto é, hematoma epidural ou subdural traumático, hemorragia subaracnóidea ou intracerebral, contusões ou laceração cerebral, lesão axonal difusa) e perfil neurogenético (por exemplo, status de portador do alelo *APOE*E4*, genótipo da catecol-O-metiltransferase, status do alelo *ANKK1 Taq1A*). Os transtornos por uso de álcool ou substâncias pré-lesão aumentam o risco de sofrer um TCE, bem como o risco de resultados cognitivos adversos, incluindo comprometimento da memória e disfunção executiva.

Marcadores

diagnósticos O diagnóstico de TNC maior ou leve devido a TCE pode ser apoiado por achados contemporâneos de tomografia computadorizada ou ressonância magnética (p. imparidade. O diagnóstico também pode ser apoiado por sinais neurológicos sutis (p. , velocidade de processamento lenta, recuperação de memória prejudicada ou disfunção executiva. Particularmente em alguns casos de TCE penetrante, o diagnóstico de DCNT devido a TCE pode ser apoiado por epilepsia pós-traumática com início focal em um local que corresponde à anatomia de um domínio cognitivo no qual um indivíduo demonstra comprometimento (por exemplo, início do lobo temporal medial convulsões e comprometimento da memória episódica; convulsões do lobo frontal e disfunção executiva ou comprometimento cognitivo social).

Desempenho em medidas de triagem cognitiva geral comumente usadas, particularmente quando

interpretados usando dados normativos de larga escala e baseados na população, podem identificar de maneira útil indivíduos que precisam de uma avaliação neurodiagnóstica adicional. No entanto, o diagnóstico de TNC maior ou leve devido a TCE baseia-se no desempenho na avaliação cognitiva específica do domínio interpretada à luz do desempenho anterior do indivíduo (por exemplo, estimativas neuropsicológicas da capacidade cognitiva pré-lesão ou normas apropriadas) e avaliação do estado funcional.

Embora a neuroimagem e outras avaliações clínicas (por exemplo, sinais neurológicos sutis) possam fornecer informações de suporte, elas não podem diagnosticar independentemente TNC devido a TCE. Atualmente, não há outros biomarcadores estabelecidos de DCNT maior ou leve devido ao TCE.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Indivíduos com TCE, incluindo TCE moderado ou grave, apresentam risco aumentado de suicídio a longo prazo. Embora a depressão seja um contribuinte substancial para esse risco, ela não é totalmente responsável por ele. As taxas de ideação suicida chegam a 10% e as taxas de tentativa de suicídio são de 0,8% a 1,7%.

711

nos primeiros 20 anos após o TCE. O desenvolvimento de depressão e/ou comportamento suicida 1 ano após a lesão está associado a taxas consistentemente elevadas de depressão e comportamento suicida 5 anos após o TCE. Embora a relação entre deficiências cognitivas e risco de suicídio após TCE seja complexa, a avaliação do risco de suicídio é um elemento importante na avaliação de indivíduos com DCNT maior ou leve por TCE.

Jovens que tiveram concussões podem estar em maior risco de comportamento suicida. Há um risco aumentado de suicídio entre coortes de veteranos e civis com TCE, e indivíduos que procuram atendimento de saúde mental podem ter histórico de TCE. Indivíduos que procuram serviços de reabilitação para TCE também correm maior risco de pensamentos e comportamentos suicidas.

Consequências funcionais do transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a lesão cerebral

traumática Aproximadamente 3,17 milhões de indivíduos nos Estados Unidos (aproximadamente 1,1% da população) vivem com uma deficiência relacionada ao TCE, incluindo deficiências neurocognitivas que comprometem a capacidade de trabalhar ou realizar atividades diárias e que estão associados à necessidade de cuidados médicos contínuos, reabilitação, apoio e serviços. As deficiências cognitivas interferem na independência funcional, no emprego produtivo e na participação na comunidade e podem reduzir a satisfação com a vida. A influência das deficiências cognitivas no estado funcional varia com o tipo e a gravidade dessas deficiências; com a presença e gravidade de condições psiquiátricas, de uso de substâncias, neurológicas e médicas concomitantes; e com a família, outros apoios psicossociais e médicos.

Com TNC leve devido ao TCE, os indivíduos podem relatar redução da eficiência cognitiva, dificuldade de concentração e diminuição da capacidade de realizar atividades habituais. Com DCNT maior devido a TCE, um indivíduo pode ter dificuldade em viver independente e autocuidado. Características neuromotoras proeminentes, como grave incoordenação, ataxia e lentificação motora, podem estar presentes no TNC maior devido ao TCE e podem aumentar as dificuldades funcionais.

Indivíduos com história de TCE relatam mais sintomas depressivos e ansiosos, e estes podem amplificar as queixas cognitivas e piorar o resultado funcional. Além disso, a perda emocional

controle, incluindo afeto agressivo ou inapropriado e apatia, podem estar presentes após TCE mais grave com maior comprometimento neurocognitivo. Essas características podem agravar as dificuldades com a independência funcional e o autocuidado.

Diagnóstico diferencial

Outros transtornos mentais e condições médicas.

Transtornos mentais (p. para ou explicar deficiências cognitivas em indivíduos com TCE, e precisam ser considerados no diagnóstico diferencial de DCNT maior ou leve por TCE.

Transtorno factício e simulação.

Explicações alternativas para sintomas neurocognitivos devem ser consideradas quando a gravidade dos sintomas neurocognitivos e limitações funcionais são inconsistentes com os resultados cognitivos esperados após o TCE – e particularmente TCE leve – e quando a avaliação neuropsicológica revela pouco esforço ou não é válida para interpretação. Nessas circunstâncias, deve-se considerar a possibilidade de desordem factícia ou simulação (especialmente em situações em que possa haver incentivos externos, como a obtenção de compensação financeira).

Comorbidade

TNC maior ou leve devido a TCE pode ser acompanhado por outros transtornos depressivos ou de ansiedade especificados ou não especificados caracterizados por distúrbios na função emocional (por exemplo, irritabilidade, frustração fácil, tensão e ansiedade, labilidade afetiva). Outros especificados ou

712

transtornos de personalidade não especificados também podem ocorrer como resultado de sintomas como desinibição, apatia, desconfiança ou agressão. As comorbidades médicas podem ocorrer com distúrbios neurológicos e físicos caracterizados por cefaleia, fadiga, distúrbios do sono, vertigem ou tontura, zumbido ou hiperacusia, fotossensibilidade, anosmia, tolerância reduzida a medicamentos psicotrópicos e, particularmente no TCE mais grave, sintomas e sinais neurológicos (p. , convulsões, hemiparesia, distúrbios visuais, déficits de nervos cranianos) e evidências de lesões ortopédicas. As comorbidades médicas e psiquiátricas mais comuns associadas ao TCE moderado a grave são (em ordem de frequência) dor nas costas, depressão, hipertensão, ansiedade, fraturas, colesterol alto, distúrbios do sono, ataques de pânico, osteoartrite e diabetes.

Entre os indivíduos com transtornos por uso de substâncias, os efeitos neurocognitivos da substância contribuem ou agravam os distúrbios cognitivos associados ao TCE, particularmente entre indivíduos com dois ou mais TCEs.

PTSD pode ocorrer junto com TBI em populações civis, militares e veteranos. TCE e TEPT produzem sintomas neurocognitivos semelhantes (p. com tais comorbidades.

Maior ou Leve Induzido por Substância/Medicação Transtorno Neurocognitivo

Critério de diagnóstico

- A. Os critérios são preenchidos para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B. As deficiências neurocognitivas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um delirium e persistem além da duração usual de intoxicação e abstinência aguda.
- C. A substância ou medicamento envolvido e a duração e extensão do uso são capazes de produzir o comprometimento neurocognitivo.
- D. O curso temporal dos déficits neurocognitivos é consistente com o tempo de uso de substâncias ou medicamentos e abstinência (por exemplo, os déficits permanecem estáveis ou melhoram após um período de abstinência).
- E. O transtorno neurocognitivo não é atribuível a outra condição médica ou é não é melhor explicada por outro transtorno mental.

Nota de codificação (consulte também a tabela de codificação nas págs. 682–683): Os códigos da CID-10-CM para os transtornos neurocognitivos induzidos por [substância/medicamento específico] estão indicados na tabela abaixo. Observe que o código CID-10-CM depende da presença ou não de um transtorno por uso de substância comórbido para a mesma classe de substância. Em qualquer caso, um diagnóstico separado adicional de um transtorno por uso de substância não é fornecido.

Transtorno neurocognitivo maior induzido por substância: se um transtorno leve por uso de substância for comórbido com o transtorno neurocognitivo maior induzido por substância, o caractere da 4^a posição é “1”, e o médico deve registrar “transtorno por uso de [substância] leve” antes do transtorno neurocognitivo maior induzido por substância. Transtorno neurocognitivo maior induzido (por exemplo, “transtorno por uso de inalantes leve com transtorno neurocognitivo maior induzido por inalantes”). Para álcool e substâncias sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas, um transtorno leve por uso de substância é insuficiente para causar um transtorno neurocognitivo maior induzido por substância; assim, não há códigos CID-10-CM disponíveis para esta combinação. Se um transtorno por uso de substância moderado ou grave é comórbido com o transtorno neurocognitivo maior induzido por substância, o caractere da 4^a posição é “2”, e o médico deve registrar “transtorno por uso de [substância] moderado” ou “transtorno de uso de [substância] grave,” dependendo da gravidade do transtorno por uso de substância comórbido. Se não houver transtorno por uso de substância comórbido, então o caractere da 4^a posição é “9”, e o clínico deve registrar apenas o transtorno neurocognitivo maior induzido por substância.

Transtorno neurocognitivo leve induzido por substância: se um transtorno leve por uso de substância for comórbido com o transtorno neurocognitivo leve induzido por substância, o caractere da 4^a posição é “1”, e o médico deve registrar “transtorno por uso de [substância] leve” antes do transtorno neurocognitivo leve induzido por substância. Transtorno neurocognitivo leve induzido (p.

transtorno por uso de cocaína com transtorno neurocognitivo leve induzido por cocaína"). Se um transtorno por uso de substância moderado ou grave é comórbido com o transtorno induzido por substância transtorno neurocognitivo leve, o caractere da 4^a posição é "2" e o clínico deve registrar "transtorno de uso de [substância] moderado" ou "transtorno de uso de [substância] grave transtorno", dependendo da gravidade do transtorno por uso de substância comórbido. Se lá não há transtorno por uso de substância comórbido, então o caractere da 4^a posição é "9" e o médico deve registrar apenas o transtorno neurocognitivo leve induzido por substância.

Os especificadores de gravidade "leve", "moderado" e "grave" (para maiores transtorno) e os especificadores de sintomas acompanhantes "com distúrbio comportamental" e "sem distúrbio comportamental" (para transtorno neurocognitivo maior ou leve) não pode ser codificado, mas ainda deve ser gravado.

CID-10-CM

	Com uso suave transtorno	Com moderado ou transtorno de uso grave	Sem uso transtorno
Transtorno neurocognitivo maior induzido por substância (TNC)			
Álcool (DNT principal), tipo confabulatório não amnésico	N / D	F10.27	F10.97
Álcool (principal NCD), tipo confabulatório amnésico	N / D	F10.26	F10.96
Inalante (principal NCD)	F18.17	F18.27	F18.97
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico (principal NCD)	N / D	F13.27	F13.97
Outra substância (ou desconhecida) (DNT principal)	F19.17	F19.27	F19.97
Transtorno neurocognitivo leve induzido por substância (TNC)			
Álcool (DCNT leve)	F10.188	F10.288	F10.988
Inalante (NCD leve)	F18.188	F18.288	F18.988
Sedativo, hipnótico ou ansiolítico (DCNT leve)	F13.188	F13.288	F13.988
Substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante) (NCD leve)	F15.188	F15.288	F15.988
Cocaína (DCNT leve)	F14.188	F14.288	F14.988
Outra substância (ou desconhecida) (NTC leve)	F19.188	F19.288	F19.988

Especifique se:

Persistente: o comprometimento neurocognitivo continua a ser significativo após um período prolongado de abstinência.

Procedimentos de Gravação

O nome do transtorno neurocognitivo induzido por substância/medicamento (DNT) começa com o substância específica (por exemplo, álcool) que se presume estar causando os sintomas neurocognitivos. O código CID-10-CM que corresponde à classe de medicamento aplicável é selecionado na tabela incluídos no conjunto de critérios. Para substâncias que não se enquadram em nenhuma das classes (p. metotrexato), o código CID-10-CM para a outra classe de substância (ou desconhecida) deve ser usado e o nome da substância específica registrada (por exemplo, F19.988 induzida por metotrexato intratecal

transtorno neurocognitivo leve). Nos casos em que uma substância é considerada um fator etiológico, mas a substância específica é desconhecida, o código CID-10-CM para a outra classe de substância (ou desconhecida) é usado e o fato de a substância ser desconhecida é registrado (ex., transtorno neurocognitivo maior induzido por substância desconhecida F19.97).

Ao registrar o nome do transtorno, o transtorno por uso de substância comórbido (se houver) é listado primeiro, seguido pela palavra “com”, seguida pelo nome do transtorno (ou seja, transtorno neurocognitivo maior induzido por [substância específica] ou [transtorno neurocognitivo leve induzido por substância específica], seguido pelo tipo no caso de álcool (ou seja, tipo confabulatório não amnésico, tipo confabulatório amnéstico), seguido pela especificação da duração (ou seja, persistente). Por exemplo, no caso de sintomas amnésicos-confabulatórios persistentes em um homem com transtorno grave por uso de álcool, o diagnóstico é F10.26 transtorno grave por uso de álcool com transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, tipo amnéstico-confabulatório, persistente. Um diagnóstico separado do transtorno por uso de álcool grave comórbido não é fornecido. Se o transtorno neurocognitivo induzido por substância ocorrer sem um transtorno por uso de substância comórbido (p.

Características diagnósticas

A DCNT maior ou leve induzida por substância/medicamento é caracterizada por deficiências neurocognitivas que persistem além da duração usual da intoxicação e abstinência aguda (Critério B). Inicialmente, essas manifestações podem refletir a recuperação lenta das funções cerebrais de um período de uso prolongado de substâncias, e melhorias nos indicadores neurocognitivos e de imagem cerebral podem ser observados ao longo de muitos meses. Se o distúrbio persistir por um período prolongado, deve-se especificar *a persistência*. A substância dada e seu uso devem ser conhecidos como capazes de causar as deficiências observadas (Critério C). Enquanto decréscimos inespecíficos em uma série de habilidades cognitivas podem ocorrer com quase qualquer substância de abuso e uma variedade de medicamentos, alguns padrões ocorrem com mais frequência com classes de drogas selecionadas. Por exemplo, TNC devido a drogas sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas (por exemplo, benzodiazepínicos, barbitúricos) podem apresentar maiores distúrbios na memória do que em outras funções cognitivas. O DCNT induzido pelo álcool frequentemente se manifesta com uma combinação de deficiências na função executiva e nos domínios de memória e aprendizado. O curso temporal da DNT induzida por substância deve ser consistente com o do uso de determinada substância (Critério D). O TNC do tipo amnéstico-confabulado induzido pelo álcool (Korsakoff) é caracterizado por um prejuízo na memória recente que é desproporcional aos sintomas adicionais do TNC. As características incluem amnésia proeminente (dificuldade grave em aprender novas informações com esquecimento rápido) e uma tendência a confabular, embora a confabulação possa ser vista com qualquer diminuição severa da memória recente. Essas manifestações podem ocorrer concomitantemente com sinais de encefalopatia por tiamina (encefalopatia de Wernicke) com características associadas, como nistagmo e ataxia. A oftalmoplegia da encefalopatia de Wernicke é tipicamente caracterizada por uma paralisia do olhar lateral. Os déficits neurocognitivos associados ao uso indevido de inalantes incluem funcionamento executivo diminuído, velocidade cognitiva mais lenta e desempenho prejudicado adicional em aspectos cognitivos. Os sintomas neurocognitivos associados ao uso de estimulantes incluem dificuldades de aprendizado, memória e função executiva. O uso de metanfetaminas também pode estar associado a

evidência de lesão vascular (por exemplo, fraqueza focal, incoordenação unilateral, reflexos assimétricos). O perfil neurocognitivo mais comum aproxima-se do observado nas DCNT vasculares.

As substâncias que causam DNT incluídas na categoria de outras substâncias (ou desconhecidas) incluem metotrexato intratecal e inseticidas organofosforados, bem como compostos que são mal utilizados e conhecidos por induzir efeitos cognitivos adversos, mas são menos bem caracterizados (por exemplo, *kratom/Mitragyna speciosa*).

Quando se está determinando a relação entre as condições de DNT e qualquer grupo de drogas, é importante considerar se o déficit estava presente antes do uso da substância e, consequentemente, não seria atribuível à substância - e pode até ter contribuído para um julgamento inadequado de que resultou no uso da substância. Por exemplo, evidências de diminuição do controle de impulsos e comprometimento relacionado das funções executivas foram relatadas como associadas ao início do uso de estimulantes e outras drogas. Em estudos nos quais a função neurocognitiva é cuidadosamente avaliada antes do uso da substância e, em seguida, os indivíduos são acompanhados por vários meses ou mais, a capacidade de outras drogas além do álcool, outros depressores e inalantes de causar DNTs persistentes clinicamente significativas não é clara.

Recursos associados

As condições de NCD induzidas por inalantes podem estar associadas ao cheiro do inalante na respiração de um indivíduo ou a uma erupção cutânea ao redor do nariz ou da boca do indivíduo por "inspirar" a droga de um recipiente. Estes são mais frequentemente observados em indivíduos com acesso limitado a outras drogas que têm histórico de uso de inalantes, bem como o início precoce do uso de múltiplas substâncias, especialmente se seus sintomas preencherem critérios para transtornos de conduta ou personalidade antissocial. Um alto risco também é visto em trabalhadores expostos a solventes no local de trabalho. A DCNT leve induzida por drogas com efeitos depressores do sistema nervoso central pode se manifestar com sintomas adicionais de aumento da irritabilidade, ansiedade, distúrbios do sono e disforia. O DCNT induzido por drogas estimulantes pode se manifestar com depressão rebote, hipersonia e apatia. Em formas graves de DNT maior induzida por substância/medicamento (p. como hipocalêmia e arritmias cardíacas. Também pode haver perda de controle emocional, incluindo afeto agressivo ou inadequado, ou apatia.

Prevalência

A prevalência dessas condições não é bem conhecida. Os números de prevalência estão mais disponíveis para o uso dessas substâncias e para transtornos associados ao uso de substâncias do que para as condições neurocognitivas. As DCNTs maiores ou leves induzidas por substâncias/medicamentos são mais prováveis em pessoas mais velhas, com maior tempo de uso e com outros fatores de risco, como déficits nutricionais.

Para transtorno por uso de álcool, a taxa de DCNT leve é de aproximadamente 30% a 40% nos primeiros 2 meses de abstinência. A DCNT leve pode persistir, particularmente naqueles que não atingem a abstinência estável até os 50 anos de idade. As DCNT maiores são raras e podem resultar de déficits nutricionais concomitantes, como nas DCNT amnéstica-confabular induzidas pelo álcool. As principais DCNT induzidas pelo álcool podem ser mais comuns em homens.

Poucos estudos estão disponíveis sobre a prevalência de DCNT de outras drogas depressoras do cérebro (ou seja, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos), provavelmente refletindo a relativa raridade de estudos de transtornos por uso de substâncias com essas drogas e o nível relativamente baixo de “recreação” pesada e persistente.” uso de drogas sedativas, hipnóticas ou ansiolíticas em comparação com álcool, cannabis e muitas outras drogas.

Mais dados estão disponíveis sobre a prevalência do uso de inalantes. Tal exposição tem sido associada a DNTs maiores e leves de duração variada em populações de alta e baixa renda.

No entanto, estima-se que o uso persistente ao ponto de desenvolver uma DNT seja inferior a 1% da população dos EUA.

716

No caso dos estimulantes (metanfetaminas e cocaína), também pode ocorrer doença cerebrovascular, resultando em lesão cerebral difusa ou focal que pode ser de níveis neurocognitivos leves ou maiores.

Desenvolvimento e Curso O início

dos transtornos por uso de substâncias tende a ocorrer no final da adolescência e atinge o pico nos anos 20 e 30. Embora uma história mais longa de transtorno por uso de substâncias grave esteja associada a uma maior probabilidade de DCNT, as relações não são diretas, sendo comum a recuperação substancial e até completa das funções neurocognitivas entre pessoas que atingem a abstinência estável antes dos 50 anos. O TNC maior ou leve induzido por substância/medicamento tem maior probabilidade de se tornar persistente em indivíduos que continuam a ter transtornos por uso de substâncias após os 50 anos, presumivelmente devido a uma combinação de plasticidade neural diminuída e o início de outras alterações cerebrais relacionadas à idade .

As condições de DNT podem envolver um início bastante rápido de comprometimento neurocognitivo em indivíduos cuja história inclui o uso de vários tipos de drogas de abuso, especialmente com início precoce do uso de substâncias. O início precoce do uso pesado, particularmente de álcool, pode levar a defeitos no desenvolvimento neural posterior (p. Para NCD induzida por álcool, pode haver um efeito aditivo do envelhecimento e lesão cerebral induzida pelo álcool.

Fatores de risco e prognóstico Os fatores

de risco para DNTs induzidas por substâncias/medicamentos incluem idade avançada, maior duração de uso e uso persistente após os 50 anos.

Para DCNT induzida pelo álcool, deficiências nutricionais de longo prazo, doença hepática, fatores de risco vascular e doenças cardiovasculares e cerebrovasculares podem contribuir para o risco. Um risco aumentado de DNT do tipo confabulatório amnéstico induzido pelo álcool ocorre no contexto de uma deficiência genética de transacetolase, bem como no contexto de má nutrição.

As DNTs induzidas por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos não foram bem estudadas, mas esses problemas podem ser aumentados em indivíduos com transtornos de ansiedade de longo prazo ou distúrbios do sono que estão tomando benzodiazepínicos ou outros medicamentos hipnóticos em quantidades crescentes por meses ou anos .

Marcadores diagnósticos A

ressonância magnética (RM) de indivíduos com transtorno por uso crônico de álcool frequentemente revela afinamento cortical, perda de substância branca e aumento de sulcos e ventrículos. Embora as anormalidades de neuroimagem sejam mais comuns naqueles com DCNT, é possível observar DCNT sem anormalidades de neuroimagem e vice-versa. Técnicas especializadas (por exemplo, imagem por tensor de difusão) podem revelar danos a tratos específicos da substância branca. A espectroscopia de ressonância magnética pode revelar redução no N-acetilaspartato e aumento nos marcadores de inflamação (por exemplo, mioinositol) ou lesão da substância branca (por exemplo, colina). Muitas dessas alterações de imagem cerebral e manifestações neurocognitivas revertem após a abstinência bem-sucedida. Em indivíduos com transtorno por uso de metanfetaminas, a ressonância magnética também pode revelar hiperintensidades sugestivas de micro-hemorragias ou áreas maiores de infarto.

Consequências Funcionais do Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Induzido por Substância/

Medicamentos As consequências funcionais do TNC leve induzido por substância/medicamento são algumas vezes aumentadas pela eficiência cognitiva reduzida e dificuldade de concentração além daquela observada em muitos outros TNCs. Além disso, em níveis maiores e leves, as DCNTs induzidas por substâncias/medicamentos podem ter síndromes motoras associadas que aumentam o nível de comprometimento funcional.

717

Diagnóstico Diferencial

Indivíduos com transtornos por uso de substâncias, intoxicação por substâncias e abstinência de substâncias apresentam risco aumentado para outras condições que podem, independentemente, ou por efeito de composição, resultar em distúrbio neurocognitivo. Estes incluem história de lesão cerebral traumática e infecções que podem acompanhar o transtorno por uso de substâncias (por exemplo, HIV, vírus da hepatite C, sífilis). Portanto, a presença de DNTs maiores ou leves induzidas por substância/medicamento deve ser diferenciada de DNTs que surgem fora do contexto de uso de substância, intoxicação e abstinência, incluindo essas condições concomitantes (por exemplo, lesão cerebral traumática).

Comorbidade

Transtornos por uso de substâncias, intoxicação por substâncias e abstinência de substâncias são altamente comórbidos com outros transtornos mentais. Em geral, quanto maior a exposição a drogas de abuso, maior o risco de uma DCNT induzida por substância ou medicamento. Transtorno de estresse pós-traumático comórbido, transtornos psicóticos, transtornos depressivos e bipolares e transtornos do neurodesenvolvimento podem contribuir para o comprometimento neurocognitivo em usuários de substâncias. A lesão cerebral traumática ocorre mais frequentemente com o uso de substâncias, complicando os esforços para determinar a etiologia das DCNT nesses casos. O transtorno por uso de álcool grave e prolongado pode estar associado a doenças do sistema de órgãos principais, incluindo doença cerebrovascular e cirrose; o transtorno por uso de inalantes está associado a taxas mais altas de danos nos rins e fígado; e as DCNT induzidas por anfetaminas e cocaína podem ser acompanhadas por DCNT vascular maior ou leve secundária ao uso de estimulantes.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido ao HIV Infecção

Critério de diagnóstico

- A. Os critérios são preenchidos para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B. Há infecção documentada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).
- C. O distúrbio neurocognitivo não é melhor explicado por condições não-HIV, incluindo doenças cerebrais secundárias, como leucoencefalopatia multifocal progressiva ou meningite criptocócica.
- D. O transtorno neurocognitivo não é atribuível a outra condição médica e não é melhor explicada por um transtorno mental.

Nota de codificação (ver tabela de codificação nas págs.)

682–683: Para transtorno neurocognitivo maior devido à infecção pelo HIV, com distúrbio comportamental, codifique primeiro **B20** infecção pelo HIV, seguido por **F02.81** transtorno neurocognitivo maior devido à infecção pelo HIV, com distúrbio comportamental.

Para transtorno neurocognitivo maior devido à infecção pelo HIV, sem distúrbio comportamental, codifique primeiro **B20** infecção pelo HIV, seguido por **F02.80** transtorno neurocognitivo maior devido à infecção pelo HIV, sem distúrbio comportamental.

Nota: Os especificadores de gravidade “leve”, “moderado” e “grave” não podem ser codificados para transtorno neurocognitivo maior, mas ainda devem ser registrados.

Para transtorno neurocognitivo leve devido à infecção pelo HIV, codifique **G31.84**. (*Nota:* Não use o código adicional para infecção por HIV. “Com distúrbio comportamental” e “sem distúrbio comportamental” não podem ser codificados, mas ainda devem ser registrados.)

718

Para transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à infecção pelo HIV: Use código(s) adicional(is) para indicar sintomas psiquiátricos clinicamente significativos devido à infecção pelo HIV (por exemplo, **F06.34** transtorno bipolar e transtorno relacionado devido à infecção pelo HIV, com características mistas; **F07.0** personalidade alteração devido a lesão cerebral traumática, tipo apático).

Características diagnósticas

A doença do HIV é causada pela infecção pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1), que é adquirido através da exposição a fluidos corporais de um indivíduo infectado através do uso de substância injetável, contato sexual desprotegido ou exposição accidental ou iatrogênica (p. lesão por punção de agulha ao pessoal médico). O HIV infecta vários tipos de células, mas particularmente linfócitos e monócitos “T helper” (CD4). Ao longo do tempo, a infecção pode causar graves diminuições na contagem de CD4, resultando em grave imunocomprometimento, muitas vezes levando a infecções oportunistas e neoplasias. Monócitos infectados podem entrar no sistema nervoso central, levando à infecção de macrófagos e micróglia. Uma pequena porcentagem de astrócitos pode abrigar

infecção pelo HIV. A forma avançada da infecção pelo HIV é denominada *síndrome da imunodeficiência adquirida* (AIDS). O diagnóstico do HIV é confirmado por métodos laboratoriais estabelecidos, como o ensaio de reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa (RT-PCR) para RNA do HIV e o teste de combinação anticorpo/antígeno. É importante notar que o autoteste domiciliar para HIV está disponível.

Alguns indivíduos com infecção pelo HIV desenvolvem um transtorno neurocognitivo (DNT), que geralmente mostra um “padrão subcortical” com função executiva proeminentemente prejudicada, desaceleração da velocidade de processamento, problemas com tarefas de atenção mais exigentes e dificuldade em aprender novas informações, mas menos problemas com recordação das informações aprendidas. Nas principais DNT, a lentificação pode ser proeminente. Dificuldades de linguagem, como afasia, são incomuns, embora possam ser observadas reduções na fluência. Os processos patogênicos do HIV podem afetar qualquer parte do cérebro; portanto, outros padrões são possíveis.

Recursos associados

A DCNT maior ou leve devido à infecção pelo HIV é mais prevalente em indivíduos com idade crescente, menor escolaridade ou sexo feminino, e entre aqueles com transtorno depressivo maior, transtornos por uso de álcool ou outras substâncias e comorbidades médicas (particularmente diabetes e hipertensão). O risco de DNT devido à infecção pelo HIV também aumenta com qualquer um dos seguintes: episódios anteriores de imunossupressão, altas cargas virais no líquido cefalorraquídiano e níveis aumentados de fator de necrose tumoral alfa (TNF- γ), interleucina-6 (IL- 6), proteína C reativa, D-dímero, sCD14, sCD163 e cadeia leve de neurofilamento no sangue periférico ou indicadores laboratoriais clínicos de doença avançada por HIV, como um nadir baixo de células CD4, anemia e hipoalbuminemia. Indivíduos com TNC maior podem apresentar características neuromotoras mais proeminentes, como incoordenação grave, ataxia e lentificação motora. Essas características podem se tornar mais proeminentes com a progressão da doença NCD.

Prevalência

Dependendo do estágio clínico da doença pelo HIV, aproximadamente um terço a mais da metade dos indivíduos infectados pelo HIV têm pelo menos alguma evidência de distúrbio neurocognitivo, mas a maioria desses distúrbios não atenderia aos critérios para DNT leve e representaria indivíduos com comprometimento neurocognitivo assintomático (ANI), que pode ter desempenho abaixo do padrão em um ou mais testes de habilidades neurocognitivas, mas não apresenta nenhum comprometimento no estado funcional. As taxas na América do Norte e na Europa Ocidental mostraram amplamente que o ANI é responsável pela maioria dos distúrbios neurocognitivos, enquanto as DNT leves devido ao HIV representam aproximadamente um quarto dos indivíduos, e os critérios de DNT principais são atendidos por tipicamente menos de 5% dos indivíduos com Distúrbios neurocognitivos relacionados ao HIV. Na Alemanha, a prevalência geral de DNTs associadas ao HIV entre os

participantes da clínica foi de 43%, 90% dos quais estavam em tratamento: 20% tinham ANI, 17% tinham DNT leve e 6% tinham demência associada ao HIV. Em países de baixa e média renda, a prevalência de DNTs associadas ao HIV é maior entre indivíduos com HIV não tratados. Em outras partes do mundo, e em coortes compostas principalmente por indivíduos infectados pelo HIV em tratamento antirretroviral eficaz testado com baterias de testes cognitivos abrangentes, as taxas gerais de

comprometimento cognitivo foram encontrados em torno de 25%-35%.

Nos Estados Unidos, a incidência de infecção pelo HIV é maior em homens do que em mulheres em todos os grupos étnicos. No entanto, as evidências suportam uma diferença de sexo nas DCNT devido à infecção pelo HIV, com comprometimento neurocognitivo mais frequente em mulheres, inclusive quando o sexo é mantido como fator de risco em uma análise multivariada. A maior taxa de deficiência em mulheres pode estar associada a diferenças na qualidade educacional.

Desenvolvimento e Curso No

desenvolvimento e curso de DNT devido ao HIV, os indivíduos podem ter comprometimento neurocognitivo quando a infecção pelo HIV é assintomática; os Centros de Controle e Prevenção de Doenças classificam a infecção subjacente pelo HIV em três estágios: assintomática, sintomática precoce e sintomática tardia/AIDS. O curso das DNT devido à infecção pelo HIV pode se resolver, melhorar, permanecer estável, piorar lentamente, piorar rapidamente ou ter um curso flutuante. A progressão rápida do comprometimento neurocognitivo é incomum no contexto do tratamento antirretroviral combinado atualmente disponível, embora ainda possa ocorrer no contexto de um subgrupo associado à idade avançada, bem como em associação com comorbidades específicas que promovem o comprometimento cognitivo. No entanto, para a proporção predominante de indivíduos com HIV, uma mudança abrupta no estado mental justifica a avaliação de outras fontes médicas para a alteração cognitiva, incluindo infecções secundárias. Como a infecção pelo HIV afeta preferencialmente as regiões subcorticais ao longo da doença, incluindo a substância branca profunda, a progressão da doença segue um padrão subcortical. O padrão subcortical de comprometimento cognitivo é caracterizado por lentificação mental associada à disfunção motora, déficits de aprendizado processual e déficits de memória livre, com relativa economia de memória de reconhecimento.

Como a infecção pelo HIV pode afetar uma variedade de regiões cerebrais e a doença pode assumir muitas trajetórias diferentes, dependendo das comorbidades associadas e das consequências da infecção pelo HIV, o curso geral de uma DNT devido à infecção pelo HIV tem uma heterogeneidade considerável. Um perfil neurocognitivo subcortical pode interagir com a idade ao longo da vida, de modo que ocorre uma interação entre idade e estágio clínico da doença por HIV nos domínios da memória episódica e comprometimento motor (por exemplo, marcha lenta). Essa interação aumenta a prevalência geral de comprometimento neurocognitivo e a probabilidade de que seja mais pronunciada na vida adulta.

A aquisição da infecção pelo HIV geralmente ocorre em adultos em países de alta renda, por meio de comportamentos de alto risco (por exemplo, sexo desprotegido; uso de substância injetável) começando no final da adolescência e atingindo o pico durante a idade adulta jovem e intermediária, com uma contribuição significativa persistindo na velhice. Em regiões de baixa renda, onde o teste de HIV e os tratamentos antirretrovirais para mulheres grávidas não estão prontamente disponíveis, a transmissão perinatal é comum. O NCD em tais bebês e crianças pode se manifestar principalmente como atraso no neurodesenvolvimento. Como os indivíduos tratados para o HIV sobrevivem até a velhice, são possíveis efeitos neurocognitivos aditivos e interativos do HIV e do envelhecimento, incluindo outras DNTs (por exemplo, devido à doença de Alzheimer, devido à doença de Parkinson). Mais de 50% dos indivíduos com HIV nos Estados Unidos têm mais de 50 anos.

A terapia antirretroviral de longa duração é indicada para o controle contínuo da infecção pelo HIV. No entanto, algumas terapias antirretrovirais podem estar associadas a inflamação, efeitos neurotóxicos e alterações metabólicas que podem levar ao comprometimento vascular e, indiretamente, aumentar o comprometimento neurocognitivo em conjunto com o envelhecimento e comorbidades médicas que podem piorar a cognição.

Fatores de risco e prognóstico

Paradoxalmente, as DCNT devido à infecção pelo HIV não diminuíram significativamente com o advento da terapia antirretroviral eficaz, embora as apresentações mais graves (consistentes com o diagnóstico de DCNT maior) tenham diminuído acentuadamente. Os fatores contribuintes podem incluir o controle inadequado do HIV no sistema nervoso central (SNC), a evolução de cepas virais resistentes aos medicamentos antirretrovirais, os efeitos da inflamação sistêmica e cerebral crônica de longo prazo e os efeitos de fatores comórbidos, como envelhecimento, transtorno de uso, hipertensão, diabetes, história pregressa de trauma do SNC e co-infecções, como com o vírus da hepatite C. A exposição crônica a medicamentos antirretrovirais também tem sido associada à neurotoxicidade por si

Marcadores de

diagnóstico Um diagnóstico de HIV pode ser feito a partir de um teste realizado no sangue, fluidos orais ou urina. Além disso, a caracterização do HIV do líquido cefalorraquidiano pode ser útil se revelar uma carga viral desproporcionalmente alta no líquido cefalorraquidiano versus no plasma ou se houver indicadores de um alto nível de neuroinflamação. A neuroimagem (p. A ressonância magnética do cérebro ou a punção lombar podem ser úteis para excluir uma condição médica específica (por exemplo, meningite criptocócica, meningoencefalite, encefalite tipo 1 ou tipo 2 pelo vírus herpes simplex, leucoencefalopatia multifocal progressiva) que pode contribuir para alterações do SNC. Técnicas especializadas, como imagens de tensor de difusão, podem revelar danos a tratos específicos da substância branca. A marcação de rotação arterial (ASL) desenvolvida como um novo tipo de ressonância magnética (ASL-MRI) pode revelar alterações regionais na perfusão cerebral em 3 a 5 minutos sem infusão de marcadores extrínsecos e varredura por tomografia por emissão de pósitrons de proteína translocadora de 18 kDa (TSPO) pode revelar neuroinflamação.

Consequências Funcionais do Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à infecção pelo HIV

As consequências funcionais das DNT maiores ou leves devido à infecção pelo HIV são variáveis entre os indivíduos. Assim, funções executivas prejudicadas e processamento de informações lento podem interferir substancialmente na adesão aos regimes de terapia antirretroviral eficazes, embora esses regimes tenham sido bastante simplificados desde o início. Assim, o estado funcional deve ser avaliado e mapeado diretamente para o comprometimento neurocognitivo para determinar a gravidade da DCNT. O estado funcional relacionado ao comprometimento neurocognitivo devido ao HIV deve ser separado da disfunção atribuível a outros distúrbios concomitantes que podem afetar a função neurocognitiva.

Diagnóstico Diferencial

Na presença de comorbidades, como outras infecções (p. pode ser diagnosticado

desde que haja evidências de que a infecção pelo HIV tenha piorado quaisquer DNTs devido a tais condições preexistentes ou comórbidas. Entre os idosos, o início do declínio neurocognitivo relacionado à doença cerebrovascular ou neurodegeneração primária (por exemplo, DCNT maior ou leve devido à doença de Alzheimer) pode precisar ser diferenciado; essas condições podem ser sugeridas por um curso de declínio relativamente mais progressivo do que o observado nas DNT devido ao HIV. Foi demonstrado que a própria infecção pelo HIV aumenta o risco de doença cerebrovascular. Como a imunodeficiência mais grave pode resultar em infecções oportunistas do cérebro (por exemplo, toxoplasmose; criptococose) e neoplasia (por exemplo, linfoma do SNC),

721

o início de uma DNT ou o agravamento súbito de uma DNT exige investigação ativa de etiologias não-HIV. O delirium é importante a ser considerado porque ocorre com frequência ao longo do curso da doença de indivíduos com HIV e pode ser devido a múltiplas etiologias (incluindo a co-infecção por SARS-CoV-2).

Comorbidade A

doença pelo HIV é acompanhada por inflamação crônica sistêmica e do SNC e doenças que podem estar associadas a uma DNT. Essas complicações podem fazer parte da patogênese das DCNT maiores ou leves, bem como do ANI devido à infecção pelo HIV. O HIV frequentemente ocorre concomitantemente com condições como transtornos por uso de substâncias e outras infecções sexualmente transmissíveis. Foram identificadas comorbidades médicas e psiquiátricas que aumentam a probabilidade de diagnóstico de DCNT devido à infecção pelo HIV. Mulheres e membros de grupos étnicos e raciais carentes podem apresentar variação nas taxas de comorbidades associadas às DCNT devido à infecção pelo HIV.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido ao Prón Doença

Critério de diagnóstico

- A. Os critérios são preenchidos para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B. O início é insidioso e a progressão rápida do comprometimento é comum.
- C. Existem características motoras da doença priônica, como mioclonia ou ataxia, ou evidência de biomarcadores.
- D. O transtorno neurocognitivo não é atribuível a outra condição médica e não é melhor explicado por outro transtorno mental.

Nota de codificação (consulte a tabela de codificação)

nas págs. 682–683): Para transtorno neurocognitivo maior devido a doença de prion, com distúrbio comportamental, codifique primeiro **A81.9** doença de prion, seguido por **F02.81** transtorno neurocognitivo maior devido a doença de prion, com comportamento perturbação.

Para transtorno neurocognitivo maior devido a doença priônica, sem comportamento

perturbação, codifique primeiro **A81.9** doença priônica, seguida de **F02.80** perturbação neurocognitiva major devido à doença priônica, sem perturbação comportamental.

Nota: Os especificadores de gravidade “leve”, “moderado” e “grave” não podem ser codificados para transtorno neurocognitivo maior, mas ainda devem ser registrados.

Para transtorno neurocognitivo leve devido à doença priônica, codifique **G31.84**. (*Nota:* Não use o código adicional para doença priônica. “Com distúrbio comportamental” e “sem distúrbio comportamental” não podem ser codificados, mas ainda devem ser registrados.)

Para transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a doença de prón: Use código(s) adicional(is) para indicar sintomas psiquiátricos clinicamente significativos devido a doença de prón (por exemplo, **F06.2** transtorno psicótico devido a doença de prón, com delírios; **F06.32** transtorno depressivo doença priônica com episódio tipo depressivo maior).

Recursos de diagnóstico

A classificação de transtorno neurocognitivo maior ou leve (DNT) devido à doença priônica inclui DCNT devido a um grupo de encefalopatias espongiformes subagudas (incluindo Creutzfeldt esporádica Doença de Jakob, doença genética de Creutzfeldt-Jakob, doença iatrogênica de Creutzfeldt-Jakob, variante Doença de Creutzfeldt-Jakob, prionopatia variável sensível à protease,

722

kuru [encontrado entre o povo Fore em Papua Nova Guiné], síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker e insônia fatal) causada por agentes transmissíveis conhecidos como *príons*. Dado que o tipo mais comum é a doença de Creutzfeldt-Jakob esporádica, ela é normalmente chamada simplesmente de doença de Creutzfeldt-Jakob (CJD). A variante da DCJ é muito mais rara e está associada à transmissão da encefalopatia espongiforme bovina, também chamada de “doença da vaca louca”. Normalmente, os indivíduos com DCJ apresentam déficits neurocognitivos, ataxia e movimentos anormais, como mioclonia, coreia ou distonia; um reflexo de sobressalto também é comum. A história geralmente revela uma progressão rápida para um TNC maior em apenas 6 meses e, portanto, o distúrbio é tipicamente visto apenas no nível maior. No entanto, muitos indivíduos com a doença podem ter apresentações atípicas, e a doença pode ser confirmada apenas por biópsia ou autópsia. Por exemplo, indivíduos com variante da DCJ podem apresentar uma maior preponderância de sintomas psiquiátricos do que indivíduos com outros tipos de doença priônica, caracterizada por humor deprimido, retraimento e ansiedade. Embora a evidência de biomarcadores não seja necessariamente necessária para o diagnóstico se as características motoras da doença priônica (p.

Prevalência

A prevalência é desconhecida, mas muito baixa, dada a curta sobrevida. Com base em dados de nove países de alta renda, a incidência anual de DCJ esporádica é de aproximadamente um ou dois casos por milhão de pessoas. A incidência varia de acordo com a idade e é maior em pessoas com 65 anos ou mais (4,8/1.000.000 indivíduos) e é maior em brancos em comparação com negros. A incidência entre os chineses étnicos em Taiwan é menor do que as taxas da população geral nos Estados Unidos e em outros países declarantes.

Desenvolvimento e Curso A doença

prônica pode se desenvolver em qualquer idade em adultos – a idade de pico para DCJ esporádica é de aproximadamente 67 anos – embora tenha sido relatado que ocorre em indivíduos desde a adolescência até o final da vida. Os brancos não latinos apresentaram uma idade média de início mais avançada em comparação com outras populações étnicas e racializadas nos Estados Unidos. Os sintomas prodrômicos da doença priônica podem incluir fadiga, ansiedade, problemas de apetite ou sono ou dificuldades de concentração. Após várias semanas, esses sintomas podem ser seguidos por incoordenação, visão alterada ou marcha anormal ou outros movimentos que podem ser mioclônicos, coreoatetóides ou balísticos, juntamente com uma demência rapidamente progressiva. A doença geralmente progrediu muito rapidamente para o nível principal de comprometimento ao longo de vários meses. Mais raramente, pode progredir ao longo de 2 anos e parecer semelhante em seu curso a outras DNTs.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. A transmissão entre espécies de infecções por príons, com agentes que estão intimamente relacionados à forma humana, foi demonstrada (por exemplo, o surto de encefalopatia espongiforme bovina induzindo a variante CJD no Reino Unido em meados da década de 1990).

A transmissão por transplante de córnea, enxertos de dura-máter de cadáveres, instrumentos neurocirúrgicos contaminados, injeções de hormônio de crescimento humano derivado de cadáver e gonadotrofina hipofisária e transfusão de sangue (somente no caso de variante da DCJ) foi documentada. Estudos não demonstraram um risco aumentado de DCJ esporádica em profissionais de saúde.

Genética e fisiológica. Em até 15% dos casos de doença priônica, existem mutações genéticas autossômicas dominantes no gene da proteína priônica (*PRNP*), que codifica uma proteína normal ligada à membrana neuronal. O polimorfismo do códon 129 do *PRNP* medeia o risco

723

de doenças priônicas esporádicas e adquiridas, bem como modifica a manifestação clínica, a idade de início da doença e a duração da doença.

Marcadores diagnósticos A

doença priônica pode ser definitivamente confirmada apenas por biópsia cerebral ou por autópsia. Existem várias proteínas do líquido cefalorraquidiano (LCR) que são marcadores de lesão neuronal e frequentemente estão elevadas na doença priônica; os mais comumente usados para fins diagnósticos são 14-3-3 e tau, que apresentam alta sensibilidade, mas especificidade variável. A conversão induzida por tremor em tempo real (RT-QuIC) é outro teste de diagnóstico do LCR que é capaz de amplificar quantidades mínimas de proteínas priônicas causadoras de doenças e tem especificidade extremamente alta. A ressonância magnética cerebral é atualmente considerada o teste diagnóstico mais sensível quando se realiza DWI (difusão ponderada por imagem), sendo o achado mais comum as hiperintensidades multifocais de substância cinzenta em regiões subcorticais e/ou corticais. Em alguns indivíduos, o eletroencefalograma revela descargas periódicas agudas, muitas vezes trifásicas e síncronas a uma taxa de 0,5-2 Hz em algum ponto durante o curso do distúrbio. É importante notar que os marcadores diagnósticos acima variam de acordo com o tipo de doença do príon (por exemplo, DCJ esporádica, DCJ genética, DCJ variante).

Diagnóstico diferencial

Outros distúrbios neurocognitivos importantes As principais DCNT devido à doença priônica podem parecer semelhantes em seu curso a outras DCNTs, mas as doenças priônicas são tipicamente distinguidas por sua rápida progressão e sintomas motores e cerebelares proeminentes.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Mal de Parkinson

Critério de diagnóstico

- A. Os critérios são preenchidos para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B. A perturbação ocorre no contexto da doença de Parkinson estabelecida.
- C. Há início insidioso e progressão gradual do comprometimento.
- D. O transtorno neurocognitivo não é atribuível a outra condição médica e não é melhor explicado por outro transtorno mental.

Transtorno neurocognitivo maior ou leve, provavelmente devido à doença de Parkinson, deve ser diagnosticado se 1 e 2 forem atendidos. **Transtorno neurocognitivo maior ou leve, possivelmente devido à doença de Parkinson**, deve ser diagnosticado se 1 ou 2 for atendido:

1. Não há evidência de etiologia mista (ou seja, ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular ou outra doença ou condição neurológica, mental ou sistêmica que possa contribuir para o declínio cognitivo).
2. A doença de Parkinson precede claramente o início da doença neurocognitiva transtorno.

Nota de codificação (ver tabela de codificação nas págs.)

682–683): Para transtorno neurocognitivo maior provavelmente ou possivelmente devido à doença de Parkinson, com distúrbio comportamental, codifique primeiro **G20** doença de Parkinson, seguido por **F02.81**. Para transtorno neurocognitivo maior provavelmente ou possivelmente devido à doença de Parkinson, sem distúrbio comportamental, codifique primeiro **G20** doença de Parkinson, seguido por **F02.80**.

Nota: Os especificadores de gravidade “leve”, “moderado” e “grave” não podem ser codificados para transtorno neurocognitivo maior, mas ainda devem ser registrados.

724

Para transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Parkinson, codifique **G31.84**. (**Nota:** Não use o código adicional para a doença de Parkinson. “Com distúrbio comportamental” e “sem distúrbio comportamental” não podem ser codificados, mas devem ser registrados.)

Para transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Parkinson: Use código(s) adicional(is) para indicar sintomas psiquiátricos clinicamente significativos devido à doença de Parkinson

(por exemplo, **F06.0** transtorno psicótico devido à doença de Parkinson, com alucinações; **F06.31** transtorno depressivo devido à doença de Parkinson, com características depressivas; **F07.0** alteração de personalidade devido a lesão cerebral traumática, tipo apático).

Características

diagnósticas A característica essencial do transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Parkinson é o declínio cognitivo observado no momento ou após o início da doença de Parkinson idiopática. A perturbação deve ocorrer no contexto da doença de Parkinson estabelecida (Critério B), e os déficits devem ter se desenvolvido gradualmente (Critério C). A taxa de progressão dos déficits cognitivos pode variar; para alguns indivíduos com déficits leves, pode haver uma mudança mínima ao longo do tempo.

O DCNT é visto como *provavelmente* devido à doença de Parkinson quando não há evidência de outro distúrbio que possa ser responsável pelo declínio cognitivo e quando a doença de Parkinson precede o início do DCNT. O NCD é considerado *possivelmente* devido à doença de Parkinson quando apenas uma dessas condições é atendida, mas não ambas as condições. Um diagnóstico da doença de Parkinson antes do início da alteração cognitiva aumenta a confiança diagnóstica de que a DCNT é atribuível à doença de Parkinson, conforme indicado pela designação *provável*.

Recursos associados

As características frequentemente presentes incluem apatia, humor deprimido, humor ansioso, alucinações, delírios, alterações de personalidade, distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos (REM), sonolência diurna excessiva, congelamento da marcha, quedas, envolvimento bilateral no início da doença, instabilidade postural e distúrbio da marcha (PIGD) e hiposmia. A combinação de instabilidade postural e da marcha pode ocorrer no início da doença e pode ser descrita pelo termo *subtipo PIGD* para distinguir da doença de Parkinson predominantemente tremor.

Prevalência

A prevalência da doença de Parkinson nos Estados Unidos aumenta constantemente com a idade, de aproximadamente 0,4% entre 60 e 69 anos para 1,4% entre 80 e 89 anos.

A doença de Parkinson é mais comum em homens do que em mulheres. Da mesma forma, a prevalência de DCNT devido à doença de Parkinson é maior em homens do que em mulheres. No entanto, não está claro se a incidência de DCNT devido à doença de Parkinson é maior em homens do que em mulheres. Entre os indivíduos com doença de Parkinson, cerca de 80% acabarão por desenvolver uma DNT importante. Entre aqueles sem uma DNT importante, a prevalência de DNT leve na doença de Parkinson foi estimada em 25% a 27%. Para indivíduos com doença de Parkinson não tratada, uma faixa de 9% a 19% tem DNT leve, enquanto outros estudos relataram DNT importante ocorrendo em 24% dos recém-diagnosticados com doença de Parkinson não tratada. Entre afro-americanos, o risco de doença de Parkinson tende a ser menor do que entre brancos não latinos, mas o risco de demência entre aqueles com a doença tende a ser maior.

Desenvolvimento e Curso

O início da doença de Parkinson é tipicamente entre as idades de 50 e 89 anos, com maior expressão em

início dos anos 60. O TNC leve geralmente se desenvolve relativamente cedo no curso da doença de Parkinson, enquanto o comprometimento maior geralmente não ocorre até que os indivíduos sejam mais velhos.

725

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. Os fatores de risco para a doença de Parkinson incluem exposição a pesticidas, solventes e, possivelmente, lesão cerebral traumática.

Genética e fisiológica. Fatores de risco potenciais para DCNT entre indivíduos com doença de Parkinson incluem idade avançada no início da doença, aumento da gravidade da doença, sintomas de marcha proeminentes, distúrbio autonômico grave (particularmente hipotensão ortostática), distúrbio comportamental do sono REM e possivelmente ser homem e ter menos anos de Educação formal.

Indivíduos com doença de Parkinson com mutações no gene da glicocerebrosidase (*GBA*) e genótipo *APOE*E4* demonstraram ter pior cognição em pesquisas transversais e longitudinais.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura A

demência de Guam é uma DNT de início tardio observada em 8,8% dos Chamorros (a população indígena de Guam) com 65 anos ou mais. Caracterizado por emaranhados neurofibrilares, mas sem as placas amilóides encontradas na doença de Alzheimer, acredita-se que esteja possivelmente relacionado a um complexo único de parkinsonismo-demência e esclerose lateral amiotrófica. Uma associação foi encontrada com o processamento e ingestão de fadang feito com sementes de cicadáceas.

Marcadores diagnósticos

Testes neuropsicológicos, com foco em testes que não são afetados pela lentidão motora (ou seja, não cronometrados ou que requerem o uso das mãos), são críticos para detectar os déficits cognitivos centrais, particularmente na fase leve do TNC. As características observadas em testes neuropsicológicos no início do transtorno podem incluir atenção reduzida, disfunção executiva, processamento de informações lento e déficits na memória e na função visuoespacial, enquanto muitas habilidades de linguagem podem permanecer intactas.

As varreduras do transportador de dopamina, como as varreduras DaT, podem diferenciar demências relacionadas a corpos de Lewy (ou seja, NCD devido à doença de Parkinson, NCD com corpos de Lewy) de demências não relacionadas a corpos de Lewy (por exemplo, NCD devido à doença de Alzheimer).

Diagnóstico diferencial

726

Transtorno neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy (NCDLB) A distinção entre NCDLB e NCD devido à doença de Parkinson é baseada no tempo e na sequência dos sintomas motores e cognitivos. Os critérios de consenso para demência com corpos de Lewy separam NCDLB de NCD devido à doença de Parkinson, especificando que, para que a demência seja atribuída à doença de Parkinson, o diagnóstico de doença de Parkinson deve estar presente por pelo menos 1 ano antes que o declínio cognitivo atinja o nível de NCD maior, enquanto que para NCDLB, o

os sintomas podem começar antes, com ou na ausência de parkinsonismo. Em contraste, os critérios de consenso de especialistas para a doença de Parkinson propõem que, se o declínio cognitivo ocorrer antes de um diagnóstico motor, o diagnóstico da doença de Parkinson ainda pode ser feito; portanto, um clínico pode atribuir o declínio cognitivo à doença de Parkinson e diagnosticar NCD devido à doença de Parkinson. Consequentemente, o clínico pode optar por diagnosticar DNT devido à doença de Parkinson ou NCDLB para indivíduos com DNT maior que começa antes ou dentro de 12 meses da doença de Parkinson. Em tais circunstâncias, o clínico decide qual diagnóstico é mais apropriado. Se a doença de Parkinson foi diagnosticada por pelo menos 1 ano antes do início dos sintomas cognitivos, então ambos os critérios de especialistas concordam que o DCNT devido à doença de Parkinson normalmente seria o diagnóstico apropriado. O momento e a sequência do parkinsonismo e das DNTs leves podem ser particularmente difíceis de determinar, e as DNTs não especificadas podem precisar ser diagnosticadas até que a ordem de progressão clínica se torne evidente.

Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Alzheimer. As características motoras são a chave para distinguir o TNC maior ou leve devido à doença de Parkinson do TNC maior ou leve devido à doença de Alzheimer. No entanto, os dois distúrbios podem ocorrer concomitantemente, e indivíduos com doença de Alzheimer bem estabelecida podem desenvolver parkinsonismo leve.

Transtorno neurocognitivo vascular maior ou leve. A DCN vascular maior ou leve pode se manifestar com características parkinsonianas que podem ocorrer como consequência de doença cortical ou subcortical difusa de pequenos vasos. No entanto, as características parkinsonianas geralmente não são suficientes para o diagnóstico da doença de Parkinson, e o curso da DCNT geralmente tem uma associação clara com alterações cerebrovasculares.

Transtorno neurocognitivo devido a outra condição médica (por exemplo, distúrbios neurodegenerativos) Quando um diagnóstico de DCNT maior ou leve devido à doença de Parkinson está sendo considerado, a distinção também deve ser feita de outros distúrbios cerebrais, como paralisia supranuclear progressiva, degeneração corticobasal, atrofia de múltiplos sistemas, tumores e hidrocefalia.

Parkinsonismo induzido por antipsicótico (ou outra droga bloqueadora do receptor de dopamina) O parkinsonismo induzido (ou outra droga bloqueadora do receptor de dopamina) pode ocorrer em indivíduos com outras DNTs, particularmente quando medicamentos antipsicóticos são prescritos para as manifestações comportamentais de tais transtornos.

Comorbidade

Doença de Parkinson pode coexistir com doença de Alzheimer e doença cerebrovascular, especialmente em indivíduos mais velhos. Indivíduos com DCNT devido à doença de Parkinson podem apresentar características clínicas ou biomarcadoras que sugerem a presença tanto da doença de Parkinson quanto de outras patologias. Evidências de etiologia mista não excluem a contribuição da doença de Parkinson para uma DNT. A combinação de múltiplas características patológicas pode diminuir as habilidades funcionais de indivíduos com doença de Parkinson. Sintomas motores e ocorrência frequente de depressão, psicose, distúrbio comportamental do sono REM ou apatia podem piorar o comprometimento funcional.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Doença de Huntington

Critério de diagnóstico

- A. Os critérios são preenchidos para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B. Há início insidioso e progressão gradual.
- C. Existe doença de Huntington clinicamente estabelecida, ou risco de doença de Huntington com base na história familiar ou teste genético.
- D. O transtorno neurocognitivo não é atribuível a outra condição médica e não é melhor explicado por outro transtorno mental.

Nota de codificação (ver tabela de codificação nas pp.)

682–683: Para transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Huntington, com distúrbio comportamental, codifique primeiro **G10** doença de Huntington, seguido por **F02.81** transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Huntington, com distúrbio comportamental.

Para transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Huntington, sem distúrbio comportamental, codifique primeiro **G10** doença de Huntington, seguido por **F02.80** transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Huntington, sem distúrbio comportamental.

Nota: Os especificadores de gravidade “leve”, “moderado” e “grave” não podem ser codificados para transtorno neurocognitivo maior, mas ainda devem ser registrados.

727

Para transtorno neurocognitivo leve devido à doença de Huntington, codifique **G31.84**. (**Nota:** Não use o código adicional para a doença de Huntington. “Com distúrbio comportamental” e “sem distúrbio comportamental” não podem ser codificados, mas devem ser registrados.)

Para transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Huntington: Use códigos adicionais para indicar sintomas psiquiátricos clinicamente significativos devido à doença de Huntington (por exemplo, **F06.31** transtorno depressivo devido à doença de Huntington com características depressivas; **F06.4** transtorno de ansiedade devido a Doença de Huntington).

Características diagnósticas

O comprometimento cognitivo progressivo é uma característica central da doença de Huntington, com alterações precoces na função executiva (ou seja, velocidade de processamento, organização e planejamento) tipicamente sendo mais proeminentes do que o declínio na aprendizagem e na memória. As alterações cognitivas e comportamentais associadas geralmente precedem o surgimento das anormalidades motoras típicas da bradicinesia (isto é, lentidão do movimento voluntário) e da coreia (isto é, movimentos involuntários de espasmos). Um diagnóstico de doença de Huntington definitiva é dado na presença de anormalidades motoras extrapiramidais inequívocas em um indivíduo com história familiar de doença de Huntington ou teste genético mostrando uma expansão de repetição de trinucleotídeos CAG no gene *HTT*, localizado no cromossomo 4.

Recursos associados

Irritabilidade, apatia, ansiedade, sintomas obsessivo-compulsivos, depressão e, mais raramente,

a psicose pode estar associada à doença de Huntington e muitas vezes precede o início dos sintomas motores.

Prevalência

Déficits neurocognitivos são um resultado eventual da doença de Huntington; a prevalência mundial é estimada em 2,7 por 100.000. A prevalência da doença de Huntington na América do Norte, Europa e Austrália é de 5,7 por 100.000, com uma prevalência muito menor de 0,40 por 100.000 na Ásia.

Desenvolvimento e Curso A idade

de diagnóstico da doença de Huntington varia muito, mas os sintomas são mais frequentemente observados entre os 35 e os 45 anos. A idade de início está inversamente correlacionada com o comprimento de expansão do CAG. A doença de Huntington juvenil (início antes dos 20 anos) pode apresentar-se mais comumente com bradicinesia, distonia e rigidez do que com os movimentos coreicos característicos do transtorno de início adulto. A doença é gradualmente progressiva, com o tempo médio de sobrevida após o diagnóstico clínico estimado em aproximadamente 10 a 20 anos, embora os indivíduos afetados possam demonstrar variabilidade significativa na progressão da doença.

A expressão fenotípica da doença de Huntington varia pela presença de sintomas motores, cognitivos e psiquiátricos. Anormalidades psiquiátricas e cognitivas podem anteceder a anormalidade motora em uma década ou mais. Os sintomas iniciais que requerem cuidados geralmente incluem irritabilidade, ansiedade ou humor deprimido. Outros distúrbios comportamentais podem incluir apatia pronunciada, desinibição, impulsividade e percepção prejudicada, com a apatia muitas vezes se tornando mais progressiva ao longo do tempo. Os primeiros sintomas de movimento podem envolver o aparecimento de inquietação das extremidades, bem como *apraxia* leve (ou seja, dificuldade com movimentos intencionais), particularmente com tarefas motoras finas. À medida que o distúrbio progride, outros problemas motores incluem marcha prejudicada (*ataxia*) e instabilidade postural. O comprometimento motor eventualmente afeta a produção da fala (*disartria*) de tal forma que a fala se torna muito difícil de entender, o que pode resultar em sofrimento significativo resultante da barreira de comunicação no contexto de cognição comparativamente intacta. A doença motora avançada afeta gravemente a marcha com

728

ataxia progressiva. Eventualmente, os indivíduos tornam-se não ambulatórios. A doença motora em estágio final prejudica o controle motor da alimentação e da deglutição, geralmente um dos principais contribuintes para a morte do indivíduo por pneumonia por aspiração.

Fatores de Risco e Prognósticos

Genéticos e fisiológicos. A base genética da doença de Huntington é uma expansão autossômica dominante totalmente penetrante do trinucleotídeo CAG, muitas vezes chamada de *repetição CAG* no gene huntingtina. Um comprimento de repetição de 40 ou mais está invariavelmente associado à doença de Huntington, com comprimentos de repetição mais longos associados à idade precoce de início. Um comprimento de repetição CAG na faixa de 36 a 39 é considerado parcialmente penetrante, o que significa que esse comprimento pode ou não levar à doença de Huntington. Se a doença de Huntington ocorrer com comprimentos repetidos neste intervalo, é mais frequentemente associada ao início tardio na vida (diagnóstico após os 70 anos).

Marcadores de diagnóstico

O teste genético é o principal teste laboratorial para a determinação da doença de Huntington, que é uma doença autossômica dominante com penetrância completa. Observa-se que o trinucleotídeo CAG tem uma expansão repetida no gene que codifica a proteína huntingtina no cromossomo 4. O diagnóstico da doença de Huntington não é feito apenas na presença da expansão do gene, mas o diagnóstico é feito somente após a manifestação dos sintomas motores. Alguns indivíduos com história familiar positiva solicitam o teste genético em um estágio pré-sintomático. As características associadas também podem incluir alterações de neuroimagem; A perda de volume nos gânglios da base, particularmente no núcleo caudado e no putâmen, é bem conhecida e progride ao longo da doença.

Outras mudanças estruturais e funcionais foram observadas em imagens cerebrais, mas continuam sendo pesquisas medidas.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Na doença de Huntington, um risco elevado de suicídio em comparação com a população geral foi bem documentado. Uma revisão da literatura e relatório de dados de um grande estudo observacional descobriu que o suicídio está entre as principais causas de morte na doença de Huntington. O risco elevado de pensamentos suicidas na doença de Huntington foi demonstrado em indivíduos diagnosticados antes e após a manifestação dos sintomas motores da doença de Huntington. Os fatores de risco para pensamentos suicidas incluem sintomas depressivos, ansiedade, irritabilidade, psicose e apatia – enfatizando a importância de tratar sintomas depressivos e avaliar pensamentos suicidas durante o monitoramento clínico. Um grande estudo de coorte europeu da doença de Huntington também descobriu que as causas mais frequentes de morte foram pneumonia (19,5%), outras infecções (6,9%) e suicídio (6,6%).

Consequências Funcionais do Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de

Huntington Na fase prodromática da doença e no diagnóstico precoce, o declínio ocupacional é mais comum, com a maioria dos indivíduos relatando alguma perda da capacidade de se engajar em seu trabalho típico. Os aspectos emocionais, comportamentais e cognitivos da doença de Huntington, como desinibição e alterações de personalidade, estão altamente associados ao declínio funcional. Os déficits cognitivos que mais contribuem para o declínio funcional podem incluir velocidade de processamento, iniciação e atenção, em vez de comprometimento da memória. Dado que o início da doença de Huntington ocorre em anos produtivos de vida, pode ter um efeito muito perturbador no desempenho no ambiente de trabalho, bem como na vida social, vida familiar e aspectos importantes do funcionamento diário, como dirigir. À medida que a doença progride, a incapacidade de lidar com problemas como

marcha prejudicada, disartria e comportamentos impulsivos ou irritáveis podem aumentar substancialmente o nível de deficiência e as necessidades de cuidados diários, além das necessidades de cuidados atribuíveis ao declínio cognitivo. Movimentos coreicos severos podem interferir substancialmente na prestação de cuidados, como tomar banho, vestir-se e ir ao banheiro.

Diagnóstico diferencial

Outros transtornos mentais. Os primeiros sintomas da doença de Huntington podem incluir instabilidade de humor, irritabilidade ou comportamentos compulsivos que podem sugerir outro transtorno mental. No entanto, testes genéticos ou o desenvolvimento de sintomas motores distinguirão a presença da doença de Huntington. Nesses casos, se os sintomas de humor forem foco de atenção clínica, podem ser indicados por um diagnóstico adicional de transtorno depressivo por doença de Huntington, com características depressivas.

Outros distúrbios neurocognitivos. Os primeiros sintomas da doença de Huntington, particularmente sintomas de disfunção executiva e velocidade psicomotora prejudicada, podem se assemelhar a outros distúrbios neurocognitivos (DNTs), como DNT vascular maior ou leve.

Outros distúrbios do movimento. A doença de Huntington também deve ser diferenciada de outros distúrbios ou condições associadas à coreia, como doença de Wilson, discinesia tardia induzida por drogas, coreia de Sydenham, lúpus eritematoso sistêmico ou coreia senil. Raramente, os indivíduos podem apresentar um curso semelhante ao da doença de Huntington, mas sem testes genéticos positivos; esta é considerada uma fenocópia da doença de Huntington que resulta de uma variedade de potenciais fatores genéticos.

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Outro Condição médica

Critério de diagnóstico

- A. Os critérios são preenchidos para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o distúrbio neurocognitivo é a consequência fisiopatológica de outra condição médica (por exemplo, esclerose múltipla).
- C. Os déficits cognitivos não são melhor explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno depressivo maior) ou outro transtorno neurocognitivo específico (por exemplo, transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer).

Nota de codificação (consulte a tabela de codificação

nas pp. 682–683): Para transtorno neurocognitivo maior devido a outra condição médica, com distúrbio comportamental, codifique primeiro a outra condição médica, seguida pelo transtorno neurocognitivo maior devido a outra condição médica, com distúrbio comportamental (por exemplo, esclerose múltipla **G35**, transtorno neurocognitivo maior **F02.81** devido à esclerose múltipla, com distúrbio comportamental).

Para transtorno neurocognitivo maior devido a outra condição médica, sem distúrbio comportamental, codifique primeiro a outra condição médica, seguida pelo transtorno neurocognitivo maior devido a outra condição médica, sem distúrbio **comportamental** (p. à esclerose múltipla, sem distúrbio comportamental).

Nota: Os especificadores de gravidade “leve”, “moderado” e “grave” não podem ser codificados para transtorno neurocognitivo maior, mas ainda devem ser registrados.

Para transtorno neurocognitivo leve devido a outra condição médica, codifique **G31.84**.

(Nota: Não use o código adicional para a outra condição médica. “Com distúrbio comportamental” e “sem distúrbio comportamental” não podem ser codificados, mas devem ser registrados.)

Para transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a outra condição médica: Use código(s) adicional(is) para indicar sintomas psiquiátricos clinicamente significativos devido a outra condição médica (por exemplo, **F06.32** transtorno depressivo devido à esclerose múltipla, com episódio tipo depressivo maior).

Características de

diagnóstico Várias condições médicas podem causar distúrbios neurocognitivos (DNTs) além daquelas etiologias específicas (por exemplo, doença de Alzheimer) já incluídas em conjuntos de critérios anteriores de DNTs neste capítulo. Essas condições incluem lesões estruturais (p. , deficiências de tiamina ou niacina), outras condições infecciosas (p. , outras doenças de armazenamento da idade adulta e da infância) e outras condições neurológicas (por exemplo, epilepsia, esclerose múltipla). Causas incomuns de lesão do sistema nervoso central, como choque elétrico ou radiação intracraniana, geralmente são evidentes na história. A associação temporal entre o início ou exacerbação da condição médica e o desenvolvimento do déficit cognitivo oferece o maior suporte de que a DCNT é uma consequência fisiopatológica da condição médica. A certeza diagnóstica em relação a essa relação pode ser aumentada se os déficits neurocognitivos melhorarem parcialmente ou se estabilizarem no contexto do tratamento da condição médica.

Desenvolvimento e Curso

Normalmente, o curso da DNT progride de maneira proporcional à progressão da condição médica subjacente. Em circunstâncias em que a condição médica é tratável (por exemplo, hipotireoidismo), o déficit neurocognitivo pode melhorar ou pelo menos não progredir. Quando a condição médica tem um curso deteriorativo (por exemplo, esclerose múltipla secundária progressiva), os déficits neurocognitivos irão progredir junto com o curso temporal da doença.

Marcadores de

diagnóstico Exame físico e achados laboratoriais associados e outras características clínicas dependem da natureza e gravidade da condição médica.

Diagnóstico Diferencial

Outro transtorno neurocognitivo maior ou leve

A presença de uma condição médica atribuível não exclui inteiramente a possibilidade de outro tipo etiológico de DCNT maior ou leve. Se cognitivo

Se os déficits persistirem após o tratamento bem-sucedido de uma condição médica associada, outra etiologia pode ser responsável pelo declínio cognitivo.

731

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Múltiplos Etiologias

Critério de diagnóstico

- A. Os critérios são preenchidos para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o transtorno neurocognitivo é a consequência fisiopatológica de mais de um processo etiológico, excluindo substâncias (por exemplo, transtorno neurocognitivo devido à doença de Alzheimer com desenvolvimento subsequente de transtorno neurocognitivo vascular).
- C. Os déficits cognitivos não são mais bem explicados por outro transtorno mental e não ocorrem exclusivamente durante o curso de um delírium.

Nota: Consulte os critérios diagnósticos para os vários distúrbios neurocognitivos devido a condições médicas específicas para orientação sobre o estabelecimento de etiologias particulares.

- C. Os déficits cognitivos não são mais bem explicados por outro transtorno mental e não ocorrem exclusivamente durante o curso de um delírium.

Nota de codificação (ver tabela de codificação nas

págs. 682–683): Para transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias, codifique primeiro todas as condições médicas etiológicas (com exceção da doença vascular, que não é codificada), seguida por **F02.81** para transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias, com distúrbio comportamental; ou **F02.80** para transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias, sem distúrbio comportamental.

Se a doença vascular estiver entre as múltiplas condições médicas etiológicas, codifique em seguida **F01.51** para transtorno neurocognitivo vascular maior, com distúrbio comportamental; ou **F01.50** para transtorno neurocognitivo vascular maior, sem distúrbio comportamental. *Nota:* Os especificadores de gravidade “leve”, “moderado” e “grave” não podem ser codificados para transtorno neurocognitivo maior, mas ainda devem ser registrados.

Por exemplo, para uma apresentação de transtorno neurocognitivo maior, moderado, com um distúrbio comportamental, que é considerado devido à doença de Alzheimer, doença vascular e infecção por HIV, e no qual o uso crônico pesado de álcool é considerado um fator contribuinte, codifique o seguinte: **G30.9** doença de Alzheimer, infecção por HIV **B20**; **F02.81** transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer e infecção pelo HIV, moderado, com distúrbio comportamental; **F01.51** transtorno neurocognitivo vascular maior, moderado, com distúrbio comportamental; e **F10.27** transtorno por uso de álcool grave com transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, moderado, tipo não amnésico-confabulatório.

Para transtorno neurocognitivo leve devido a múltiplas etiologias, codifique **G31.84**. (**Nota:** Não use os códigos adicionais para as etiologias. “Com distúrbio comportamental” e “sem distúrbio comportamental” não podem ser codificados, mas devem ser registrados.)

Para transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a múltiplas etiologias: Use código(s) adicional(is) para indicar sintomas psiquiátricos clinicamente significativos devido a várias etiologias (por exemplo, **F06.2** transtorno psicótico devido à doença de Alzheimer, com delírios; **F06.31** transtorno depressivo devido à doença cerebrovascular, com características depressivas).

Esta categoria está incluída para cobrir a apresentação clínica de um transtorno neurocognitivo (DNT) para o qual há evidências de que várias condições médicas desempenharam um papel provável no desenvolvimento do DNT. Além de evidências indicativas da presença de múltiplas condições médicas que são conhecidas por causar DNT (ou seja, achados da história e do exame físico e achados laboratoriais), pode ser útil consultar os critérios diagnósticos e o texto para os vários exames médicos. etiologias (por exemplo, NCD devido à doença de Parkinson) para obter mais informações sobre como estabelecer a conexão etiológica para essa condição médica específica.

732

Transtorno Neurocognitivo Não Especificado

R41,9

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno neurocognitivo que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos neurocognitivos . A categoria de transtorno neurocognitivo não especificado é usada em situações em que a etiologia precisa não pode ser determinada com certeza suficiente para fazer uma atribuição etiológica.

Nota de codificação: Para transtorno neurocognitivo maior ou leve não especificado, código **R41.9**. (**Nota:** Não use códigos adicionais para quaisquer *condições* médicas etiológicas presumidas. “Com distúrbio comportamental” e “sem distúrbio comportamental” não podem ser codificados, mas ainda devem ser registrados.)

Transtornos de Personalidade

Este capítulo começa com uma definição geral de transtorno de personalidade que se aplica a cada um dos 10 transtornos de personalidade específicos. Um *transtorno de personalidade* é um padrão duradouro de experiência interna e comportamento que se desvia marcadamente das normas e expectativas da cultura do indivíduo, é abrangente e inflexível, tem início na adolescência ou no início da idade adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo. .

Com qualquer processo de revisão em andamento, especialmente um dessa complexidade, surgem diferentes pontos de vista, e um esforço foi feito para acomodá-los. Assim, os transtornos de personalidade estão incluídos nas Seções II e III. O material da Seção II representa uma atualização de texto associada aos mesmos critérios encontrados no DSM-5 (que foram herdados do DSM-IV-TR), enquanto a Seção III inclui o modelo proposto para diagnóstico e conceituação de transtorno de personalidade desenvolvido pelo DSM -5 Grupo de Trabalho de Personalidade e Transtornos da Personalidade. À medida que este campo evolui, espera-se que ambas as versões sirvam à prática clínica e às iniciativas de pesquisa, respectivamente.

Os seguintes transtornos de personalidade estão incluídos neste capítulo.

- **O transtorno de personalidade paranoide** é um padrão de desconfiança e desconfiança tal que os motivos dos outros são interpretados como malévolos.
- O transtorno de **personalidade esquizóide** é um padrão de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão emocional.
- O transtorno de **personalidade esquizotípica** é um padrão de desconforto agudo em relacionamentos íntimos, distorções cognitivas ou perceptivas, e excentricidades de comportamento.
- O transtorno de **personalidade antissocial** é um padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros, criminalidade, impulsividade e incapacidade de aprender com a experiência.
- **O transtorno de personalidade limitrofe** é um padrão de instabilidade nas relações interpessoais, autoimagem e afetos, e marcada impulsividade.
- O transtorno de **personalidade histrônica** é um padrão de emotividade excessiva e busca de atenção.
- O transtorno de **personalidade narcisista** é um padrão de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia.
- **O transtorno de personalidade esquiva** é um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliação.
- **O transtorno de personalidade dependente** é um padrão de comportamento submisso e apegado relacionado a uma necessidade excessiva de ser tomado cuidar de.
- **O transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo** é um padrão de preocupação com ordem, perfeccionismo e controle.
- **A mudança de personalidade devido a outra condição médica** é um distúrbio de personalidade persistente que é considerado a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica (por exemplo, lesão do lobo frontal).
- **Outro transtorno de personalidade especificado** é uma categoria fornecida para duas situações: 1) o padrão de personalidade do indivíduo atende

os critérios gerais para um transtorno de personalidade e traços de vários transtornos de personalidade diferentes estão presentes, mas os critérios para qualquer transtorno de personalidade específico não são atendidos; ou 2) o padrão de personalidade do indivíduo atende aos critérios gerais para um transtorno de personalidade, mas o indivíduo é considerado como tendo um transtorno de personalidade que não está incluído na classificação do DSM-5 (por exemplo, transtorno de personalidade passivo-agressivo). **O transtorno de personalidade não especificado** é para apresentações em que os sintomas característicos de um transtorno de personalidade estão presentes, mas não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico.

Os transtornos de personalidade são agrupados em três grupos com base em semelhanças descritivas. O grupo A inclui transtornos de personalidade paranóide, esquizóide e esquizotípica. Indivíduos com esses distúrbios geralmente parecem estranhos ou excêntricos. O grupo B inclui transtornos de personalidade antissocial, borderline, histriônico e narcisista. Indivíduos com esses distúrbios geralmente parecem dramáticos, emocionais ou erráticos. O grupo C inclui transtornos de personalidade esquiva, dependente e obsessivo-compulsiva. Indivíduos com esses distúrbios geralmente parecem ansiosos ou com medo. Deve-se notar que este sistema de agrupamento, embora útil em algumas situações de pesquisa e educação, tem sérias limitações e não foi validado de forma consistente. Por exemplo, dois ou mais distúrbios de grupos diferentes, ou traços de vários deles, podem frequentemente ocorrer concomitantemente e variar em intensidade e abrangência.

Uma revisão de estudos epidemiológicos de vários países encontrou uma prevalência mediana de 3,6% para transtornos do Cluster A, 4,5% para o Cluster B, 2,8% para o Cluster C e 10,5% para qualquer transtorno de personalidade. A prevalência parece variar entre os países e por etnia, levantando questões sobre a verdadeira variação intercultural e sobre o impacto de diversas definições e instrumentos de diagnóstico nas avaliações de prevalência.

Modelos Dimensionais para Transtornos da Personalidade A abordagem

diagnóstica usada neste manual representa a perspectiva categórica de que os transtornos da personalidade são síndromes clínicas qualitativamente distintas. Uma alternativa à abordagem categórica é a perspectiva dimensional de que os transtornos de personalidade representam variantes mal-adaptativas de traços de personalidade que se fundem imperceptivelmente na normalidade e entre si. Veja a Seção III para uma descrição completa de um modelo dimensional para transtornos de personalidade.

Os agrupamentos de transtornos de personalidade do DSM-5 (isto é, estranho-excêntrico, dramático-emocional e ansioso com medo) também podem ser vistos como dimensões que representam espectros de disfunção de personalidade em um continuum com outros transtornos mentais. Os modelos dimensionais alternativos têm muito em comum e juntos parecem cobrir as áreas importantes de disfunção da personalidade. Sua integração, utilidade clínica e relação com as categorias diagnósticas de transtorno de personalidade e vários aspectos da disfunção de personalidade continuam sob investigação ativa. Isso inclui pesquisas sobre se o modelo dimensional pode esclarecer as variações de prevalência transcultural observadas com o modelo categórico.

Transtorno Geral de Personalidade

Critério

- A. Um padrão duradouro de experiência interna e comportamento que se desvia marcadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Esse padrão se manifesta em duas (ou mais) das seguintes áreas: 1. Cognição (ou seja, maneiras de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos).
2. Afetividade (ou seja, o alcance, intensidade, labilidade e adequação das emoções resposta).
3. Funcionamento interpessoal.
4. Controle de impulsos.

735

- B. O padrão duradouro é inflexível e abrangente em uma ampla gama de situações pessoais e sociais.
- C. O padrão duradouro leva a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- D. O padrão é estável e de longa duração, e seu início pode ser rastreado pelo menos até a adolescência ou início da idade adulta.
- E. O padrão duradouro não é melhor explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental.
- F. O padrão duradouro não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica (por exemplo, traumatismo craniano).

Características Diagnósticas

Traços de personalidade são padrões duradouros de perceber, relacionar-se e pensar sobre o ambiente e sobre si mesmo que são exibidos em uma ampla gama de contextos sociais e pessoais. Somente quando os traços de personalidade são inflexíveis e mal-adaptativos e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo, eles constituem transtornos de personalidade. A característica essencial de um transtorno de personalidade é um padrão duradouro de experiência interna e comportamento que se desvia marcadamente das normas e expectativas da cultura do indivíduo e se manifesta em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle de impulsos. (Critério A). Esse padrão duradouro é inflexível e abrangente em uma ampla gama de situações pessoais e sociais (Critério B) e leva a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério C). O padrão é estável e de longa duração, e seu início pode ser rastreado pelo menos até a adolescência ou início da idade adulta (Critério D). O padrão não é melhor explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental (Critério E) e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento, exposição a uma toxina) ou outra

condição médica (por exemplo, traumatismo craniano) (Critério F). Critérios diagnósticos específicos também são fornecidos para cada um dos transtornos de personalidade incluídos neste capítulo.

O diagnóstico de transtornos de personalidade requer uma avaliação dos padrões de funcionamento de longo prazo do indivíduo, 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 das características que surgem em resposta a estressores situacionais específicos ou estados mentais mais transitórios (por exemplo, transtornos bipolares, depressivos ou de ansiedade; intoxicação por substâncias). O clínico deve avaliar a estabilidade dos traços de personalidade ao longo do tempo e em diferentes situações. Embora uma única entrevista com o indivíduo às vezes seja suficiente para fazer o diagnóstico, muitas vezes é necessário realizar mais de uma entrevista e espaçá-las ao longo do tempo. A avaliação também pode ser complicada pelo fato de que as características que definem um transtorno de personalidade podem não ser consideradas problemáticas pelo indivíduo (ou seja, os traços geralmente são ego-sintônicos). Para ajudar a superar essa dificuldade, informações complementares de outros informantes podem ser úteis.

Desenvolvimento e Curso

As características de um transtorno de personalidade geralmente se tornam reconhecíveis durante a adolescência ou início da vida adulta. Por definição, um transtorno de personalidade é um padrão duradouro de pensamento, sentimento e comportamento que é relativamente estável ao longo do tempo. Alguns tipos de transtorno de personalidade (notadamente, transtornos de personalidade antissocial e borderline) tendem a se tornar menos evidentes ou a regredir com a idade, enquanto isso parece ser menos verdadeiro para alguns outros tipos (por exemplo, transtornos de personalidade obsessivo-compulsivo e esquizotípico).

As categorias de transtorno de personalidade podem ser aplicadas com crianças ou adolescentes naqueles casos relativamente incomuns em que os traços de personalidade mal-adaptativos particulares do indivíduo parecem ser abrangentes, persistentes e improváveis de serem limitados a um determinado

736

estágio de desenvolvimento ou atribuível a outro transtorno mental. Deve-se reconhecer que os traços de um transtorno de personalidade que aparecem na infância muitas vezes não persistirão inalterados na vida adulta. Para que um transtorno de personalidade seja diagnosticado em um indivíduo com menos de 18 anos, as características devem estar presentes há pelo menos 1 ano. A única exceção a isso é o transtorno de personalidade antissocial, que não pode ser diagnosticado em indivíduos com menos de 18 anos. Embora, por definição, um transtorno de personalidade exija um início o mais tardar no início da idade adulta, os indivíduos podem não receber atenção clínica até relativamente tarde na vida. Um transtorno de personalidade pode ser exacerbado após a perda de pessoas de apoio significativas (por exemplo, um cônjuge) ou situações sociais previamente estabilizadoras (por exemplo, um emprego). No entanto, o desenvolvimento de uma mudança de personalidade na idade adulta intermediária ou mais tarde na vida exige uma avaliação completa para determinar a possível presença de uma mudança de personalidade devido a outra condição médica ou um transtorno por uso de substâncias não reconhecido.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Aspectos centrais da personalidade, como regulação emocional e funcionamento interpessoal, são influenciados pela cultura, que também fornece meios de proteção e assimilação e normas para aceitação e denúncia de comportamentos específicos e traços de personalidade. Julgamentos sobre a personalidade

O funcionamento deve levar em conta a origem étnica, cultural e social do indivíduo.

Os transtornos de personalidade não devem ser confundidos com problemas associados à aculturação após a migração ou à expressão de hábitos, costumes ou valores religiosos e políticos baseados na formação ou contexto cultural do indivíduo. Padrões comportamentais que parecem ser aspectos rígidos e disfuncionais do transtorno de personalidade podem refletir, em vez disso, respostas adaptativas a restrições culturais. Por exemplo, a dependência de um relacionamento abusivo em uma pequena comunidade onde o divórcio é proibido pode não refletir dependência patológica; o protesto político consciente que coloca amigos e familiares em risco com as autoridades ou em conflito com as normas legais não reflete necessariamente insensibilidade patológica. Existem variações marcantes no reconhecimento e diagnóstico de transtornos de personalidade entre grupos culturais, étnicos e raciais.

A precisão do diagnóstico pode ser aprimorada pela atenção a concepções culturalmente padronizadas de self e apego, vieses de avaliação resultantes de origens culturais dos próprios médicos ou uso de instrumentos de diagnóstico que não são padronizados para a população que está sendo avaliada e o impacto de determinantes sociais como a pobreza, estresse aculturativo, racismo e discriminação sobre sentimentos, cognições e comportamentos. É útil para o clínico, especialmente ao avaliar alguém de origem diferente, obter informações adicionais de informantes que estejam familiarizados com a origem cultural da pessoa.

Problemas diagnósticos relacionados ao sexo e ao gênero

Certos transtornos de personalidade (por exemplo, transtorno de personalidade antisocial) são diagnosticados com mais frequência em homens. Outros (por exemplo, transtornos de personalidade borderline, histrionicos e dependentes) são diagnosticados com mais frequência em mulheres; no entanto, no caso do transtorno de personalidade limítrofe, isso pode ser devido à maior procura de ajuda entre as mulheres. No entanto, os médicos devem ser cautelosos para não superdiagnosticar ou subdiagnosticar certos transtornos de personalidade em mulheres ou homens por causa de estereótipos sociais sobre papéis e comportamentos típicos de gênero. Atualmente, não há evidências suficientes sobre as diferenças entre indivíduos cis e transgêneros em relação à epidemiologia ou apresentações clínicas dos transtornos de personalidade para tirar conclusões sig-

Diagnóstico Diferencial Outros

transtornos mentais e traços de personalidade

Muitos dos critérios específicos para os transtornos de personalidade descrevem características (p. ex., desconfiança, dependência, insensibilidade) que também são características de episódios de outros transtornos mentais. Um transtorno de personalidade deve

737

ser diagnosticado apenas quando as características definidoras aparecerem antes do início da idade adulta, forem típicas do funcionamento de longo prazo do indivíduo e não ocorrerem exclusivamente durante um episódio de outro transtorno mental. Pode ser particularmente difícil (e não particularmente útil) distinguir transtornos de personalidade de transtornos mentais persistentes, como transtorno depressivo persistente, que têm um início precoce e um curso duradouro e relativamente estável. Alguns transtornos de personalidade podem ter uma relação de “espectro” com outros transtornos mentais (por exemplo, transtorno de personalidade esquizotípica com esquizofrenia; transtorno de personalidade esquiva com transtorno de ansiedade social) com base em semelhanças fenomenológicas ou biológicas ou agregação familiar.

Os transtornos de personalidade devem ser diferenciados de traços de personalidade que não atingem o

limiar para um transtorno de personalidade. Os traços de personalidade são diagnosticados como um transtorno de personalidade apenas quando são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo.

Transtornos psicóticos. Para os três transtornos de personalidade que podem estar relacionados aos transtornos psicóticos (ou seja, paranoide, esquizoide e esquizotípico), existe um critério de exclusão que afirma que o padrão de comportamento não deve ter ocorrido exclusivamente durante o curso da esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo, transtorno com características psicóticas ou outro transtorno psicótico. Quando um indivíduo tem um transtorno mental persistente (por exemplo, esquizofrenia) que foi precedido por um transtorno de personalidade preexistente, o transtorno de personalidade também deve ser registrado, seguido de “pré-mórbido” entre parênteses.

Ansiedade e transtornos depressivos. O clínico deve ser cauteloso ao diagnosticar transtornos de personalidade durante um episódio de transtorno depressivo ou transtorno de ansiedade, porque essas condições podem ter características de sintomas transversais que imitam traços de personalidade e podem dificultar a avaliação retrospectiva dos padrões de longo prazo do indivíduo de funcionamento.

Transtorno de estresse pós-traumático. Quando as mudanças de personalidade surgem e persistem após um indivíduo ter sido exposto a estresse extremo, um diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático deve ser considerado.

Transtornos por uso de substâncias. Quando um indivíduo tem um transtorno por uso de substância, é importante não fazer um diagnóstico de transtorno de personalidade baseado apenas em comportamentos que são consequências de intoxicação ou abstinência de substância ou que estão associados a atividades a serviço do uso de substância (por exemplo, comportamento antissocial).

Mudança de personalidade devido a outra condição médica. Quando mudanças duradouras na personalidade surgem como resultado dos efeitos fisiológicos de outra condição médica (por exemplo, tumor cerebral), um diagnóstico de mudança de personalidade devido a outra condição médica deve ser considerado.

Transtornos de Personalidade do Grupo A

Transtorno de Personalidade Paranoica

Critério de diagnóstico

F60.0

A. Uma desconfiança generalizada e suspeita dos outros, de tal forma que seus motivos são interpretados como malévolos, começando no início da idade adulta e presentes em uma variedade de contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:

738

1. Suspeita, sem base suficiente, que outros o estão explorando, prejudicando ou enganando.

2. Está preocupado com dúvidas injustificadas sobre a lealdade ou confiabilidade de amigos ou associados.
 3. Está relutante em confiar nos outros por causa do medo injustificado de que o informações serão usadas maliciosamente contra ele ou ela.
 4. Lê significados ocultos, humilhantes ou ameaçadores em comentários benignos ou eventos.
 5. Persistentemente guarda rancor (ou seja, não perdoa insultos, injúrias ou desrespeitos).
 6. Percebe ataques ao seu caráter ou reputação que não são aparentes para os outros e é rápido para reagir com raiva ou contra-atacar.
 7. Tem suspeitas recorrentes, sem justificativa, quanto à fidelidade do cônjuge ou parceiro sexual.
- B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou transtorno depressivo com características psicóticas ou outro transtorno psicótico e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de outra condição médica.

Nota: Se os critérios forem atendidos antes do início da esquizofrenia, acrescente “pré-mórbido”, ou seja, “transtorno de personalidade paranóide (pré-mórbido)”.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de personalidade paranóide é um padrão de desconfiança generalizada e desconfiança em relação aos outros, de modo que seus motivos são interpretados como malévolos. Esse padrão começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos.

Indivíduos com esse transtorno supõem que outras pessoas irão explorá-los, prejudicá-los ou enganá-los, mesmo que não existam evidências para apoiar essa expectativa (Critério A1). Eles suspeitam com base em pouca ou nenhuma evidência de que outros estão conspirando contra eles e podem atacá-los de repente, a qualquer momento e sem motivo. Muitas vezes eles sentem que foram profunda e irreversivelmente feridos por outra pessoa ou pessoas, mesmo quando não há evidência objetiva para isso. Eles estão preocupados com dúvidas injustificadas sobre a lealdade ou confiabilidade de seus amigos e associados, cujas ações são minuciosamente examinadas em busca de evidências de intenções hostis (Critério A2). Qualquer desvio percebido de confiabilidade ou lealdade serve para apoiar suas suposições subjacentes. Eles ficam tão surpresos quando um amigo ou associado mostra lealdade que não podem confiar ou acreditar. Se eles tiverem problemas, eles esperam que amigos e associados os ataquem ou os ignorem.

Indivíduos com transtorno de personalidade paranoide relutam em confiar ou se aproximar de outras pessoas porque temem que as informações que compartilham sejam usadas contra elas (Critério A3). Eles podem se recusar a responder perguntas pessoais, dizendo que a informação “não é da conta de ninguém”. Eles leem significados ocultos que são humilhantes e ameaçadores em comentários ou eventos benignos (Critério A4). Por exemplo, um indivíduo com esse transtorno pode interpretar erroneamente um erro honesto de um balconista como uma tentativa deliberada de enganar, ou ver um comentário humorístico casual de um colega de trabalho como um sério ataque de caráter. Os elogios são muitas vezes mal interpretados (por exemplo, um elogio a uma nova aquisição é mal interpretado como uma crítica ao egoísmo; um elogio a uma conquista é mal interpretado como uma tentativa de coagir mais e melhor desempenho). Eles podem ver uma oferta de ajuda como uma crítica de que não estão se saindo bem o suficiente por conta própria.

Indivíduos com esse transtorno guardam ressentimentos persistentes e não estão dispostos a perdoar os insultos, injúrias ou desprezos que pensam ter recebido (Critério A5). Pequenas ofensas despertam grande hostilidade, e os sentimentos hostis persistem por muito tempo. Por estarem constantemente vigilantes às intenções prejudiciais dos outros, muitas vezes sentem que seu caráter ou reputação foi atacado ou que foram desprezados de alguma outra forma. Eles são rápidos em contra-atacar e reagem com raiva aos insultos percebidos (Critério A6). Indivíduos com esse transtorno podem ser patologicamente ciumentos, muitas vezes suspeitando que seu cônjuge

739

ou parceiro sexual é infiel sem qualquer justificativa adequada (Critério A7). Eles podem reunir “evidências” triviais e circunstanciais para apoiar suas crenças ciumentas. Eles querem manter o controle total dos relacionamentos íntimos para evitar serem traídos e podem constantemente questionar e desafiar o paradeiro, ações, intenções e fidelidade de seu cônjuge ou parceiro.

O transtorno de personalidade paranoide não deve ser diagnosticado se o padrão de comportamento ocorrer exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou transtorno depressivo com características psicóticas, ou outro transtorno psicótico, ou se for atribuível aos efeitos fisiológicos de um distúrbio neurológico (p. epilepsia do lobo temporal) ou outra condição médica (Critério B).

Recursos associados

Indivíduos com transtorno de personalidade paranoide geralmente são difíceis de conviver e muitas vezes têm problemas com relacionamentos íntimos. Sua desconfiança e hostilidade excessivas podem ser expressas em argumentação aberta, em queixas recorrentes ou em distanciamento hostil. Eles exibem uma gama lábil de afeto, com expressões hostis, teimosas e sarcásticas predominantes.

Sua natureza combativa e desconfiada pode provocar uma resposta hostil nos outros, o que serve para confirmar suas expectativas originais.

Como os indivíduos com transtorno de personalidade paranoide não confiam nos outros, eles precisam ter um alto grau de controle sobre aqueles ao seu redor. Muitas vezes são rígidos, críticos dos outros e incapazes de colaborar, embora tenham grande dificuldade em aceitar críticas. Eles podem culpar os outros por suas próprias deficiências. Por causa de sua rapidez em contra-atacar em resposta às ameaças que percebem ao seu redor, eles podem ser litigiosos e frequentemente se envolver em disputas legais. Indivíduos com esse transtorno procuram confirmar suas noções negativas preconcebidas sobre pessoas ou situações que encontram, atribuindo motivações malévolas a outros que são projeções de seus próprios medos. Eles podem exibir fantasias grandiosas pouco ocultas e irrealistas, muitas vezes estão sintonizados com questões de poder e posição e tendem a desenvolver estereótipos negativos dos outros, particularmente aqueles de grupos populacionais distintos dos seus.

Atraídos por formulações simplistas do mundo, muitas vezes desconfiam de situações ambíguas.

Eles podem ser percebidos como “fanáticos” e formar “cultos” ou grupos bem unidos com outros que compartilham seus sistemas de crenças paranóicos.

Prevalência

A prevalência estimada de personalidade paranóica com base em uma subamostra de probabilidade da Parte II

da Replicação da Pesquisa Nacional de Comorbidades foi de 2,3%. A prevalência de transtorno de personalidade paranoide no National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions foi de 4,4%. Uma revisão de seis estudos epidemiológicos (quatro nos Estados Unidos) encontrou uma prevalência mediana de 3,2%. Em ambientes forenses, a prevalência estimada pode chegar a 23%.

Desenvolvimento e Curso O

transtorno de personalidade paranoide pode ser inicialmente aparente na infância e adolescência com solidão, relacionamentos ruins com os pares, ansiedade social, baixo rendimento escolar e hipersensibilidade interpessoal. O início do transtorno de personalidade paranoide na adolescência está associado a uma história prévia de maus-tratos na infância, sintomas externalizantes, bullying de colegas e aparência adulta de agressão interpessoal.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. A exposição a estressores sociais, como desigualdade socioeconômica, marginalização e racismo, está associada à diminuição da confiança, que em alguns casos é adaptativa.

740

A combinação de estresse social e maus-tratos na infância é responsável pelo aumento da prevalência de sintomas paranóides em grupos sociais que enfrentam discriminação racial. Tanto os estudos longitudinais quanto os transversais confirmam que o trauma na infância é um fator de risco para o transtorno de personalidade paranoide.

Genética e fisiológica. Há alguma evidência de uma prevalência aumentada de transtorno de personalidade paranoide em parentes de probandos com esquizofrenia e de uma relação familiar mais específica com transtorno delirante, tipo persecutório.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Alguns comportamentos que são influenciados por contextos socioculturais ou circunstâncias específicas da vida podem ser erroneamente rotulados de paranóicos e podem até ser reforçados pelo processo de avaliação clínica. Migrantes, membros de populações étnicas e racializadas socialmente oprimidas e outros grupos que enfrentam adversidade social, racismo e discriminação podem apresentar comportamentos cautelosos ou defensivos devido à falta de familiaridade (por exemplo, barreiras linguísticas ou falta de conhecimento de regras e regulamentos) ou em resposta à negligência, hostilidade ou indiferença da sociedade majoritária. Alguns grupos culturais desenvolvem baixa confiança generalizada, especialmente em membros de fora do grupo, o que pode levar a comportamentos que podem ser julgados erroneamente como paranóicos. Estes incluem cautela, emotionalidade externa limitada, rigidez cognitiva, distância social e hostilidade ou defensividade em situações experimentadas como injustas ou discriminatórias. Esses comportamentos podem, por sua vez, gerar raiva e frustração em outras pessoas, incluindo médicos, configurando assim um ciclo vicioso de desconfiança mútua, que não deve ser confundido com traços paranóides ou transtorno de personalidade paranoide.

Problemas de diagnóstico relacionados a sexo e gênero

Embora o transtorno de personalidade paranoide tenha sido mais comum em homens do que em mulheres em uma meta-análise baseada em amostras clínicas e comunitárias, o National Epidemiologic Survey on

Álcool e condições relacionadas descobriram que é mais comum em mulheres.

Diagnóstico Diferencial Outros

transtornos mentais com sintomas psicóticos.

O transtorno de personalidade paranoide pode ser diferenciado do transtorno delirante, do tipo persecutório; esquizofrenia; e um transtorno bipolar ou depressivo com características psicóticas porque esses transtornos são todos caracterizados por um período de sintomas psicóticos persistentes (por exemplo, delírios e alucinações). Para que um diagnóstico adicional de transtorno de personalidade paranoide seja dado, o transtorno de personalidade deve estar presente antes do início dos sintomas psicóticos e deve persistir quando os sintomas psicóticos estiverem em remissão. Quando um indivíduo tem outro transtorno mental persistente (por exemplo, esquizofrenia) que foi precedido por transtorno de personalidade paranoide, o transtorno de personalidade paranoide também deve ser registrado, seguido de “pré-mórbido” entre parênteses.

Mudança de personalidade devido a outra condição médica.

O transtorno de personalidade paranoide deve ser diferenciado da mudança de personalidade devido a outra condição médica, na qual os traços que surgem são uma consequência fisiológica direta de outra condição médica.

Transtornos por uso de substâncias.

O transtorno de personalidade paranoide deve ser diferenciado dos sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substâncias.

Traços paranóicos associados a deficiências físicas.

O transtorno também deve ser diferenciado dos traços paranóides associados ao desenvolvimento de deficiências físicas (por exemplo, deficiência auditiva).

741

Outros transtornos de personalidade e traços de personalidade

Outros transtornos de personalidade podem ser confundidos com o transtorno de personalidade paranoide porque têm certas características em comum. Portanto, é importante distinguir entre esses distúrbios com base nas diferenças em suas características características. No entanto, se um indivíduo tem características de personalidade que atendem aos critérios para um ou mais transtornos de personalidade, além do transtorno de personalidade paranoide, todos podem ser diagnosticados. O transtorno de personalidade paranoide e o transtorno de personalidade esquizotípica compartilham os traços de desconfiança, distanciamento interpessoal e ideação paranoide, mas o transtorno de personalidade esquizotípica também inclui sintomas como pensamento mágico, experiências perceptivas incomuns e pensamento e fala estranhos. Indivíduos com comportamentos que atendem aos critérios para transtorno de personalidade esquizóide são frequentemente percebidos como estranhos, excêntricos, frios e distantes, mas geralmente não têm ideação paranoide proeminente. A tendência de indivíduos com transtorno de personalidade paranoide de reagir a estímulos menores com raiva também é observada em transtornos de personalidade limítrofe e histriônica. No entanto, esses transtornos não estão necessariamente associados à desconfiança generalizada, e o transtorno de personalidade limítrofe exibe níveis mais altos de impulsividade e comportamento autodestrutivo. Pessoas com transtorno de personalidade esquiva também podem relutar em confiar nos outros, mas mais por medo de serem constrangidas ou consideradas inadequadas do que por medo da intenção maliciosa dos outros. Embora o comportamento antissocial possa estar presente em alguns indivíduos com transtorno de personalidade paranoide, ele geralmente não é motivado por um desejo de ganho pessoal ou de explorar os outros como no transtorno de personalidade antissocial, mas é mais frequentemente atribuível a um desejo de vingança. Indivíduos com transtorno de personalidade narcisista podem ocasionalmente exibir desconfiança, retraimento social ou alienação, mas isso deriva principalmente do medo de ter suas imperfeições ou falhas reveladas.

Traços paranóides podem ser adaptativos, particularmente em ambientes ameaçadores. O transtorno de personalidade paranoide deve ser diagnosticado apenas quando esses traços são inflexíveis, mal adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo.

Comorbidade

Particularmente em resposta ao estresse, os indivíduos com esse transtorno podem apresentar episódios psicóticos muito breves (com duração de minutos a horas). Em alguns casos, o transtorno de personalidade paranoide pode aparecer como antecedente pré-mórbido de transtorno delirante ou esquizofrenia. Indivíduos com transtorno de personalidade paranoide podem desenvolver transtorno depressivo maior e podem ter risco aumentado para agorafobia e transtorno obsessivo-compulsivo. Os transtornos por uso de álcool e outras substâncias ocorrem com frequência. Os transtornos de personalidade concomitantes mais comuns parecem ser esquizotípicos, esquizóides, narcisistas, esquivos e limítrofes.

Transtorno de Personalidade Esquizóide

Critério de diagnóstico

F60.1

- A. Um padrão generalizado de distanciamento das relações sociais e uma gama restrita de expressão de emoções em ambientes interpessoais, começando no início da idade adulta e presente em uma variedade de contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes: 1. Nenhum deseja nem desfruta de relacionamentos próximos, incluindo fazer parte de um
- família.
2. Quase sempre escolhe atividades solitárias.
 3. Tem pouco ou nenhum interesse em ter experiências sexuais com outra pessoa.
 4. Tem prazer em poucas ou nenhuma atividade.
 5. Falta amigos íntimos ou confidentes que não sejam parentes de primeiro grau.

742

6. Parece indiferente aos elogios ou críticas dos outros.
 7. Mostra frieza emocional, distanciamento ou afetividade achata.
- B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou transtorno depressivo com características psicóticas, outro transtorno psicótico ou transtorno do espectro autista e não é atribuível aos efeitos fisiológicos de outra condição médica.

Nota: Se os critérios forem atendidos antes do início da esquizofrenia, acrescente “pré-mórbido”, ou seja, “transtorno de personalidade esquizóide (pré-mórbido)”.

Recursos de diagnóstico

A característica essencial do transtorno de personalidade esquizóide é um padrão generalizado de distanciamento das relações sociais e uma gama restrita de expressão de emoções em ambientes interpessoais.

Esse padrão começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos.

Indivíduos com transtorno de personalidade esquizóide parecem não ter desejo de intimidade, parecem indiferentes às oportunidades de desenvolver relacionamentos íntimos e não parecem obter muita satisfação em fazer parte de uma família ou outro grupo social (Critério A1). Eles preferem passar o tempo sozinhos, em vez de estar com outras pessoas. Muitas vezes parecem ser socialmente isolados ou “solitários” e quase sempre escolhem atividades solitárias ou hobbies que não incluem interação com outras pessoas (Critério A2). Preferem tarefas mecânicas ou abstratas, como jogos de computador ou matemáticos. Eles podem ter muito pouco interesse em ter experiências sexuais com outra pessoa (Critério A3) e sentir prazer em poucas ou nenhuma atividade (Critério A4). Geralmente há uma experiência reduzida de prazer de experiências sensoriais, corporais ou interpessoais, como caminhar na praia ao pôr do sol ou fazer sexo. Esses indivíduos não têm amigos íntimos ou confidentes, exceto possivelmente um parente de primeiro grau (Critério A5).

Indivíduos com transtorno de personalidade esquizóide geralmente parecem indiferentes à aprovação ou crítica dos outros e não parecem se incomodar com o que os outros podem pensar deles (Critério A6). Eles podem estar alheios às sutilezas normais da interação social e muitas vezes não respondem adequadamente às sugestões sociais, de modo que parecem socialmente inaptos ou superficiais e auto-absorvidos. Eles geralmente exibem um exterior “sem graça” sem reatividade emocional visível e raramente retribuem gestos ou expressões faciais, como sorrisos ou acenos de cabeça (Critério A7). Eles afirmam que raramente experimentam emoções fortes, como raiva e alegria. Eles geralmente exibem um afeto restrito e parecem frios e distantes. No entanto, naquelas circunstâncias muito incomuns em que esses indivíduos ficam pelo menos temporariamente à vontade em se revelar, eles podem reconhecer ter sentimentos dolorosos, particularmente relacionados às interações sociais.

O transtorno de personalidade esquizóide não deve ser diagnosticado se o padrão de comportamento ocorrer exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com características psicóticas, outro transtorno psicótico ou transtorno do espectro autista, ou se for atribuível aos efeitos fisiológicos de um distúrbio neurológico. (por exemplo, epilepsia do lobo temporal) ou outra condição médica (Critério B).

Recursos associados

Indivíduos com transtorno de personalidade esquizóide podem ter dificuldade particular em expressar raiva, mesmo em resposta à provocação direta, o que contribui para a impressão de que eles não têm emoção. Suas vidas às vezes parecem sem direção, e eles podem parecer “derivar” em seus objetivos.

Esses indivíduos geralmente reagem passivamente a circunstâncias adversas e têm dificuldade em responder adequadamente a eventos importantes da vida. Por causa de sua falta de habilidades sociais e falta de desejo por experiências sexuais, os indivíduos com esse transtorno têm poucas amizades, namoram com pouca frequência e muitas vezes não se casam. O funcionamento ocupacional pode ser prejudicado, principalmente se o envolvimento interpessoal for necessário, mas os indivíduos com esse transtorno podem se sair bem quando trabalham em condições de isolamento social.

Prevalência

O transtorno de personalidade esquizóide é incomum em ambientes clínicos. A prevalência estimada de transtorno de personalidade esquizóide com base em uma subamostra de probabilidade da Parte II do National Comorbidity Survey Replication foi de 4,9%. A prevalência de transtorno de personalidade esquizóide no National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions foi de 3,1%. Uma revisão de seis estudos epidemiológicos (quatro nos Estados Unidos) encontrou uma prevalência mediana de 1,3%.

Desenvolvimento e Curso O

transtorno de personalidade esquizóide pode ser inicialmente aparente na infância e adolescência com solidão, relacionamentos ruins com colegas e baixo rendimento escolar, que marcam essas crianças ou adolescentes como diferentes e os tornam sujeitos a provocações.

Fatores de Risco e Prognósticos

Genéticos e fisiológicos. O transtorno de personalidade esquizoide pode ter prevalência aumentada nos familiares de indivíduos com esquizofrenia ou transtorno de personalidade esquizotípica.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Indivíduos de uma variedade de origens culturais às vezes exibem comportamentos defensivos e estilos interpessoais que podem ser erroneamente rotulados como “esquizóides”. Por exemplo, aqueles que se mudaram de ambientes rurais para ambientes metropolitanos podem reagir com “congelamento emocional” que pode durar vários meses e se manifestar como 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 que pode ser uma resposta ao ostracismo social da sociedade de acolhimento.

Questões de diagnóstico relacionadas ao sexo e ao gênero

Embora algumas pesquisas sugiram que o transtorno de personalidade esquizóide possa ser mais comum em homens, outras pesquisas sugerem que não há diferença de gênero na prevalência.

Diagnóstico Diferencial Outros

transtornos mentais com sintomas psicóticos. O transtorno de personalidade esquizóide pode ser diferenciado do transtorno delirante, esquizofrenia e transtorno bipolar ou depressivo com características psicóticas porque esses transtornos são todos caracterizados por um período de sintomas psicóticos persistentes (por exemplo, delírios e alucinações). Para dar um diagnóstico adicional de transtorno de personalidade esquizóide, o transtorno de personalidade deve estar presente antes do início dos sintomas psicóticos e deve persistir quando os sintomas psicóticos estiverem em remissão. Quando um indivíduo tem um transtorno psicótico persistente (por exemplo, esquizofrenia) que foi precedido por transtorno de personalidade esquizóide, o transtorno de personalidade esquizóide também deve ser registrado, seguido de “pré-mórbido” entre parênteses.

Transtorno do espectro do autismo. Pode haver grande dificuldade em diferenciar indivíduos com transtorno de personalidade esquizóide de indivíduos com transtorno do espectro autista, particularmente com formas mais leves de ambos os transtornos, pois ambos incluem uma aparente indiferença ao companheirismo.

No entanto, o transtorno do espectro autista pode ser diferenciado por comportamentos e interesses estereotipados.

Mudança de personalidade devido a outra condição médica.

O transtorno de personalidade esquizóide deve ser

distinto da mudança de personalidade devido a outra condição médica, na qual os traços que emergem são uma consequência fisiológica direta de outra condição médica.

744

Transtornos por uso de substâncias. O transtorno de personalidade esquizóide também deve ser diferenciado dos sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substâncias.

Outros transtornos de personalidade e traços de personalidade. Outros transtornos de personalidade podem ser confundidos com transtorno de personalidade esquizóide porque têm certas características em comum. Portanto, é importante distinguir entre esses distúrbios com base nas diferenças em suas características. No entanto, se um indivíduo tem características de personalidade que atendem aos critérios para um ou mais transtornos de personalidade, além do transtorno de personalidade esquizóide, todos podem ser diagnosticados. Embora características de isolamento social e afetividade restrita sejam comuns aos transtornos de personalidade esquizóide, esquizotípica e paranóide, o transtorno de personalidade esquizóide pode ser diferenciado do transtorno de personalidade esquizotípica pela falta de distorções cognitivas e perceptivas e do transtorno de personalidade paranóide pela falta de suspeita e paranóide. ideação. O isolamento social do transtorno de personalidade esquizóide pode ser diferenciado daquele do transtorno de personalidade esquiva, que é atribuível ao medo de ser constrangido ou considerado inadequado e antecipação excessiva de rejeição. Em contraste, as pessoas com transtorno de personalidade esquizóide têm um distanciamento mais generalizado e um desejo limitado de intimidade social. Indivíduos com transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo também podem mostrar um aparente distanciamento social decorrente da devoção ao trabalho e desconforto com as emoções, mas eles têm uma capacidade subjacente de intimidade.

Indivíduos que são “solitários” ou bastante introvertidos podem apresentar traços de personalidade que podem ser considerados esquizóides, consistentes com a conceituação mais ampla de transtorno de personalidade esquizóide como um transtorno definido por introversão/distanciamento patológico. Somente quando esses traços são inflexíveis e mal-adaptativos e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo, eles constituem transtorno de personalidade esquizóide.

Comorbidade

Particularmente em resposta ao estresse, os indivíduos com esse transtorno podem apresentar episódios psicóticos muito breves (com duração de minutos a horas). Em alguns casos, o transtorno de personalidade esquizóide pode aparecer como o antecedente pré-mórbido de transtorno delirante ou esquizofrenia. Indivíduos com esse transtorno podem às vezes desenvolver transtorno depressivo maior. O transtorno de personalidade esquizóide ocorre mais frequentemente com os transtornos de personalidade esquizotípica, paranóide e esquiva.

Transtorno de Personalidade Esquizotípica

Critério de diagnóstico	F21
A. Um padrão generalizado de déficits sociais e interpessoais marcado por desconforto agudo e capacidade reduzida para relacionamentos íntimos, bem como por	

distorções cognitivas ou perceptivas e excentricidades de comportamento, começando no início da idade adulta e presentes em uma variedade de contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Idéias de referência (excluindo delírios de referência).

2. Crenças estranhas ou pensamento mágico que influencia o comportamento e é inconsistente com as normas subculturais (por exemplo, superstição, crença em clarividência, telepatia ou “sexta sentido”; em crianças e adolescentes, fantasias ou preocupações bizarras).
3. Experiências perceptivas incomuns, incluindo ilusões corporais.
4. Pensamento e fala estranhos (por exemplo, vagos, circunstanciais, metafóricos, elaborados demais ou estereotipados).
5. Suspeita ou ideação paranóica.
6. Afeto inadequado ou restrito.

745

7. Comportamento ou aparência estranha, excêntrica ou peculiar.
8. Falta de amigos íntimos ou confidentes que não sejam parentes de primeiro grau.
9. Ansiedade social excessiva que não diminui com a familiaridade e tende a estar associada a medos paranoides em vez de julgamentos negativos sobre si mesmo.

B. Não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou transtorno depressivo com características psicóticas, outro transtorno psicótico ou transtorno do espectro autista.

Nota: Se os critérios forem atendidos antes do início da esquizofrenia, adicione “pré-mórbido”, por exemplo, “transtorno de personalidade esquizotípica (pré-mórbido)”.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de personalidade esquizotípica é um padrão generalizado de déficits sociais e interpessoais marcados por desconforto agudo e capacidade reduzida para relacionamentos íntimos, bem como por distorções cognitivas ou perceptivas e excentricidades de comportamento. Esse padrão começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos.

Indivíduos com transtorno de personalidade esquizotípica geralmente têm ideias de referência (ou seja, interpretações incorretas de incidentes casuais e eventos externos como tendo um significado particular e incomum especificamente para a pessoa) (Critério A1). Estes devem ser distinguidos dos delírios de referência, nos quais as crenças são mantidas com convicção delirante. Esses indivíduos podem ser supersticiosos ou preocupados com fenômenos paranormais que estão fora das normas de sua subcultura (Critério A2). Eles podem sentir que têm poderes especiais para sentir os eventos antes que eles aconteçam ou para ler os pensamentos dos outros. Eles podem acreditar que têm controle mágico sobre os outros, o que pode ser implementado diretamente (por exemplo, acreditar que seu cônjuge está levando o cachorro para passear é o resultado direto de pensar uma hora antes que deveria ser feito) ou indiretamente através do cumprimento de regras mágicas. rituais (por exemplo, passar por um objeto específico três vezes para evitar um certo resultado prejudicial). Alterações perceptivas podem estar presentes (p.

que outra pessoa está presente ou ouve uma voz murmurando seu nome) (Critério A3). Seu discurso pode incluir frases e construções incomuns ou idiossincráticas. Geralmente é solto, digressivo ou vago, mas sem real descarrilamento ou incoerência (Critério A4). As respostas podem ser muito concretas ou muito abstratas, e as palavras ou conceitos às vezes são aplicados de maneiras incomuns (por exemplo, o indivíduo pode afirmar que não era “falável” no trabalho).

Indivíduos com esse transtorno geralmente são suspeitos e podem ter ideação paranoica (por exemplo, acreditar que seus colegas de trabalho têm a intenção de minar sua reputação com o chefe) (Critério A5). Eles geralmente não são capazes de negociar toda a gama de afetos e sugestões interpessoais necessários para relacionamentos bem-sucedidos e, portanto, muitas vezes parecem interagir com os outros de maneira inadequada, rígida ou restrita (Critério A6). Esses indivíduos são frequentemente considerados estranhos ou excêntricos por causa de maneirismos incomuns, uma maneira muitas vezes desleixada de se vestir que não se “encaixa” e desatenção às convenções sociais usuais (por exemplo, o indivíduo pode evitar contato visual, usar roupas que estão manchados de tinta e mal ajustados, e são incapazes de participar das brincadeiras de dar e receber dos colegas de trabalho) (Critério A7).

Indivíduos com transtorno de personalidade esquizotípica experimentam o relacionamento interpessoal como problemático e se sentem desconfortáveis em se relacionar com outras pessoas. Embora possam expressar infelicidade pela falta de relacionamentos, seu comportamento sugere uma diminuição do desejo de contatos íntimos. Como resultado, eles geralmente não têm ou têm poucos amigos íntimos ou confidentes além de um parente de primeiro grau (Critério A8). São ansiosos em situações sociais, principalmente aquelas envolvendo pessoas desconhecidas (Critério A9). Eles interagem com outros indivíduos quando precisam, mas preferem manter a si mesmos porque sentem que são diferentes e simplesmente não “se encaixam”. Sua ansiedade social não diminui facilmente, mesmo quando passam mais tempo no ambiente ou se familiarizam mais com as outras pessoas, porque sua ansiedade tende a estar associada à desconfiança em relação às motivações dos outros. Por exemplo, ao participar de um jantar, o indivíduo com esquizotípica

746

o transtorno de personalidade não ficará mais relaxado com o passar do tempo, mas poderá ficar cada vez mais tenso e desconfiado.

O transtorno de personalidade esquizotípica não deve ser diagnosticado se o padrão de comportamento ocorrer exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressivo com características psicóticas, outro transtorno psicótico ou transtorno do espectro autista (Critério B).

Recursos associados

Indivíduos com transtorno de personalidade esquizotípica geralmente procuram tratamento para os sintomas associados de ansiedade ou depressão, e não para as características do transtorno de personalidade em si.

Prevalência

A prevalência estimada de transtorno de personalidade esquizotípica com base em uma subamostra de probabilidade da Parte II da Replicação da Pesquisa Nacional de Comorbidade foi de 3,3%. A prevalência de transtorno de personalidade esquizotípica nos dados da Pesquisa Epidemiológica Nacional sobre Álcool e Condições Relacionadas foi de 3,9%. Uma revisão de cinco estudos epidemiológicos (três nos Estados Unidos) encontrou uma prevalência mediana de 0,6%.

Desenvolvimento e Curso O

transtorno de personalidade esquizotípica tem um curso relativamente estável, com apenas uma pequena proporção de indivíduos desenvolvendo esquizofrenia ou outro transtorno psicótico. O transtorno de personalidade esquizotípica pode aparecer pela primeira vez na infância e adolescência com solidão, relacionamentos ruins com colegas, ansiedade social, baixo desempenho escolar, hipersensibilidade, pensamentos e linguagem peculiares e fantasias bizarras. Essas crianças podem parecer “estranhas” ou “excêntricas” e atrair provocações.

Fatores de risco e prognóstico

Genética e fisiológica. O transtorno de personalidade esquizotípica parece agregar-se familiarmente e é mais prevalente entre os parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com esquizofrenia do que entre a população em geral. Também pode haver um aumento modesto na esquizofrenia e outros transtornos psicóticos em parentes de probandos com transtorno de personalidade esquizotípica. Estudos com gêmeos indicam fatores genéticos altamente estáveis e fatores ambientais bastante transitórios para um risco aumentado para a síndrome esquizotípica, e variantes de risco genético para esquizofrenia podem estar ligadas ao transtorno de personalidade esquizotípica. Estudos de neuroimagem detectam diferenças em nível de grupo no tamanho e função de regiões específicas do cérebro em indivíduos com transtorno de personalidade esquizotípica em comparação com pessoas saudáveis, indivíduos com esquizofrenia e indivíduos com outros transtornos de personalidade.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

As distorções cognitivas e perceptivas devem ser avaliadas no contexto do meio cultural do indivíduo. Características penetrantes culturalmente determinadas, particularmente aquelas relacionadas a crenças e práticas sobrenaturais e religiosas (vida além da morte, falar em línguas, vodu, xamanismo, leitura da mente, sexto sentido, mau-olhado, crenças mágicas relacionadas à saúde e doença), podem parecer esquizotípicas para o clínico desinformado. Assim, as variações transnacionais e étnicas observadas na prevalência e expressão de traços esquizotípicos podem ser um verdadeiro achado epidemiológico ou devido a diferenças na aceitação cultural dessas experiências.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero O

transtorno de personalidade esquizotípica parece ser um pouco mais comum em homens do que em mulheres.

747

Diagnóstico diferencial

Outros transtornos mentais com sintomas psicóticos O transtorno de personalidade esquizotípica pode ser diferenciado de transtorno delirante, esquizofrenia e transtorno bipolar ou depressivo com características psicóticas, porque esses transtornos são todos caracterizados por um período de sintomas psicóticos persistentes (por exemplo, delírios e alucinações). Para dar um diagnóstico adicional de transtorno de personalidade esquizotípica, o transtorno de personalidade deve estar presente antes do início dos sintomas psicóticos e persistir quando os sintomas psicóticos estão em remissão. Quando um indivíduo tem um transtorno psicótico persistente (por exemplo, esquizofrenia) que foi precedido por transtorno de personalidade esquizotípica, o transtorno de personalidade esquizotípica também deve ser registrado,

seguido de “pré-mórbido” entre parênteses.

Distúrbios do neurodesenvolvimento. Pode haver grande dificuldade em diferenciar crianças com transtorno de personalidade esquizotípica do grupo heterogêneo de crianças solitárias e estranhas cujo comportamento é caracterizado por acentuado isolamento social, excentricidade ou peculiaridades de linguagem e cujos diagnósticos provavelmente incluiriam formas mais leves de transtorno do espectro autista ou comunicação de linguagem distúrbios. Os distúrbios da comunicação podem ser diferenciados pela primazia e gravidade do distúrbio na linguagem e pelos aspectos característicos da linguagem prejudicada encontrados em uma avaliação especializada de linguagem. Formas mais leves de transtorno do espectro do autismo são diferenciadas pela falta ainda maior de consciência social e reciprocidade emocional e comportamentos e interesses estereotipados.

Mudança de personalidade devido a outra condição médica. O transtorno de personalidade esquizotípica deve ser diferenciado da mudança de personalidade devido a outra condição médica, na qual os traços que surgem são uma consequência fisiológica direta de outra condição médica.

Transtornos por uso de substâncias. O transtorno de personalidade esquizotípica também deve ser distinguido de sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substâncias.

Outros transtornos de personalidade e traços de personalidade. Outros transtornos de personalidade podem ser confundidos com transtorno de personalidade esquizotípica porque têm certas características em comum. Portanto, é importante distinguir entre esses distúrbios com base nas diferenças em suas características. No entanto, se um indivíduo tem características de personalidade que atendem aos critérios para um ou mais transtornos de personalidade, além do transtorno de personalidade esquizotípica, todos podem ser diagnosticados.

Embora os transtornos de personalidade paranoide e esquizóide também possam ser caracterizados por distanciamento social e afeto restrito, o transtorno de personalidade esquizotípica pode ser distinguido desses dois diagnósticos pela presença de distorções cognitivas ou perceptivas e acentuada excentricidade ou estranheza. Os relacionamentos íntimos são limitados tanto no transtorno de personalidade esquizotípica quanto no transtorno de personalidade esquiva; entretanto, no transtorno de personalidade esquiva, um desejo ativo de relacionamentos é limitado pelo medo de rejeição, enquanto no transtorno de personalidade esquizotípica há falta de desejo por relacionamentos e distanciamento persistente.

Indivíduos com transtorno de personalidade narcisista também podem exibir desconfiança, retraimento social ou alienação, mas no transtorno de personalidade narcisista essas qualidades derivam principalmente do medo de ter imperfeições ou falhas reveladas. Indivíduos com transtorno de personalidade limítrofe também podem ter sintomas transitórios, semelhantes aos psicóticos, mas estes geralmente estão mais intimamente relacionados a mudanças afetivas em resposta ao estresse (por exemplo, raiva intensa, ansiedade, decepção) e geralmente são mais dissociativos (por exemplo, desrealização, despersonalização). Em contraste, indivíduos com transtorno de personalidade esquizotípica são mais propensos a ter sintomas psicóticos duradouros que podem piorar sob estresse, mas são menos propensos a estar invariavelmente associados a sintomas afetivos pronunciados. Embora o isolamento social possa ocorrer no transtorno de personalidade limítrofe, geralmente é secundário a repetidos fracassos interpessoais devido a explosões de raiva e mudanças frequentes de humor, em vez de resultado de uma falta persistente de contatos sociais e desejo de intimidade. Além disso, indivíduos com transtorno de personalidade esquizotípica geralmente não demonstram os comportamentos impulsivos ou manipuladores do indivíduo com transtorno de personalidade esquizotípica.

A adolescência pode ser reflexo de uma turbulência emocional transitória, em vez de um transtorno de personalidade duradouro.

Comorbidade

Particularmente em resposta ao estresse, os indivíduos com esse transtorno podem apresentar episódios psicóticos transitórios (com duração de minutos a horas), embora geralmente sejam de duração insuficiente para justificar um diagnóstico adicional, como transtorno psicótico breve ou transtorno esquizofreniforme. Em alguns casos, podem desenvolver-se sintomas psicóticos clinicamente significativos que atendem aos critérios para transtorno psicótico breve, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou esquizofrenia. Há considerável co-ocorrência com transtornos de personalidade esquizóide, paranóide, esquiva e borderline.

Transtornos de Personalidade do Grupo B

Transtorno de personalidade antisocial

Critério de diagnóstico	F60.2
<p>A. Um padrão generalizado de desrespeito e violação dos direitos dos outros, ocorrendo desde a idade de 15 anos, conforme indicado por três (ou mais) dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Descumprimento das normas sociais com respeito a comportamentos legais, conforme indicado realizando repetidamente atos que são motivo de prisão. 2. Falsidade, indicada por mentiras repetidas, uso de pseudônimos, ou enganar outros para lucro ou prazer pessoal. 3. Impulsividade ou falha em planejar com antecedência. 4. Irritabilidade e agressividade, indicadas por brigas físicas repetidas ou assaltos. 5. Desrespeito imprudente pela segurança própria ou de outros. 6. Irresponsabilidade consistente, conforme indicado pela repetida falha em sustentar comportamento de trabalho consistente ou honrar obrigações financeiras. 7. Ausência de remorso, indicado pela indiferença ou racionalização de ter ferido, maltratado ou roubado de outro. <p>B. O indivíduo tem pelo menos 18 anos de idade.</p> <p>C. Há evidência de transtorno de conduta com início antes dos 15 anos.</p> <p>D. A ocorrência de comportamento antissocial não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou transtorno bipolar.</p>	

Recursos de diagnóstico

A característica essencial do transtorno de personalidade antissocial é um padrão generalizado de desrespeito e violação dos direitos dos outros que começa na infância ou no início da adolescência e continua na idade adulta. Esse padrão também tem sido referido como *psicopatia*, *sociopatia* ou *transtorno de personalidade dissocial*. Como o engano e a manipulação são características centrais do transtorno de personalidade antissocial, pode ser especialmente útil integrar as informações adquiridas da avaliação clínica sistemática com as informações coletadas de fontes colaterais.

749

Para que esse diagnóstico seja dado, o indivíduo deve ter pelo menos 18 anos (Critério B) e deve ter evidência de transtorno de conduta com início antes dos 15 anos (Critério C).

O transtorno de conduta envolve um padrão de comportamento repetitivo e persistente no qual os direitos básicos dos outros ou as principais normas ou regras sociais apropriadas à idade são violados. Os comportamentos específicos característicos do transtorno de conduta se enquadram em uma das quatro categorias: agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, fraude ou roubo ou violação grave de regras.

O padrão de comportamento antissocial continua na idade adulta. Indivíduos com transtorno de personalidade antissocial não se conformam com as normas sociais em relação ao comportamento lícito (Critério A1). Eles podem repetidamente realizar atos que são motivo de prisão (sejam eles presos ou não), como destruir propriedades, assediar outras pessoas, roubar ou exercer ocupações ilegais.

As pessoas com esse transtorno desconsideram os desejos, direitos ou sentimentos dos outros. Eles são frequentemente enganadores e manipuladores para obter lucro ou prazer pessoal (por exemplo, para obter dinheiro, sexo ou poder) (Critério A2). Eles podem mentir repetidamente, usar um pseudônimo, enganar os outros ou fingir. Um padrão de impulsividade pode se manifestar por uma falha em planejar com antecedência (Critério A3). As decisões são tomadas no calor do momento, sem premeditação e sem consideração pelas consequências para si ou para os outros; isso pode levar a mudanças repentinas de empregos, residências ou relacionamentos. Indivíduos com transtorno de personalidade antissocial tendem a ser irritáveis e agressivos e podem entrar repetidamente em brigas físicas ou cometer atos de agressão física (incluindo espancamento no cônjuge ou nos filhos) (Critério A4). (Atos agressivos que são necessários para se defender ou defender outra pessoa não são considerados evidência para este item.) Esses indivíduos também demonstram um desrespeito imprudente pela segurança de si mesmos ou de outros (Critério A5). Isso pode ser evidenciado em seu comportamento de direção (ou seja, excesso de velocidade recorrente, dirigir embriagado, vários acidentes). Eles podem se envolver em comportamento sexual ou uso de substâncias com alto risco de consequências prejudiciais. Eles podem negligenciar ou deixar de cuidar de uma criança de uma forma que a coloque em perigo.

Indivíduos com transtorno de personalidade antissocial também tendem a ser consistente e extremamente irresponsáveis (Critério A6). O comportamento irresponsável no trabalho pode ser indicado por períodos significativos de desemprego, apesar das oportunidades de emprego disponíveis, ou pelo abandono de vários empregos sem um plano realista para conseguir outro emprego. Também pode haver um padrão de faltas repetidas ao trabalho que não são explicadas pela doença em si mesmos ou em sua família. A irresponsabilidade financeira é indicada por atos como inadimplência de dívidas, deixar de fornecer pensão alimentícia ou deixar de sustentar outros dependentes regularmente. Indivíduos com transtorno de personalidade antissocial demonstram pouco remorso pelas consequências de seus atos (Critério A7). Eles podem ser indiferentes ou fornecer uma racionalização superficial para ter ferido, maltratado ou roubado alguém (por exemplo, "a vida é injusta", "os perdedores merecem perder"). Esses indivíduos podem culpar as vítimas por serem tolas, indefesas ou merecedoras de seu destino (por exemplo, "ele mereceu de qualquer maneira"); eles podem minimizar as consequências prejudiciais de suas ações; ou podem simplesmente indicar completo

indiferença. Eles geralmente não compensam ou fazem reparações por seu comportamento. Eles podem acreditar que todos querem “ajudar o número um” e que não se deve parar por nada para evitar ser empurrado.

O comportamento antissocial não deve ocorrer exclusivamente durante o curso da esquizofrenia ou transtorno bipolar (Critério D).

Recursos associados

Indivíduos com transtorno de personalidade antissocial frequentemente carecem de empatia e tendem a ser insensíveis, cínicos e desdenhosos dos sentimentos, direitos e sofrimentos dos outros. Eles podem ter uma autoavaliação inflada e arrogante (por exemplo, sentir que o trabalho comum está abaixo deles ou não ter uma preocupação realista sobre seus problemas atuais ou seu futuro) e podem ser excessivamente opinativos, seguros de si ou arrogantes. Alguns indivíduos anti-sociais podem exibir um charme superficial e loquaz e podem ser bastante volátil e verbalmente fácil (por exemplo, usando termos técnicos ou jargões que podem impressionar alguém que não esteja familiarizado com o assunto). Falta de

750

empatia, autoavaliação inflada e charme superficial são características que têm sido comumente incluídas em concepções tradicionais de psicopatia que podem ser particularmente distintivas do transtorno e mais preditivas de reincidência em ambientes prisionais ou forenses, onde atos criminosos, delinquentes ou agressivos são provavelmente inespecífica. Esses indivíduos também podem ser irresponsáveis e exploradores em seus relacionamentos sexuais. Eles podem ter uma história de muitos parceiros sexuais e podem nunca ter mantido um relacionamento monogâmico. Eles podem ser irresponsáveis como pais, como evidenciado pela desnutrição de uma criança, uma doença na criança resultante da falta de higiene mínima, dependência da criança de vizinhos ou parentes não residentes para alimentação ou abrigo, falha em providenciar um cuidador para um criança pequena quando o indivíduo está fora de casa, ou desperdício repetido de dinheiro necessário para as necessidades domésticas. Esses indivíduos podem receber dispensas desonrosas das Forças Armadas, podem deixar de ser auto-sustentáveis, podem ficar empobrecidos ou mesmo sem-teto, ou podem passar muitos anos em instituições penais. Indivíduos com transtorno de personalidade antissocial são mais propensos do que indivíduos na população geral a morrer prematuramente por causas naturais e suicídio.

Prevalência

A prevalência estimada de transtorno de personalidade antissocial com base em uma subamostra de probabilidade da Parte II da Replicação da Pesquisa Nacional de Comorbidades foi de 0,6%. A prevalência de transtorno de personalidade antissocial nos dados da Pesquisa Epidemiológica Nacional sobre Álcool e Condições Relacionadas foi de 3,6%. Uma revisão de sete estudos epidemiológicos (seis nos Estados Unidos) encontrou uma prevalência mediana de 3,6%. A maior prevalência de transtorno de personalidade antissocial (superior a 70%) está entre amostras de homens com os transtornos mais graves por uso de álcool e de clínicas de abuso de substâncias, prisões ou outros ambientes forenses. A prevalência ao longo da vida parece ser semelhante em indivíduos brancos e negros não latinos e menor em latinos e asiáticos americanos. A prevalência pode ser maior em amostras afetadas por fatores socioeconômicos adversos (ou seja, pobreza) ou socioculturais (ou seja, migração).

Desenvolvimento e Curso O

transtorno de personalidade antissocial tem um curso crônico, mas pode se tornar menos evidente ou remitir à medida que o indivíduo envelhece, geralmente aos 40 anos. diminuição em todo o espectro de comportamentos antissociais e uso de substâncias. Por definição, a personalidade antissocial não pode ser diagnosticada antes dos 18 anos.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental.

Abuso ou negligência infantil, parentalidade instável ou errática ou disciplina parental inconsistente podem aumentar a probabilidade de que o transtorno de conduta evolua para um transtorno de personalidade antissocial.

Genética e fisiológica.

O transtorno de personalidade antissocial é mais comum entre os parentes biológicos de primeiro grau daqueles com o transtorno do que na população em geral. Parentes biológicos de indivíduos com esse transtorno também apresentam risco aumentado para transtorno de somatização (um diagnóstico que foi substituído no DSM-5 por transtorno de sintomas somáticos) e transtornos por uso de substâncias. Dentro de uma família que tem um membro com transtorno de personalidade antissocial, os homens têm mais transtorno de personalidade antissocial e transtornos por uso de substâncias, enquanto as mulheres têm mais transtorno de somatização.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

O transtorno de personalidade antissocial tem sido associado a baixo status socioeconômico e ambientes urbanos. Às vezes, o diagnóstico pode ser mal aplicado a indivíduos em ambientes nos quais

751

comportamento aparentemente antissocial pode ser parte de uma estratégia de sobrevivência protetora (por exemplo, formação de gangues juvenis em áreas urbanas com altos índices de violência e discriminação). Contextos socioculturais com altas taxas de maus-tratos infantis ou exposição à violência também tendem a ter prevalência elevada de comportamentos antissociais, sugerindo um potencial fator de risco para o desenvolvimento de transtorno de personalidade antissocial ou um ambiente adverso que evoca comportamentos antissociais reativos e contextuais que não representam traços penetrantes e duradouros consistentes com um transtorno de personalidade. Ao avaliar os traços antissociais, é útil que o clínico considere o contexto social e econômico no qual os comportamentos ocorrem. Na Pesquisa Epidemiológica Nacional sobre Álcool e Condições Relacionadas, a prevalência parece variar entre os grupos étnicos e raciais dos EUA, possivelmente devido a uma combinação de diferenças de prevalência verdadeiras, artefatos de medição e o impacto de ambientes adversos que geram comportamentos que se assemelham aos da personalidade antissocial transtorno, mas são, em vez disso, reativos e contextuais. Indivíduos de alguns grupos socialmente oprimidos podem estar em maior risco de diagnóstico incorreto ou diagnóstico excessivo de transtorno de personalidade antissocial porque são mais propensos a serem diagnosticados erroneamente com transtorno de conduta na adolescência, que é um requisito para o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero O

transtorno de personalidade antissocial é três vezes mais comum em homens do que em mulheres. Mulheres com

transtorno de personalidade antissocial são mais propensos a ter experiências adversas na infância e na vida adulta, como abuso sexual, em comparação com os homens. A apresentação clínica pode variar, com os homens apresentando mais frequentemente irritabilidade/agressão e desrespeito imprudente pela segurança dos outros em comparação com as mulheres. Transtornos por uso de substâncias comórbidos são mais comuns em homens, enquanto transtornos de humor e ansiedade comórbidos são mais comuns em mulheres. Tem havido alguma preocupação de que o transtorno de personalidade antissocial possa ser subdiagnosticado em mulheres, particularmente devido à ênfase em itens agressivos na definição de transtorno de conduta.

Diagnóstico Diferencial O

diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial não é dado a indivíduos com menos de 18 anos e é dado apenas se houver evidência de transtorno de conduta antes dos 15 anos. Para indivíduos com mais de 18 anos, o diagnóstico de transtorno de conduta é dado apenas se os critérios para transtorno de personalidade antissocial não forem atendidos.

Transtornos por uso de substâncias. Quando o comportamento antissocial em um adulto está associado a um transtorno por uso de substâncias, o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial não é feito a menos que os sinais de transtorno de personalidade antissocial também estejam presentes na infância e tenham continuado na idade adulta. Quando o uso de substâncias e o comportamento antissocial começaram na infância e continuaram na idade adulta, tanto o transtorno por uso de substâncias quanto o transtorno de personalidade antissocial devem ser diagnosticados se os critérios para ambos forem atendidos, mesmo que alguns atos antissociais possam ser uma consequência do transtorno por uso de substâncias. ex., venda ilegal de drogas, roubos para obter dinheiro para drogas).

Esquizofrenia e transtornos bipolares. O comportamento antissocial que ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou transtorno bipolar não deve ser diagnosticado como transtorno de personalidade antissocial.

Outros transtornos de personalidade. Outros transtornos de personalidade podem ser confundidos com transtorno de personalidade antissocial porque possuem certas características em comum. Portanto, é importante distinguir entre esses distúrbios com base nas diferenças em suas características características. No entanto, se um indivíduo tem características de personalidade que atendem aos critérios para um ou mais transtornos de personalidade, além do transtorno de personalidade antissocial, todos podem ser diagnosticados. Indivíduos com transtorno de personalidade antissocial e transtorno de personalidade narcisista compartilham uma tendência a serem obstinados, simplórios, superficiais, exploradores e sem empatia. No entanto,

752

transtorno de personalidade narcisista não inclui características de impulsividade, agressão e engano. Além disso, indivíduos com transtorno de personalidade antissocial podem não ser tão carentes da admiração e inveja dos outros, e pessoas com transtorno de personalidade narcisista geralmente não têm histórico de transtorno de conduta na infância ou comportamento criminoso na idade adulta. Indivíduos com transtorno de personalidade antissocial e transtorno de personalidade histriônica compartilham uma tendência a ser impulsivos, superficiais, em busca de excitação, imprudentes, sedutores e manipuladores, mas pessoas com transtorno de personalidade histriônica tendem a ser mais exageradas em suas emoções e não se envolvem characteristicamente em comportamentos antissociais . Indivíduos com transtornos de personalidade histriônica e limítrofe são manipuladores para obter nutrição, enquanto aqueles com transtorno de personalidade antissocial são manipuladores para obter lucro, poder ou alguma outra gratificação material.

Indivíduos com transtorno de personalidade antissocial tendem a ser menos emocionalmente instáveis e mais agressivos do que aqueles com transtorno de personalidade limítrofe. Embora o comportamento anti-social possa ser

presente em alguns indivíduos com transtorno de personalidade paranoide, geralmente não é motivado por um desejo de ganho pessoal ou de explorar os outros como no transtorno de personalidade antissocial, mas é mais frequentemente atribuível a um desejo de vingança.

Comportamento criminoso não associado a um transtorno mental. O transtorno de personalidade antissocial deve ser diferenciado do comportamento antissocial que não é devido a um transtorno mental, por exemplo, comportamento criminoso empreendido para ganho que não é acompanhado pelos traços de personalidade característicos desse transtorno. Nesses casos, a condição de comportamento antissocial do adulto pode ser codificada (ver "Outras condições que podem ser foco de atenção clínica").

Comorbidade

Indivíduos com transtorno de personalidade antissocial também podem apresentar disforia, incluindo queixas de tensão, incapacidade de tolerar o tédio e humor deprimido. Eles podem ter transtornos de ansiedade associados, transtornos de humor, transtornos por uso de substâncias, transtorno de sintomas somáticos e transtorno de jogo. Indivíduos com transtorno de personalidade antissocial também costumam ter características de personalidade que atendem aos critérios para outros transtornos de personalidade, particularmente transtornos de personalidade limítrofe, histriônico e narcisista. A probabilidade de desenvolver transtorno de personalidade antissocial na vida adulta aumenta se o indivíduo apresentar transtorno de conduta na infância (antes dos 10 anos) e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade concomitante.

Transtorno de personalidade limítrofe

Critério de diagnóstico

F60.3

Um padrão generalizado de instabilidade de relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, e marcada impulsividade, começando no início da idade adulta e presente em uma variedade de contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes: 1. Esforços frenéticos para evitar abandono real ou imaginário.

(Nota: Não inclua

comportamento suicida ou automutilante coberto no Critério 5.)

2. Padrão de relações interpessoais instáveis e intensas, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: auto-imagem ou sensação de auto-imagem marcada e persistentemente instável auto.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas que são potencialmente autodestrutivas (por exemplo, gastos, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, compulsão alimentar). **(Nota:** Não inclua comportamento suicida ou automutilante coberto no Critério 5.)
5. Comportamento suicida recorrente, gestos ou ameaças, ou comportamento de automutilação.
6. Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (por exemplo, disforia episódica intensa, irritabilidade ou ansiedade geralmente durando algumas horas e raramente mais

do que alguns dias).

7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva inapropriada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (por exemplo, demonstrações frequentes de temperamento, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
9. Ideação paranóide transitória relacionada ao estresse ou sintomas dissociativos graves.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de personalidade limítrofe é um padrão generalizado de instabilidade de relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, e marcada impulsividade que começa no início da idade adulta e está presente em vários contextos.

Indivíduos com transtorno de personalidade limítrofe fazem esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginário (Critério 1). A percepção de separação ou rejeição iminente, ou a perda da estrutura externa, pode levar a mudanças profundas na autoimagem, afeto, cognição e comportamento. Esses indivíduos são muito sensíveis às circunstâncias ambientais. Eles experimentam intensos medos de abandono e raiva inadequada mesmo quando confrontados com uma separação realista por tempo limitado ou quando há mudanças inevitáveis nos planos (p. eles estão apenas alguns minutos atrasados ou devem cancelar um compromisso). Eles podem acreditar que esse “abandono” implica que eles são “maus”. Esses medos de abandono estão relacionados à intolerância de estar sozinho e à necessidade de ter outras pessoas com eles. Seus esforços frenéticos para evitar o abandono podem incluir ações impulsivas, como automutilação ou comportamentos suicidas, que são descritos separadamente no Critério 5 (ver também “Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas”).

Indivíduos com transtorno de personalidade limítrofe têm um padrão de relacionamentos instáveis e intensos (Critério 2). Eles podem idealizar potenciais cuidadores ou amantes no primeiro ou segundo encontro, exigir que passem muito tempo juntos e compartilhar os detalhes mais íntimos no início de um relacionamento. No entanto, eles podem mudar rapidamente de idealizar outras pessoas para desvalorizá-las, sentindo que a outra pessoa não se importa o suficiente, não dá o suficiente ou não está “lá” o suficiente. Esses indivíduos podem simpatizar e nutrir outras pessoas, mas apenas com a expectativa de que a outra pessoa “esteja lá” em troca para atender às suas próprias necessidades sob demanda.

Esses indivíduos são propensos a mudanças repentinhas e dramáticas em sua visão dos outros, que podem ser vistos alternativamente como apoios benéficos ou como cruelmente punitivos. Essas mudanças muitas vezes refletem desilusão com um cuidador cujas qualidades de nutrição foram idealizadas ou cuja rejeição ou abandono é esperado.

Pode haver um distúrbio de identidade caracterizado por uma autoimagem ou senso de si marcada e persistentemente instável (Critério 3). Há mudanças repentinhas e dramáticas na auto-imagem (por exemplo, a mudança repentina do papel de um suplicante necessitado de ajuda para o de um justo vingador de maus-tratos passados). Embora eles geralmente tenham uma auto-imagem baseada no sentimento de serem maus ou maus, os indivíduos com esse transtorno podem às vezes ter sentimentos de que eles não existem. Isso pode ser doloroso e assustador para aqueles com esse distúrbio. Tais experiências geralmente ocorrem em situações em que o indivíduo sente falta de um relacionamento significativo, carinho e apoio. Esses indivíduos podem apresentar pior desempenho em situações de trabalho ou escola não estruturadas. Essa falta de uma identidade plena e duradoura torna difícil para o indivíduo com transtorno de personalidade limítrofe identificar padrões mal-adaptativos de comportamento e pode levar a padrões repetitivos de relacionamentos problemáticos.

Indivíduos com transtorno de personalidade limítrofe apresentam impulsividade em pelo menos duas áreas que são potencialmente autodestrutivas (Critério 4). Eles podem jogar, gastar dinheiro de forma irresponsável, comer compulsivamente, abusar de substâncias, praticar sexo inseguro ou dirigir de forma imprudente.

754

Indivíduos com esse transtorno apresentam comportamento suicida recorrente, gestos ou ameaças, ou comportamento automutilante (Critério 5). Pensamentos ou comportamentos suicidas recorrentes são muitas vezes a razão pela qual esses indivíduos procuram ajuda. Esses atos autodestrutivos geralmente são precipitados por ameaças de separação ou rejeição ou por expectativas de que o indivíduo assuma maior responsabilidade. Atos automutilativos (por exemplo, cortar ou queimar) são muito comuns e podem ocorrer durante os períodos em que o indivíduo apresenta sintomas dissociativos. Esses atos geralmente trazem alívio reafirmando a capacidade do indivíduo de sentir ou expiando a sensação de ser mau do indivíduo.

Indivíduos com transtorno de personalidade limítrofe podem apresentar instabilidade afetiva devido a uma marcada reatividade do humor (p. O humor disfórico básico das pessoas com transtorno de personalidade limítrofe é frequentemente interrompido 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.

Indivíduos com transtorno de personalidade limítrofe podem ser perturbados por sentimentos crônicos de vazio, que podem ocorrer concomitantemente com sentimentos dolorosos de solidão (Critério 7). Facilmente entediados, eles podem frequentemente buscar excitação para evitar seus sentimentos de vazio.

Indivíduos com esse transtorno frequentemente expressam raiva inadequada e intensa ou têm dificuldade em controlar sua raiva (Critério 8). Eles podem exibir extremo sarcasmo, amargura duradoura ou explosões verbais. A raiva é muitas vezes provocada quando um cuidador ou amante é visto como negligente, retido, indiferente ou abandonado. Tais expressões de raiva são muitas vezes seguidas de vergonha e culpa e contribuem para o sentimento que eles têm de serem maus.

Durante períodos de estresse extremo, podem ocorrer ideação paranóide transitória ou sintomas dissociativos (por exemplo, despersonalização) (Critério 9), mas geralmente são de gravidade ou duração insuficientes para justificar um diagnóstico adicional. Esses episódios ocorrem com mais frequência em resposta a um abandono real ou imaginário. Os sintomas tendem a ser transitórios, com duração de minutos ou horas. O retorno real ou percebido do cuidado do cuidador pode resultar em remissão dos sintomas.

Recursos associados

Indivíduos com transtorno de personalidade limítrofe podem ter um padrão de prejudicar a si mesmos no momento em que um objetivo está prestes a ser alcançado (p. quando fica claro que o relacionamento pode durar). Alguns indivíduos desenvolvem sintomas semelhantes aos psicóticos (por exemplo, alucinações, distorções da imagem corporal, idéias de referência, fenômenos hipnagógicos) durante períodos de estresse. Indivíduos com esse transtorno podem se sentir mais seguros com objetos transicionais (ou seja, um animal de estimação ou posse inanimada) do que em relacionamentos interpessoais. A morte prematura por suicídio pode ocorrer em indivíduos com transtorno de personalidade limítrofe, especialmente naqueles com transtornos depressivos concomitantes ou transtornos por uso de substâncias.

No entanto, as mortes por outras causas, como acidentes ou doenças, são duas vezes mais comuns que as mortes por suicídio em indivíduos com transtorno de personalidade limítrofe. As deficiências físicas podem resultar de comportamentos de abuso autoinflictedos ou tentativas fracassadas de suicídio. Perdas recorrentes de emprego, educação interrompida e separação ou divórcio são comuns. Abuso físico e sexual, negligência, conflito hostil e perda parental precoce são mais comuns nas histórias de infância de pessoas com transtorno de personalidade limítrofe.

Prevalência

A prevalência estimada de transtorno de personalidade limítrofe com base em uma subamostra de probabilidade da Parte II do National Comorbidity Survey Replication foi de 1,4%. A prevalência de transtorno de personalidade limítrofe nos dados da Pesquisa Epidemiológica Nacional sobre Álcool e Condições Relacionadas foi de 5,9%. Uma revisão de sete estudos epidemiológicos (seis em

755

Estados Unidos) encontraram uma prevalência mediana de 2,7%. A prevalência de transtorno de personalidade limítrofe é de cerca de 6% em ambientes de atenção primária, cerca de 10% entre indivíduos atendidos em ambulatórios de saúde mental e cerca de 20% entre pacientes psiquiátricos internados.

Desenvolvimento e Curso O transtorno

de personalidade limítrofe tem sido tipicamente considerado um transtorno de início adulto. No entanto, descobriu-se em ambientes de tratamento que os sintomas em adolescentes de 12 ou 13 anos podem atender a todos os critérios para o transtorno. Ainda não se sabe qual a porcentagem de adultos que iniciam o tratamento realmente têm um início tão precoce do transtorno de personalidade limítrofe.

O transtorno de personalidade limítrofe tem sido pensado há muito tempo como um transtorno com um curso sintomático ruim, que tende a diminuir em gravidade à medida que aqueles com transtorno de personalidade limítrofe entram na faixa dos 30 e 40 anos. No entanto, estudos prospectivos de acompanhamento descobriram que remissões estáveis de 1 a 8 anos são muito comuns. Os sintomas impulsivos do transtorno de personalidade limítrofe remitem mais rapidamente, enquanto os sintomas afetivos remitem a uma taxa substancialmente mais lenta. Em contraste, a recuperação do transtorno de personalidade limítrofe (ou seja, remissão sintomática concomitante e bom funcionamento psicossocial) é mais difícil de alcançar e menos estável ao longo do tempo. A falta de recuperação está associada a sustentar-se com benefícios por incapacidade e sofrer de problemas de saúde física.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. O transtorno de personalidade limítrofe também foi associado a altas taxas de várias formas de abuso infantil relatado e negligência emocional. No entanto, as taxas relatadas de abuso sexual são mais altas em pacientes internados do que em pacientes ambulatoriais com esse transtorno, sugerindo que uma história de abuso sexual é um fator de risco tanto para a gravidade da psicopatologia borderline quanto para o próprio transtorno. Além disso, surgiu um consenso baseado empiricamente que sugere que uma história infantil de abuso sexual relatado não é necessária nem suficiente para o desenvolvimento do transtorno de personalidade limítrofe.

Genética e fisiológica.

Transtorno de personalidade limítrofe é cerca de cinco vezes mais comum

entre parentes biológicos de primeiro grau daqueles com o transtorno do que na população em geral. Há também um risco familiar aumentado para transtornos por uso de substâncias, transtornos de ansiedade, transtorno de personalidade antissocial e transtornos depressivos ou bipolares.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

O padrão de comportamento observado no transtorno de personalidade limítrofe foi identificado em muitos ambientes ao redor do mundo. Contextos socioculturais caracterizados por demandas sociais que evocam tentativas de autoafirmação e aceitação por outros, relações ambíguas ou conflituosas com figuras de autoridade ou incertezas marcantes na adaptação podem promover impulsividade, instabilidade emocional, comportamentos explosivos ou agressivos e experiências dissociativas que estão associadas a transtorno de personalidade limítrofe ou com reações transitórias e contextuais a esses ambientes que podem ser confundidos com transtorno de personalidade limítrofe. Dado que os aspectos psicodinâmicos, cognitivos, comportamentais e de atenção plena dos modelos da mente e do self variam culturalmente, os sintomas ou traços que sugerem a presença de transtorno de personalidade limítrofe (por exemplo, número de parceiros sexuais, mudança entre relacionamentos, uso de substâncias) devem ser avaliados à luz das normas culturais para fazer um diagnóstico válido.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero Embora

o transtorno de personalidade limítrofe seja mais comum entre mulheres do que homens em amostras clínicas, amostras da comunidade não demonstram diferença na prevalência entre homens e mulheres.

Essa discrepância pode refletir um maior grau de procura de ajuda entre as mulheres,

756

conduzindo-os a ambientes clínicos. As características clínicas de homens e mulheres com transtorno de personalidade limítrofe parecem ser semelhantes, com potencialmente um maior grau de comportamentos externalizantes em meninos e homens e comportamentos internalizantes em meninas e mulheres.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas Em um

estudo longitudinal, os comportamentos impulsivos e antissociais de indivíduos com transtorno de personalidade limítrofe foram associados ao aumento do risco de suicídio. Em uma amostra de pacientes hospitalizados com transtorno de personalidade limítrofe acompanhados prospectivamente por 24 anos, cerca de 6% morreram por suicídio, em comparação com 1,4% em uma amostra de comparação de indivíduos com transtornos de personalidade diferentes do transtorno de personalidade limítrofe. Um estudo de indivíduos com transtorno de personalidade limítrofe acompanhado por 10 anos descobriu que o comportamento suicida recorrente era uma característica definidora do transtorno de personalidade limítrofe, associado a taxas decrescentes de tentativas de suicídio de 79% para 13% ao longo do tempo.

Diagnóstico diferencial

Transtornos depressivos e bipolares O transtorno de personalidade limítrofe geralmente ocorre concomitantemente com transtornos depressivos ou bipolares e, quando os critérios para ambos são atendidos, ambos devem ser diagnosticados. Como a apresentação transversal do transtorno de personalidade limítrofe pode ser imitada por um episódio de transtorno depressivo ou bipolar, o médico deve evitar fornecer um diagnóstico adicional de

transtorno de personalidade limítrofe baseado apenas em apresentação transversal sem ter documentado que o padrão de comportamento teve um início precoce e um curso de longa duração.

Transtorno de ansiedade de separação em adultos. O transtorno de ansiedade de separação e o transtorno de personalidade limítrofe são caracterizados pelo medo do abandono por entes queridos, mas problemas de identidade, autodireção, funcionamento interpessoal e impulsividade também são centrais para o transtorno de personalidade limítrofe.

Outros transtornos de personalidade. Outros transtornos de personalidade podem ser confundidos com transtorno de personalidade limítrofe porque têm certas características em comum. Portanto, é importante distinguir entre esses distúrbios com base nas diferenças em suas características características. No entanto, se um indivíduo tem características de personalidade que atendem aos critérios para um ou mais transtornos de personalidade, além do transtorno de personalidade limítrofe, todos podem ser diagnosticados. Embora o transtorno de personalidade histrônica também possa ser caracterizado por busca de atenção, comportamento manipulador e emoções que mudam rapidamente, o transtorno de personalidade limítrofe se distingue por autodestruição, rupturas de raiva em relacionamentos íntimos e sentimentos crônicos de profundo vazio e solidão.

Idéias ou ilusões paranóides podem estar presentes tanto no transtorno de personalidade borderline quanto no transtorno de personalidade esquizotípica, mas esses sintomas são mais transitórios, inter pessoalmente reativos e responsivos à estruturação externa no transtorno de personalidade borderline. Embora o transtorno de personalidade paranoide e o transtorno de personalidade narcisista também possam ser caracterizados por uma reação de raiva a estímulos menores, a relativa estabilidade da autoimagem, bem como a relativa falta de autodestruição física, impulsividade repetitiva e profundas preocupações de abandono, distingue esses transtornos de personalidade borderline. Embora o transtorno de personalidade antissocial e o transtorno de personalidade limítrofe sejam ambos caracterizados por comportamento manipulador, os indivíduos com transtorno de personalidade antissocial são manipuladores para obter lucro, poder ou alguma outra gratificação material, enquanto o objetivo no transtorno de personalidade limítrofe é direcionado mais para conquistar a preocupação dos cuidadores . Tanto o transtorno de personalidade dependente quanto o transtorno de personalidade limítrofe são caracterizados pelo medo do abandono; no entanto, o indivíduo com transtorno de personalidade limítrofe reage ao abandono com sentimentos de vazio emocional, raiva e exigências, enquanto o indivíduo com transtorno de personalidade dependente reage com apaziguamento e submissão crescentes e busca urgentemente uma relação de substituição para fornecer cuidados e apoio. O transtorno de personalidade borderline pode

Além disso, pode ser distinguido do transtorno de personalidade dependente pelo padrão típico de relacionamentos instáveis e intensos.

Mudança de personalidade devido a outra condição médica. O transtorno de personalidade borderline deve ser diferenciado da mudança de personalidade devido a outra condição médica, na qual os traços que surgem são uma consequência fisiológica direta de outra condição médica.

Transtornos por uso de substâncias. O transtorno de personalidade borderline também deve ser diferenciado de sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substâncias.

Problemas de identidade. O transtorno de personalidade limítrofe deve ser diferenciado de um problema de identidade, que é reservado para preocupações de identidade relacionadas a uma fase de desenvolvimento (por exemplo, adolescência) e não se qualifica como um transtorno mental. Adolescentes e adultos jovens com problemas de identidade (especialmente quando acompanhados pelo uso de substâncias) podem apresentar transitoriamente

comportamentos que de forma enganosa dão a impressão de transtorno de personalidade limítrofe. Tais situações são caracterizadas por instabilidade emocional, dilemas existenciais, incerteza, escolhas que provocam ansiedade, conflitos sobre orientação sexual e pressões sociais concorrentes para decidir nas carreiras.

Comorbidade

Transtornos coocorrentes comuns incluem transtornos depressivos e bipolares, transtornos por uso de substâncias, transtornos de ansiedade (particularmente transtorno de pânico e transtorno de ansiedade social), transtornos alimentares (principalmente bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar periódica), transtorno de estresse pós-traumático e déficit de atenção. desordem de hiperatividade. O transtorno de personalidade limítrofe também ocorre frequentemente com outros transtornos de personalidade.

Transtorno de Personalidade Histrônica

Critério de diagnóstico	F60.4
<p>Um padrão generalizado de emotionalidade excessiva e busca de atenção, começando no início da idade adulta e presente em uma variedade de contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sente-se desconfortável em situações nas quais não é o centro da atenção atenção. 2. A interação com os outros é frequentemente caracterizada por comportamento sexualmente sedutor ou provocativo inadequado. 3. Exibe uma rápida mudança e expressão superficial de emoções. 4. Usa consistentemente a aparência física para chamar a atenção para si mesmo. 5. Tem um estilo de fala excessivamente impressionista e carente de detalhes. 6. Mostra auto-dramatização, teatralidade e expressão exagerada de emoção. 7. É sugestionável (ou seja, facilmente influenciado por outros ou circunstâncias). 8. Considera os relacionamentos mais íntimos do que realmente são. 	

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de personalidade histrônica é a emotividade generalizada e excessiva e o comportamento de busca de atenção. Esse padrão começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos.

Indivíduos com transtorno de personalidade histrônica sentem-se desconfortáveis ou se sentem desvalorizados quando não são o centro das atenções (Critério 1). Muitas vezes animadas e dramáticas, elas tendem a chamar a atenção para si mesmas e podem inicialmente encantar novos conhecidos por seu entusiasmo, aparente abertura ou flerte. Essas qualidades se desgastam, no entanto, à medida que esses indivíduos exigem continuamente ser o centro das atenções. Eles comandam o

dramáticos (por exemplo, inventar histórias, criar uma cena) para chamar a atenção para si mesmos. Essa necessidade é muitas vezes aparente em seu comportamento com um clínico (por exemplo, ser lisonjeiro, trazer presentes, fornecer descrições dramáticas de sintomas físicos e psicológicos que são substituídos por novos sintomas a cada consulta).

A aparência e o comportamento dos indivíduos com esse transtorno são frequentemente sexualmente provocativos ou sedutores de forma inadequada (Critério 2). Esse comportamento não é apenas direcionado a pessoas nas quais o indivíduo tem interesse sexual ou romântico, mas também ocorre em uma ampla variedade de relacionamentos sociais, ocupacionais e profissionais além do que é apropriado para o contexto social. A expressão emocional pode ser superficial e mudar rapidamente (Critério 3). Indivíduos com esse transtorno usam consistentemente a aparência física para chamar a atenção para si mesmos (Critério 4). Eles estão excessivamente preocupados em impressionar os outros por sua aparência e gastam uma quantidade excessiva de tempo, energia e dinheiro em roupas e aparência. Eles podem “pescar elogios” em relação à aparência e podem ficar fácil e excessivamente chateados com um comentário crítico sobre sua aparência ou com uma fotografia que consideram pouco lisonjeira.

Esses indivíduos têm um estilo de fala excessivamente impressionista e carente de detalhes (Critério 5). Opiniões fortes são expressas com um toque dramático, mas as razões subjacentes são geralmente vagas e difusas, sem fatos e detalhes de apoio. Por exemplo, um indivíduo com transtorno de personalidade histrônica pode comentar que um determinado indivíduo é um ser humano maravilhoso, mas ser incapaz de fornecer exemplos específicos de boas qualidades para apoiar essa opinião.

Indivíduos com esse transtorno são caracterizados por autodramatização, teatralidade e expressão exagerada de emoção (Critério 6). Eles podem constranger amigos e conhecidos por uma exibição pública excessiva de emoções (por exemplo, abraçar conhecidos casuais com ardor excessivo, soluçar incontrolavelmente em pequenas ocasiões sentimentais, ter acessos de raiva).

No entanto, suas emoções muitas vezes parecem ser ligadas e desligadas muito rapidamente para serem sentidas profundamente, o que pode levar outras pessoas a acusar o indivíduo de fingir esses sentimentos.

Indivíduos com transtorno de personalidade histrônica têm um alto grau de sugestionabilidade (Critério 7). Suas opiniões e sentimentos são facilmente influenciados pelos outros e pelas modas atuais. Eles podem ser excessivamente confiantes, especialmente em figuras de autoridade forte que eles vêem como magicamente resolvendo seus problemas. Eles têm uma tendência a dar palpites e adotar convicções rapidamente. Indivíduos com esse transtorno geralmente consideram os relacionamentos mais íntimos do que realmente são, descrevendo quase todos os conhecidos como “meu querido, querido amigo” ou referindo-se a médicos encontrados apenas uma ou duas vezes em circunstâncias profissionais por seus primeiros nomes (Critério 8).

Recursos associados

O comprometimento em geral tende a ser menor no transtorno de personalidade histrônica do que em muitos outros transtornos de personalidade. No entanto, o comprometimento mais associado ao transtorno de personalidade histrônica parece ser de natureza interpessoal. Indivíduos com transtorno de personalidade histrônica têm um estilo interpessoal caracterizado por dominância social, que pode abranger um espectro de comportamentos que incluem uma “dominância mais quente” que pode ser de natureza intrusiva (por exemplo, necessidade de ser o centro das atenções; exibicionista) a uma “dominância mais fria”. “dominância” que pode incluir comportamentos arrogantes, controladores e agressivos. Relacionamentos românticos parecem ser particularmente prejudicados, com evidências sugerindo que indivíduos com sintomas de transtorno de personalidade histrônica são mais propensos a se divorciar ou nunca se casar. Indivíduos com transtorno de personalidade histrônica podem ter dificuldade em alcançar intimidade emocional em relacionamentos românticos ou sexuais. Indivíduos

com esse transtorno muitas vezes têm relacionamentos prejudicados com amigos do mesmo sexo porque seu estilo interpessoal sexualmente provocativo pode parecer uma ameaça aos relacionamentos de seus amigos. Esses indivíduos também podem alienar os amigos com exigências de atenção constante. Muitas vezes ficam deprimidos e

759

chateado quando não são o centro das atenções. Eles podem ansiar por novidades, estímulos e excitação e tendem a ficar entediados com sua rotina habitual. Esses indivíduos são muitas vezes intolerantes ou frustrados por situações que envolvem gratificação atrasada, e suas ações são frequentemente direcionadas à obtenção de satisfação imediata. Embora muitas vezes iniciem um trabalho ou projeto com grande entusiasmo, seu interesse pode diminuir rapidamente. Relacionamentos de longo prazo podem ser negligenciados para dar lugar à excitação de novos relacionamentos.

Prevalência

A prevalência estimada de transtorno de personalidade histrionica com base em uma subamostra de probabilidade da Parte II da Replicação da Pesquisa Nacional de Comorbidades foi de 0,0%. A prevalência de transtorno de personalidade histrionica nos dados da Pesquisa Epidemiológica Nacional sobre Álcool e Condições Relacionadas foi de 1,8%. Uma revisão de cinco estudos epidemiológicos (quatro nos Estados Unidos) encontrou uma prevalência mediana de 0,9%.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

As normas para comportamento interpessoal, aparência pessoal e expressividade emocional variam amplamente entre culturas, gêneros e faixas etárias. Antes de considerar os vários traços (por exemplo, emotividade, sedução, estilo interpessoal dramático, busca de novidades, sociabilidade, charme, impressionabilidade, tendência à somatização) como evidência de transtorno de personalidade histrionica, é importante avaliar se eles causam prejuízo clinicamente significativo ou sofrimento. A presença de transtorno de personalidade histrionica deve ser distinguida da expressão reativa e contextual desses traços, surgindo em resposta a pressões de socialização em grupos de pares competitivos, incluindo a “necessidade de ser apreciado”, que não representam traços abrangentes e duradouros consistentes com uma personalidade transtorno.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero

Em ambientes clínicos, esse transtorno foi diagnosticado com mais frequência em mulheres; no entanto, a proporção de gênero não é significativamente diferente da proporção de gênero das mulheres dentro do respectivo cenário clínico. Em contrapartida, alguns estudos que utilizam avaliações estruturadas relatam taxas de prevalência semelhantes entre homens e mulheres.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

O risco real de suicídio não é conhecido, mas a experiência clínica sugere que os indivíduos com esse transtorno podem estar em maior risco de gestos e ameaças suicidas.

Diagnóstico diferencial

Outros transtornos de personalidade e traços de personalidade. Outros transtornos de personalidade podem ser confundidos com transtorno de personalidade histrionica porque possuem certas características em comum. Portanto, é importante distinguir entre esses distúrbios com base nas diferenças em suas características características. No entanto, se um indivíduo tem características de personalidade que atendem aos critérios para um ou mais transtornos de personalidade, além do transtorno de personalidade histrionica, todos podem ser diagnosticados. Embora o transtorno de personalidade limítrofe também possa ser caracterizado por busca de atenção, comportamento manipulador e emoções que mudam rapidamente, ele se distingue por autodestruição, rupturas de raiva em relacionamentos íntimos e sentimentos crônicos de profundo vazio e distúrbio de identidade. Indivíduos com transtorno de personalidade antissocial e transtorno de personalidade histrionica compartilham uma tendência a ser impulsivos, superficiais, em busca de excitação, imprudentes, sedutores e manipuladores, mas pessoas com transtorno de personalidade histrionica tendem a ser mais exageradas em suas emoções e não se envolvem characteristicamente em comportamentos antissociais . Indivíduos com transtorno de personalidade histrionica são manipuladores para obter nutrição, enquanto aqueles com transtorno de personalidade antissocial são manipulados.

760

lativo para obter lucro, poder ou alguma outra gratificação material. Embora os indivíduos com transtorno de personalidade narcisista também desejem atenção dos outros, eles geralmente querem elogios por sua “superioridade”, enquanto indivíduos com transtorno de personalidade histrionica estão dispostos a ser vistos como frágeis ou dependentes se isso for fundamental para obter atenção. Indivíduos com transtorno de personalidade narcisista podem exagerar a intimidade de seus relacionamentos com outras pessoas, mas são mais propensos a enfatizar o status “VIP” ou a riqueza de seus amigos. No transtorno de personalidade dependente, o indivíduo é excessivamente dependente de outros para elogios e orientação, mas não tem as características emocionais extravagantes e exageradas de indivíduos com transtorno de personalidade histrionica.

Muitos indivíduos podem apresentar traços de personalidade histrionica. Somente quando esses traços são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo, eles constituem transtorno de personalidade histrionica.

Mudança de personalidade devido a outra condição médica. O transtorno de personalidade histrionica deve ser diferenciado da mudança de personalidade devido a outra condição médica, na qual os traços que surgem são uma consequência fisiológica direta de outra condição médica.

Transtornos por uso de substâncias. O transtorno também deve ser diferenciado dos sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substâncias.

Comorbidade O

transtorno de personalidade histrionica tem sido associado a taxas mais altas de transtornos de personalidade borderline, narcisista, paranóide, dependente e antissocial; uso e uso indevido de álcool e outras substâncias; assim como a agressão e a violência. Acredita-se também que o transtorno de personalidade histrionica esteja relacionado ao transtorno de sintomas somáticos, transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão) e transtorno depressivo maior.

Transtorno de personalidade narcisista

Critério de diagnóstico	F60.81
<p>Um padrão generalizado de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e falta de empatia, começando no início da idade adulta e presente em uma variedade de contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes: 1. senso de auto-importância (por exemplo, exagera realizações e talentos, espera ser reconhecido como superior sem realizações proporcionais).</p> <p>2. Está preocupado com fantasias de sucesso ilimitado, poder, brilho, beleza ou amor idealizado.</p> <p>3. Acredita que é “especial” e único e só pode ser compreendido ou deve se associar a outras pessoas (ou instituições) especiais ou de alto status.</p> <p>4. Requer admiração excessiva.</p> <p>5. Tem um senso de direito (ou seja, expectativas irrationais de tratamento especialmente favorável ou conformidade automática com suas expectativas).</p> <p>6. É explorador interpessoalmente (ou seja, tira vantagem dos outros para alcançar seu próprios fins).</p> <p>7. Falta empatia: não está disposto a reconhecer ou se identificar com os sentimentos e necessidades de outros.</p> <p>8. Muitas vezes tem inveja dos outros ou acredita que os outros têm inveja dele.</p> <p>9. Mostra comportamentos ou atitudes arrogantes e arrogantes.</p>	

761

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de personalidade narcisista é um padrão generalizado de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia que começa no início da idade adulta e está presente em vários contextos.

Indivíduos com esse transtorno têm uma sensação grandiosa de auto-importância, que pode se manifestar como uma sensação exagerada ou irreal de superioridade, valor ou capacidade (Critério 1).

Eles tendem a superestimar suas habilidades e ampliar suas realizações, muitas vezes parecendo arrogantes e pretensiosos. Eles podem presumir alegremente que os outros atribuem o mesmo valor aos seus esforços e podem se surpreender quando o elogio que esperam e sentem que merecem não é recebido. Muitas vezes implícita nos julgamentos inflados de suas próprias realizações está uma subestimação ou desvalorização das contribuições dos outros. Indivíduos com transtorno de personalidade narcisista estão frequentemente preocupados com fantasias de sucesso ilimitado, poder, brilho, beleza ou amor ideal (Critério 2). Eles podem ruminar sobre admiração e privilégio “há muito atrasados” e se comparar favoravelmente com pessoas famosas ou privilegiadas.

Indivíduos com transtorno de personalidade narcisista acreditam que são especiais ou únicos e esperam que os outros os reconheçam como tal (Critério 3). Eles podem ficar surpresos ou mesmo devastados quando o reconhecimento da aclamação que eles esperam e sentem que merecem dos outros não está próximo. Eles podem sentir que só podem ser compreendidos e só devem se associar com pessoas de alto status e podem atribuir qualidades “únicas”, “perfeitas” ou “dotadas” àqueles com

quem eles associam. Indivíduos com esse transtorno acreditam que suas necessidades são especiais e além do alcance das pessoas comuns. Sua própria auto-estima é reforçada (ou seja, “espelhada”) pelo valor idealizado que eles atribuem àqueles com quem se associam. Eles tendem a insistir em ter apenas a pessoa “top” (médico, advogado, cabeleireiro, instrutor) ou ser afiliados às “melhores” instituições, mas podem desvalorizar as credenciais daqueles que os decepcionam.

Indivíduos com esse transtorno geralmente requerem admiração excessiva (Critério 4). Sua auto-estima é quase invariavelmente muito frágil, e sua luta com graves dúvidas internas, autocrítica e vazio resulta em sua necessidade de buscar ativamente a admiração dos outros. Eles podem estar preocupados com o quanto bem eles estão indo e quanto favoravelmente são vistos pelos outros. Eles podem esperar que sua chegada seja saudada com grande alarde e ficam surpresos se outros não cobiçarem suas posses. Eles podem constantemente pescar elogios, muitas vezes com muito charme.

Um senso de direito, que está enraizado em seu senso distorcido de autoestima, é evidente na expectativa irracional desses indivíduos de um tratamento especialmente favorável (Critério 5). Eles esperam ser atendidos e ficam confusos ou furiosos quando isso não acontece. Por exemplo, eles podem presumir que não precisam esperar na fila e que suas prioridades são tão importantes que os outros devem se submeter a eles, e então ficam irritados quando outros deixam de ajudar “em seu trabalho muito importante”. Eles esperam receber o que quiserem ou sentirem que precisam, não importa o que isso possa significar para os outros. Por exemplo, esses indivíduos podem esperar grande dedicação dos outros e podem sobrecarregá-los sem levar em conta o impacto em suas vidas. Esse senso de direito, combinado com a falta de compreensão e sensibilidade aos desejos e necessidades dos outros, pode resultar na exploração consciente ou involuntária dos outros (Critério 6). Eles tendem a formar amizades ou relacionamentos românticos apenas se a outra pessoa parecer provável que promova seus propósitos ou aumente sua auto-estima. Frequentemente usurparam privilégios especiais e recursos extras que acreditam merecer. Alguns indivíduos com transtorno de personalidade narcisista intencionalmente e propositalmente tiram vantagem dos outros emocionalmente, socialmente, intelectualmente ou financeiramente para seus próprios propósitos e ganhos.

Indivíduos com transtorno de personalidade narcisista geralmente têm falta de empatia e não estão dispostos a reconhecer ou se identificar com os desejos, experiências subjetivas e sentimentos dos outros (Critério 7). Eles tendem a ter algum grau de empatia cognitiva

762

(compreendendo a perspectiva de outra pessoa em um nível intelectual), mas falta empatia emocional (sentindo diretamente as emoções que outra pessoa está sentindo). Esses indivíduos podem ignorar a dor que seus comentários podem causar (por exemplo, dizer exuberantemente a um ex-amante que “agora estou no relacionamento de uma vida!”; gabar-se de saúde na frente de alguém que está doente). Quando reconhecidos, as necessidades, desejos ou sentimentos dos outros provavelmente serão vistos com desprezo como sinais de fraqueza ou vulnerabilidade. Aqueles que se relacionam com indivíduos com transtorno de personalidade narcisista normalmente encontram frieza emocional e falta de interesse recíproco.

Esses indivíduos muitas vezes têm inveja dos outros ou acreditam que os outros têm inveja deles (Critério 8). Eles podem invejar os outros por seus sucessos ou posses, sentindo que merecem mais essas conquistas, admiração ou privilégios. Eles podem desvalorizar duramente as contribuições de outros, particularmente quando esses indivíduos receberam reconhecimento ou elogios por suas realizações. Comportamentos arrogantes e altivos caracterizam esses indivíduos; muitas vezes exibem atitudes esnobes, desdenhosas ou condescendentes (Critério 9).

Recursos associados

A vulnerabilidade na autoestima torna os indivíduos com transtorno de personalidade narcisista muito sensíveis a críticas ou derrotas. Embora não demonstrem isso externamente, essas experiências podem deixá-los envergonhados, humilhados, degradados, vazios e vazios. Eles podem reagir com desdém, raiva ou contra-ataque desafiador. No entanto, tais experiências também podem levar ao retraimento social ou a uma aparência de humildade que pode mascarar e proteger a grandiosidade.

As relações interpessoais são tipicamente prejudicadas por problemas relacionados à auto-preocupação, direito, necessidade de admiração e desrespeito relativo às sensibilidades dos outros.

Indivíduos com transtorno de personalidade narcisista podem ser competentes e de alto funcionamento com sucesso profissional e social, enquanto outros podem ter vários níveis de comprometimento funcional. A capacidade profissional combinada com o autocontrole, o estoicismo e o distanciamento interpessoal com o mínimo de auto-revelação pode apoiar o engajamento sustentado da vida e até permitir o casamento e as afiliações sociais. Às vezes, a ambição e a confiança temporária levam a grandes realizações, mas o desempenho pode ser interrompido devido à autoconfiança flutuante e à intolerância à crítica ou à derrota. Alguns indivíduos com transtorno de personalidade narcisista têm funcionamento vocacional muito baixo, refletindo uma relutância em correr riscos em situações competitivas ou outras em que o fracasso ou a derrota podem ser possíveis.

Baixa autoestima com inferioridade, vulnerabilidade e sentimentos sustentados de vergonha, inveja e humilhação, acompanhados de autocrítica e insegurança, podem tornar os indivíduos com transtorno de personalidade narcisista suscetíveis a retraimento social, vazio e humor deprimido. Altos padrões perfeccionistas são frequentemente associados a um medo significativo de exposição à imperfeição, fracasso e emoções avassaladoras.

Prevalência

A prevalência estimada de transtorno de personalidade narcisista com base em uma subamostra de probabilidade da Parte II do National Comorbidity Survey Replication foi de 0,0%. A prevalência de transtorno de personalidade narcisista nos dados do National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions foi de 6,2%. Uma revisão de cinco estudos epidemiológicos (quatro nos Estados Unidos) encontrou uma prevalência mediana de 1,6%.

Desenvolvimento e Curso Traços

narcisistas podem ser particularmente comuns em adolescentes, mas não indicam necessariamente que o indivíduo desenvolverá transtorno de personalidade narcisista na idade adulta. Traços narcisistas predominantes ou manifestações do transtorno completo podem primeiro chamar a atenção clínica ou ser exacerbados no contexto de uma vida inesperada ou extremamente desafiadora

763

experiências ou crises, como falências, rebaixamentos ou perda de trabalho, ou divórcios. Além disso, indivíduos com transtorno de personalidade narcisista podem apresentar dificuldades específicas de adaptação ao surgimento de limitações físicas e ocupacionais inerentes ao processo de envelhecimento. No entanto, experiências de vida, como novos relacionamentos duráveis, realizações reais de sucesso e decepções e contratemplos toleráveis, podem ser corretivas e contribuir para mudanças e melhorias em indivíduos com esse transtorno.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Traços narcisistas podem ser elevados em contextos socioculturais que enfatizam o individualismo e a autonomia pessoal sobre os objetivos coletivistas. Em comparação com contextos coletivistas, em contextos individualistas, os traços narcisistas podem justificar menos atenção clínica ou levar menos frequentemente ao prejuízo social.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero

Entre os adultos de 18 anos ou mais diagnosticados com transtorno de personalidade narcisista, 50%–75% são homens. As diferenças de gênero em adultos com esse transtorno incluem maior reatividade em resposta ao estresse e processamento empático comprometido nos homens, em oposição ao autofoco e retraimento nas mulheres. Padrões e expectativas de gênero com base cultural também podem contribuir para as diferenças de gênero nos traços e padrões do transtorno de personalidade narcisista.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

No contexto de estresse severo, e devido ao perfeccionismo frequentemente associado ao transtorno de personalidade narcisista, a exposição à imperfeição, fracasso e emoções avassaladoras pode evocar a ideação suicida. As tentativas de suicídio em indivíduos com transtorno de personalidade narcisista tendem a ser menos impulsivas e caracterizam-se por maior letalidade em comparação com tentativas de suicídio por indivíduos com outros transtornos de personalidade.

Diagnóstico diferencial

Outros transtornos de personalidade e traços de personalidade

Outros transtornos de personalidade podem ser confundidos com transtorno de personalidade narcisista porque têm certas características em comum. Portanto, é importante distinguir entre esses distúrbios com base nas diferenças em suas características. No entanto, se um indivíduo tem características de personalidade que atendem aos critérios para um ou mais transtornos de personalidade, além do transtorno de personalidade narcisista, todos podem ser diagnosticados. A característica mais útil na discriminação do transtorno de personalidade narcisista de transtornos de personalidade histrionica, antissocial e limítrofe, nos quais os estilos interativos são coquete, insensível e carente, respectivamente, é a grandiosidade característica do transtorno de personalidade narcisista. A relativa estabilidade da autoimagem e do autocontrole, bem como a relativa falta de autodestruição, impulsividade, insegurança de separação e hiperreatividade emocional também ajudam a distinguir o transtorno de personalidade narcisista do transtorno de personalidade limítrofe.

Orgulho excessivo de realizações, uma relativa falta de demonstração emocional e ignorância ou desdém pelas sensibilidades dos outros ajudam a distinguir o transtorno de personalidade narcisista do transtorno de personalidade histrionica. Embora indivíduos com transtornos de personalidade borderline, histrionicos e narcisistas possam exigir muita atenção, aqueles com transtorno de personalidade narcisista precisam especificamente dessa atenção para serem admirados. Indivíduos com transtornos de personalidade antissocial e narcisista compartilham uma tendência a serem obstinados, simplórios, superficiais, exploradores e não empáticos. No entanto, o transtorno de personalidade narcisista não inclui necessariamente características de agressividade impulsiva e falsidade. Além disso, indivíduos com transtorno de personalidade antissocial podem ser mais indiferentes e menos sensíveis às reações ou críticas dos outros, e indivíduos com transtorno de personalidade narcisista geralmente não têm histórico de transtorno de conduta na infância ou comportamento criminoso na idade adulta.

Tanto no transtorno de personalidade narcisista quanto no transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo, o indivíduo pode professar um compromisso com o perfeccionismo e acreditar que os outros também não podem fazer as coisas. No entanto, enquanto aqueles com transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva tendem a estar mais imersos no perfeccionismo relacionado à ordem e rigidez, indivíduos com transtorno de personalidade narcisista tendem a estabelecer altos padrões perfeccionistas, especialmente para aparência e desempenho, e ficam criticamente preocupados se não forem medindo-se.

Suspeita e retraimento social geralmente distinguem aqueles com transtorno de personalidade esquizotípica, esquiva ou paranoide daqueles com transtorno de personalidade narcisista. Quando essas qualidades estão presentes em indivíduos com transtorno de personalidade narcisista, elas derivam principalmente da vergonha e do medo do fracasso, ou do medo de ter imperfeições ou falhas reveladas.

Muitos indivíduos altamente bem-sucedidos exibem traços de personalidade que podem ser considerados narcisistas. Somente quando esses traços são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo, eles constituem transtorno de personalidade narcisista.

Mania ou hipomania. A grandiosidade pode surgir como parte de episódios maníacos ou hipomaníacos, mas a associação com alterações de humor ou deficiências funcionais ajuda a distinguir esses episódios do transtorno de personalidade narcisista.

Transtornos por uso de substâncias. O transtorno de personalidade narcisista também deve ser distinguido de sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substâncias.

Transtorno depressivo persistente. Experiências que ameaçam a autoestima podem evocar um profundo sentimento de inferioridade e sentimentos sustentados de vergonha, inveja, autocrítica e insegurança em indivíduos com transtorno de personalidade narcisista que podem resultar em sentimentos negativos persistentes semelhantes aos observados no transtorno depressivo persistente. Se os critérios também forem atendidos para transtorno depressivo persistente, ambas as condições podem ser diagnosticadas.

Comorbidade O

transtorno de personalidade narcisista está associado a transtornos depressivos (transtorno depressivo persistente e transtorno depressivo maior), anorexia nervosa e transtornos por uso de substâncias (especialmente relacionados à cocaína). Transtornos de personalidade histrionica, borderline, antissocial e paranoide também podem estar associados ao transtorno de personalidade narcisista.

Transtornos de Personalidade do Grupo C

Transtorno de Personalidade Esquiva

Critério de diagnóstico	F60.6
Um padrão generalizado de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade	

à avaliação negativa, começando no início da idade adulta e presente em uma variedade de contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes: 1. Evita atividades ocupacionais que envolvem contato interpessoal significativo por medo de críticas, desaprovação ou rejeição.

2. Não está disposto a se envolver com pessoas, a menos que tenha certeza de ser apreciado.

765

3. Mostra contenção nos relacionamentos íntimos por causa do medo de ser envergonhado ou ridicularizado.
4. Está preocupado em ser criticado ou rejeitado em situações sociais.
5. É inibido em novas situações interpessoais devido a sentimentos de inadequação.
6. Considera-se socialmente inepto, pessoalmente desagradável ou inferior aos outros.
7. É incomumente relutante em assumir riscos pessoais ou se envolver em novas atividades porque podem ser embaracosas.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de personalidade esquiva é um padrão generalizado de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa que começa no início da idade adulta e está presente em vários contextos.

Indivíduos com transtorno de personalidade esquiva evitam atividades de trabalho que envolvam contato interpessoal significativo devido ao medo de críticas, desaprovação ou rejeição (Critério 1). As ofertas de promoções de emprego podem ser recusadas porque a falha em gerenciar as novas responsabilidades pode resultar em críticas dos colegas de trabalho. Esses indivíduos evitam fazer novos amigos a menos que tenham certeza de que serão apreciados e aceitos sem críticas (Critério 2). Até que passem por testes rigorosos provando o contrário, as outras pessoas são consideradas críticas e desprovadoras. Indivíduos com este transtorno são altamente evitantes de atividades em grupo. A intimidade interpessoal é muitas vezes difícil para esses indivíduos, embora sejam capazes de estabelecer relacionamentos íntimos quando há garantia de aceitação acrítica. Eles podem agir com moderação, relutar em falar sobre si mesmos e reter sentimentos íntimos por medo de serem expostos, ridicularizados ou envergonhados (Critério 3).

Como os indivíduos com esse transtorno estão preocupados em serem criticados ou rejeitados em situações sociais, eles podem ter um limiar marcadamente baixo para detectar tais reações (Critério 4). Se alguém é um pouco desprovador ou crítico, eles podem se sentir extremamente magoados. Eles tendem a ser tímidos, quietos, inibidos e "invisíveis" por causa do medo de que qualquer atenção seja crítica ou rejeitadora. Eles esperam que não importa o que digam, os outros vão ver isso como "errado", e então eles podem não dizer nada. Eles reagem fortemente a sugestões sutis que sugerem zombaria ou escárnio e podem interpretar erroneamente um gesto ou declaração neutra como crítica ou de rejeição. Apesar do desejo de serem participantes ativos na vida social, eles temem colocar seu bem-estar psicológico nas mãos de outros. Indivíduos com transtorno de personalidade esquiva são inibidos em novas situações interpessoais porque se sentem inadequados e têm baixa autoestima (Critério 5). Esses indivíduos acreditam ser socialmente inaptos, pessoalmente pouco atraentes ou inferiores aos outros (Critério 6). Dúvidas sobre competência social e apelo pessoal podem ser mais intensas para alguns indivíduos em ambientes que envolvem interações com estranhos. Mas muitos outros relatam mais

dificuldades com a interação repetida, quando o compartilhamento de informações pessoais ocorreria normalmente, assim, na percepção do indivíduo, aumentando as chances de que sua inferioridade fosse revelada e que ele fosse rejeitado. Ao iniciar um novo compromisso social ou ocupacional em andamento que requer interação interpessoal repetida, os indivíduos podem, ao longo de semanas ou meses, desenvolver uma convicção crescente de que outros ou colegas os veem como inferiores ou sem valor, resultando em angústia ou ansiedade intoleráveis que levam à resignação. Assim, um histórico de repetidas mudanças de emprego pode estar presente. Indivíduos com esse transtorno são extraordinariamente relutantes em assumir riscos pessoais ou em se envolver em novas atividades porque podem ser embarqueosas (Critério 7). Eles são propensos a exagerar os perigos potenciais de situações comuns, e um estilo de vida restrito pode resultar de sua necessidade de certeza e segurança.

Recursos associados

Indivíduos com transtorno de personalidade esquiva muitas vezes avaliam atentamente os movimentos e expressões daqueles com quem entram em contato. Eles são susceptíveis de

766

interpretam erroneamente as respostas sociais como críticas, o que, por sua vez, confirma suas dúvidas. Eles são descritos por outros como “tímidos”, “tímidos”, “solitários” e “isolados”. Os principais problemas associados a esse transtorno ocorrem no funcionamento social e ocupacional. A baixa autoestima e a hipersensibilidade à rejeição estão associadas a contatos interpessoais restritos. Esses indivíduos podem ficar relativamente isolados e geralmente não têm uma grande rede de apoio social que possa ajudá-los a enfrentar crises. Eles desejam afeto e aceitação e podem fantasiar sobre relacionamentos idealizados com os outros. Os comportamentos de evitação também podem afetar negativamente o funcionamento ocupacional porque esses indivíduos tentam evitar os tipos de situações sociais que podem ser importantes para atender às demandas básicas do trabalho ou para o avanço.

Indivíduos com transtorno de personalidade esquiva foram relatados como tendo estilos de apego inseguros caracterizados por um desejo de apego emocional (que pode incluir uma preocupação com relacionamentos anteriores e atuais), mas seus medos de que os outros não os valorizem ou possam machucá-los podem levá-los a responder com passividade, raiva ou medo. Esses padrões de apego têm sido chamados de “preocupados” ou “com medo”, dependendo do modelo empregado pelos pesquisadores.

Prevalência

A prevalência estimada de transtorno de personalidade esquiva com base em uma subamostra de probabilidade da Parte II do National Comorbidity Survey Replication foi de 5,2%. A prevalência de transtorno de personalidade esquiva no National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions foi de 2,4%. Uma revisão de seis estudos epidemiológicos (quatro nos Estados Unidos) encontrou uma prevalência mediana de 2,1%.

Desenvolvimento e Curso O

comportamento de evitação geralmente começa na infância com timidez, isolamento e medo de estranhos e novas situações. Embora a timidez na infância seja um precursor comum do transtorno de personalidade esquiva, na maioria dos indivíduos ela tende a se dissipar gradualmente à medida que envelhecem. Dentro

Em contraste, os indivíduos que desenvolvem o transtorno de personalidade esquiva podem se tornar cada vez mais tímidos e esquivos durante a adolescência e início da idade adulta, quando as relações sociais com novas pessoas se tornam especialmente importantes. Há alguma evidência de que em adultos, o transtorno de personalidade esquiva tende a se tornar menos evidente ou a regredir com a idade; a prevalência em adultos com mais de 65 anos foi estimada em 0,8%. Este diagnóstico deve ser usado com muita cautela em crianças e adolescentes, para quem o comportamento tímido e evitativo pode ser apropriado para o desenvolvimento.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Pode haver variação no grau em que diferentes grupos culturais e étnicos consideram a desconfiança e a evitação como apropriados. Além disso, o comportamento evitativo pode ser o resultado de problemas de aculturação após a migração. Em alguns contextos socioculturais, a evitação acentuada pode ocorrer após constrangimento social (“perda de face”) ou falha em atingir os principais objetivos de vida, em vez de timidez temperamental. Nesses ambientes, o objetivo da evitação inclui a minimização deliberada das interações sociais para preservar a harmonia social ou evitar ofensas públicas.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero

O transtorno de personalidade esquiva parece ser mais comum em mulheres do que em homens em pesquisas comunitárias. Essa diferença de gênero na prevalência é pequena, mas consistentemente encontrada em grandes amostras populacionais.

767

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de Ansiedade Social

Parece haver uma grande sobreposição entre o transtorno de personalidade esquiva e o transtorno de ansiedade social. Tem sido sugerido que eles podem representar diferentes manifestações de problemas subjacentes semelhantes, ou o transtorno de personalidade esquiva pode ser uma forma mais grave de transtorno de ansiedade social. No entanto, diferenças também foram descritas, principalmente em relação ao autoconceito (como autoestima e sentimento de inferioridade no transtorno de personalidade esquiva); o último é uma evidência indireta, pois mostra que o autoconceito negativo no transtorno de ansiedade social pode ser instável e, portanto, menos difundido e arraigado do que no transtorno de personalidade esquiva. Além disso, estudos mostraram que o transtorno de personalidade esquiva ocorre frequentemente na ausência de transtorno de ansiedade social, e alguns fatores de risco separados foram identificados, fornecendo suporte para a manutenção de duas categorias diagnósticas separadas.

Agorafobia. A esquiva caracteriza tanto o transtorno de personalidade esquiva quanto a agorafobia, e muitas vezes ocorrem concomitantemente. Eles podem ser distinguidos pela motivação para a evitação (por exemplo, medo de pânico ou dano físico na agorafobia).

Outros transtornos de personalidade e traços de personalidade Outros transtornos de personalidade podem ser confundidos com transtorno de personalidade esquiva porque têm certas características em comum. Portanto, é importante distinguir entre esses distúrbios com base nas diferenças em suas características. No entanto, se um indivíduo tem características de personalidade que atendem aos critérios para um ou mais transtornos de personalidade, além do transtorno de personalidade esquiva, todos podem ser diagnosticados. Tanto o transtorno de personalidade esquiva quanto o transtorno de personalidade dependente são caracterizados por sentimentos de

inadequação, hipersensibilidade à crítica e necessidade de reafirmação. Comportamentos semelhantes (por exemplo, falta de assertividade) e atributos (p. transtorno de personalidade, mas busca de proximidade no transtorno de personalidade dependente. As motivações por trás de comportamentos semelhantes podem ser bem diferentes. Por exemplo, a falta de assertividade no transtorno de personalidade esquiva é descrita como mais intimamente relacionada ao medo de ser rejeitado ou humilhado, enquanto no transtorno de personalidade dependente é motivada pelo desejo de evitar ser deixado à própria sorte. No entanto, o transtorno de personalidade esquiva e o transtorno de personalidade dependente podem ser particularmente prováveis de ocorrer simultaneamente. Assim como o transtorno de personalidade esquiva, o transtorno de personalidade esquizóide e o transtorno de personalidade esquizotípica são caracterizados pelo isolamento social. No entanto, indivíduos com transtorno de personalidade esquiva querem ter relacionamentos com os outros e sentir profundamente sua solidão, enquanto aqueles com transtorno de personalidade esquizóide ou esquizotípica podem se contentar e até preferir seu isolamento social. O transtorno de personalidade paranoide e o transtorno de personalidade esquiva são ambos caracterizados por uma relutância em confiar nos outros. No entanto, no transtorno de personalidade esquiva, essa relutância é atribuível mais ao medo de humilhação ou de ser considerado inadequado do que ao medo da intenção maliciosa dos outros.

Muitos indivíduos exibem traços de personalidade esquiva. Somente quando esses traços são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo, eles constituem transtorno de personalidade esquiva.

Mudança de personalidade devido a outra condição médica.

O transtorno de personalidade esquiva deve ser diferenciado da mudança de personalidade devido a outra condição médica, na qual os traços que emergem são uma consequência fisiológica direta de outra condição médica.

Transtornos por uso de substâncias.

O transtorno de personalidade esquiva também deve ser diferenciado de sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substâncias.

768

Comorbidade

Outros transtornos comumente diagnosticados com transtorno de personalidade esquiva incluem transtornos depressivos e transtornos de ansiedade, especialmente transtorno de ansiedade social. O transtorno de personalidade esquiva também tende a ser diagnosticado com transtorno de personalidade esquizóide. O transtorno de personalidade esquiva está associado a taxas aumentadas de transtornos por uso de substâncias em uma taxa semelhante à forma generalizada de transtorno de ansiedade social.

Transtorno de Personalidade Dependente

Critério de diagnóstico

F60.7

Uma necessidade generalizada e excessiva de ser cuidado que leva ao comportamento submisso e apegado e ao medo da separação, começando no início da idade adulta e presente em uma variedade de contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Tem dificuldade em tomar decisões cotidianas sem uma quantidade excessiva de conselhos e garantia de outros.
2. Precisa que outros assumam a responsabilidade pela maioria das áreas importantes de sua vida.
3. Tem dificuldade em expressar desacordo com os outros por medo de perder apoio ou aprovação.
(Nota: não inclua medos realistas de retribuição.)
4. Tem dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas por conta própria (devido à falta de autoconfiança no julgamento ou habilidades, em vez de falta de motivação ou energia).
5. Faz esforços excessivos para obter apoio e apoio dos outros, a ponto de se voluntariar para fazer coisas desagradáveis.
6. Sente-se desconfortável ou desamparado quando está sozinho por causa de medos exagerados de incapaz de cuidar de si mesmo.
7. Procura urgentemente outro relacionamento como fonte de cuidado e apoio quando um relacionamento próximo termina.
8. Está irrealisticamente preocupado com o medo de ser deixado para cuidar de si mesmo ou ela própria.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de personalidade dependente é uma necessidade generalizada e excessiva de ser cuidado que leva a um comportamento submisso e apegado e ao medo da separação. Esse padrão começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. Os comportamentos dependentes e submissos são projetados para eliciar o cuidado e surgem de uma autopercepção de ser incapaz de funcionar adequadamente sem a ajuda de outros.

Indivíduos com transtorno de personalidade dependente têm grande dificuldade em tomar decisões cotidianas (por exemplo, que cor de camisa usar para o trabalho ou carregar um guarda-chuva) sem uma quantidade excessiva de conselhos e garantias de outras pessoas (Critério 1). Esses indivíduos tendem a ser passivos e a permitir que outras pessoas (geralmente uma única outra pessoa) tomem a iniciativa e assumam a responsabilidade pela maioria das áreas importantes de suas vidas (Critério 2). Os adultos com esse transtorno geralmente dependem de um dos pais ou do cônjuge para decidir onde devem morar, que tipo de trabalho devem ter e quais vizinhos devem fazer amizade. Adolescentes com esse transtorno podem permitir que seus pais decidam o que devem vestir, com quem devem se relacionar, como devem passar seu tempo livre e que escola ou faculdade devem frequentar. Essa necessidade de que os outros assumam a responsabilidade vai além dos pedidos de assistência de outros adequados à idade e à situação (por exemplo, as necessidades específicas de crianças, idosos e pessoas com deficiência). O transtorno de personalidade dependente pode ocorrer em um indivíduo que tenha uma condição médica grave ou deficiência, mas nesses casos a dificuldade em assumir a responsabilidade deve ir além do que normalmente estaria associado a essa condição ou deficiência.

Por temerem perder apoio ou aprovação, os indivíduos com transtorno de personalidade dependente muitas vezes têm dificuldade em expressar desacordo com outros indivíduos, especialmente aqueles de quem são dependentes (Critério 3). Esses indivíduos se sentem tão incapazes de funcionar sozinhos que concordam com coisas que consideram erradas, em vez de correr o risco de perder a ajuda daqueles a quem confiam.

procure orientação. Eles não expressam raiva em relação aos outros de cujo apoio e carinho eles precisam por medo de aliená-los. Se as preocupações do indivíduo em relação às consequências de expressar desacordo são realistas (por exemplo, medos realistas de retribuição de um cônjuge abusivo), o comportamento não deve ser considerado evidência de transtorno de personalidade dependente.

Indivíduos com esse transtorno têm dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas de forma independente (Critério 4). Eles não têm autoconfiança e acreditam que precisam de ajuda para começar e realizar tarefas. Eles vão esperar que os outros começem as coisas porque acreditam que, via de regra, os outros podem fazê-los melhor. Esses indivíduos estão convencidos de que são incapazes de funcionar de forma independente e se apresentam como inaptos e necessitando de assistência constante. No entanto, eles provavelmente funcionarão adequadamente se tiverem a garantia de que outra pessoa está supervisionando e aprovando. Pode haver um medo de se tornar ou parecer mais competente, porque eles podem acreditar que isso levará à perda de apoio. Por dependerem dos outros para lidar com seus problemas, muitas vezes não aprendem as habilidades da vida independente, perpetuando assim a dependência.

Indivíduos com transtorno de personalidade dependente podem se esforçar demais para obter carinho e apoio de outras pessoas, até o ponto de se voluntariar para tarefas desagradáveis se tal comportamento trouxer os cuidados de que precisam (Critério 5). Eles estão dispostos a se submeter ao que os outros querem, mesmo que as exigências não sejam razoáveis. Sua necessidade de manter um vínculo importante muitas vezes resultará em relacionamentos desequilibrados ou distorcidos. Eles podem fazer auto-sacrifícios extraordinários ou tolerar abuso verbal, físico ou sexual. (Deve-se notar que esse comportamento deve ser considerado evidência de transtorno de personalidade dependente somente quando puder ser claramente estabelecido que outras opções estão disponíveis para o indivíduo.) incapazes de cuidar de si (Critério 6).

Quando um relacionamento íntimo termina (por exemplo, um rompimento com um amante; a morte de um cuidador), os indivíduos com transtorno de personalidade dependente podem procurar urgentemente outro relacionamento para fornecer o cuidado e o apoio de que precisam (Critério 7). Sua crença de que são incapazes de funcionar na ausência de um relacionamento próximo motiva esses indivíduos a se apegarem rápida e indiscriminadamente a outro indivíduo. Indivíduos com esse transtorno geralmente se preocupam com o medo de serem deixados para cuidar de si mesmos (Critério 8). Eles se consideram tão totalmente dependentes do conselho e da ajuda de uma outra pessoa importante que se preocupam em perder o apoio dessa pessoa quando não há motivos para justificar tais medos. Para serem considerados como evidência deste critério, os medos devem ser excessivos e irrealistas. Por exemplo, um homem idoso com câncer que se muda para a casa de seu filho para receber cuidados está exibindo um comportamento dependente que é apropriado para as circunstâncias da vida dessa pessoa.

Recursos associados

Indivíduos com transtorno de personalidade dependente são frequentemente caracterizados por pessimismo e dúvida e tendem a menosprezar suas habilidades e ativos. Eles tomam críticas e desaprovações como prova de sua inutilidade e perdem a fé em si mesmos. Eles podem buscar superproteção e domínio dos outros. O funcionamento ocupacional pode ser prejudicado se for necessária uma iniciativa independente. Eles podem evitar posições de responsabilidade e ficar ansiosos quando confrontados com decisões.

Prevalência

A prevalência estimada de transtorno de personalidade dependente com base em uma subamostra de probabilidade da Parte II do National Comorbidity Survey Replication foi de 0,6%. o

770

a prevalência de transtorno de personalidade dependente no National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions foi de 0,5%. Uma revisão de seis estudos epidemiológicos (quatro nos Estados Unidos) encontrou uma prevalência mediana de 0,4%.

Desenvolvimento e Curso Este

diagnóstico deve ser usado com muita cautela, se for o caso, em crianças e adolescentes, para os quais o comportamento dependente pode ser apropriado para o desenvolvimento.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura O

grau em que os comportamentos dependentes são considerados apropriados varia substancialmente entre as diferentes idades e grupos socioculturais. Idade e fatores culturais precisam ser considerados na avaliação do limiar diagnóstico de cada critério. O comportamento dependente deve ser considerado característico do transtorno apenas quando está claramente acima das normas culturais do indivíduo ou reflete preocupações irreais. Uma ênfase na passividade, polidez e tratamento deferente é característica de algumas sociedades e pode ser mal interpretada como traços de transtorno de personalidade dependente. Da mesma forma, as sociedades podem promover e desencorajar diferencialmente o comportamento dependente em homens e mulheres. Indivíduos com transtorno de personalidade dependente exibem uma incapacidade generalizada de tomar decisões, sentimentos contínuos de subjugação, falta de iniciativa, silêncio e distanciamento social que excedem em muito as normas culturais usuais de polidez e passividade intencional.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero Em

ambientes clínicos e comunitários, o transtorno de personalidade dependente foi diagnosticado com mais frequência em mulheres do que em homens.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de Ansiedade de Separação em Adultos

Adultos com transtorno de ansiedade de separação geralmente se preocupam demais com seus filhos, cônjuges, pais e animais de estimação e experimentam um desconforto acentuado quando separados deles. Em contraste, indivíduos com transtorno de personalidade dependente sentem-se desconfortáveis ou desamparados quando estão sozinhos por causa de medos exagerados de serem incapazes de cuidar de si mesmos.

Outros transtornos mentais e condições médicas.

O transtorno de personalidade dependente deve ser

diferenciado da dependência que surge como consequência de outros transtornos mentais (por exemplo, transtornos depressivos, transtorno do pânico, agorafobia) e como resultado de outras condições médicas.

Outros transtornos de personalidade e traços de personalidade.

Outros transtornos de personalidade podem ser confundidos com transtorno de personalidade dependente porque possuem certas características em comum. Portanto, é importante distinguir entre esses distúrbios com base nas diferenças em suas características características. No entanto, se um indivíduo tem características de personalidade que atendem aos critérios para um ou mais transtornos de personalidade, além do transtorno de personalidade dependente, todos podem ser diagnosticados.

Embora muitos transtornos de personalidade sejam caracterizados por características dependentes, o transtorno de personalidade dependente pode ser distinguido por seu comportamento predominantemente submisso e apegado e pela autopercepção da pessoa de não ser capaz de funcionar adequadamente sem a ajuda e o apoio de outros. Tanto o transtorno de personalidade dependente quanto o transtorno de personalidade limítrofe são caracterizados pelo medo do abandono; no entanto, o indivíduo com transtorno de personalidade limítrofe reage ao abandono com sentimentos de vazio emocional, raiva e exigências, enquanto o indivíduo com transtorno de personalidade dependente reage com apaziguamento e submissão crescentes e busca urgentemente uma relação de substituição para fornecer cuidados e apoio. O transtorno de personalidade limítrofe pode ainda ser distinguido de dependente

771

transtorno de personalidade por um padrão típico de relacionamentos instáveis e intensos. Indivíduos com transtorno de personalidade histrionica, como aqueles com transtorno de personalidade dependente, têm uma forte necessidade de reafirmação e aprovação e podem parecer infantis e apegados. No entanto, ao contrário do transtorno de personalidade dependente, que é caracterizado por comportamento discreto e dócil, o transtorno de personalidade histrionica é caracterizado por extravagância gregária com demandas ativas de atenção. Além disso, indivíduos com transtorno de personalidade histrionica normalmente têm menos percepção sobre suas necessidades de dependência subjacentes do que pessoas com transtorno de personalidade dependente. Tanto o transtorno de personalidade dependente quanto o transtorno de personalidade esquiva são caracterizados por sentimentos de inadequação, hipersensibilidade à crítica e necessidade de reafirmação; entretanto, indivíduos com transtorno de personalidade esquiva têm um medo tão forte de humilhação e rejeição que se retraem até terem certeza de que serão aceitos. Em contraste, os indivíduos com transtorno de personalidade dependente têm um padrão de busca e manutenção de conexões com outras pessoas importantes, em vez de evitar e se afastar dos relacionamentos.

Muitos indivíduos exibem traços de personalidade dependentes. Somente quando esses traços são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo, eles constituem transtorno de personalidade dependente.

Mudança de personalidade devido a outra condição médica.

O transtorno de personalidade dependente deve ser diferenciado da mudança de personalidade devido a outra condição médica, na qual os traços que surgem são uma consequência fisiológica direta de outra condição médica.

Transtornos por uso de substâncias.

O transtorno de personalidade dependente também deve ser diferenciado de sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substâncias.

Comorbidade Pode

haver um risco aumentado de transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e transtornos de adaptação. O transtorno de personalidade dependente geralmente ocorre concomitantemente com outros transtornos de personalidade, especialmente transtornos de personalidade limítrofe, esquiva e histrionica. Doença física crônica ou transtorno de ansiedade de separação persistente na infância ou adolescência podem predispor o indivíduo ao desenvolvimento desse transtorno.

Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsivo

Critério de diagnóstico	F60.5
<p>Um padrão generalizado de preocupação com ordem, perfeccionismo e controle mental e interpessoal, às custas de flexibilidade, abertura e eficiência, começando no início da idade adulta e presente em uma variedade de contextos, conforme indicado por quatro (ou mais) dos seguintes : 1. Está preocupado com detalhes, regras, listas, ordem, organização ou horários para o na medida em que o ponto principal da atividade é perdido.</p> <p>2. Mostra perfeccionismo que interfere na conclusão da tarefa (por exemplo, é incapaz de concluir um projeto porque seus próprios padrões excessivamente rígidos não são atendidos).</p> <p>3. Dedica-se excessivamente ao trabalho e à produtividade com exclusão de atividades de lazer e amizades (não contabilizadas por óbvia necessidade econômica).</p> <p>4. É excessivamente consciencioso, escrupuloso e inflexível sobre questões de moralidade, ética ou valores (não contabilizados por identificação cultural ou religiosa).</p> <p>5. É incapaz de descartar objetos desgastados ou sem valor, mesmo quando não têm valor sentimental.</p> <p>6. Reluta em delegar tarefas ou trabalhar com outras pessoas, a menos que elas se submetam exatamente a sua maneira de fazer as coisas.</p> <p>7. Adota um estilo mesquinho de gastar tanto consigo mesmo quanto com os outros; dinheiro é visto como algo a ser guardado para catástrofes futuras.</p> <p>8. Mostra rigidez e teimosia.</p>	772

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo é uma preocupação com a ordem, o perfeccionismo e o controle mental e interpessoal, em detrimento da flexibilidade, abertura e eficiência. Esse padrão começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos.

Indivíduos com transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva tentam manter um senso de controle por meio de atenção meticolosa a regras, detalhes triviais, procedimentos, listas, horários ou formulários, na medida em que o ponto principal da atividade é perdido (Critério 1). Eles são excessivamente cuidadosos e propensos à repetição, prestando atenção extraordinária aos detalhes e verificando repetidamente possíveis erros, perdendo a noção do tempo no processo. Por exemplo, quando esses indivíduos perdem uma lista de coisas a serem feitas, eles gastam uma quantidade excessiva de tempo procurando a lista em vez de gastar alguns momentos tentando recriá-la da memória e prosseguir para realizar as tarefas. Eles descartam o fato de que outras pessoas tendem a ficar muito irritadas com os atrasos e inconveniências que resultam desse comportamento, porque respondem preferencialmente à ansiedade de cometer um erro ou à insistência em como as coisas devem ser feitas. O tempo é mal alocado e as tarefas mais importantes são deixadas para o último momento. O perfeccionismo e os altos padrões de desempenho auto-impostos causam disfunção e sofrimento significativos nesses indivíduos. Eles podem ficar tão envolvidos em fazer cada

detalhe de um projeto absolutamente perfeito que o projeto nunca termina (Critério 2). Por exemplo, a conclusão de um relatório escrito é adiada por inúmeras reescritas demoradas que ficam aquém da "perfeição". Os prazos são rotineiramente perdidos ou o indivíduo tem um padrão de esforço extraordinário (por exemplo, trabalhar a noite toda, pular refeições) para cumprir o prazo no último momento e aspectos da vida do indivíduo que não são o foco atual da atividade pode cair em desordem.

Indivíduos com transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva exibem devoção excessiva ao trabalho e produtividade com exclusão ou desvalorização de atividades de lazer e amizades (Critério 3). Esse comportamento não é explicado pela necessidade econômica. Muitas vezes, eles sentem que não têm tempo para tirar uma noite ou um dia de fim de semana para sair para um passeio ou apenas relaxar. Eles podem continuar adiando uma atividade prazerosa, como férias, para que nunca ocorra. Quando relutantemente reservam tempo para atividades de lazer ou férias, ficam muito desconfortáveis, a menos que tenham levado algo para trabalhar para não "perder tempo". Pode haver uma grande concentração nas tarefas domésticas (por exemplo, limpeza excessiva repetida para que "poderia comer do chão"). Se eles passam tempo com amigos, é provável que seja em algum tipo de atividade formalmente organizada (por exemplo, esportes). Hobbies ou atividades recreativas são abordados como tarefas sérias ou com intensidade metódica, exigindo organização cuidadosa e trabalho duro para dominar. A ênfase está no desempenho perfeito. Esses indivíduos transformam a brincadeira em uma tarefa estruturada semelhante a um trabalho (por exemplo, corrigir uma criança por não colocar os anéis no poste na ordem correta; dizer a uma criança para andar de triciclo em linha reta; transformar um jogo de beisebol em uma dura "lição").

Indivíduos com transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo podem ser excessivamente conscientes, escrupulosos e inflexíveis em questões de moralidade, ética ou valores (Critério 4). Eles podem forçar a si mesmos e a outros a seguir princípios morais rígidos e padrões de desempenho muito rígidos. Eles também podem ser impiedosamente autocriticos sobre seus próprios

773

erros ou julgamentos severos dos erros morais ou éticos dos outros. Indivíduos com esse transtorno são rigidamente deferentes à autoridade e às regras e insistem no cumprimento literal, sem dobrar as regras para circunstâncias atenuantes. Por exemplo, o indivíduo não emprestará um dólar a um amigo que não tenha a passagem necessária para pegar um ônibus porque "não é um mutuário nem um emprestador" ou porque seria "ruim" para o caráter do amigo. Essas qualidades não devem ser contabilizadas pela identificação cultural ou religiosa do indivíduo.

Indivíduos com esse transtorno podem ser incapazes de descartar objetos desgastados ou sem valor, mesmo quando não têm valor sentimental (Critério 5). Muitas vezes, esses indivíduos admitem ser "ratos de matilha". Eles consideram o descarte de objetos um desperdício porque "você nunca sabe quando pode precisar de algo". A desordem também pode resultar de um acúmulo de material de aprendizagem parcialmente lido ou projetos inacabados que o indivíduo pretende realizar algum dia, mas que foram deixados de lado devido à procrastinação e/ou a um estilo de trabalho meticoloso, mas lento. Esses indivíduos ficarão chateados se alguém tentar se livrar das coisas que eles salvaram. Seus cônjuges ou colegas de quarto podem reclamar da quantidade de espaço ocupado por peças velhas, pilhas de material de leitura, aparelhos quebrados e assim por diante.

Indivíduos com transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva são relutantes em delegar tarefas ou trabalhar com outras pessoas (Critério 6). Insistem teimosamente e sem razão em que tudo seja feito à sua maneira e que as pessoas se conformem à sua maneira de fazer as coisas. Muitas vezes dão muito

instruções detalhadas sobre como as coisas devem ser feitas (por exemplo, há uma e apenas uma maneira de cortar a grama, lavar a louça, lavar a louça, construir uma casinha de cachorro), até o ponto de microgerenciar outras, e ficam surpresos e irritados se outros sugerem alternativas criativas. Outras vezes, eles podem rejeitar ofertas de ajuda mesmo quando estão atrasados, porque acreditam que ninguém mais pode fazer isso direito.

Indivíduos com esse transtorno podem ser avarentos e mesquinhos (tendo dificuldade em gastar dinheiro consigo mesmos e com os outros) e manter um padrão de vida muito abaixo do que podem pagar, acreditando que os gastos devem ser rigidamente controlados para prever catástrofes futuras (Critério 7). O transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo é caracterizado por rigidez e teimosia (Critério 8). Indivíduos com esse transtorno estão tão preocupados em fazer as coisas da maneira “correta” que têm dificuldade em aceitar as ideias de outras pessoas. Esses indivíduos planejam com antecedência em detalhes meticulosos e não estão dispostos a considerar mudanças nesses planos ou em suas rotinas habituais. Totalmente envolvidos em sua própria perspectiva, eles têm dificuldade em reconhecer os pontos de vista dos outros. Amigos e colegas podem ficar frustrados com essa rigidez constante. Mesmo quando indivíduos com transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva reconhecem que pode ser do seu interesse se comprometer, eles podem se recusar a fazê-lo, argumentando que é “o princípio da coisa”.

Recursos associados

Quando as regras e os procedimentos estabelecidos não ditam a resposta correta, a tomada de decisão pode se tornar um processo demorado e muitas vezes doloroso (por exemplo, pesquisar exaustivamente as opções antes de fazer uma compra). Indivíduos com transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva podem ter tanta dificuldade em decidir quais tarefas têm prioridade ou qual é a melhor maneira de realizar alguma tarefa específica que podem nunca começar nada. Eles são propensos a ficarem chateados ou irritados em situações em que não são capazes de manter o controle de seu ambiente físico ou interpessoal, embora a raiva normalmente não seja expressa diretamente. Por exemplo, um indivíduo pode ficar com raiva quando o serviço em um restaurante é ruim, mas em vez de reclamar com a gerência, o indivíduo rumina sobre quanto deixar como gorjeta. Em outras ocasiões, a raiva pode ser expressa com justa indignação por um assunto aparentemente menor. Indivíduos com esse transtorno podem estar especialmente atentos ao seu status relativo nas relações de dominação-submissão e podem exibir deferência excessiva a uma autoridade que respeitam e resistência excessiva à autoridade que não respeitam.

774

Indivíduos com esse transtorno têm dificuldade em se relacionar e compartilhar emoções. Por exemplo, eles podem expressar afeição de maneira altamente controlada ou afetada e podem ficar muito desconfortáveis na presença de outras pessoas emocionalmente expressivas. Seus relacionamentos cotidianos têm uma qualidade formal e séria, e podem ser rígidos em situações em que os outros sorriam e ficariam felizes (por exemplo, cumprimentando um amante no aeroporto). Eles cuidadosamente se seguram até terem certeza de que tudo o que disserem será perfeito. Eles podem estar preocupados com lógica e intelecto e intolerantes com demonstrações de emoção nos outros. Eles geralmente têm dificuldade em expressar sentimentos ternos, raramente fazendo elogios. Indivíduos com esse transtorno podem experimentar dificuldades e angústias ocupacionais, particularmente quando confrontados com

novas situações que exigem flexibilidade e compromisso.

Prevalência

A prevalência estimada de transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo com base em uma subamostra de probabilidade da Parte II do National Comorbidity Survey Replication foi de 2,4%. A prevalência de transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo no National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions foi de 7,9%. Uma revisão de cinco estudos epidemiológicos (três nos Estados Unidos) encontrou uma prevalência mediana de 4,7%.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

cultura Ao avaliar um indivíduo com transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo, o clínico não deve incluir os comportamentos que refletem hábitos, costumes ou estilos interpessoais que são culturalmente sancionados pelo grupo de referência do indivíduo. Certas comunidades culturais dão ênfase substancial ao trabalho e à produtividade, e alguns membros de grupos socioculturais (por exemplo, certos grupos religiosos, profissões, migrantes) podem às vezes adotar rigidamente códigos de conduta; demandas de trabalho; ambientes sociais restritivos; regras de comportamento; ou padrões que enfatizam o excesso de consciência, escrupulosidade moral e a busca pelo perfeccionismo que podem ser reforçados pelas normas do grupo cultural. Tais comportamentos não devem, por si só, ser considerados indícios de transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero

Em grandes estudos populacionais, o transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo parece ser igualmente prevalente em homens e mulheres.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)

Apesar da semelhança nos nomes, o TOC geralmente é facilmente distinguido do transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo pela presença de verdadeiras obsessões e compulsões no TOC. Quando os critérios para transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo e TOC são atendidos, ambos os diagnósticos devem ser registrados.

Distúrbio de acumulação. Um diagnóstico de transtorno de acumulação deve ser considerado especialmente quando a acumulação é extrema (por exemplo, pilhas acumuladas de objetos inúteis apresentam risco de incêndio e dificultam a passagem de outras pessoas pela casa). Quando os critérios para transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo e transtorno de acumulação são atendidos, ambos os diagnósticos devem ser registrados.

Outros transtornos de personalidade e traços de personalidade. Outros transtornos de personalidade podem ser confundidos com transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo porque têm certas características em comum. Portanto, é importante distinguir entre esses distúrbios com base nas diferenças em suas características. No entanto, se um indivíduo tem personalidade

características que atendem aos critérios para um ou mais transtornos de personalidade, além do transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo, todos podem ser diagnosticados. Indivíduos com transtorno de personalidade narcisista também podem professar um compromisso com o perfeccionismo e acreditar que os outros não podem fazer isso.

coisas também, mas esses indivíduos são mais propensos a acreditar que alcançaram a perfeição, enquanto aqueles com transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo geralmente são autocriticos.

Indivíduos com transtorno de personalidade narcisista ou antissocial carecem de generosidade, mas se entregam a si mesmos, enquanto aqueles com transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo adotam um estilo de gastos mesquinhos em relação a si mesmo e aos outros. Tanto o transtorno de personalidade esquizóide quanto o transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo podem ser caracterizados por uma aparente formalidade e distanciamento social. No transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva, isso decorre do desconforto com as emoções e devoção excessiva ao trabalho, enquanto no transtorno de personalidade esquizóide há uma falta fundamental de capacidade de intimidade.

Traços de personalidade obsessivo-compulsivos com moderação podem ser especialmente adaptativos, principalmente em situações que recompensam o alto desempenho. Somente quando esses traços são inflexíveis, mal-adaptativos e persistentes e causam prejuízo funcional significativo ou sofrimento subjetivo, eles constituem transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo.

Mudança de personalidade devido a outra condição médica. O transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo deve ser diferenciado da mudança de personalidade devido a outra condição médica, na qual os traços são uma consequência fisiológica direta de outra condição médica.

Transtornos por uso de substâncias. O transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo também deve ser diferenciado dos sintomas que podem se desenvolver em associação com o uso persistente de substâncias.

Comorbidades

Indivíduos com transtornos de ansiedade (p. Mesmo assim, parece que a maioria dos indivíduos com TOC não apresenta um padrão de comportamento que atenda aos critérios para esse transtorno de personalidade. Muitas das características do transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo se sobrepõem às características de personalidade "tipo A" (p. Pode haver uma associação entre transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo e transtornos depressivos e bipolares e transtornos alimentares.

Outros Transtornos de Personalidade

Mudança de personalidade devido a outra condição médica

Critério de diagnóstico

F07.0

- A. Um distúrbio persistente da personalidade que representa uma mudança do padrão de personalidade característico anterior do indivíduo.

Nota: Em crianças, a perturbação envolve um desvio acentuado do desenvolvimento normal ou uma mudança significativa nos padrões de comportamento habituais da criança, com duração

pelo menos 1 ano.

776

- B. Há evidências da história, exame físico ou achados laboratoriais de que o distúrbio é a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
- C. A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (incluindo outro transtorno mental devido a outra condição médica).
- D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírio.
- E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Especificificar se: Tipo

Lábil: se a característica predominante é a labilidade afetiva.

Tipo desinibido: Se a característica predominante é o controle de impulsos deficiente, como evidenciado por indiscrições sexuais, etc.

Tipo agressivo: se a característica predominante é o comportamento agressivo.

Tipo apático: Se a característica predominante é marcada apatia e indiferença.

Tipo paranóide: se a característica predominante for desconfiança ou ideação paranóide.

Outro tipo: Se a apresentação não for caracterizada por nenhum dos subtipos acima.

Tipo combinado: Se mais de uma característica predomina no quadro clínico.

Tipo não especificado

Nota de codificação: Inclua o nome da outra condição médica (por exemplo, mudança de personalidade F07.0 devido à epilepsia do lobo temporal). A outra condição médica deve ser codificada e listada separadamente imediatamente antes da mudança de personalidade devido a outra condição médica (por exemplo, G40.209 epilepsia do lobo temporal; F07.0 mudança de personalidade devido à epilepsia do lobo temporal).

Subtipos A

mudança de personalidade particular pode ser especificada indicando a apresentação de sintomas que predomina na apresentação clínica.

Características

Diagnósticas A característica essencial de uma mudança de personalidade devido a outra condição médica é um distúrbio persistente de personalidade que é considerado uma consequência fisiológica de outra condição médica. O distúrbio de personalidade representa uma mudança do padrão de personalidade característico anterior do indivíduo. Em crianças, essa condição pode se manifestar como um desvio acentuado do desenvolvimento normal, e não como uma mudança em um padrão de personalidade estável (Critério A). Deve haver evidências da história, exa-

achados de que a mudança de personalidade é a consequência fisiológica direta de outra condição médica (Critério B). O diagnóstico não é dado se a perturbação for melhor explicada por outro transtorno mental (Critério C). O diagnóstico não é dado se a perturbação ocorrer exclusivamente durante o curso de um delirium (Critério D). A perturbação também deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério E).

As manifestações comuns da mudança de personalidade incluem instabilidade afetiva, controle deficiente dos impulsos, explosões de agressividade ou raiva grosseiramente desproporcionais a qualquer estressor psicossocial precipitante, apatia acentuada, desconfiança ou ideação paranóide. A fenomenologia da mudança é indicada usando os subtipos listados no conjunto de critérios. Um indivíduo com o transtorno é frequentemente caracterizado por outros como “não ele mesmo [ou ela mesma]”. Embora compartilhe o termo “personalidade” com os outros transtornos de personalidade, esse diagnóstico é distinto em virtude de sua etiologia específica, fenomenologia diferente e início e curso mais variáveis.

A apresentação clínica em um determinado indivíduo pode depender da natureza e localização do processo patológico. Por exemplo, lesões nos lobos frontais podem produzir

777

sintomas como falta de julgamento ou previsão, jocosidade, desinibição e euforia. Neste exemplo, o diagnóstico de mudança de personalidade devido a lesão do lobo frontal seria feito se um distúrbio de personalidade persistente fosse um desvio do padrão de personalidade característico anterior do indivíduo antes da lesão (Critério A). Acidentes vasculares cerebrais no hemisfério direito frequentemente evocam mudanças de personalidade em associação com negligência espacial unilateral, anosognosia (ou seja, incapacidade do indivíduo de reconhecer um déficit corporal ou funcional, como a existência de hemiparesia), impersistência motora e outros déficits neurológicos.

Recursos associados

Uma variedade de condições neurológicas e outras condições médicas podem causar alterações de personalidade, incluindo neoplasias do sistema nervoso central, traumatismo craniano, doença cerebrovascular, doença de Huntington, epilepsia, condições infecciosas com envolvimento do sistema nervoso central (por exemplo, HIV), doenças endócrinas (por exemplo, hipotireoidismo, hipo e hiperadrenocorticismo) e condições autoimunes com envolvimento do sistema nervoso central (por exemplo, lúpus eritematoso sistêmico). Os achados associados ao exame físico, achados laboratoriais e padrões de prevalência e início refletem os da condição neurológica ou outra condição médica envolvida.

Diagnóstico Diferencial

Condições médicas crônicas associadas à dor e incapacidade

Condições médicas crônicas associadas à dor e incapacidade também podem estar associadas a mudanças na personalidade. O diagnóstico de mudança de personalidade devido a outra condição médica é dado apenas se um mecanismo fisiopatológico direto puder ser estabelecido. Este diagnóstico não é dado se a mudança for devido a um ajuste comportamental ou psicológico ou resposta a outra condição médica (p.

Delirium ou transtorno neurocognitivo maior

A mudança de personalidade é uma característica frequentemente associada de um

delirium ou transtorno neurocognitivo maior. Um diagnóstico separado de mudança de personalidade devido a outra condição médica não é dado se a mudança ocorrer exclusivamente durante o curso de um delirium. No entanto, o diagnóstico de alteração de personalidade devido a outra condição médica pode ser dado em adição ao diagnóstico de transtorno neurocognitivo maior se a alteração de personalidade for considerada uma consequência fisiológica do processo patológico que causa o transtorno neurocognitivo e se a alteração de personalidade for uma parte proeminente da apresentação clínica.

Outro transtorno mental devido a outra condição médica.

O diagnóstico de alteração de personalidade

devido a outra condição médica não é dado se a perturbação for melhor explicada por outro transtorno mental devido a outra condição médica (por exemplo, transtorno depressivo devido a tumor cerebral).

Transtornos por uso de substâncias. Mudanças de personalidade também podem ocorrer no contexto de transtornos por uso de substâncias, especialmente se o transtorno for de longa data. O clínico deve perguntar cuidadosamente sobre a natureza e extensão do uso da substância. Se o clínico desejar indicar uma relação etiológica entre a mudança de personalidade e o uso de substância, a outra categoria especificada para a substância específica pode ser usada (por exemplo, outro transtorno específico relacionado a estimulantes com mudança de personalidade).

Outros transtornos mentais.

Mudanças acentuadas de personalidade também podem ser uma característica associada a outros transtornos mentais (p. No entanto, nesses transtornos, nenhum fator fisiológico específico é julgado etiologicamente relacionado à mudança de personalidade.

778

Outros transtornos de personalidade. A mudança de personalidade devido a outra condição médica pode ser distinguida de um transtorno de personalidade pelo requisito de uma mudança clinicamente significativa do funcionamento da personalidade inicial e pela presença de uma condição médica etiológica específica.

Outro Transtorno de Personalidade Especificado

F60,89

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno de personalidade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos de personalidade. . A outra categoria de transtorno de personalidade especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não atende aos critérios para qualquer transtorno de personalidade específico. Isso é feito registrando “outro transtorno de personalidade especificado” seguido pelo motivo específico (por exemplo, “características de personalidade mista”).

Transtorno de Personalidade Não Especificado

F60.9

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno de personalidade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos de personalidade. . A categoria de transtorno de personalidade não especificado é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno de personalidade específico e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico.

Transtornos parafílicos

Os transtornos parafílicos incluídos neste manual são transtorno voyeurístico (espiar outras pessoas em atividades privadas), transtorno exibicionista (exposição dos genitais), transtorno frotteurístico (tocar ou esfregar em uma pessoa que não consente), transtorno de masoquismo sexual (sofrer humilhação, escravidão ou sofrimento), transtorno de sadismo sexual (infligir humilhação, escravidão ou sofrimento), transtorno pedofílico (foco sexual em crianças), transtorno fetichista (usar objetos não vivos ou ter um foco altamente específico em partes não genitais do corpo) e transtorno transvestítico (envolver-se em cruzamento sexualmente excitante -vestir). Esses transtornos têm sido tradicionalmente selecionados para listagem específica e atribuição de critérios diagnósticos explícitos no DSM por dois motivos principais: são relativamente comuns, em relação a outros transtornos parafílicos, e alguns deles envolvem ações para sua satisfação que, por causa de sua nocividade ou danos potenciais a outros, são classificados como ofensas criminais. Os oito transtornos listados não esgotam a lista de possíveis transtornos parafílicos. Muitas dezenas de parafilias distintas foram identificadas e nomeadas, e quase qualquer uma delas poderia, em virtude de suas consequências negativas para o indivíduo ou para os outros, atingir o nível de um transtorno parafílico.

Neste capítulo, a ordem de apresentação dos transtornos parafílicos listados geralmente corresponde aos esquemas de classificação comuns para essas condições. O primeiro grupo de transtornos é baseado em *preferências anômalas de atividade*. Esses transtornos são subdivididos em *transtornos de namoro*, que se assemelham a componentes distorcidos do comportamento de corte humano (transtorno voyeurístico, transtorno exibicionista e transtorno frotteurístico) e *transtornos algolagnicos*, que envolvem dor e sofrimento (transtorno de masoquismo sexual e transtorno de sadismo sexual). O segundo grupo de transtornos é baseado em *preferências anômalas de alvos*. Esses distúrbios incluem um direcionado a outros humanos (transtorno pedofílico) e dois direcionados a outro lugar (transtorno fetichista e transtorno transvestítico).

O termo *parafilia* denota qualquer interesse sexual intenso e persistente que não seja interesse sexual em estimulação genital ou carícias preparatórias com parceiros humanos fenotípicamente normais, fisicamente maduros e consentidos. Em algumas circunstâncias, os critérios “intensos e persistentes” podem ser difíceis de aplicar, como na avaliação de pessoas muito idosas ou medicamente doentes e que podem não ter interesses sexuais “intensos” de qualquer tipo. Em tais circunstâncias, o termo *parafilia* pode ser definido como qualquer interesse sexual maior ou igual a interesses sexuais não parafílicos. Existem também parafilias específicas que geralmente são melhor descritas como interesses sexuais *preferenciais* do que como interesses sexuais intensos.

Algumas parafilias dizem respeito principalmente às atividades eróticas do indivíduo, e outras dizem respeito principalmente aos alvos eróticos do indivíduo. Exemplos do primeiro incluem interesses intensos e persistentes em espancar, chicotear, cortar, amarrar ou estrangular outra pessoa, ou um interesse nessas atividades que iguala ou excede o interesse do indivíduo na cópula ou interação equivalente com outra pessoa. Exemplos deste último incluem interesse sexual intenso ou preferencial em crianças, cadáveres ou amputados (como uma classe), bem como intenso ou

interesse preferencial em animais não humanos, como cavalos ou cães, ou em objetos inanimados, como sapatos ou artigos feitos de borracha. O padrão de interesses parafílicos de um indivíduo geralmente se reflete em sua escolha de pornografia.

780

Um *transtorno parafílico* é uma parafilia que está atualmente causando sofrimento ou prejuízo ao indivíduo ou uma parafilia cuja satisfação acarretou dano pessoal ou risco de dano a outros. Uma parafilia é uma condição necessária, mas não suficiente para ter um transtorno parafílico, e uma parafilia por si só não justifica ou requer intervenção clínica.

Nos critérios diagnósticos estabelecidos para cada um dos transtornos parafílicos listados, o Critério A especifica a natureza qualitativa da parafilia (por exemplo, um foco erótico em crianças ou a exposição dos genitais a estranhos), e o Critério B especifica as consequências negativas da parafilia (p. ou seja, sofrimento, prejuízo ou dano a outros). De acordo com a distinção entre parafilias e transtornos parafílicos, o termo *diagnóstico* deve ser reservado para indivíduos cujos interesses ou comportamentos parafílicos atendem aos Critérios A e B (ou seja, indivíduos que têm um transtorno parafílico). Se os interesses ou comportamentos parafílicos de um indivíduo atendem ao Critério A, mas não ao Critério B para uma determinada parafilia - uma circunstância que pode surgir quando uma parafilia benigna é descoberta durante a investigação clínica de alguma outra condição -, pode-se dizer que o indivíduo tem essa parafilia, mas não é um transtorno parafílico.

Não é raro um indivíduo manifestar duas ou mais parafilias. Em alguns casos, os focos parafílicos estão intimamente relacionados e a conexão entre as parafilias é intuitivamente compreensível (por exemplo, fetichismo do pé e fetichismo do sapato). Em outros casos, a conexão entre as parafilias não é óbvia, e a presença de múltiplas parafilias pode ser coincidência ou então relacionada a alguma vulnerabilidade generalizada a anomalias do desenvolvimento psicossexual. Em qualquer caso, diagnósticos comórbidos de distúrbios parafílicos separados podem ser garantidos se mais de uma parafilia estiver causando sofrimento ao indivíduo ou dano a outros.

Devido à natureza dupla do diagnóstico de distúrbios parafílicos, as medidas e avaliações de gravidade avaliadas ou auto-avaliadas pelo médico podem abordar a força da própria parafilia ou a gravidade de suas consequências. Embora a angústia e o prejuízo estipulados no Critério B sejam especiais por serem o resultado imediato ou final da parafilia e não primariamente o resultado de algum outro fator, os fenômenos de depressão reativa, ansiedade, culpa, histórico de trabalho ruim, relações sociais prejudicadas, e assim por diante não são únicos em si mesmos e podem ser quantificados com medidas multifuncionais de funcionamento psicosocial ou qualidade de vida.

Distúrbio Voyeurístico

Critério de diagnóstico

F65.3

- A. Durante um período de pelo menos 6 meses, excitação sexual recorrente e intensa ao observar uma pessoa desavisada que está nua, no processo de se despir ou se envolver em atividade sexual, manifestada por fantasias, impulsos ou comportamentos.
- B. O indivíduo agiu de acordo com esses impulsos sexuais com uma pessoa que não consentiu, ou

os impulsos ou fantasias sexuais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

C. O indivíduo que experimenta a excitação e/ou age de acordo com os impulsos tem pelo menos 18 anos de idade.

Especifique

se: **Em um ambiente controlado:** Este especificador é aplicável principalmente a indivíduos que vivem em ambientes institucionais ou outros onde as oportunidades de se envolver em comportamento voyeurístico são restritas.

Em remissão completa: o indivíduo não agiu de acordo com os impulsos de uma pessoa que não consentiu e não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas de funcionamento, por pelo menos 5 anos em um ambiente não controlado.

781

Especificadores O especificador “em remissão total” não aborda a presença ou ausência contínua de voyeurismo per se, que ainda pode estar presente após a remissão de comportamentos e angústia.

Características diagnósticas

Os critérios diagnósticos para o transtorno voyeurístico podem se aplicar tanto a indivíduos que revelam mais ou menos livremente esse interesse parafílico quanto àqueles que negam categoricamente qualquer excitação sexual ao observar uma pessoa desavisada que está nua, despida ou envolvida em atividade sexual apesar do objetivo substancial. provas em contrário. Se os indivíduos reveladores também relatarem angústia ou problemas psicossociais por causa de suas preferências sexuais voyeurísticas, eles podem ser diagnosticados com transtorno voyeurístico. Por outro lado, se não declaram angústia, demonstrada por falta de ansiedade, obsessões, culpa ou vergonha, em relação a esses impulsos parafílicos e não são prejudicados em outras áreas importantes do funcionamento por causa desse interesse sexual, e suas histórias psiquiátricas ou legais indicar que eles não agem sobre isso, eles podem ser verificados como tendo interesse sexual voyeurístico, mas *não devem ser diagnosticados com transtorno voyeurístico.*

Indivíduos que não divulgam incluem, por exemplo, indivíduos conhecidos por espionar repetidamente pessoas desavisadas que estão nuas ou praticando atividade sexual em ocasiões separadas, mas que negam quaisquer impulsos ou fantasias relacionadas a tal comportamento sexual e que podem relatar que episódios conhecidos de assistir desavisados pessoas nuas ou sexualmente ativas eram todas acidentais e não sexuais. Outros podem revelar episódios passados de observação de pessoas nuas ou sexualmente ativas desavisadas, mas contestar qualquer interesse sexual significativo ou sustentado nesse comportamento.

Uma vez que esses indivíduos negam ter fantasias ou impulsos sobre ver outros nus ou envolvidos em atividade sexual, segue-se que eles também rejeitariam sentir-se subjetivamente angustiados ou socialmente prejudicados por tais impulsos. Apesar de sua postura de não-divulgação, tais indivíduos podem ser diagnosticados com transtorno voyeurístico. O comportamento voyeurístico recorrente constitui suporte suficiente para o voyeurismo (ao cumprir o Critério A) e simultaneamente demonstra que esse comportamento motivado parafilicamente está causando danos a outros (ao cumprir o Critério B).

Espionagem “recorrente” de pessoas desavisadas que estão nuas ou envolvidas em atividade sexual

pode ser interpretado como exigindo múltiplas vítimas, cada uma em uma ocasião separada; essa exigência de múltiplas vítimas em ocasiões distintas é relevante porque aumenta a confiança na inferência clínica de que o indivíduo é motivado pelo transtorno voyeurístico. Menos vítimas podem ser interpretadas como satisfazendo este critério se houver várias ocasiões de observação da mesma vítima ou se houver evidência corroborante de um interesse distinto ou preferencial na observação secreta de pessoas nuas ou sexualmente ativas desavisadas. Observe que várias vítimas, como sugerido anteriormente, são uma condição suficiente, mas não necessária para o diagnóstico; os critérios também podem ser atendidos se o indivíduo reconhecer um intenso interesse sexual voyeurístico.

A adolescência e a puberdade geralmente aumentam a curiosidade e a atividade sexual. Para reduzir o risco de patologização do interesse e comportamento sexual normativo durante a adolescência puberal, a idade mínima para o diagnóstico de transtorno voyeurístico é de 18 anos (Critério C).

Prevalência

A prevalência populacional de indivíduos cujas apresentações atendem a todos os critérios para transtorno voyeurístico é desconhecida. Atos voyeurísticos, no entanto, são os mais comuns de comportamentos sexuais potencialmente violadores da lei. Por exemplo, em uma amostra de pesquisa por telefone e Internet em Quebec, a prevalência de comportamentos voyeurísticos ao longo da vida foi relatada como sendo tão alta quanto 34,5% (50,3% em homens, 21,2% em mulheres). Como esse mesmo estudo descobriu que um “desejo intenso” e um “comportamento persistente” ocorrem com muito menos frequência (9,6% e 2,1%, respectivamente), a prevalência de transtorno voyeurístico provavelmente é muito menor. A proporção de comportamento voyeurístico em homens e mulheres foi de aproximadamente 2:1 na amostra de Quebec e 3:1 em uma amostra da população geral sueca. Em um estudo determinando quais distúrbios específicos eram prevalentes

782

em indivíduos encarcerados por crimes sexuais, um estudo com 1.346 criminosos sexuais encarcerados da Áustria encontrou uma prevalência de transtorno voyeurístico de 3,7%.

Desenvolvimento e Curso

Homens adultos com transtorno voyeurístico muitas vezes primeiro tomam consciência de seu interesse sexual em observar secretamente pessoas inocentes durante a adolescência. No entanto, a idade mínima para um diagnóstico de transtorno voyeurístico é de 18 anos, porque há uma dificuldade substancial em diferenciá-lo da curiosidade e atividade sexual relacionada à puberdade apropriada para a idade. A persistência do voyeurismo ao longo do tempo não é clara. Com ou sem tratamento do transtorno voyeurístico, o sofrimento subjetivo (p. como morbidade psiquiátrica, hipersexualidade e impulsividade sexual. Assim, a gravidade e o curso podem variar ao longo do tempo. Tal como acontece com outras preferências sexuais, a idade avançada pode estar associada à diminuição das preferências e comportamentos sexuais voyeuristas.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Como o voyeurismo é uma pré-condição necessária para o transtorno voyeurístico, os fatores de risco para o voyeurismo também devem aumentar o risco de transtorno voyeurístico.

Ambiental. Infância sexual Abuso, substância uso indevido, e sexual

preocupação/hipersexualidade têm sido sugeridos como fatores de risco, embora a relação causal com o comportamento voyeurístico seja incerta e a especificidade pouco clara.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero O

transtorno voyeurístico é muito incomum entre as mulheres em ambientes clínicos, enquanto a proporção entre homens e mulheres para atos voyeurísticos únicos sexualmente excitantes é menos extrema e pode ser de 2:1–3:1.

Diagnóstico diferencial

Voyeurismo. Indivíduos com voyeurismo experimentam excitação sexual recorrente e intensa pelo ato de observar uma pessoa desavisada que está nua, no processo de se despistar ou se envolver em atividade sexual. A menos que o indivíduo atue de acordo com esses impulsos com uma pessoa desavisada (por exemplo, espiando sub-repticiamente pela janela de um vizinho) ou a menos que haja sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento, um diagnóstico de transtorno voyeurístico não é garantido.

Episódio maníaco, transtorno neurocognitivo maior, transtorno do desenvolvimento intelectual, mudança de personalidade devido a outra condição médica, intoxicação por substância e esquizofrenia.

Indivíduos com transtorno neurocognitivo maior, transtorno do desenvolvimento intelectual, mudança de personalidade devido a outra condição médica ou esquizofrenia, ou que estão em um episódio maníaco ou experimentando intoxicação por substância, podem se tornar sexualmente desinibidos ou ter julgamento ou controle de impulsos prejudicados e se envolver em comportamento voyeurístico. A menos que esse comportamento ocorra em momentos diferentes do contexto de um desses transtornos, o diagnóstico de transtorno voyeurístico não deve ser feito.

Transtorno de conduta e transtorno de personalidade antissocial. transtorno de conduta em adolescentes e o transtorno de personalidade antissocial seriam caracterizados por comportamentos antissociais e de quebra de normas adicionais, e o interesse sexual específico em observar secretamente outros desavisados que estão nus ou envolvidos em atividade sexual geralmente estará ausente.

Comorbidade

As comorbidades conhecidas no transtorno voyeurístico são amplamente baseadas em pesquisas com homens suspeitos ou condenados por atos envolvendo a observação secreta de pessoas nuas ou desavisadas.

783

pessoas sexualmente ativas. Portanto, essas comorbidades podem não se aplicar a todos os indivíduos com transtorno voyeurístico. As condições que ocorrem em comorbidade com o transtorno voyeurístico incluem hipersexualidade e outros transtornos parafílicos, particularmente o transtorno exibicionista. Transtornos depressivos, bipolares, de ansiedade e uso de substâncias; transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; e transtorno de conduta e transtorno de personalidade antissocial também são comorbidades frequentes.

Transtorno Exibicionista

Critério de diagnóstico

F65.2

- A. Durante um período de pelo menos 6 meses, excitação sexual recorrente e intensa da exposição de seus genitais a uma pessoa desavisada, manifestada por fantasias, impulsos ou comportamentos.
- B. O indivíduo agiu de acordo com esses impulsos sexuais com uma pessoa que não consentiu, ou os impulsos ou fantasias sexuais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Especificar se:

Excitado sexualmente pela exposição dos genitais a crianças pré-púberes

Excitado sexualmente pela exposição dos genitais a indivíduos fisicamente maduros

Excitado sexualmente pela exposição dos genitais a crianças pré-púberes e a indivíduos fisicamente maduros

Especifique

se: **Em um ambiente controlado:** Este especificador é aplicável principalmente a indivíduos que vivem em ambientes institucionais ou outros onde as oportunidades de expor seus genitais são restritas.

Em remissão completa: o indivíduo não agiu de acordo com os impulsos de uma pessoa que não consentiu e não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas de funcionamento, por pelo menos 5 anos em um ambiente não controlado.

Subtipos Os

subtipos de transtorno exibicionista são baseados na idade ou maturidade física das pessoas que não consentiram a quem o indivíduo prefere expor seus genitais. As pessoas que não consentiram podem ser crianças pré-púberes, adultos ou ambos. Esse especificador deve ajudar a chamar a atenção adequada para as características das vítimas de indivíduos com transtorno exibicionista para evitar que o transtorno pedofílico concomitante seja negligenciado. No entanto, indicações de que o indivíduo com transtorno exibicionista é sexualmente atraído por expor seus genitais a crianças não devem impedir o diagnóstico de transtorno pedofílico.

Especificadores

O especificador “em remissão total” não aborda a presença ou ausência contínua de exibicionismo per se, que ainda pode estar presente após a remissão de comportamentos e angústias.

Características diagnósticas

Os critérios diagnósticos para transtorno exibicionista podem ser aplicados tanto a indivíduos que revelam essa parafilia mais ou menos livremente quanto àqueles que negam categoricamente qualquer excitação sexual ao expor seus genitais a pessoas inocentes, apesar de evidências objetivas substanciais em contrário. Se os indivíduos reveladores também relatarem dificuldades psicossociais por causa de suas atrações性uais ou preferências de exposição, eles podem ser diagnosticados como exibicionistas.

transtorno. Em contraste, se eles não declaram nenhum sofrimento (exemplificado pela ausência de ansiedade, obsessões e culpa ou vergonha sobre esses impulsos parafílicos) e não são prejudicados por esse interesse sexual em outras áreas importantes do funcionamento, e seus auto-relatos, psiquiátricos ou histórias legais indicam que eles não agem sobre eles, eles podem ser apurados como tendo interesse sexual exibicionista, mas *não* podem ser diagnosticados com transtorno exibicionista.

Exemplos de indivíduos que não divulgam incluem aqueles que se expuseram repetidamente a pessoas inocentes em ocasiões separadas, mas que negam quaisquer desejos ou fantasias sobre tal comportamento sexual e que relatam que episódios conhecidos de exposição foram todos acidentais e não sexuais. Outros podem revelar episódios anteriores de comportamento sexual envolvendo exposição genital, mas refutam qualquer interesse sexual significativo ou sustentado em tal comportamento. Uma vez que esses indivíduos negam ter impulsos ou fantasias envolvendo a exposição genital, segue-se que eles também negariam sentir-se subjetivamente angustiados ou socialmente prejudicados por tais impulsos. Esses indivíduos podem ser diagnosticados com transtorno exibicionista apesar de seu autorrelato negativo. O comportamento exibicionista recorrente constitui suporte suficiente para o exibicionismo (Critério A) e simultaneamente demonstra que esse comportamento motivado parafilicamente está causando danos a outros (Critério B).

A exposição genital “recorrente” a outros desavisados pode ser interpretada como exigindo múltiplas vítimas, cada uma em uma ocasião separada; essa exigência de múltiplas vítimas em ocasiões distintas é relevante porque aumenta a confiança na inferência clínica de que o indivíduo é motivado pelo transtorno exibicionista. Menos vítimas podem ser interpretadas como satisfazendo este critério se houver múltiplas ocasiões de exposição à mesma vítima, ou se houver evidência corroborante de um interesse forte ou preferencial na exposição genital a pessoas inocentes. Observe que várias vítimas, como sugerido anteriormente, são uma condição suficiente, mas não necessária, para o diagnóstico, pois os critérios podem ser atendidos pelo reconhecimento de um interesse sexual exibicionista intenso com angústia ou prejuízo.

Prevalência

A prevalência populacional de indivíduos cujas apresentações atendem a todos os critérios para transtorno exibicionista é desconhecida, embora o transtorno seja altamente incomum em mulheres.

Atos exibicionistas, no entanto, não são incomuns, e atos exibicionistas sexualmente excitantes ocorrem até metade da frequência entre as mulheres em comparação com os homens. Em uma amostra de pesquisa por Internet e telefone de Quebec, a prevalência de comportamentos exibicionistas ao longo da vida foi relatada em 30,9% (32,6% em homens, 29,4% em mulheres). Como esse mesmo estudo descobriu que um “desejo intenso” e um “comportamento persistente” ocorrem com muito menos frequência (4,8% e 0,8%, respectivamente), a prevalência de transtorno exibicionista é provavelmente muito menor. Por exemplo, um estudo sueco sugeriu que a prevalência ao longo da vida do transtorno exibicionista na população geral foi de 4,1% em homens e 2,1% em mulheres.

Desenvolvimento e Curso Homens

adultos com transtorno exibicionista frequentemente relatam que tomaram consciência do interesse sexual pela primeira vez em expor seus genitais a pessoas desavisadas durante a adolescência, um pouco mais tarde do que o desenvolvimento típico do interesse sexual normativo em mulheres ou homens. Embora não haja exigência de idade mínima para o diagnóstico de transtorno exibicionista, pode ser difícil diferenciar comportamentos exibicionistas de curiosidade sexual apropriada para a idade em

adolescentes. Enquanto os impulsos exibicionistas parecem surgir na adolescência ou no início da idade adulta, muito pouco se sabe sobre a persistência ao longo do tempo. Com ou sem tratamento do transtorno exibicionista, o sofrimento subjetivo (p. como morbidade psiquiátrica, hipersexualidade e impulsividade sexual. Assim, a gravidez e o curso podem variar ao longo do tempo. Tal como acontece com outras preferências sexuais, a idade avançada pode estar associada à diminuição das preferências e comportamentos sexuais exibicionistas.

785

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Como o exibicionismo é uma pré-condição necessária para o transtorno exibicionista, os fatores de risco para o exibicionismo também devem aumentar o risco do transtorno exibicionista. História antissocial, transtorno de personalidade antissocial, abuso de álcool e preferência sexual pedofílica podem aumentar o risco de reincidência sexual em agressores exibicionistas. Assim, transtorno de personalidade antissocial, transtorno por uso de álcool e interesse pedofílico podem ser considerados fatores de risco para transtorno exibicionista em homens com preferências sexuais exibicionistas.

Ambiental. O abuso sexual e emocional na infância e a preocupação sexual/hipersexualidade têm sido sugeridos como fatores de risco para o exibicionismo, embora a relação causal com o exibicionismo seja incerta e a especificidade pouco clara.

Diagnóstico diferencial

Exibicionismo. Indivíduos com exibicionismo experimentam excitação sexual recorrente e intensa pelo ato de expor seus genitais a uma pessoa desavisada. A menos que o indivíduo atue de acordo com esses impulsos com uma pessoa desavisada (por exemplo, expondo seus genitais a passageiros em um trem) ou a menos que haja sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento, um diagnóstico de transtorno exibicionista não é garantido.

Episódio maníaco, transtorno neurocognitivo maior, transtorno do desenvolvimento intelectual, mudança de personalidade devido a outra condição médica, intoxicação por substância e esquizofrenia. Indivíduos com transtorno neurocognitivo maior, transtorno do desenvolvimento intelectual, mudança de personalidade devido a outra condição médica ou esquizofrenia, ou que estão em um episódio maníaco ou experimentando intoxicação por substância, podem se tornar sexualmente desinibidos ou ter julgamento ou controle de impulsos prejudicados e se envolver em comportamento exibicionista. A menos que esse comportamento ocorra em momentos diferentes do contexto de um desses transtornos, o diagnóstico de transtorno exibicionista não deve ser feito.

Transtorno de conduta e transtorno de personalidade antissocial. O transtorno de conduta em adolescentes e o transtorno de personalidade antissocial seriam caracterizados por comportamentos antissociais e de quebra de normas adicionais, e o interesse sexual específico em expor os genitais geralmente não existirá.

Comorbidade As

comorbidades conhecidas no transtorno exibicionista são amplamente baseadas em pesquisas com indivíduos (quase todos homens) condenados por atos criminais envolvendo exposição genital a pessoas que não consentiram. Portanto, essas comorbidades podem não se aplicar a todos os indivíduos que se qualificam para um

diagnóstico de transtorno exibicionista. As condições que ocorrem em comorbidade com o transtorno exibicionista em altas taxas incluem transtornos depressivos, bipolares, ansiosos e por uso de substâncias; hipersexualidade; transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; outros distúrbios parafílicos; e transtorno de personalidade antisocial.

Transtorno Frotteurístico

Critério de diagnóstico	F65.81
A. Durante um período de pelo menos 6 meses, excitação sexual recorrente e intensa por tocar ou esfregar em uma pessoa que não consentiu, manifestada por fantasias, impulsos ou comportamentos.	
B. O indivíduo agiu de acordo com esses impulsos sexuais com uma pessoa que não consentiu, ou os impulsos ou fantasias sexuais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.	

786

Especifique

se: **Em um ambiente controlado:** Este especificador é aplicável principalmente a indivíduos que vivem em instituições ou outros ambientes onde as oportunidades de tocar ou esfregar em uma pessoa que não consentiu são restritas.

Em remissão completa: o indivíduo não agiu de acordo com os impulsos de uma pessoa que não consentiu e não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas de funcionamento, por pelo menos 5 anos em um ambiente não controlado.

Especificadores

O especificador “em remissão” não aborda a presença contínua ou ausência de frotteurismo per se, que ainda pode estar presente após a remissão de comportamentos e angústia.

Características Diagnósticas

Os critérios diagnósticos para o transtorno frotteurístico podem ser aplicados tanto a indivíduos que revelam essa parafilia com relativa liberdade quanto àqueles que negam firmemente qualquer excitação sexual por tocar ou esfregar uma pessoa que não consente, independentemente de evidências objetivas consideráveis em contrário. Se os indivíduos reveladores também relatarem comprometimento psicossocial por causa de suas preferências sexuais por tocar ou se esfregar em uma pessoa que não consente, eles podem ser diagnosticados com transtorno frotteurístico. Em contraste, se eles não declaram nenhum sofrimento (demonstrado por falta de ansiedade, obsessões, culpa ou vergonha) sobre esses impulsos parafílicos e não são prejudicados em outras áreas importantes do funcionamento por causa desse interesse sexual, e suas histórias psiquiátricas ou legais indicam que eles não agem sobre isso, eles podem ser averiguados como tendo características

interesse sexual, mas *não* deve ser diagnosticado com transtorno frotteurístico.

Indivíduos que não divulgam incluem, por exemplo, indivíduos conhecidos por terem tocado ou se esfregado em pessoas que não consentiram em ocasiões separadas, mas que contestam quaisquer impulsos ou fantasias relativos a tal comportamento sexual. Esses indivíduos podem relatar que episódios identificados de tocar ou esfregar contra um indivíduo relutante foram todos não intencionais e não sexuais.

Outros podem revelar episódios passados de toque ou fricção em pessoas que não consentiram, mas contestam qualquer interesse sexual maior ou persistente nisso. Uma vez que esses indivíduos negam ter fantasias ou impulsos de tocar ou esfregar, eles consequentemente rejeitariam sentir-se angustiados ou psicossocialmente prejudicados por tais impulsos. Apesar de sua posição de não-divulgação, tais indivíduos podem ser diagnosticados com transtorno frotteurístico. O comportamento frotteurístico recorrente constitui um suporte satisfatório para o frotteurismo (cumprindo o Critério A) e simultaneamente demonstra que esse comportamento motivado parafilicamente está causando danos a outros (cumprindo o Critério B).

Tocar ou esfregar “recorrentes” contra uma pessoa que não consentiu pode ser interpretado como exigindo múltiplas vítimas, cada uma em uma ocasião separada; essa exigência de múltiplas vítimas em ocasiões distintas é relevante porque aumenta a confiança na inferência clínica de que o indivíduo é motivado por transtorno frotteurístico. Menos vítimas podem ser interpretadas como satisfazendo este critério se houver várias ocasiões de tocar ou esfregar contra o mesmo indivíduo relutante, ou corroborar a evidência de um interesse forte ou preferencial em tocar ou esfregar contra pessoas que não consentiram. Observe que múltiplas vítimas são uma condição suficiente, mas não necessária para o diagnóstico; os critérios também podem ser atendidos se o indivíduo reconhecer um intenso interesse sexual frotteurístico com sofrimento e/ou prejuízo clinicamente significativo.

Prevalência

A prevalência populacional de indivíduos cujas apresentações atendem a todos os critérios para transtorno frotteurístico é desconhecida, mas atos frotteurísticos, incluindo o toque sexual não convidado ou esfregar-se contra outro indivíduo, podem ocorrer em até 30% dos homens adultos nos EUA e na população geral canadense . A prevalência do transtorno frotteurístico é certamente

787

muito menor, considerando a constatação de que “desejo intenso” e “comportamento persistente” foram relatados com pouca frequência (3,8% e 0,7%, respectivamente). Em ambientes ambulatoriais para homens com transtornos parafílicos e hipersexualidade, aproximadamente 10% a 14% têm uma apresentação que atende aos critérios diagnósticos para transtorno frotteurístico. A prevalência entre as mulheres é provavelmente menor.

Desenvolvimento e Curso Homens

adultos com transtorno frotteurístico frequentemente relatam que primeiro tomaram consciência de seu interesse sexual em tocar sub-repticiamente pessoas desavisadas durante o final da adolescência ou a idade adulta emergente. No entanto, crianças e adolescentes também podem tocar ou se esfregar em outras pessoas involuntárias na ausência de um diagnóstico de transtorno frotteurístico. Embora não haja idade mínima para o diagnóstico, o transtorno frotteurístico pode ser difícil de diferenciar do comportamento de transtorno de conduta sem motivação sexual em indivíduos em idades mais jovens. A persistência do frotteurismo ao longo do tempo não é clara. Com ou sem tratamento do transtorno frotteurístico, o sofrimento subjetivo (p.

vergonha, frustração sexual intensa, solidão) ou comprometimento do transtorno podem mudar com o tempo, assim como vários fatores que podem afetar potencialmente o curso do transtorno, como morbidade psiquiátrica, hipersexualidade e impulsividade sexual. Assim, a gravidade e o curso podem variar ao longo do tempo. Tal como acontece com outras preferências sexuais, o avanço da idade pode estar associado à diminuição das preferências e comportamentos性uais frotteurísticos.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Comportamento antissocial não sexual e preocupação sexual/hipersexualidade podem ser fatores de risco inespecíficos, embora a relação causal com o frotteurismo seja incerta e a especificidade incerta. No entanto, como o frotteurismo é uma pré-condição necessária para o transtorno frotteurístico, os fatores de risco para o frotteurismo também devem aumentar o risco de transtorno frotteurístico.

Diagnóstico diferencial

Frotteurismo. Indivíduos com frotteurismo experimentam intensa excitação sexual recorrente do ato de tocar ou esfregar contra uma pessoa que não consente. A menos que o indivíduo atue de acordo com esses impulsos com uma pessoa que não consente (por exemplo, esfregando seus genitais contra um passageiro em um vagão de metrô lotado) ou a menos que haja sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento, um diagnóstico de transtorno frotteurístico não se justifica.

Episódio maníaco, transtorno neurocognitivo maior, transtorno do desenvolvimento intelectual, mudança de personalidade devido a outra condição médica, intoxicação por substância e esquizofrenia. Indivíduos com transtorno neurocognitivo maior, transtorno do desenvolvimento intelectual, alteração de personalidade devido a outra condição médica ou esquizofrenia, ou que estão em um episódio maníaco ou experimentando intoxicação por substância, podem se tornar sexualmente desinibidos ou ter julgamento prejudicado ou controle de impulsos e se envolver em frotteurismo- comportamento tico. A menos que esse comportamento ocorra em momentos diferentes do contexto de um desses transtornos, o diagnóstico de transtorno frotteurístico não deve ser feito.

Transtorno de conduta e transtorno de personalidade antissocial. Transtorno de conduta em adolescentes e o transtorno de personalidade antissocial seriam caracterizados por comportamentos antissociais e de quebra de normas adicionais, e o interesse sexual específico em tocar ou se esfregar em uma pessoa que não consente geralmente estará ausente.

Comorbidade

As comorbidades conhecidas no transtorno frotteurístico são amplamente baseadas em pesquisas com homens suspeitos ou condenados por atos criminais envolvendo tocar ou tocar sexualmente ou

esfregando-se contra uma pessoa não consentida. Assim, essas comorbidades podem não se aplicar a outros indivíduos com diagnóstico de transtorno frotteurístico baseado em sofrimento subjetivo sobre seu interesse sexual. Condições que ocorrem em comorbidade com transtorno frotteurístico incluem hipersexualidade e outros transtornos parafílicos, particularmente transtorno exibicionista e transtorno voyeurístico. Transtorno de conduta, transtorno de personalidade antissocial, transtornos depressivos, transtornos bipolares, transtornos de ansiedade e transtornos por uso de substâncias também ocorrem concomitantemente.

Transtorno de Masoquismo Sexual

Critério de diagnóstico

F65.51

- A. Durante um período de pelo menos 6 meses, excitação sexual recorrente e intensa do ato de ser humilhado, espancado, amarrado ou feito sofrer, manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos.
- B. As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Especifique

se: **Com asfixiofilia:** Se o indivíduo se envolve na prática de obter excitação sexual relacionada à restrição da respiração.

Especifique

se: **Em um ambiente controlado:** Este especificador é principalmente aplicável a indivíduos que vivem em ambientes institucionais ou outros onde as oportunidades de se envolver em comportamentos sexuais masoquistas são restritas.

Em remissão completa: Não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas de funcionamento por pelo menos 5 anos em um ambiente não controlado.

Características Diagnósticas

Os critérios diagnósticos para transtorno de masoquismo sexual destinam-se a ser aplicados a indivíduos que admitem livremente ter tais interesses parafílicos. Esses indivíduos reconhecem abertamente a intensa excitação sexual do ato de ser humilhado, espancado, amarrado ou feito sofrer, manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos. Se esses indivíduos também relatam dificuldades psicossociais por causa de suas atrações ou preferências sexuais por serem humilhados, espancados, amarrados ou sofridos, eles podem ser diagnosticados com transtorno de masoquismo sexual. Em contraste, se eles não declararem angústia, exemplificada por ansiedade, obsessões, culpa ou vergonha, sobre esses impulsos parafílicos, e não forem impedidos por eles na busca de outros objetivos pessoais, eles podem ser considerados como tendo interesse sexual masoquista, mas *não* devem ser diagnosticado com transtorno de masoquismo sexual.

O termo *bondage-domination-sadismo-masoquismo* (BDSM) é amplamente usado para se referir a uma ampla gama de comportamentos que indivíduos com masoquismo sexual e/ou sadismo sexual (assim como outros indivíduos com interesses sexuais semelhantes) se envolvem, como restrições, ou restrição, disciplina, surra, tapa, privação sensorial (por exemplo, uso de vendas) e dramatização de submissão de domínio envolvendo temas como mestre/escravo, dono/animal de estimação ou sequestrador/vítima.

Recursos associados

O uso extensivo de pornografia envolvendo o ato de ser humilhado, espancado, amarrado ou feito sofrer é, às vezes, uma característica associada ao transtorno de masoquismo sexual.

Aqueles que se envolvem em comportamento sexual sadomasoquista podem experimentar uma hiposensibilidade à dor, embora não se saiba se esse achado se aplica àqueles com transtorno de masoquismo sexual.

Além disso, embora muitas vezes se suponha que indivíduos com

789

interesse sexual masoquista têm um histórico de experiências de abuso sexual na infância, não há evidências suficientes para apoiar essa associação.

Prevalência

A prevalência populacional de indivíduos cujas apresentações atendem a todos os critérios para transtorno de masoquismo sexual é desconhecida. Na Austrália, estima-se que 2,2% dos homens e 1,3% das mulheres estiveram envolvidos em comportamento BDSM nos últimos 12 meses.

Desenvolvimento e Curso Indivíduos

com parafiliais que vivem na comunidade relataram uma idade média de início do masoquismo de 19,3 anos, embora idades mais precoces, incluindo puberdade e infância, também tenham sido relatadas para o início de fantasias masoquistas. Muito pouco se sabe sobre a persistência ao longo do tempo.

Com ou sem tratamento do transtorno de masoquismo sexual, o sofrimento subjetivo (por exemplo, culpa, vergonha, frustração sexual intensa, solidão) ou prejuízo do transtorno pode mudar ao longo do tempo, assim como vários fatores que podem afetar potencialmente o curso do transtorno, como morbidade psiquiátrica, hipersexualidade e impulsividade sexual. Assim, a gravidade e o curso podem variar ao longo do tempo. Tal como acontece com outras preferências sexuais, a idade avançada pode estar associada à diminuição das preferências e comportamentos sexuais masoquistas.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

É importante distinguir comportamentos de automutilação que ocorrem durante práticas religiosas e espirituais coletivamente aceitas de comportamentos sadomasoquistas conduzidos para excitação sexual. Por exemplo, rituais coletivos em várias religiões e sociedades incluem suspensão de ganchos, autoflagelação, automortificação e outras provações dolorosas. O papel da excitação sexual ou prazer nessas práticas permanece desconhecido.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas A

associação do transtorno de masoquismo sexual com pensamentos ou comportamentos suicidas é desconhecida. No entanto, um estudo com 321 adultos que endossaram o envolvimento do BDSM encontrou uma associação de vergonha e culpa relacionadas ao estigma com ideação suicida.

Consequências funcionais do transtorno de masoquismo sexual As

consequências funcionais do transtorno de masoquismo sexual são desconhecidas. Indivíduos que relatam interesse sexual em asfixia parecem experimentar mais sofrimento sexual e desajuste psicológico do que a população em geral. Indivíduos engajados em comportamento masoquista correm risco de morte accidental enquanto praticam asfixia ou outros procedimentos autoeróticos.

No entanto, a proporção desses falecidos cujos interesses e comportamentos sexuais satisfazem diagnósticos

critérios para masoquismo sexual é desconhecido.

Diagnóstico diferencial

Masoquismo sexual. Indivíduos com masoquismo sexual experimentam excitação sexual recorrente e intensa pelo ato de ser humilhado, espancado, amarrado ou feito sofrer. A menos que os impulsos sexuais, fantasias ou comportamentos envolvendo ser humilhado ou feito sofrer sejam acompanhados por sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento, um diagnóstico de transtorno de masoquismo sexual não é garantido.

Comorbidade As

comorbidades conhecidas com transtorno de masoquismo sexual são amplamente baseadas em indivíduos em tratamento. Transtornos que ocorrem em comorbidade com transtorno de masoquismo sexual normalmente

790

incluem outros distúrbios parafílicos, como o fetichismo transvestico. Há alguma indicação de uma associação de transtorno de masoquismo sexual com transtorno de personalidade limítrofe (com base em dados de uma pequena amostra clínica de mulheres com e sem transtorno de personalidade limítrofe).

Transtorno de Sadismo Sexual

Critério de diagnóstico

F65.52

- A. Durante um período de pelo menos 6 meses, excitação sexual recorrente e intensa do sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa, manifestada por fantasias, impulsos ou comportamentos.
- B. O indivíduo agiu de acordo com esses impulsos sexuais com uma pessoa que não consentiu, ou os impulsos ou fantasias sexuais causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Especifique

se: **Em um ambiente controlado:** Este especificador é aplicável principalmente a indivíduos que vivem em ambientes institucionais ou outros onde as oportunidades de se envolver em comportamentos sexuais sádicos são restritas.

Em remissão completa: o indivíduo não agiu de acordo com os impulsos de uma pessoa que não consentiu e não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas de funcionamento, por pelo menos 5 anos em um ambiente não controlado.

Recursos de diagnóstico

Os critérios diagnósticos para o transtorno do sadismo sexual destinam-se tanto a indivíduos que admitem livremente ter tais interesses parafílicos quanto àqueles que negam qualquer interesse sexual no

sofrimento físico ou psicológico de outro indivíduo, apesar de evidências objetivas substanciais em contrário. Indivíduos que reconhecem abertamente intenso interesse sexual no sofrimento físico ou psicológico de outros são chamados de “indivíduos que admitem”. Se esses indivíduos também relatam dificuldades psicossociais por causa de suas atrações sexuais ou preferências pelo sofrimento físico ou psicológico de outro indivíduo, eles podem ser diagnosticados com transtorno de sadismo sexual. Em contraste, se os indivíduos admitidos não declaram nenhum sofrimento, exemplificado por ansiedade, obsessões, culpa ou vergonha, sobre esses impulsos parafílicos, e não são impedidos por eles na busca de outros objetivos, e suas histórias auto-relatadas, psiquiátricas ou legais indicam que eles não agem sobre eles com pessoas que não consentem, então eles podem ser verificados como tendo interesse sexual sádico, mas sua apresentação *não* atenderia aos critérios para transtorno de sadismo sexual.

Exemplos de indivíduos que negam qualquer interesse no sofrimento físico ou psicológico de outro indivíduo incluem indivíduos conhecidos por terem infligido dor ou sofrimento a múltiplas vítimas em ocasiões separadas, mas que negam quaisquer desejos ou fantasias sobre tal comportamento sexual e que podem alegar ainda que episódios conhecidos de agressão sexual foram não intencionais ou não sexuais. Outros podem admitir episódios passados de comportamento sexual envolvendo a inflição de dor ou sofrimento a uma pessoa que não consentiu, mas não relatam nenhum interesse sexual significativo ou sustentado no sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa. Uma vez que esses indivíduos negam ter impulsos ou fantasias envolvendo excitação sexual, dor e sofrimento, segue-se que eles também negariam sentir-se subjetivamente angustiados ou socialmente prejudicados por tais impulsos. Esses indivíduos podem ser diagnosticados com transtorno de sadismo sexual apesar de seu autorrelato negativo. Seu comportamento recorrente constitui suporte clínico para a presença da parafilia do sadismo sexual (ao satisfazer o Critério A) e, simultaneamente, demonstra que seu comportamento parafilicamente motivado está causando sofrimento, dano ou risco de dano clinicamente significativo a outros (satisfazendo ao Critério B).

791

O sadismo sexual “recorrente” envolvendo outros sem consentimento pode ser interpretado como exigindo múltiplas vítimas, cada uma em uma ocasião separada; essa exigência de múltiplas vítimas em ocasiões distintas é relevante porque aumenta a confiança na inferência clínica de que o indivíduo é motivado pelo transtorno de sadismo sexual. Menos vítimas podem ser interpretadas como satisfazendo este critério, se houver múltiplas instâncias de inflição de dor e sofrimento à mesma vítima, ou se houver evidência corroborante de um interesse forte ou preferencial em dor e sofrimento envolvendo múltiplas vítimas. Observe que várias vítimas, como sugerido anteriormente, são uma condição suficiente, mas não necessária para o diagnóstico, pois os critérios podem ser atendidos se o indivíduo reconhecer intenso interesse sexual sádico.

O termo *bondage-domination-sadismo-masoquismo* (BDSM) é amplamente usado para se referir a uma ampla gama de comportamentos que indivíduos com masoquismo sexual e/ou sadismo sexual (assim como outros indivíduos com interesses sexuais semelhantes) se envolvem, como restrições, ou restrição, disciplina, surra, tapa, privação sensorial (por exemplo, uso de vendas) e dramatização de submissão de domínio envolvendo temas como mestre/escravo, dono/animal de estimação ou sequestrador/vítima.

Recursos associados

O uso extensivo de pornografia envolvendo a inflição de dor e sofrimento às vezes é um

característica associada ao transtorno de sadismo sexual.

Prevalência

A prevalência populacional de indivíduos cujas apresentações atendem a todos os critérios para transtorno de sadismo sexual é desconhecida e é amplamente baseada em indivíduos em ambientes forenses. Entre os criminosos sexuais cometidos civilmente nos Estados Unidos, menos de 10% têm transtorno de sadismo sexual. Entre os indivíduos que cometeram homicídios por motivação sexual, a proporção de comportamento sexualmente sádico é de cerca de um terço.

Indivíduos com transtorno de sadismo sexual em amostras forenses são quase exclusivamente homens, mas uma amostra representativa da população na Austrália relatou que 2,2% dos homens e 1,3% das mulheres disseram ter se envolvido em comportamento BDSM no ano anterior. Em uma amostra de base populacional na Finlândia, a prevalência ao longo da vida de comportamento sexualmente sádico foi de 2,7% entre homens e 2,3% entre mulheres.

Desenvolvimento e Curso

As informações sobre o desenvolvimento e curso do transtorno do sadismo sexual são extremamente limitadas. Enquanto as preferências sexualmente sádicas per se são provavelmente uma característica ao longo da vida, o transtorno de sadismo sexual pode flutuar de acordo com o sofrimento subjetivo do indivíduo ou sua propensão a prejudicar os outros sem consentimento. Tal como acontece com outras preferências sexuais, a idade avançada pode estar associada à diminuição das preferências e comportamentos sexualmente sádicos. Em relação à preferência sexualmente sádica, muitos indivíduos que se envolvem em comportamento BDSM tornaram-se conscientes de seu interesse correspondente na adolescência.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

O status legal do comportamento sexualmente sádico varia entre países e sociedades, sugerindo o potencial de variação no sofrimento (por causa da variação na aceitação cultural) e prejuízo funcional (por causa do status legal).

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

A associação do transtorno de sadismo sexual com pensamentos ou comportamentos suicidas é desconhecida. No entanto, um estudo com 321 adultos que endossaram o envolvimento do BDSM encontrou uma associação de vergonha e culpa relacionadas ao estigma com ideação suicida.

792

Diagnóstico diferencial

Sadismo sexual. Indivíduos com sadismo sexual experimentam excitação sexual recorrente e intensa do sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa. A menos que os impulsos sexuais para fazer outra pessoa sofrer física ou psicologicamente sejam realizados com uma pessoa que não consente, ou a menos que haja sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento, um diagnóstico de transtorno de sadismo sexual não é garantido.

A maioria dos indivíduos ativos em redes comunitárias que praticam comportamentos sádicos e masoquistas não expressam qualquer insatisfação com seus interesses sexuais, e suas

comportamento não atenderia aos critérios do DSM-5 para transtorno de sadismo sexual.

Infligir sofrimento físico ou psicológico durante a prática de um crime sexual.

Indivíduos que cometem

estupro ou outras agressões sexuais podem infligir dor em suas vítimas como resultado do ato de estupro, ou no processo de subjugar as vítimas ou restringi-las a cometer a agressão sexual. Essa inflição instrumental de dor não deve ser considerada indicativa de transtorno de sadismo sexual, a menos que haja evidência de que o indivíduo está obtendo prazer com a inflição de dor e o sofrimento resultante da vítima (por exemplo, admissão de estar especificamente excitado pela dor, evidência de preferência por pornografia envolvendo temas de sadismo sexual, uso excessivo de violência indutora de dor que vai além do que pode ser necessário no curso da agressão sexual).

Transtorno de conduta e transtorno de personalidade antissocial

Indivíduos com transtorno de conduta e transtorno de personalidade antissocial podem ser fisicamente cruéis com as pessoas e forçar outros a se envolverem em atividades sexuais. Comportamentos sexuais coercitivos ou sádicos que ocorrem no contexto de transtorno de conduta ou transtorno de personalidade antissocial, mas que não refletem um padrão subjacente de excitação sexual do sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa, não devem ser usados como base para o diagnóstico de transtorno de sadismo sexual. Nos casos em que os critérios diagnósticos são preenchidos tanto para transtorno de sadismo sexual quanto para transtorno de conduta/transtorno de personalidade antissocial, ambos os transtornos podem ser diagnosticados.

Comorbidade As

comorbidades conhecidas com o transtorno de sadismo sexual são amplamente baseadas em indivíduos (quase todos homens) condenados por atos criminais envolvendo atos sádicos contra vítimas não consentidas. Portanto, essas comorbidades podem não se aplicar a todos os indivíduos que nunca se envolveram em atividades sádicas com uma vítima que não consentiu, mas que se qualificam para um diagnóstico de transtorno de sadismo sexual com base no sofrimento subjetivo sobre seu interesse sexual. Os transtornos que são comumente comórbidos com o transtorno de sadismo sexual incluem outros transtornos parafílicos. De acordo com um estudo de base populacional na Finlândia, indivíduos que se envolveram em comportamento sexualmente sádico também se envolveram em outros tipos de comportamento parafílico, a saber (em ordem decrescente de co-ocorrência) masoquismo (68,8%), voyeurismo (33,3%), fetichismo travesti (9,2%) e exibicionismo (6,4%).

Transtorno Pedofílico

Critério de diagnóstico

F65.4

- A. Durante um período de pelo menos 6 meses, fantasias sexualmente excitantes recorrentes e intensas, impulsos sexuais ou comportamentos envolvendo atividade sexual com uma criança ou crianças pré-púberes (geralmente com 13 anos ou menos).
- B. O indivíduo agiu de acordo com esses impulsos sexuais, ou os impulsos ou fantasias sexuais causar sofrimento acentuado ou dificuldade interpessoal.

C. O indivíduo tem pelo menos 16 anos de idade e pelo menos 5 anos mais velho que a criança ou crianças no Critério A.

Nota: Não inclua um indivíduo no final da adolescência envolvido em um relacionamento sexual contínuo com uma criança de 12 ou 13 anos.

Especifique se:

Tipo exclusivo (atraído apenas para crianças)

Tipo não exclusivo

Especifique se: Atração

sexual por homens Atração

sexual por mulheres Atração

sexual por ambos *Especifique se:*

Limitado a incesto

Características diagnósticas

Os critérios diagnósticos para transtorno pedofílico destinam-se a se aplicar tanto a indivíduos que revelam livremente essa parafilia quanto a indivíduos que negam qualquer atração sexual por crianças pré-púberes (geralmente com 13 anos ou menos), apesar de evidências objetivas substanciais em contrário. A diretriz de idade de 13 anos ou menos é apenas aproximada, porque o início da puberdade varia de pessoa para pessoa, e há boas evidências de que a idade média de início da puberdade vem diminuindo ao longo do tempo e difere entre etnias e culturas. Exemplos de divulgação dessa parafilia incluem reconhecer francamente um intenso interesse sexual em crianças e indicar que o interesse sexual em crianças é maior ou igual ao interesse sexual em pessoas fisicamente maduras. Se os indivíduos também se queixam de que suas atrações ou preferências sexuais por crianças estão causando sofrimento acentuado ou dificuldades psicossociais, eles podem ser diagnosticados com transtorno pedofílico. No entanto, se eles relatam ausência de sentimentos de culpa, vergonha ou ansiedade em relação a esses impulsos e não são funcionalmente limitados por seus impulsos parafílicos (de acordo com autorrelato, avaliação objetiva ou ambos), e seu autorrelato e legalmente registrado as histórias indicam que eles nunca agiram em seus impulsos, então esses indivíduos têm um interesse sexual pedófilo, mas não transtorno pedófilo. Ao tentar diferenciar crianças infratoras com transtorno pedofílico de crianças infratoras sem transtorno pedofílico, os fatores que sugerem um diagnóstico de transtorno pedofílico no infrator incluem autorrelato de interesse em crianças, uso de pornografia infantil, histórico de múltiplas vítimas infantis, vítimas de meninos, e crianças vítimas não relacionadas.

Exemplos de indivíduos que negam atração por crianças incluem indivíduos que são conhecidos por terem abordado sexualmente várias crianças em ocasiões separadas, mas que negam quaisquer desejos ou fantasias sobre comportamento sexual envolvendo crianças, e que podem alegar ainda que os episódios conhecidos de contato físico foram todos não intencionais e não sexual. Outros indivíduos podem reconhecer episódios passados de comportamento sexual envolvendo crianças, mas negar qualquer interesse sexual significativo ou sustentado em crianças. Como esses indivíduos podem negar experiências, impulsos ou fantasias envolvendo crianças, eles também podem negar sentir-se subjetivamente angustiados. Esses indivíduos ainda podem ser diagnosticados com transtorno pedofílico, apesar da ausê-

sofrimento, desde que haja evidência de comportamentos recorrentes que persistem por 6 meses (Critério A) e evidência de que o indivíduo agiu por impulsos sexuais ou experimentou dificuldades interpessoais como consequência do transtorno (Critério B). Os comportamentos incluem interações sexuais com crianças, envolvendo ou não contato físico (por exemplo, alguns indivíduos pedófilos se expõem a crianças). Embora o uso de conteúdo sexualmente explícito retratando crianças pré-púberes seja típico de indivíduos com interesses sexuais pedofílicos e, portanto, possa contribuir com informações importantes relevantes para a avaliação do Critério A, tal comportamento na ausência de interações sexuais do indivíduo com crianças (ou seja, agir de acordo com essas desejos sexuais em pessoa) é insuficiente para concluir que o Critério B foi atendido.

794

A presença de múltiplas vítimas, conforme discutido acima, é suficiente, mas não necessária para o diagnóstico; ou seja, o indivíduo ainda pode atender ao Critério A simplesmente reconhecendo interesse sexual intenso ou preferencial em crianças.

Recursos associados

Indivíduos com transtorno pedofílico podem experimentar uma afinidade emocional e cognitiva com crianças, às vezes referida como *congruência emocional* com crianças. A congruência emocional com as crianças pode se manifestar de diferentes maneiras, incluindo preferir interações sociais com crianças do que com adultos, sentir que se tem mais em comum com crianças do que com adultos e escolher ocupações ou papéis voluntários para estar perto de crianças com mais frequência. Estudos mostram que a congruência emocional com crianças está relacionada tanto ao interesse sexual pedófilo quanto à probabilidade de reincidência sexual entre indivíduos que se ofenderam sexualmente.

Prevalência

A prevalência populacional de indivíduos cujas apresentações atendem a todos os critérios para transtorno pedofílico é desconhecida, mas provavelmente é inferior a 3% entre os homens em estudos internacionais. A prevalência populacional de transtorno pedofílico em mulheres é ainda mais incerta, mas provavelmente é uma pequena fração da prevalência em homens.

Desenvolvimento e Curso Homens

adultos com transtorno pedófilo podem indicar que se conscientizaram de um interesse sexual forte ou preferencial por crianças na época da puberdade – o mesmo período em que os homens que mais tarde preferem parceiras fisicamente maduras se conscientizaram de seu interesse sexual por mulheres ou mulheres. homens. Tentar diagnosticar o transtorno pedofílico na idade em que ele se manifesta pela primeira vez é problemático devido à dificuldade durante o desenvolvimento do adolescente em diferenciá-lo do interesse sexual apropriado para a idade em pares ou da curiosidade sexual. Portanto, o Critério C exige para o diagnóstico uma idade mínima de 16 anos e pelo menos 5 anos mais velha que a criança ou crianças do Critério A.

A pedofilia per se parece ser uma condição vitalícia. O transtorno pedofílico, no entanto, inclui necessariamente outros elementos que podem mudar ao longo do tempo com ou sem tratamento: sofrimento subjetivo (por exemplo, culpa, vergonha, frustração sexual intensa ou sentimentos de isolamento) ou comprometimento psicossocial, ou a propensão a agir sexualmente com crianças , ou ambos. Portanto,

o curso do transtorno pedofílico pode flutuar, ou a intensidade pode aumentar ou diminuir com a idade.

Adultos com transtorno pedofílico podem relatar uma consciência do interesse sexual em crianças que precedeu o envolvimento em comportamento sexual envolvendo crianças ou a auto-identificação como um indivíduo com pedofilia. A idade avançada tem a mesma probabilidade de diminuir a frequência do comportamento sexual envolvendo crianças, assim como outros comportamentos sexuais parafílicos e não parafílicos.

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental. Parece haver uma interação entre pedofilia e traços de personalidade antissocial, como insensibilidade, impulsividade e disposição para correr riscos sem levar em conta as consequências. Homens com interesse pedófilo e traços de personalidade antissocial são mais propensos a agir sexualmente com crianças e, portanto, se qualificam para um diagnóstico de transtorno pedofílico. Assim, o transtorno de personalidade antissocial pode ser considerado um fator de risco para transtorno pedofílico em homens com pedofilia.

Ambiental. Homens adultos com pedofilia às vezes relatam que foram abusados sexualmente quando crianças. Não está claro, no entanto, se essa correlação reflete uma influência causal do abuso sexual infantil na pedofilia adulta.

795

Genética e fisiológica. Como a pedofilia é uma condição necessária para o transtorno pedofílico, qualquer fator que aumente a probabilidade de pedofilia também aumenta o risco de transtorno pedofílico. Há alguma evidência de que a perturbação do neurodesenvolvimento no útero aumenta a probabilidade de desenvolvimento de um interesse pedófilo.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero

Medidas laboratoriais de interesse sexual, em termos de respostas psicofisiológicas a estímulos sexuais retratando crianças, que às vezes são úteis no diagnóstico de transtorno pedófilo em homens, não são necessariamente úteis no diagnóstico desse transtorno em mulheres porque houve pesquisas muito limitadas sobre a avaliação do interesse sexual pedófilo em mulheres.

Marcadores diagnósticos

Medidas psicofisiológicas de interesse sexual podem às vezes ser úteis quando a história de um indivíduo sugere a possível presença de transtorno pedofílico, mas o indivíduo nega atração forte ou preferencial por crianças. A mais pesquisada e mais usada dessas medidas é a *pletismografia peniana*, embora a sensibilidade e a especificidade do diagnóstico possam variar entre os locais, que frequentemente usam diferentes estímulos, procedimentos e pontuação. O *tempo de visualização*, usando fotografias de pessoas nuas ou minimamente vestidas como estímulos visuais, também é usado para diagnosticar o transtorno pedofílico, especialmente em combinação com medidas de autorrelato. Os médicos norte-americanos, no entanto, devem estar cientes de que a posse de estímulos性uais visuais representando crianças, mesmo para fins de diagnóstico, pode violar a lei americana relativa à posse de pornografia infantil e deixar o clínico suscetível a processo criminal. Existe a opção de usar estímulos de áudio descrevendo interações sexuais na pletismografia peniana. Em todos os métodos psicofisiológicos, o marcador diagnóstico é a resposta sexual relativa aos estímulos.

retratando crianças em comparação com estímulos representando adultos, em vez de resposta absoluta a estímulos infantis.

Diagnóstico diferencial

Pedofilia. Indivíduos com pedofilia experimentam fantasias ou impulsos sexuais recorrentes, intensos e sexualmente excitantes envolvendo atividade sexual com uma criança ou crianças pré-púberes. A menos que o indivíduo tenha agido de acordo com esses impulsos sexuais com uma criança pré-púbere ou a menos que os impulsos ou fantasias sexuais causem sofrimento acentuado ou dificuldade interpessoal, o diagnóstico de transtorno pedofílico não é garantido.

Outros transtornos parafílicos. Às vezes, os indivíduos apresentam um transtorno parafílico diferente, mas são encaminhados para uma avaliação quanto a um possível transtorno pedofílico (por exemplo, quando um indivíduo com diagnóstico de transtorno exibicionista se expõe tanto a crianças quanto a adultos). Em alguns casos, ambos os diagnósticos podem se aplicar, enquanto em outros, pode ser que um diagnóstico de transtorno parafílico seja suficiente. Por exemplo, um indivíduo que se expõe exclusivamente a crianças pré-púberes pode ter tanto transtorno exibicionista quanto transtorno pedófilo, enquanto outro indivíduo que se expõe a vítimas, independentemente da idade das vítimas, pode ser considerado portador apenas de transtorno exibicionista.

Transtorno de personalidade antisocial. Alguns indivíduos com transtorno de personalidade antissocial abusam sexualmente de crianças, refletindo o fato de que a presença de transtorno de personalidade antissocial aumenta a probabilidade de um indivíduo que é atraído principalmente por pessoas maduras se aproximar sexualmente de uma criança, com base no acesso relativo à criança. Um diagnóstico adicional de transtorno pedofílico só deve ser considerado se houver evidências de que, durante um período de pelo menos 6 meses, o indivíduo também teve fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos sexuais recorrentes, intensos e excitantes, ou comportamentos envolvendo atividade sexual com uma criança pré-púbera.

796

Intoxicação por substância. Os efeitos desinibidores da intoxicação por substâncias também podem aumentar a probabilidade de um indivíduo que é atraído principalmente por pessoas maduras se aproximar sexualmente de uma criança.

Transtorno obsessivo-compulsivo. Há indivíduos ocasionais que se queixam de pensamentos distônicos do ego e se preocupam com uma possível atração por crianças. A entrevista clínica geralmente revela uma ausência de sentimentos positivos sobre esses pensamentos, nenhuma conexão entre esses pensamentos e o comportamento sexual (por exemplo, masturbar-se com esses pensamentos) e, às vezes, ideias sexuais intrusivas e egodistônicas adicionais (por exemplo, preocupações com a homossexualidade).

Comorbidade A

comorbidade psiquiátrica de transtorno pedofílico inclui transtornos por uso de substâncias; transtornos depressivos, bipolares e de ansiedade; transtorno de personalidade antisocial; e outros distúrbios parafílicos. No entanto, os achados sobre transtornos comórbidos ocorrem principalmente entre indivíduos condenados por crimes sexuais envolvendo crianças (quase todos do sexo masculino) e podem não ser generalizáveis para outros indivíduos com transtorno pedofílico (por exemplo, indivíduos que nunca abordaram uma criança sexualmente, mas que se qualificam para o diagnóstico de transtorno pedofílico). transtorno pedofílico com base em sofrimento subjetivo).

Transtorno Fetichista

Critério de diagnóstico	F65.0
A. Durante um período de pelo menos 6 meses, excitação sexual recorrente e intensa pelo uso de objetos não vivos ou um foco altamente específico em partes não genitais do corpo, manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos.	
B. As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.	
C. Os objetos de fetiche não se limitam a artigos de vestuário usados em travestis (como no transtorno transvéstico) ou dispositivos especificamente projetados para fins de estimulação genital tátil (por exemplo, vibrador).	
<i>Especifique:</i>	
Parte(s) do corpo	
Objeto(s) inanimado(s)	
Outro	
<i>Especifique</i>	
se: Em um ambiente controlado: Este especificador é aplicável principalmente a indivíduos que vivem em ambientes institucionais ou outros onde as oportunidades de se envolver em comportamentos fetichistas são restritas.	
Em remissão completa: Não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas de funcionamento por pelo menos 5 anos em um ambiente não controlado.	

Especificadores Embora indivíduos com transtorno fetichista possam relatar excitação sexual intensa e recorrente para objetos inanimados ou uma parte específica do corpo, não é incomum que ocorram combinações não mutuamente exclusivas de interesses sexuais fetichistas. Assim, um indivíduo pode ter transtorno fetichista associado a um objeto inanimado (p. esses especificadores (por exemplo, meias, sapatos e pés).

797

Características

Diagnósticas O foco parafílico do transtorno fetichista envolve o uso ou dependência persistente e repetitiva de objetos inanimados ou um foco altamente específico em uma parte do corpo (tipicamente não genital) como elemento primário associado à excitação sexual (Critério A). Um diagnóstico de transtorno fetichista deve incluir sofrimento pessoal clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (Critério B). Objetos comuns de

incluem roupas íntimas femininas, calçados masculinos ou femininos, artigos de borracha, roupas de couro, fraldas ou outras vestimentas. Partes do corpo altamente erotizadas associadas ao transtorno fetichista incluem pés, dedos e cabelo. Não é incomum que fetiches sexualizados incluam objetos inanimados e partes do corpo (por exemplo, meias e pés sujos), e por esta razão a definição de transtorno fetichista agora reincorpora o *parcialismo* (isto é, um foco exclusivo em uma parte do corpo) em seus limites. O parcialismo, anteriormente considerado no DSM-IV-TR como uma parafilia sem outra especificação, historicamente foi incluído no fetichismo antes do DSM-III.

Muitos indivíduos que se autoidentificam como praticantes fetichistas não relatam necessariamente comprometimento clínico em associação com seus comportamentos associados ao fetiche. Esses indivíduos podem ser considerados como tendo um interesse sexual fetichista (ou seja, uma excitação sexual recorrente e intensa pelo uso de objetos não vivos ou um foco altamente específico em uma parte não genital do corpo, manifestada por fantasias, impulsos ou comportamentos), mas não transtorno fetichista. Um diagnóstico de transtorno fetichista requer o cumprimento simultâneo de ambos os comportamentos no Critério A e o sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento observado no Critério B.

Recursos associados

O transtorno fetichista pode ser uma experiência multissensorial, incluindo segurar, provar, esfregar, inserir ou cheirar o objeto de fetiche enquanto se masturba, ou preferir que um parceiro sexual use ou utilize um objeto de fetiche durante os encontros sexuais. Deve-se notar que muitos indivíduos com interesses sexuais fetichistas também desfrutam de experiências sexuais com seu(s) parceiro(s) sem usar seu objeto fetichista. No entanto, deve-se notar também que indivíduos com um interesse sexual fetichista muitas vezes acham que as experiências sexuais que envolvem seu objeto fetichista são sexualmente mais satisfatórias do que a experiência sexual sem ele. E para uma minoria de pessoas com um interesse sexual fetichista, seu objeto fetichista é obrigatório para se tornar sexualmente excitado e/ou satisfeito.

Alguns indivíduos podem adquirir extensas coleções de objetos de fetiche altamente desejados.

Desenvolvimento e Curso Geralmente

as parafilias têm início durante a puberdade, mas os interesses sexuais fetichistas podem se desenvolver antes da adolescência. Uma vez estabelecido, o transtorno fetichista tende a ter um curso contínuo que flutua em intensidade e frequência de impulsos ou comportamento.

Questões Diagnósticas Relacionadas à Cultura O

conhecimento e a consideração apropriada dos aspectos normativos do comportamento sexual são fatores importantes a serem explorados para estabelecer um diagnóstico clínico de transtorno fetichista e distinguir um diagnóstico clínico de um comportamento sexual socialmente aceitável.

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero

Comportamentos fetichistas foram relatados mais em homens, mas também ocorrem em mulheres. Essa diferença de gênero é menor para a fantasia fetichista do que para o comportamento fetichista real. Em amostras clínicas, o transtorno fetichista é relatado quase exclusivamente em homens.

Consequências Funcionais do Transtorno Fetichista

As deficiências típicas associadas ao transtorno fetichista incluem disfunção sexual durante

relacionamentos românticos recíprocos quando o objeto de fetiche preferido ou parte do corpo é

798

indisponível durante as preliminares ou coito. Alguns indivíduos com transtorno fetichista podem preferir atividade sexual solitária associada à(s) sua(s) preferência(ões) fetichista(s), mesmo quando envolvidos em um relacionamento recíproco e afetuoso significativo.

Diagnóstico diferencial

Transtorno transvestíco. O vizinho diagnóstico mais próximo do transtorno fetichista é o transtorno transvestíco. Conforme observado nos critérios diagnósticos, o transtorno fetichista não é diagnosticado quando os objetos fetichistas são limitados a artigos de vestuário usados exclusivamente durante a travessia (como no transtorno transvestíco), ou quando o objeto é genitalmente estimulante porque foi projetado para esse fim. ex., um vibrador).

Transtorno de masoquismo sexual ou outros transtornos parafílicos. O transtorno fetichista pode ocorrer concomitantemente com outros transtornos parafílicos, especialmente comportamento ou interesses sadomasoquistas e transtorno transvestíco. Quando um indivíduo fantasia ou se envolve em “travestimento forçado” e é principalmente excitado sexualmente pela dominação ou humilhação associada a tal fantasia ou atividade repetitiva, e experimenta angústia ou prejuízo funcional, o diagnóstico de transtorno de masoquismo sexual deve ser feito.

Fetichismo. O uso de um objeto de fetiche para excitação sexual (fetichismo) sem qualquer sofrimento associado ou comprometimento do papel psicossocial ou outra consequência adversa não atenderia aos critérios para transtorno fetichista, pois o limite exigido pelo Critério B não seria atendido. Por exemplo, um indivíduo cujo parceiro sexual compartilha ou pode incorporar com sucesso seu interesse em acariciar, cheirar ou lamber os pés ou dedos dos pés como um elemento importante das preliminares não seria diagnosticado com transtorno fetichista; nem o faria um indivíduo que prefere, e não está angustiado ou prejudicado por, comportamento sexual solitário associado ao uso de roupas de borracha ou botas de couro.

Comorbidade

O transtorno fetichista pode ocorrer concomitantemente com outros transtornos parafílicos, bem como com a hipersexualidade. Raramente, o transtorno fetichista pode estar associado a condições neurológicas.

Desordem Transvestica

Critério de diagnóstico

F65.1

- A. Durante um período de pelo menos 6 meses, excitação sexual recorrente e intensa por travestismo, manifestada por fantasias, impulsos ou comportamentos.
- B. As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Especifique se:

Com fetichismo: Se excitado sexualmente por tecidos, materiais ou roupas.

Com autoginefilia: Se sexualmente excitado por pensamentos ou imagens de si mesmo como um mulher.

Especifique

se: **Em um ambiente controlado:** Este especificador é aplicável principalmente a indivíduos que vivem em instituições ou outros ambientes onde as oportunidades de travestismo são restritas.

Em remissão completa: Não houve sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas de funcionamento por pelo menos 5 anos em um ambiente não controlado.

799

Especificadores

A presença de fetichismo diminui a probabilidade de disforia de gênero em homens com transtorno transvestítico. A presença de autoginefilia aumenta a probabilidade de disforia de gênero em homens com transtorno transvestítico.

Características Diagnósticas

O diagnóstico de transtorno transvestítico não se aplica a todos os indivíduos que se vestem como o sexo oposto, mesmo aqueles que o fazem habitualmente. Aplica-se a indivíduos cujo travestismo ou pensamentos de travestismo são sempre ou muitas vezes acompanhados de excitação sexual (Critério A) e que estão emocionalmente perturbados por esse padrão ou para quem isso prejudica seu funcionamento social ou interpessoal (Critério B). O cross-dressing pode envolver apenas uma ou duas peças de vestuário (por exemplo, para os homens, pode envolver apenas roupas íntimas femininas), ou pode envolver vestir completamente as roupas internas e externas do outro sexo e (nos homens) pode incluir o uso de perucas e maquiagem feminina. A excitação sexual, em sua forma mais óbvia de ereção peniana, pode ocorrer com o crossdressing de várias maneiras. Em homens mais jovens, o cross-dressing geralmente leva à masturbação, após a qual qualquer roupa feminina é removida. Os homens mais velhos muitas vezes aprendem a evitar se masturbar ou fazer qualquer coisa para estimular o pênis, de modo que evitar a ejaculação lhes permita prolongar sua sessão de travestismo. Homens e mulheres às vezes completam uma sessão de cross-dressing tendo relações sexuais com seus parceiros, e alguns têm dificuldade em manter a excitação sexual suficiente para a atividade sexual sem cross-dressing (ou tendo fantasias particulares de cross-dressing).

A avaliação clínica do sofrimento ou deficiência, como a avaliação clínica da excitação sexual transvestítica, geralmente depende do autorrelato do indivíduo. O padrão de comportamento “purga e aquisição” muitas vezes significa a presença de angústia em indivíduos com transtorno transvestítico. Durante esse padrão de comportamento, um indivíduo (geralmente um homem) que gastou muito dinheiro em roupas femininas e outras roupas (por exemplo, sapatos, perucas) descarta os itens (ou seja, os purga) em um esforço para superar os impulsos de cruzar -veste-se, e então começa a adquirir o guarda-roupa de uma mulher novamente.

Recursos associados

O transtorno transvestíco em homens é frequentemente acompanhado por *autoginefilia* (isto é, a tendência parafílica de um homem a ser sexualmente excitado pelo pensamento ou imagem de si mesmo como mulher). As fantasias e comportamentos autoginefílicos podem se concentrar na ideia de exibir funções fisiológicas femininas (por exemplo, lactação, menstruação), engajar-se em comportamentos estereotipicamente femininos (por exemplo, tricô) ou possuir anatomia feminina (por exemplo, seios).

Prevalência

A prevalência do transtorno transvestíco é desconhecida; no entanto, parece ser muito mais prevalente em homens do que em mulheres. Menos de 3% dos homens suecos relatam já ter se excitado sexualmente ao se vestir com roupas femininas. A porcentagem de indivíduos que se cruzaram com excitação sexual mais de uma vez ou algumas vezes em suas vidas seria ainda menor.

Desenvolvimento e Curso Nos

homens, os primeiros sinais de transtorno transvestíco podem começar na infância, na forma de forte fascinação por um determinado item do vestuário feminino. Antes da puberdade, o cross-dressing produz sentimentos generalizados de excitação prazerosa. Com a chegada da puberdade, vestir roupas femininas começa a provocar a ereção peniana e, em alguns casos, leva diretamente à primeira ejaculação. Em muitos casos, o cross-dressing provoca cada vez menos excitação sexual à medida que o indivíduo envelhece; eventualmente, pode não produzir nenhuma resposta peniana discernível. O desejo de cross-dressing, ao mesmo tempo, permanece o mesmo ou fica ainda mais forte.

800

Indivíduos que relatam tal diminuição da resposta sexual geralmente relatam que a excitação sexual do travestismo foi substituída por sentimentos de conforto ou bem-estar.

Em alguns casos, o curso do transtorno transvestíco é contínuo e, em outros, é episódico. Não é raro que homens com transtorno transvestíco percam o interesse em se travestir quando se apaixonam por uma mulher e começam um relacionamento, mas essa redução geralmente se mostra temporária.

Quando o desejo de se travestir retorna, o mesmo acontece com a angústia associada.

Alguns casos de transtorno transvestíco evoluem para disforia de gênero. Os homens nesses casos, que podem ser indistinguíveis de outros com transtorno transvestíco na adolescência ou na primeira infância, gradualmente desenvolvem desejos de permanecer no papel da mulher por mais tempo e de feminizar sua anatomia. O desenvolvimento da disforia de gênero geralmente é acompanhado por uma redução (auto-relatada) ou eliminação da excitação sexual em associação com o travestismo.

A manifestação do travestismo na ereção e estimulação peniana, assim como a manifestação de outros interesses sexuais parafílicos e não parafílicos, é mais intensa na adolescência e início da idade adulta. A gravidade do transtorno travestico é maior na idade adulta, quando os impulsos travestis são mais propensos a entrar em conflito com o desempenho em relações heterossexuais e desejos de casar e constituir família. Homens de meia-idade e idosos com histórico de travestismo são menos propensos a apresentar transtorno transvestíco do que disforia de gênero.

Consequências Funcionais do Transtorno Transvestíco

Envolver-se em comportamentos travestis pode interferir ou prejudicar os relacionamentos heterossexuais. Isso pode ser uma fonte de angústia para os homens que desejam manter casamentos convencionais ou parcerias românticas com mulheres.

Diagnóstico Diferencial

Travestismo. Indivíduos com travestismo experimentam excitação sexual recorrente e intensa por causa do travestismo. A menos que as fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos envolvendo travestis sejam acompanhados por sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento, um diagnóstico de transtorno transvestico não é garantido.

Transtorno fetichista. Esse transtorno pode se assemelhar ao transtorno transvestico, em particular, em homens com fetichismo que vestem roupas íntimas femininas enquanto se masturbam com elas. Distinguir o transtorno transvestico depende dos pensamentos específicos do indivíduo durante tal atividade (por exemplo, há alguma ideia de ser mulher, ser como uma mulher ou estar vestido de mulher?) e da presença de outros fetiches (por exemplo, macio, sedoso tecidos, quer sejam usados para vestuário ou para qualquer outra coisa).

Disforia de gênero. Indivíduos com transtorno transvestico não relatam incongruência entre o gênero vivenciado e o gênero atribuído ou desejo de ser do outro gênero; e eles normalmente não têm histórico de comportamentos de gênero cruzado na infância, que estariam presentes em indivíduos com disforia de gênero. Indivíduos com uma apresentação que preencha todos os critérios para transtorno transvestico, bem como disforia de gênero, devem receber ambos os diagnósticos.

Comorbidade O

transtorno transvestico é frequentemente encontrado em associação com outras parafilias. As parafilias que ocorrem mais frequentemente são interesses ou comportamentos sexuais fetichistas e interesses ou comportamentos sexuais masoquistas. Uma forma particularmente perigosa de interesses ou comportamentos sexuais masoquistas, a *asfixia autoerótica*, está associada a interesses ou comportamentos sexuais travestis em uma proporção substancial de casos fatais.

801

Outro Transtorno Parafílico Especificado

F65,89

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno parafílico que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos parafílicos .

A categoria de outro transtorno parafílico especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar o motivo específico pelo qual a apresentação não atende aos critérios para qualquer transtorno parafílico específico. Isso é feito registrando “outro transtorno parafílico especificado” seguido do motivo específico (por exemplo, “zoofilia”).

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação “outros especificados” incluem, mas não estão limitados a, excitação sexual recorrente e intensa envolvendo *escatologia telefônica* (telefonemas obscenos), *necrofilia* (cadáveres), *zoofilia* (animais), *coprofilia* (fezes) , *klismafilia* (enemas) ou *urofilia* (urina) que está presente há pelo menos 6 meses e causa sofrimento acentuado ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento. Outro transtorno parafílico especificado pode ser especificado como em remissão e/ou como ocorrendo em um ambiente controlado.

Transtorno Parafílico Não Especificado

F65.9

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno parafílico que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer um dos transtornos na classe diagnóstica de transtornos parafílicos . A categoria de transtorno parafílico não especificado é usada em situações em que o clínico opta por não especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno parafílico específico e inclui apresentações nas quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico.

Outros Transtornos Mentais e Códigos Adicionais

Este capítulo fornece códigos diagnósticos para apresentações psiquiátricas que são transtornos mentais (ou seja, sintomas que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento), mas que não atendem aos requisitos diagnósticos para qualquer um dos transtornos mentais no período anterior. Capítulos da Seção II. Esses códigos permitem a documentação e a codificação desses transtornos mentais não classificados. Este capítulo também inclui um código adicional, "Sem diagnóstico ou condição", para situações em que o indivíduo foi avaliado e é determinado que nenhum transtorno ou condição mental

As categorias 1) outro transtorno mental especificado devido a outra condição médica e 2) transtorno mental não especificado devido a outra condição médica são para apresentações para as quais foi determinado que os sintomas psiquiátricos (por exemplo, sintomas dissociativos) são uma consequência fisiológica direta de outra condição médica. condição médica, mas não atendem aos critérios diagnósticos para qualquer um dos transtornos mentais da Seção II anteriores devido a outra condição médica. Para o diagnóstico de outro transtorno mental especificado ou não especificado devido a outra condição médica, é necessário codificar e listar primeiro a condição médica (p. outra condição médica).

As categorias 1) outro transtorno mental especificado e 2) transtorno mental não especificado são categorias residuais usadas quando todas as seguintes considerações são atendidas: a apresentação psiquiátrica é um transtorno mental (ou seja, os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas atividades sociais, ocupacionais, ou outras áreas importantes de funcionamento); a apresentação não atende aos critérios diagnósticos para nenhum dos transtornos mentais específicos na Seção II; nem a apresentação atende aos requisitos de definição de qualquer uma das outras categorias de transtorno mental especificadas e não especificadas apresentadas na Seção II; e nenhum outro diagnóstico de transtorno mental se aplica.

Como é o caso de outras categorias especificadas e não especificadas ao longo do DSM-5, a outra categoria especificada é usada quando o clínico opta por especificar o motivo específico pelo qual a apresentação não atende aos critérios para qualquer uma das categorias existentes (por exemplo, outra categoria mental especificada transtorno devido a crises parciais complexas, com sintomas dissociativos), e a categoria não especificada é usada quando o clínico opta por não especificar o motivo.

Outro transtorno mental especificado devido a outro médico

Doença

F06.8

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno mental

transtorno devido a outra condição médica que causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer transtorno mental específico atribuível a outro médico

804

doença. O outro transtorno mental especificado devido a outra categoria de condição médica é usado em situações em que o clínico opta por comunicar o motivo específico pelo qual a apresentação não atende aos critérios para qualquer transtorno mental específico atribuível a outra condição médica. Isso é feito registrando o nome do transtorno, com a condição médica etiológica específica inserida no lugar de “outra condição médica”, seguida da manifestação sintomática específica que não atende aos critérios para qualquer transtorno mental específico devido a outra condição médica. Além disso, o código de diagnóstico para a condição médica específica deve ser listado imediatamente antes do código para o outro transtorno mental especificado devido a outra condição médica. Por exemplo, sintomas dissociativos devido a crises parciais complexas seriam codificados e registrados como G40.209 crises parciais complexas, F06.8 outro transtorno mental especificado devido a crises parciais complexas, sintomas dissociativos.

Um exemplo de uma apresentação que pode ser especificada usando o “outro especificado” designação é a seguinte:

Sintomas dissociativos: Isso inclui sintomas que ocorrem, por exemplo, no contexto de crises parciais complexas.

805

Transtorno mental não especificado devido a outro médico Doença

F09

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno mental devido a outra condição médica que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer transtorno mental específico devido para outra condição médica. O transtorno mental não especificado devido a outra categoria de condição médica é usado em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno mental específico devido a outra condição médica e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, em ambientes de emergência). Isso é feito registrando o nome do distúrbio, com a condição médica etiológica específica inserida no lugar de “outra condição médica”. Além disso, o

O código de diagnóstico para a condição médica específica deve ser listado imediatamente antes do código para o transtorno mental não especificado devido a outra condição médica. Por exemplo, sintomas dissociativos devido a crises parciais complexas seriam codificados e registrados como G40.209 crises parciais complexas, transtorno mental F09 não especificado devido a crises parciais complexas.

Outro Transtorno Mental Especificado

F99

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno mental que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer transtorno mental específico. A categoria de outro transtorno mental especificado é usada em situações em que o clínico opta por comunicar o motivo específico pelo qual a apresentação não atende aos critérios para qualquer transtorno mental específico. Isso é feito registrando “outro transtorno mental especificado” seguido do motivo específico.

Transtorno Mental Não Especificado

F99

Esta categoria se aplica a apresentações nas quais os sintomas característicos de um transtorno mental que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento predominam, mas não atendem a todos os critérios para qualquer transtorno mental. A categoria de transtorno mental não especificado é usada em situações em que o clínico opta por *não* especificar o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um transtorno mental específico e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para fazer um diagnóstico mais específico (p. configurações da sala de emergência).

Códigos Adicionais

Z03.89 Nenhum diagnóstico ou condição Este

código se aplica a situações em que a pessoa foi avaliada e é determinado que não há transtorno ou condição mental.

Distúrbios do Movimento Induzidos por Medicação e Outros efeitos adversos da medicação

Distúrbios do movimento induzidos por medicamentos estão incluídos na Seção II devido à sua frequente importância em 1) o tratamento medicamentoso de transtornos mentais ou outras condições médicas e 2) o diagnóstico diferencial de transtornos mentais (por exemplo, transtorno de ansiedade versus acatisia induzida por medicamentos; catatonía maligna [uma forma de catatonía particularmente grave e potencialmente fatal] vs. síndrome neuroléptica maligna; discinesia tardia vs. coreia). Embora esses distúrbios do movimento sejam rotulados como “induzidos por medicamentos”, muitas vezes é difícil estabelecer a relação causal entre a exposição à medicação e o desenvolvimento do distúrbio do movimento, especialmente porque alguns desses distúrbios do movimento também ocorrem na ausência de exposição à medicação. As condições e problemas listados neste capítulo não são transtornos mentais.

O termo *neuroléptico* está se tornando desatualizado porque destaca a propensão dos medicamentos antipsicóticos a causar movimentos anormais e está sendo substituído pelo termo *medicamentos antipsicóticos e outros agentes bloqueadores dos receptores de dopamina* em muitos contextos. Embora os medicamentos antipsicóticos mais recentes possam ser menos propensos a causar alguns distúrbios do movimento induzidos por medicamentos, esses distúrbios ainda ocorrem. Medicamentos antipsicóticos e outros agentes bloqueadores de receptores de dopamina incluem os chamados agentes antipsicóticos convencionais, “típicos” ou de primeira geração (por exemplo, clorpromazina, haloperidol, flufenazina); agentes antipsicóticos “atípicos” ou de segunda geração (por exemplo, clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina); certos medicamentos bloqueadores do receptor de dopamina usados no tratamento de sintomas como náusea e gastroparesia (por exemplo, proclorperazina, prometazina, trimetobenzamida, tietilperazina, metoclopramida); e amoxapina, que é indicada para o tratamento da depressão.

Parkinsonismo Induzido por Medicação

G21.11 Medicação Antipsicótica – e Outros Receptores de Dopamina Parkinsonismo induzido por agente bloqueador

G21.19 Parkinsonismo Induzido por Outros Medicamentos

O parkinsonismo induzido por medicamentos (MIP), a segunda causa mais comum de parkinsonismo após a doença de Parkinson, está associado a morbidade significativa, incapacidade e não adesão ao tratamento, particularmente em indivíduos com transtornos psiquiátricos. Como o reconhecimento precoce é importante, qualquer novo caso de parkinsonismo deve solicitar uma história medicamentosa completa, essencial para o diagnóstico de Plmáx. Uma relação temporal entre o início da medicação e o início do parkinsonismo deve ser evidente. Uma série de agentes que podem ser prescritos em indivíduos com transtornos psiquiátricos também podem induzir parkinsonismo, mas a MIP é mais frequentemente observada após a exposição

a medicamentos antipsicóticos que bloqueiam os receptores de dopamina D₂. A Plmáx ocorre em taxas mais altas com antipsicóticos que têm maior potência para o receptor de dopamina D₂, como haloperidol, flufenazina e risperidona, mas não há

808

diferenças nas características clínicas do parkinsonismo entre antipsicóticos de primeira e segunda geração.

Outros medicamentos que podem causar Plmáx incluem antagonistas dos canais de cálcio (por exemplo, flunarizina, cinarizina), depletores de dopamina (por exemplo, reserpina, tetrabenazina), antiepilepticos (por exemplo, fenitoína, valproato, levetiracetam), antidepressivos (por exemplo, inibidores seletivos da recaptação de serotonina, monoamina oxidase), inibidores), lítio, drogas quimioterápicas (por exemplo, cistosina arabinosídeo, ciclofosfamida, vincristina, doxorrubicina, paclitaxel, etoposido) e imunossupressores (por exemplo, ciclosporina, tacrolimus). Toxinas (por exemplo, 1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetrahidropiridina [MPTP], pesticidas organofosforados, manganês, metanol, cianeto, monóxido de carbono e dissulfeto de carbono) também podem causar MIP.

O curso de tempo para o desenvolvimento do MIP varia. Geralmente, a Plmáx se desenvolve algumas semanas após o início ou aumento da dose de um medicamento conhecido por causar parkinsonismo ou após a redução de um medicamento antiparkinsoniano (por exemplo, um agente anticolinérgico) que está sendo usado para tratar ou prevenir distonia induzida por medicamentos ou sintomas parkinsonianos. No entanto, a Plmáx também pode se desenvolver rapidamente após o início ou aumento da dose de um medicamento ou ter um início insidioso após muitos meses de exposição. Com medicamentos antipsicóticos ou outros agentes bloqueadores de receptores de dopamina, a Plmáx geralmente se desenvolve 2 a 4 semanas após o início da medicação e geralmente em 3 meses. Principalmente com bloqueadores dos canais de cálcio, um segundo pico de início dos sintomas é relatado após cerca de 1 ano.

As taxas relatadas de Plmáx são afetadas pela ausência de critérios diagnósticos padrão, diagnóstico incorreto ou atribuição errônea de sinais de Plmáx à doença de corpos de Lewy (p. Estima-se que pelo menos 50% dos pacientes ambulatoriais que recebem tratamento antipsicótico de longo prazo com agentes típicos desenvolvam sinais ou sintomas parkinsonianos em algum momento do tratamento.

Não existem características clínicas que diferenciem a Plmáx de forma confiável da doença de Parkinson. Como os sinais e sintomas motores na doença de Parkinson começam unilateralmente e progressam de forma assimétrica, o início subagudo do parkinsonismo bilateral dentro de semanas após o início de um antipsicótico ou outro agente causador de Plmáx é altamente sugestivo de Plmáx. Os sinais parkinsonianos são frequentemente simétricos na Plmáx, mas os padrões assimétricos não são incomuns e não devem excluir o diagnóstico de Plmáx. Além disso, o curso e a apresentação do parkinsonismo não devem ser melhor explicados por fenômenos psiquiátricos, como catatonía, sintomas negativos de esquizofrenia ou retardo psicomotor em um episódio depressivo maior; outros distúrbios do movimento induzidos por medicamentos não parkinsonianos; outra condição neurológica ou médica (por exemplo, doença de Parkinson, doença de Wilson); ou doença de Parkinson exacerbada por antipsicóticos.

Na Plmáx, a rigidez e a bradicinesia estão mais frequentemente presentes, enquanto o tremor é um pouco menos comum e pode estar ausente. O tremor parkinsoniano, também conhecido como "tremor de rolamento de pílula", é um movimento oscilatório constante e rítmico (3 a 6 ciclos por segundo) que é aparente em repouso e normalmente é mais lento do que outros tremores. Pode ser intermitente, unilateral ou bilateral, ou dependente da posição do membro (ou seja, tremor posicional). O tremor pode envolver os membros, cabeça, mandíbula, boca, lábio ("síndrome do coelho") ou língua. Como está presente em repouso, o tremor pode ser suprimido, principalmente

quando o indivíduo tenta realizar uma tarefa com o membro trêmulo. Os indivíduos podem descrever o tremor como "tremor" e relatar que pode piorar com ansiedade, estresse ou fadiga.

A rigidez parkinsoniana é experimentada como uma rigidez involuntária e inflexibilidade dos músculos dos membros, ombros, pescoço ou tronco. A rigidez é avaliada avaliando o tônus muscular, ou a quantidade de resistência presente quando o examinador move um membro (e alonga os músculos) passivamente ao redor de uma articulação. Na rigidez do tubo de chumbo, o tônus aumentado é constante em toda a amplitude de movimento (em contraste com a espasticidade da rigidez do canivete). Acredita-se que a rigidez da roda dentada represente um tremor sobreposto à rigidez. Mais comum nos pulsos e cotovelos, é experimentada como uma resistência rítmica, semelhante a uma catraca (roda dentada) quando os músculos são movidos passivamente em torno de uma articulação. Indivíduos com rigidez parkinsoniana podem

809

queixam-se de sensibilidade ou rigidez muscular generalizada, rigidez nos membros, dores musculares ou articulares, dores no corpo ou falta de coordenação.

A bradicinesia e a acinesia são estados observáveis de atividade motora espontânea diminuída ou ausente, respectivamente. Há lentidão global, bem como lentidão na iniciação e execução dos movimentos. Comportamentos diários (por exemplo, higiene) podem ser difíceis de realizar normalmente e podem ser reduzidos. Os indivíduos podem queixar-se de apatia, falta de espontaneidade e motivação, ou fadiga.

A rigidez parkinsoniana e a bradicinesia manifestam-se como anormalidades da marcha, incluindo diminuição do comprimento da passada, balanço do braço ou espontaneidade geral da marcha. Outros sinais incluem uma postura curvada com o pescoço curvado e ombros curvados, uma expressão facial fixa e pequenos passos arrastados. A baba pode surgir como resultado da redução da atividade motora faríngea e da deglutição, mas devido às propriedades anticolinérgicas desses medicamentos, pode ser menos comum no parkinsonismo induzido por antipsicóticos em comparação com outros medicamentos que causam Plmáx.

A Plmáx está associada ao aumento da disfunção da marcha, quedas e colocação em casa de repouso. Como tal, a Plmáx é um distúrbio do movimento iatrogênico grave em indivíduos mais velhos que garante reconhecimento e diagnóstico precoce. Os sintomas comportamentais associados podem incluir depressão e piora dos sinais negativos da esquizofrenia. Outros sinais e sintomas parkinsonianos incluem caligrafia pequena (micrografia), destreza motora reduzida, hipofonia, reflexo de vômito diminuído, disfagia, instabilidade postural, expressão facial e piscar reduzidos e seborréia. Quando o parkinsonismo está associado à atividade motora diminuída grave, as complicações médicas do parkinsonismo incluem contraturas, escaras, embolia pulmonar, incontinência urinária, pneumonia aspirativa, perda de peso e fraturas de quadril.

Fatores de risco consistentes são sexo feminino, idade avançada, comprometimento cognitivo, outras condições neurológicas concomitantes, infecção pelo HIV, histórico familiar de doença de Parkinson e doença psiquiátrica grave. A Plmáx secundária ao uso de antipsicóticos também é relatada em crianças. O risco de Plmáx é reduzido se os indivíduos estiverem tomando medicamentos anticolinérgicos.

Diagnóstico Diferencial A

doença de Parkinson e as condições de Parkinson plus, como atrofia de múltiplos sistemas, paralisia supranuclear progressiva e doença de Wilson, são diferenciadas da Plmáx por seus outros sinais e sintomas que acompanham o parkinsonismo. Por exemplo, a doença de Parkinson é sugerida pela evidência de três ou mais características cardinais da doença de Parkinson (p.

tremor, rigidez, bradicinesia, instabilidade postural), hiposmia, distúrbios do sono, como distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos (REM), e sintomas urinários e outros sintomas autonômicos comuns à doença de Parkinson. Esses recursos são menos prováveis de estarem presentes no MIP. Indivíduos com causas neurológicas primárias de parkinsonismo também são suscetíveis ao agravamento dos sintomas se tratados com medicamentos que causam Plmáx.

Os tremores não parkinsonianos tendem a ser mais sutis (por exemplo, amplitude menor) e mais rápidos (10 ciclos por segundo) e pioram com a intenção (por exemplo, ao estender a mão para pegar um objeto). Com a abstinência da substância, geralmente há hiperreflexia associada e aumento dos sinais autonômicos. Na doença cerebelar, o tremor piora intencionalmente e pode estar associado a nistagmo, ataxia ou fala em varredura. Os movimentos coreiformes associados à discinesia tardia carecem da ritmicidade constante de um tremor parkinsoniano. Acidentes vasculares cerebrais e outras lesões do sistema nervoso central podem causar sinais neurológicos focais ou imobilidade por paralisia flácida ou espástica, que é caracterizada por diminuição da força muscular e aumento do tônus no movimento passivo que cede com mais pressão (ou seja, rigidez em faca). Isso contrasta com a rigidez do tubo de chumbo e a força muscular normal na Plmáx.

Alternativas diagnósticas à Plmáx também são sugeridas por uma história familiar de uma condição neurológica hereditária, parkinsonismo rapidamente progressivo não explicado por alterações psicofarmacológicas recentes ou presença de sinais neurológicos focais (p. . A síndrome neuroléptica maligna envolve acinesia e rigidez graves, mas também achados físicos e laboratoriais característicos (por exemplo, febre, aumento da creatina fosfoquinase).

810

A lentidão psicomotora, a inatividade e a apatia observadas no transtorno depressivo maior podem ser indistinguíveis da lentidão motora ou acinesia da Plmáx, mas o transtorno depressivo maior é mais provável de incluir sinais vegetativos (p. Sintomas negativos de esquizofrenia, catatonía associada à esquizofrenia ou transtornos de humor com características catatônicas também podem ser difíceis de distinguir da acinesia induzida por medicamentos. A rigidez também pode se manifestar em transtornos psicóticos, delírio, transtorno neurocognitivo maior, transtornos de ansiedade e transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão).

Na rigidez parkinsoniana, a resistência ao movimento passivo é constante em toda a amplitude de movimento, enquanto é inconsistente em distúrbios psiquiátricos ou outras condições neurológicas que apresentam rigidez. Em geral, a constelação de sinais físicos associados ao exame e sintomas associados ao tremor, rigidez e bradicinesia do parkinsonismo ajuda a distinguir a rigidez e a bradicinesia relacionadas à Plmáx de outras causas psiquiátricas primárias de rigidez e diminuição do movimento.

Síndrome maligna neuroléptica

G21.0 Síndrome Neuroléptica Maligna

Indivíduos com síndrome neuroléptica maligna geralmente foram expostos a um antagonista da dopamina dentro de 72 horas antes do desenvolvimento dos sintomas. A hipertermia ($>100,4^{\circ}\text{F}$ ou $>38,0^{\circ}\text{C}$ em pelo menos duas ocasiões, medida oralmente), associada à sudorese profusa, é uma

característica distintiva da síndrome neuroléptica maligna, diferenciando-a de outros efeitos colaterais neurológicos de medicamentos antipsicóticos e outros agentes bloqueadores de receptores de dopamina. Elevações extremas de temperatura, refletindo uma quebra na termorregulação central, são mais propensos a apoiar o diagnóstico de síndrome neuroléptica maligna. A rigidez generalizada, descrita como “tubo de chumbo” em sua forma mais grave e geralmente não responda a agentes antiparkinsonianos, é uma característica cardinal da doença e pode estar associada a outros sintomas neurológicos (p. , disartria, disfagia, rhabdomiólise). A elevação da creatina quinase de pelo menos quatro vezes o limite superior do normal é comumente observada. Mudanças no estado mental, caracterizadas por delírio ou consciência alterada, variando de estupor a coma, são frequentemente um sinal precoce de síndrome neuroléptica maligna.

Os indivíduos afetados podem parecer alertas, mas atordoados e sem resposta, consistente com estupor catatônico. Ativação e instabilidade autonômica – manifestada por taquicardia (frequência > 25% acima da linha de base), diaforese, elevação da pressão arterial (sistólica ou diastólica > 25% acima da linha de base) ou flutuação (alteração diastólica > 20 mmHg ou alteração sistólica > 25 mmHg em 24 horas) , incontinência urinária e palidez - podem ser observados a qualquer momento, mas fornecem uma pista precoce para o diagnóstico. Taquipneia (taxa > 50% acima da linha de base) é comum, e desconforto respiratório – resultante de acidose metabólica, hipermetabolismo, restrição da parede torácica, pneumonia aspirativa ou embolia pulmonar – pode ocorrer e levar à parada respiratória súbita.

Embora várias anormalidades laboratoriais estejam associadas à síndrome neuroléptica maligna, nenhuma anormalidade é específica para o diagnóstico. Indivíduos com síndrome neuroléptica maligna podem ter leucocitose, acidose metabólica, hipoxia, diminuição das concentrações séricas de ferro e elevações nas enzimas musculares e catecolaminas séricas. Os achados da análise do líquido cefalorraquidiano e estudos de neuroimagem são geralmente normais, enquanto a eletroencefalografia mostra lentificação generalizada. Os achados da autópsia em casos fatais foram inespecíficos e variáveis, dependendo das complicações.

Evidências de estudos de banco de dados sugerem taxas de incidência de síndrome neuroléptica maligna de 0,01% a 0,02% entre indivíduos tratados com antipsicóticos. Um estudo de base populacional realizado em Hong Kong encontrou um risco de incidência de 0,11% em indivíduos tratados com medicação antipsicótica.

A progressão temporal dos sinais e sintomas fornece pistas importantes para o diagnóstico e prognóstico da síndrome neuroléptica maligna. A alteração do estado mental e outros sinais neurológicos geralmente precedem os sinais sistêmicos. O início dos sintomas varia de horas a dias após o início da droga. Alguns casos se desenvolvem dentro de 24 horas após o início do medicamento, a maioria na primeira semana e praticamente todos os casos em 30 dias. Uma vez que a síndrome é diagnosticada e os medicamentos antipsicóticos orais e outros agentes bloqueadores dos receptores de dopamina são descontinuados, a síndrome neuroléptica maligna é autolimitada na maioria dos casos. O tempo médio de recuperação após a descontinuação do medicamento é de 7 a 10 dias, com a maioria dos indivíduos se recuperando em 1 semana e quase todos em 30 dias. A duração pode ser prolongada quando estão implicados medicamentos antipsicóticos de ação prolongada. Houve relatos de indivíduos nos quais os sinais neurológicos residuais persistiram por semanas após a resolução dos sintomas hipermetabólicos agudos. A resolução total dos sintomas pode ser obtida na maioria dos casos de síndrome neuroléptica maligna; entretanto, taxas de mortalidade de 10% a 20% foram relatadas quando o distúrbio não é reconhecido. Embora muitos indivíduos não

experimentam uma recorrência da síndrome neuroléptica maligna quando reexpostos com medicação antipsicótica, alguns o fazem, especialmente quando os medicamentos antipsicóticos são reinstituídos logo após um episódio.

A síndrome neuroléptica maligna é um risco potencial em qualquer indivíduo após a administração de um medicamento antipsicótico ou outro agente bloqueador do receptor de dopamina. Não é específico para nenhum diagnóstico neuropsiquiátrico e pode ocorrer em pessoas sem transtorno mental diagnosticável que recebem antagonistas da dopamina. Fatores clínicos, sistêmicos e metabólicos associados a um risco aumentado de síndrome neuroléptica maligna incluem agitação, exaustão, desidratação e deficiência de ferro. Um episódio anterior associado a medicação antipsicótica e outros agentes bloqueadores do receptor de dopamina foi descrito em 15%–20% dos casos índice, sugerindo vulnerabilidade subjacente em alguns indivíduos; entretanto, achados genéticos baseados em polimorfismos de receptores de neurotransmissores não foram replicados de forma consistente.

Quase todos os medicamentos antipsicóticos e outros agentes bloqueadores dos receptores de dopamina têm sido associados à síndrome neuroléptica maligna, embora os antipsicóticos de alta potência representem um risco maior em comparação com os agentes de baixa potência e antipsicóticos atípicos. Formas parciais ou mais leves podem estar associadas a antipsicóticos mais novos, mas a síndrome neuroléptica maligna varia em gravidade mesmo com medicamentos mais antigos. Agentes bloqueadores do receptor de dopamina usados em ambientes médicos (por exemplo, metoclopramida, proclorperazina) também foram implicados. Vias de administração parenteral, taxas de titulação rápidas e dosagens totais mais altas de drogas têm sido associadas a risco aumentado; no entanto, a síndrome neuroléptica maligna geralmente ocorre dentro da faixa de dosagem terapêutica de medicamentos antipsicóticos e outros agentes bloqueadores de receptores de dopamina.

Diagnóstico Diferencial A

síndrome neuroléptica maligna deve ser diferenciada de outras condições neurológicas ou médicas graves, incluindo infecções do sistema nervoso central, condições inflamatórias ou autoimunes, estado de mal epiléptico, lesões estruturais subcorticais e condições sistêmicas (por exemplo, feocromocitoma, tireotoxicose, tétano, insolação).

A síndrome neuroléptica maligna também deve ser diferenciada de síndromes semelhantes resultantes do uso de outras substâncias ou medicamentos, como a síndrome serotoninérgica; síndrome de hipertermia parkinsoniana após descontinuação abrupta de agonistas dopaminérgicos; abstinência de álcool ou sedativos; hipertermia maligna ocorrendo durante a anestesia; hipertermia associada ao uso indevido de estimulantes e alucinógenos; e intoxicação por atropina por anticolinérgicos.

Em casos raros, indivíduos com esquizofrenia ou transtorno de humor podem apresentar catatonia maligna, que pode ser indistinguível da síndrome neuroléptica maligna.

Alguns pesquisadores consideram a síndrome neuroléptica maligna como uma forma de catatonia maligna induzida por drogas.

Distonia Aguda Induzida por Medicação

G24.02 Distonia Aguda Induzida por Medicação

A característica essencial da distonia aguda induzida por medicação é a manutenção de músculos anormais.

contrações (aumento do tônus muscular) e posturas que se desenvolvem em associação com o uso de um medicamento conhecido por causar distonia aguda. Qualquer medicamento que bloquee os receptores dopaminérgicos tipo D2 pode induzir uma reação distônica aguda (RAM). Mais comumente, RAMs ocorrem após exposição a antipsicóticos e agentes antieméticos e de promoção. Uma variedade de outras classes de medicamentos também são relatadas como tendo induzido RAMs, incluindo inibidores seletivos da recaptação de serotonina, inibidores da colinesterase, opióides e metilfenidato.

As reações distônicas variam muito em gravidade e localização e podem ser focais, segmentadas ou generalizadas. Acometem mais frequentemente os músculos da cabeça e pescoço, mas podem se estender aos membros superiores e inferiores ou ao tronco. Uma apresentação comum é a distonia oromandibular aguda (mandíbula) envolvendo a língua e a boca com protrusão da língua, ou posturas escancaradas ou caretas que podem prejudicar a fala (disartria) e a deglutição (disfagia) e podem evoluir para trismo franco (trava). O envolvimento dos músculos oculares (crise oculogírica) manifesta-se como desvios conjugados involuntários forçados e sustentados dos olhos para cima, para baixo ou para os lados que podem durar de minutos a horas. Blefaroespasmo também pode ocorrer. A distonia cervical (pescoço) apresenta-se como posições anormais para frente, para trás, lateral ou de torção da cabeça e pescoço em relação ao corpo (por exemplo, antecolo, retrocolo, laterocolo e torcicolo). Distonia de membro focal, geralmente mais distal do que proximal, síndrome de Pisa (flexão lateral do tronco com tendência a inclinar-se para um lado) e arqueamento das costas que pode evoluir para opistotônico (arqueamento para trás da cabeça, pescoço e coluna) também podem ocorrer. A distonia laríngea aguda é fatal, causando obstrução das vias aéreas e se manifesta como um "aperto na garganta", estridor, disfonia, disfagia, dispneia e desconforto respiratório pelos efeitos da medicação nas cordas vocais e nos músculos laríngeos.

Pelo menos 50% dos indivíduos desenvolvem sinais ou sintomas de RAM dentro de 24 a 48 horas após o início ou aumento rápido da dose do medicamento antipsicótico ou outro agente bloqueador do receptor de dopamina ou da redução de um medicamento usado para tratar ou prevenir sintomas extrapiramidais agudos (p. agentes). Aproximadamente 90% dos indivíduos afetados têm início de RAM em 5 dias. Os sintomas não devem ser melhor explicados por um transtorno mental (por exemplo, catatonia) e não devem ser devidos a uma condição neurológica primária ou outra condição médica, ou a um transtorno de movimento tardio induzido por medicação.

O medo e a ansiedade muitas vezes acompanham as RAMs devido à sua natureza intensa, incapacidade do indivíduo de controlar ou interromper os movimentos e, quando presentes, dificuldade para respirar, falar ou engolir. Alguns indivíduos experimentam dor ou cãibras nos músculos afetados. Indivíduos que desconhecem a possibilidade de desenvolver uma distonia induzida por medicamentos podem ficar especialmente angustiados, aumentando a probabilidade de não adesão subsequente à medicação. Transtorno do pensamento, delírios ou maneirismos em um indivíduo com psicose podem fazer com que o indivíduo afetado ou outros considerem erroneamente seus sintomas distônicos como uma característica da condição psiquiátrica, o que pode levar ao aumento das doses do medicamento causador. O risco de desenvolver RAMs é maior em crianças e em adultos com menos de 40 anos com psicose, com maior incidência em homens do que mulheres em crianças e adultos. Outros fatores de risco para o desenvolvimento de RAMs incluem reações distônicas anteriores a medicamentos antipsicóticos ou outros agentes bloqueadores de receptores de dopamina e uso de medicamentos antipsicóticos típicos de alta potência.

Diagnóstico diferencial

É importante distinguir entre RAMs induzidas por medicamentos e outras causas de distonia, especialmente em indivíduos que estão sendo tratados com antipsicótico ou outro bloqueador do receptor de dopamina

medicamentos. Uma condição neurológica primária ou outra condição médica é evidente

813

com base no curso de tempo e na evolução dos fenômenos distônicos (por exemplo, a distonia precede a exposição à medicação antipsicótica ou progride na ausência de mudança na medicação) e, possivelmente, outras evidências de sinais neurológicos focais. As distonias focais ou segmentares idiopáticas geralmente persistem por vários dias ou semanas, independentemente da medicação. Uma história familiar de distonia também pode estar presente. A distonia tardia secundária à exposição a medicamentos, incluindo medicamentos antipsicóticos ou outros agentes bloqueadores dos receptores de dopamina, não tem início agudo e pode se tornar evidente quando a dose de um medicamento antipsicótico é reduzida. Outras condições neurológicas (p. distonia. Outros diagnósticos que imitam uma distonia aguda induzida por medicação incluem anafilaxia, distonia laringea tardia e discinesia respiratória. A síndrome neuroléptica maligna pode produzir distonia, mas difere porque também é acompanhada por febre e rigidez generalizada.

A catatonia associada a um transtorno de humor ou esquizofrenia pode ser distinguida pela relação temporal entre os sintomas e a exposição ao tratamento antipsicótico (p. medicação antipsicótica ou em resposta à administração anticolinérgica). Além disso, indivíduos com distonia aguda induzida por medicamentos geralmente ficam angustiados com a reação distônica e geralmente procuram intervenção.

Em contraste, os indivíduos com o tipo retardado de catatonia são tipicamente mudos e retraídos e não expressam angústia subjetiva sobre sua condição.

Acatisia Aguda Induzida por Medicação

G25.71 Acatisia Aguda Induzida por Medicação

As características essenciais da acatisia aguda induzida por medicação são queixas subjetivas de inquietação e pelo menos um dos seguintes movimentos observados: movimentos inquietos ou balançar as pernas enquanto sentado, balançar de um pé para outro ou “andar no local” em pé, andar de um lado para o outro, para aliviar a inquietação ou a incapacidade de sentar ou ficar parado por pelo menos vários minutos. Indivíduos que experimentam a forma mais grave de acatisia aguda induzida por medicação podem ser incapazes de manter qualquer posição por mais de alguns segundos. As queixas subjetivas incluem uma sensação de inquietação interior, mais frequentemente nas pernas; uma compulsão para mover as pernas; angústia se alguém for solicitado a não mover as pernas; e disforia e ansiedade. Os sintomas geralmente ocorrem dentro de 4 semanas após o início ou aumento da dose de um medicamento que pode causar acatisia, que inclui medicamentos antipsicóticos e outros agentes bloqueadores dos receptores de dopamina, antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação de serotonina, agonistas da dopamina e bloqueadores dos canais de cálcio, e podem ocasionalmente, seguir a redução da medicação usada para tratar ou prevenir sintomas extrapiramidais agudos (por exemplo, agentes anticolinérgicos). Os sintomas não são mais bem explicados por um transtorno mental (por exemplo, esquizofrenia, abstinê-

episódio depressivo maior ou maníaco, hiperatividade no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade) e não se devem a uma condição neurológica ou outra condição médica (por exemplo, doença de Parkinson, anemia ferropriva).

O sofrimento subjetivo resultante da acatisia é significativo e pode levar à não adesão ao tratamento antipsicótico ou antidepressivo. A acatisia pode estar associada a disforia, irritabilidade, agressividade ou tentativas de suicídio. O agravamento dos sintomas psicóticos ou o descontrole comportamental podem levar a um aumento da dose do medicamento, o que pode agravar o problema.

A acatisia pode se desenvolver muito rapidamente após iniciar ou aumentar a medicação causadora. O desenvolvimento de acatisia parece ser dose-dependente e mais frequentemente associado a medicamentos antipsicóticos de alta potência ou drogas com maior afinidade pelos receptores centrais de dopamina. A acatisia aguda tende a persistir por

814

enquanto a medicação causadora for continuada, embora a intensidade possa flutuar ao longo do tempo. A prevalência relatada de acatisia entre indivíduos que recebem medicação antipsicótica ou outros agentes bloqueadores de receptores de dopamina variou amplamente (20% a 75%). As variações na prevalência relatada podem ser atribuídas à falta de consistência na definição, nas práticas de prescrição de antipsicóticos, no desenho do estudo e na demografia da população estudada.

Diagnóstico Diferencial A

acatisia aguda induzida por medicamentos pode ser clinicamente indistinguível de síndromes de inquietação devido a certas condições neurológicas ou outras condições médicas e à agitação que se apresenta como parte de um transtorno mental (por exemplo, um episódio maníaco). A acatisia da doença de Parkinson e da anemia ferropriva é fenomenologicamente semelhante à acatisia aguda induzida por medicamento. O aparecimento frequentemente abrupto de inquietação logo após o início ou aumento da medicação geralmente distingue acatisia aguda induzida por medicação.

Medicamentos antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina específicos podem produzir acatisia que parece ser idêntica em fenomenologia e resposta ao tratamento à acatisia induzida por medicação antipsicótica ou outros agentes bloqueadores do receptor de dopamina. A discinesia tardia também costuma ter um componente de inquietação generalizada que pode coexistir com acatisia em um indivíduo que recebe medicamentos antipsicóticos ou outros agentes bloqueadores da dopamina. A medicação antipsicótica e a acatisia aguda induzida por outro agente bloqueador da dopamina é diferenciada da medicação antipsicótica e de outra discinesia tardia induzida por agente bloqueador da dopamina pela natureza dos movimentos e sua relação com o início da medicação. O curso do tempo da apresentação sintomática em relação às mudanças na dose do medicamento pode ajudar nessa distinção. Um aumento na medicação antipsicótica muitas vezes exacerba a acatisia, enquanto muitas vezes alivia temporariamente os sintomas da discinesia tardia.

A acatisia aguda induzida por medicamentos deve ser diferenciada dos sintomas que são mais bem explicados por um transtorno mental. Indivíduos com episódios depressivos, episódios maníacos, transtorno de ansiedade generalizada, espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno neurocognitivo maior, delírio, intoxicação por substância (por exemplo, com cocaína) ou abstinência de substância (por exemplo, de um opióide) também pode apresentar agitação difícil de distinguir da acatisia. Alguns desses indivíduos são capazes de diferenciar

acatisia da ansiedade, inquietação e agitação características de um transtorno mental por sua experiência de acatisia como sendo diferente de sentimentos previamente experimentados. Outras evidências de que inquietação ou agitação podem ser melhor explicadas por um transtorno mental incluem o início da agitação antes da exposição ao medicamento causador, ausência de agitação crescente com doses crescentes do medicamento causador e ausência de alívio com intervenções farmacológicas (p. nenhuma melhora após a diminuição da dose do medicamento causador ou tratamento com outro medicamento destinado a tratar a acatisia).

Discinesia tardia

G24.01 Discinesia Tardia

As características essenciais da discinesia tardia são movimentos anormais e involuntários da língua, mandíbula, tronco ou extremidades que se desenvolvem em associação com o uso de medicamentos que bloqueiam os receptores de dopamina pós-sinápticos, como medicamentos antipsicóticos de primeira e segunda geração e outros medicamentos como metoclopramida para distúrbios gastrointestinais. Os movimentos estão presentes por um período de pelo menos 4 semanas e podem ser coreiformes (rápidos, espasmódicos, não repetitivos), atetóides (lentos, sinuosos, contínuos) ou semi-rítmicos (por exemplo, estereotipias); no entanto, os movimentos são distintamente diferentes do rítmico

815

(3-6 Hz) tremores comumente vistos no parkinsonismo induzido por medicamentos. Sinais ou sintomas de discinesia tardia se desenvolvem durante a exposição ao medicamento antipsicótico ou outro agente bloqueador de dopamina, ou dentro de 4 semanas após a retirada de um agente oral (ou dentro de 8 semanas após a retirada de um agente injetável de ação prolongada). Deve haver um histórico de uso do agente infrator por pelo menos 3 meses (ou 1 mês em indivíduos com 60 anos ou mais). Embora um grande número de estudos epidemiológicos tenha estabelecido a relação etiológica entre o uso de drogas bloqueadoras de dopamina e discinesia tardia, qualquer discinesia em um indivíduo que está recebendo medicação antipsicótica não é necessariamente discinesia tardia.

Movimentos orofaciais anormais são as manifestações mais óbvias da discinesia tardia e têm sido observados na maioria dos indivíduos com discinesia tardia; no entanto, aproximadamente metade pode ter envolvimento dos membros e até um quarto pode ter discinesia axial do pescoço, ombros ou tronco. O envolvimento de outros grupos musculares (por exemplo, faríngeo, diafragma, abdominal) pode ocorrer, mas é incomum, especialmente na ausência de discinesia da região orofacial, membros ou tronco. A discinesia de membros ou tronco sem envolvimento orofacial pode ser mais comum em indivíduos mais jovens, enquanto as discinesias orofaciais são típicas em indivíduos mais velhos.

Os sintomas da discinesia tardia tendem a ser agravados por estimulantes, retirada de medicamentos antipsicóticos e medicamentos anticolinérgicos (como a benzotropina, comumente usada para controlar o parkinsonismo induzido por medicamentos) e podem piorar transitoriamente por excitação emocional, estresse e distração durante movimentos voluntários em partes não afetadas do corpo. Os movimentos anormais da discinesia são reduzidos transitoriamente pelo relaxamento e pelos movimentos voluntários nas partes afetadas do corpo. Eles geralmente estão ausentes durante o sono. A discinesia pode ser suprimida, pelo menos temporariamente, por doses aumentadas de medicação antipsicótica.

A prevalência geral de discinesia tardia em indivíduos que receberam tratamento com medicação antipsicótica de longo prazo varia de 20% a 30%. A incidência geral entre indivíduos mais jovens varia de 3% a 5% ao ano. Indivíduos de meia-idade e idosos parecem desenvolver discinesia tardia com mais frequência, com valores de prevalência relatados de até 50% e uma incidência de 25% a 30% após uma exposição cumulativa média de 1 ano à medicação antipsicótica. A prevalência também varia dependendo da configuração, com discinesia tardia tendendo a ser mais comum entre indivíduos cronicamente institucionalizados. As variações na prevalência relatada podem ser atribuídas à falta de consistência na definição de discinesia tardia, práticas de prescrição de antipsicóticos, desenho do estudo e dados demográficos da população estudada.

Não há diferença óbvia de gênero na suscetibilidade à discinesia tardia, embora o risco possa ser um pouco maior em mulheres na pós-menopausa. Maiores quantidades cumulativas de medicamentos antipsicóticos e desenvolvimento precoce de efeitos colaterais extrapiramidais agudos (como parkinsonismo induzido por medicamentos) são dois dos fatores de risco mais consistentes para discinesia tardia. Transtornos do humor (especialmente transtorno depressivo maior), condições neurológicas e transtorno por uso de álcool também foram considerados fatores de risco em alguns grupos de indivíduos.

Os antipsicóticos de segunda geração estão associados a uma incidência um pouco menor de discinesia tardia em comparação com os antipsicóticos de primeira geração, mas a diferença não é tão grande quanto se pensava, especialmente quando a dose do antipsicótico de primeira geração é levada em consideração; os fatores de risco mais importantes são a idade e a exposição cumulativa.

O início da discinesia tardia pode ocorrer em qualquer idade e é quase sempre insidioso. Os sinais são tipicamente mínimos a leves no início e passam despercebidos, exceto por um observador atento. Em muitos casos, a discinesia tardia é objetivamente leve, mas, embora tenha sido considerada um problema cosmético, pode estar associada a sofrimento significativo e evitação social. Em casos graves, pode estar associada a complicações médicas (por exemplo, úlceras nas bochechas e língua; perda de dentes; macroglossia; dificuldade em andar, engolir ou respirar; fala abafada; perda de peso; depressão; ideação suicida). Em indivíduos mais velhos há uma maior

816

probabilidade de que a discinesia tardia possa se tornar mais grave ou mais generalizada com o uso contínuo de medicação antipsicótica. Quando os medicamentos antipsicóticos são descontinuados, alguns indivíduos apresentam melhora dos sintomas ao longo do tempo; no entanto, para outros, a discinesia tardia pode ser duradoura.

Diagnóstico Diferencial É

imperativo distinguir o parkinsonismo induzido por medicamentos da discinesia tardia porque os tratamentos comumente usados para controlar o parkinsonismo induzido por medicamentos (ou seja, medicamentos anticolinérgicos) podem piorar os movimentos motores anormais associados à discinesia tardia. Além disso, os tratamentos usados para controlar a discinesia tardia (ou seja, inibidores de VMAT2) podem piorar os sintomas do parkinsonismo induzido por medicamentos.

A discinesia que surge durante a retirada de um medicamento antipsicótico ou outro agente bloqueador do receptor de dopamina pode regredir com a retirada contínua do medicamento. Se a discinesia persistir por pelo menos 4 semanas, um diagnóstico de discinesia tardia pode ser justificado.

A discinesia tardia deve ser diferenciada de outras causas de discinesia orofacial e corporal.

Essas condições incluem doença de Huntington, doença de Wilson, coreia de Sydenham (reumática), lúpus eritematoso sistêmico, tireotoxicose, envenenamento por metais pesados, próteses mal ajustadas, discinesia devido a outros medicamentos, como L-dopa ou bromocriptina, e discinesias espontâneas. Fatores que podem ser úteis para fazer a distinção são evidências de que os sintomas precederam a exposição ao medicamento antipsicótico ou outro agente bloqueador do receptor de dopamina ou que outros sinais neurológicos focais estejam presentes. Deve-se notar que outros distúrbios do movimento podem coexistir com discinesia tardia. Como a discinesia espontânea pode ocorrer em mais de 5% dos indivíduos e também é mais comum em idosos, pode ser difícil provar que os medicamentos antipsicóticos produziram discinesia tardia em um determinado indivíduo. A discinesia tardia deve ser distinguida dos sintomas decorrentes de um distúrbio de movimento agudo induzido por medicação (por exemplo, parkinsonismo induzido por medicação, distonia aguda, acatisia aguda). A distonia aguda e a acatisia aguda podem se desenvolver rapidamente dentro de horas a dias, e o parkinsonismo induzido por medicação se desenvolve dentro de semanas após o início ou aumento da dose de um medicamento antipsicótico ou outro agente bloqueador do receptor de dopamina (ou redução da dose de um medicamento usado para tratar a doença aguda). sintomas extrapiramidais). A discinesia tardia, por outro lado, geralmente se desenvolve após exposição mais prolongada à medicação antipsicótica (meses a anos) e pode aparecer após a retirada da medicação antipsicótica; a história de exposição mínima necessária para o diagnóstico de discinesia tardia é o uso de medicação antipsicótica por pelo menos 3 meses (ou 1 mês em indivíduos de meia-idade e idosos).

Distonia Tardia Acatisia Tardia

G24.09 Distonia Tardia

G25.71 Acatisia Tardia

Esta categoria é para síndromes tardias envolvendo outros tipos de problemas de movimento, como distonia ou acatisia, que se distinguem por seu surgimento tardio no curso do tratamento e sua potencial persistência por meses a anos, mesmo diante da descontinuação de um medicamento antipsicótico ou outro agente bloqueador do receptor de dopamina ou redução de dosagem.

817

Tremor Postural Induzido por Medicação

G25.1 Tremor Postural Induzido por Medicação

A característica essencial dessa condição é um tremor fino que ocorre durante as tentativas de manter uma postura, que se desenvolve em associação com o uso de medicamentos. Os medicamentos aos quais esse tremor pode estar associado incluem lítio, medicamentos β -adrenérgicos (por exemplo, isoproterenol), estimulantes (por exemplo, anfetamina), medicamentos dopaminérgicos, medicamentos anticonvulsivantes (por exemplo, ácido valpróico), medicamentos antidepressivos e metilxantinas (por exemplo, cafeína), teofilina. O tremor é uma oscilação regular e rítmica dos membros (mais comumente mãos e dedos), cabeça, boca ou língua, mais comumente com uma frequência entre 8 e 12 ciclos por segundo. É mais facilmente observada quando a parte do corpo afetada é mantida em uma postura sustentada (por exemplo, mãos estendidas, boca aberta). O tremor pode piorar em gravidade quando o

parte do corpo é movida intencionalmente (tremor cinético ou de ação). Quando um indivíduo descreve um tremor consistente com o tremor postural, mas o clínico não observa diretamente o tremor, pode ser útil tentar recriar a situação em que o tremor ocorreu (por exemplo, beber de uma xícara e pires).

A maioria das informações disponíveis diz respeito ao tremor induzido pelo lítio. O tremor de lítio é um efeito colateral comum, geralmente benigno e bem tolerado de doses terapêuticas. No entanto, pode causar constrangimento social, dificuldades ocupacionais e descumprimento em alguns indivíduos. À medida que os níveis séricos de lítio se aproximam dos níveis tóxicos, o tremor pode se tornar mais grosseiro e ser acompanhado por espasmos musculares, fasciculações ou ataxia. O tremor de lítio não tóxico pode melhorar espontaneamente ao longo do tempo. Uma variedade de fatores pode aumentar o risco de tremor de lítio (p. e ansiedade associada). A frequência de queixas de tremor parece diminuir com a duração do tratamento com lítio. Fatores que podem exacerbar o tremor incluem ansiedade, estresse, fadiga, hipoglicemias, tireotoxicose, feocromocitoma, hipotermia e abstinência de álcool. O tremor também pode ser uma característica precoce da síndrome da serotonina.

Diagnóstico Diferencial O

tremor postural induzido por medicamentos deve ser diferenciado de um tremor preexistente que não é causado pelos efeitos de um medicamento. Fatores que ajudam a estabelecer que o tremor era preexistente incluem sua relação temporal com o início da medicação, falta de correlação com os níveis séricos da medicação e persistência após a suspensão da medicação. Se um tremor preexistente não induzido farmacologicamente estiver presente (por exemplo, tremor essencial) que piora com medicação, tal tremor não seria considerado tremor postural induzido por medicação. Os fatores descritos acima que podem contribuir para a gravidade de um tremor postural induzido por medicação (por exemplo, ansiedade, estresse, fadiga, hipoglicemias, tireotoxicose, feocromocitoma, hipotermia, abstinência de álcool) também podem ser uma causa de tremor independente da medicação.

O tremor postural induzido por medicamentos não é diagnosticado se o tremor for melhor explicado pelo parkinsonismo induzido por medicamentos. Um tremor postural induzido por medicação geralmente está ausente em repouso e se intensifica quando a parte afetada é açãoada ou mantida em uma posição sustentada. Em contraste, o tremor relacionado ao parkinsonismo induzido por medicamentos é geralmente mais baixo em frequência (3-6 Hz), pior em repouso e suprimido durante o movimento intencional e geralmente ocorre em associação com outros sintomas de parkinsonismo induzido por medicamentos (p. rigidez).

818

Outros Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos

G25.79 Outros Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos

Esta categoria é para distúrbios do movimento induzidos por medicamentos não capturados por nenhum dos distúrbios específicos listados anteriormente. Os exemplos incluem 1) apresentações semelhantes à síndrome neuroléptica maligna que estão associadas a medicamentos que não sejam antipsicóticos e outros agentes bloqueadores de receptores de dopamina e 2) outras condições tardias induzidas por medicamentos.

Síndrome de descontinuação de antidepressivos

T43.205A Encontro inicial

T43.205D Encontro subsequente

T43.205S Sequelas

Os sintomas de descontinuação podem ocorrer após o tratamento com todos os tipos de antidepressivos. A incidência desta síndrome depende da dosagem e meia-vida da medicação que está sendo tomada, bem como da taxa na qual a medicação é diminuída. Medicamentos de meia-vida curta que são descontinuados abruptamente (ou quando a dose é significativamente reduzida) em vez de diminuídos gradualmente podem representar o maior risco. Os antidepressivos de ação curta paroxetina e venlafaxina são os agentes mais comumente associados aos sintomas de descontinuação. A síndrome de descontinuação de antidepressivos pode ocorrer no contexto de não adesão intermitente ao tratamento e, portanto, pode estar irregularmente presente em alguns indivíduos que não pararam de tomar a medicação.

Isso é especialmente verdadeiro para medicamentos de meia-vida muito curta (por exemplo, venlafaxina). Por outro lado, medicamentos de meia-vida longa, como a fluoxetina, raramente produzem efeitos significativos de descontinuação.

Ao contrário das síndromes de abstinência associadas a opioides, álcool e outras substâncias, a síndrome de descontinuação de antidepressivos não apresenta sintomas patognomônicos. Em vez disso, os sintomas tendem a ser vagos e variáveis. Os sintomas geralmente começam 2 a 4 dias após a última dose do antidepressivo. Para os inibidores seletivos da recaptação de serotonina, são descritos sintomas como tontura, zumbido, sensações do tipo "choque elétrico", insônia e ansiedade aguda. O uso de antidepressivo antes da descontinuação não deve ter ocorrido em hipomania ou estado misto (ou seja, deve haver confiança de que a síndrome de descontinuação não é resultado de flutuações na estabilidade do humor associadas ao tratamento anterior). Para os antidepressivos tricíclicos, a descontinuação súbita foi associada a sintomas gastrointestinais (cólicas – refletindo hiperatividade colinérgica após a interrupção de um antidepressivo tricíclico anticolinérgico), bem como hipomania de rebote.

A síndrome de descontinuação de antidepressivos é baseada apenas em fatores farmacológicos e não está relacionada aos efeitos reforçadores de um antidepressivo. Ao contrário da descontinuação de substâncias com efeitos reforçadores como os opioides, o desejo por drogas não ocorre. Além disso, quando um estimulante é usado para aumentar um antidepressivo, a interrupção abrupta pode resultar em sintomas de abstinência de estimulantes (consulte "Abstinência de estimulantes" no capítulo "Transtornos relacionados a substâncias e vícios") em vez da síndrome de descontinuação de antidepressivos descrita aqui.

A prevalência da síndrome de descontinuação de antidepressivos é desconhecida, mas acredita-se que varie de acordo com qualquer um dos seguintes fatores: a dosagem antes da descontinuação, a meia-vida (ou seja, ocorrendo mais comumente com medicamentos de meia-vida curta) e a afinidade de ligação ao receptor da medicação (por exemplo, mais provável de ocorrer com inibidores da recaptação de serotonina), e possivelmente a taxa de metabolismo geneticamente influenciada do indivíduo para isso

medicamento. Portanto, as reações de descontinuação ocorrem mais frequentemente com medicamentos de meia-vida curta, mas também podem ser influenciadas pelo estado de metabolização rápida ou ultrarrápida das enzimas do citocromo que metabolizam o antidepressivo.

Como faltam estudos longitudinais, pouco se sabe sobre o curso clínico da síndrome de descontinuação de antidepressivos. Os sintomas parecem diminuir ao longo do tempo com reduções de dosagem muito graduais. Os sintomas geralmente são de curta duração, durando não mais de 2 semanas e raramente estão presentes mais de 3 semanas após a interrupção.

Diagnóstico Diferencial O

diagnóstico diferencial da síndrome de descontinuação do antidepressivo inclui uma recaída do transtorno para o qual o medicamento foi prescrito (por exemplo, depressão ou transtorno do pânico), transtorno de sintomas somáticos, transtorno bipolar I ou bipolar II com características mistas, transtornos por uso de substâncias, enxaqueca, ou acidente vascular cerebral. Os sintomas de descontinuação muitas vezes se assemelham aos sintomas de um transtorno de ansiedade persistente ou ao retorno de sintomas somáticos de depressão para os quais a medicação foi administrada inicialmente. É importante não confundir a síndrome de descontinuação com uma recaída do transtorno depressivo ou de ansiedade original para o qual o medicamento estava sendo prescrito. A síndrome de descontinuação de antidepressivos difere da abstinência de substâncias, pois os próprios antidepressivos não têm efeitos reforçadores ou eufóricos. Os indivíduos geralmente não aumentam a dose de medicamentos por conta própria e geralmente não se envolvem em comportamentos de busca de drogas para obter medicamentos adicionais. Os critérios para um transtorno por uso de substâncias

Outros Efeitos Adversos da Medicação

T50.905A Encontro inicial

T50.905D Encontro subsequente

T50.905S Sequelas

Esta categoria está disponível para uso opcional por médicos para codificar efeitos colaterais de medicamentos (exceto sintomas de movimento) quando esses efeitos adversos se tornam o foco principal da atenção clínica. Exemplos incluem hipotensão grave, arritmias cardíacas e priapismo.

Outras condições que podem ser foco de Atenção Clínica

Este capítulo inclui condições e problemas psicossociais ou ambientais que podem ser um foco de atenção clínica ou afetar o diagnóstico, curso, prognóstico ou tratamento do transtorno mental de um indivíduo. Essas condições são apresentadas com seus códigos correspondentes da CID-10-CM (geralmente códigos Z). Uma condição ou problema neste capítulo pode ser codificado 1) se for um motivo para a visita atual; 2) se ajuda a explicar a necessidade de um exame, procedimento ou tratamento; 3) se desempenha um papel na iniciação ou exacerbão de um transtorno mental; ou 4) se constituir um problema que deva ser considerado no plano geral de manejo.

As condições e problemas listados neste capítulo não são transtornos mentais. Sua inclusão no DSM-5-TR visa chamar a atenção para o escopo de questões adicionais que podem ser encontradas na prática clínica de rotina e fornecer uma lista sistemática que pode ser útil para os médicos documentarem essas questões.

Para referência rápida a todos os códigos nesta seção, consulte a Classificação DSM-5-TR. As condições e problemas que podem ser foco de atenção clínica estão listados no texto subsequente da seguinte forma: 1. **Comportamento suicida** (comportamento potencialmente autolesivo com pelo menos alguma intenção de morrer) e **autolesão não suicida** (lesão autoinfligida intencional a corpo na ausência de intenção suicida).

2. **Abuso e negligência** (por exemplo, maus-tratos de crianças e adultos e problemas de negligência, incluindo abuso físico, abuso sexual, negligência e abuso psicológico).
3. **Problemas de relacionamento** (por exemplo, problema de relacionamento entre pais e filhos, problema de relacionamento entre irmãos, problemas de relacionamento com cônjuge ou parceiro íntimo, ruptura por separação ou divórcio).
4. **Problemas educacionais** (por exemplo, analfabetismo ou baixo nível de alfabetização, escolaridade indisponível ou inatingível, reprovação nos exames escolares, baixo rendimento escolar).
5. **Problemas ocupacionais** (por exemplo, desemprego, mudança de emprego, ameaça de perda de emprego, estresse horário de trabalho, discórdia com chefe e colegas de trabalho).
6. **Problemas de moradia** (por exemplo, falta de moradia; moradia inadequada; discórdia com vizinho, inquilino, ou senhorio).
7. **Problemas econômicos** (por exemplo, falta de alimentação adequada ou água potável, pobreza extrema, baixa renda).
8. **Problemas relacionados ao ambiente social** (por exemplo, problema relacionado a morar sozinho, dificuldade de aculturação, exclusão ou rejeição social).
9. **Problemas relacionados à interação com o sistema legal** (por exemplo, condenação em processo criminal, prisão ou outro tipo de encarceramento, problemas relacionados à libertação da prisão, problemas relacionados a outras circunstâncias legais).
10. **Problemas relacionados a outras circunstâncias psicossociais, pessoais e ambientais** (por exemplo, problemas relacionados à gravidez indesejada, vítima de crime, vítima de terrorismo).

11. **Problemas relacionados com o acesso a cuidados médicos e outros cuidados de saúde** (por exemplo, indisponibilidade ou inacessibilidade de estabelecimentos de saúde).
12. **Circunstâncias da história pessoal** (por exemplo, história pessoal de trauma psicológico, desdobramento, desenvolvimento).

822

13. **Outros encontros de serviços de saúde para aconselhamento e aconselhamento médico** (por exemplo, aconselhamento sexual, outro aconselhamento ou consulta).
14. **Condições ou problemas adicionais que podem ser foco de atenção clínica** (por exemplo, perambulação associada a um transtorno mental, luto não complicado, problema de fase da vida).

Comportamento Suicida e Automutilação Não Suicida

Nota de Codificação para Comportamento Suicida CID-10-CM

Apenas para códigos T, o 6º caractere deve ser codificado da seguinte forma: **A**

(encontro inicial)—Use enquanto o indivíduo está recebendo tratamento ativo para a condição (por exemplo, consulta no departamento de emergência, avaliação e tratamento por um novo clínico); ou **D (encontro subsequente)**—Use para encontros após o indivíduo ter recebido tratamento ativo para a condição e quando ele estiver recebendo cuidados de rotina para a condição durante a fase de cura ou recuperação (por exemplo, ajuste de medicação, outros cuidados posteriores e acompanhamento visitas).

Comportamento Suicida

Esta categoria pode ser usada para indivíduos que se envolveram em comportamento potencialmente autolesivo com pelo menos alguma intenção de morrer como resultado do ato. A evidência da intenção de acabar com a própria vida pode ser explícita ou inferida a partir do comportamento ou das circunstâncias. Uma tentativa de suicídio pode ou não resultar em automutilação. Se o indivíduo for dissuadido por outra pessoa ou mudar de ideia antes de iniciar o comportamento, esta categoria não se aplica.

Comportamento Suicida Atual

T14.91A Encontro inicial: Se o comportamento suicida faz parte do encontro inicial com a apresentação clínica

T14.91D Encontro subsequente: Se o comportamento suicida é parte de encontros subsequentes com o apresentação clínica

Z91.51 História de Comportamento Suicida Se o comportamento suicida ocorreu durante a vida do indivíduo

Autolesão não suicida

Esta categoria pode ser usada para indivíduos que se envolveram em danos auto-infligidos intencionais

ao corpo de um tipo que possa induzir sangramento, hematomas ou dor (por exemplo, corte, queimação, esfaqueamento, pancada, fricção excessiva) na ausência de intenção suicida.

R45.88 Atual autolesão não suicida Se o

comportamento autolesivo não suicida faz parte da apresentação clínica **Z91.52**

História de autolesão não suicida Se o comportamento autolesivo não suicida ocorreu durante a vida do indivíduo

Abuso e Negligência

Maus-tratos por um membro da família (p. condições médicas).

Devido às implicações legais de abuso e negligência, deve-se ter cuidado ao avaliar essas condições e atribuir esses códigos. Ter uma história passada de abuso ou

823

a negligência pode influenciar o diagnóstico e a resposta ao tratamento em vários transtornos mentais, e também pode ser observada junto com o diagnóstico.

Para as categorias a seguir, além das listas do evento confirmado ou suspeito de abuso ou negligência, outros códigos são fornecidos para uso se o encontro clínico atual for fornecer serviços de saúde mental à vítima ou ao perpetrador do abuso ou negligência. Um código separado também é fornecido para designar uma história passada de abuso ou negligência.

Nota de Codificação para Condições de Abuso e Negligência da

CID-10-CM Somente para códigos T, o 7º caractere deve ser codificado

da seguinte forma: **A (encontro inicial)**—Use enquanto o indivíduo está recebendo tratamento ativo para a condição (por exemplo, tratamento cirúrgico, emergência encontro do departamento, avaliação e tratamento por um novo clínico); ou **D (encontro subsequente)**—Use para encontros após o indivíduo ter recebido tratamento ativo para a condição e quando ele estiver recebendo cuidados de rotina para a condição durante a fase de cura ou recuperação (por exemplo, troca ou remoção de gesso, remoção de dispositivo de fixação interna, ajuste de medicação, outros cuidados posteriores e visitas de acompanhamento).

Problemas de maus-tratos e negligência infantil

Abuso Físico Infantil Esta

categoria pode ser usada quando o abuso físico de uma criança é o foco da atenção clínica. O abuso físico infantil é uma lesão física não acidental a uma criança – variando de pequenas contusões a fraturas graves ou morte – que ocorre como resultado de socos, espancamentos, chutes, mordidas, sacudidelas, arremessos, esfaqueamentos, asfixia, pancadas (com a mão, pau, alça ou outro objeto), queimadura ou qualquer outro método infligido por um dos pais, cuidador ou outro indivíduo responsável pela criança. Tal lesão é considerada abuso, independentemente de o cuidador ter a intenção de machucar a criança. Disciplina física, como bater ou remar, não é considerada abuso, desde que seja

razoável e não causa lesão corporal à criança.

Abuso Físico Infantil, Confirmado

T74.12XA Encontro inicial

T74.12XD Encontro subsequente

Abuso Físico Infantil, Suspeita

T76.12XA Encontro inicial

T76.12XD Encontro subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas ao Abuso Físico Infantil

Z69.010 Encontro para serviços de saúde mental para vítima de abuso físico infantil pelos pais

Z69.020 Encontro para serviços de saúde mental para vítima de abuso físico de criança não parental

Z62.810 História pessoal (história pregressa) de abuso físico na infância

Z69.011 Encontro para serviços de saúde mental para autor de abuso físico de criança por parte dos pais

Z69.021 Encontro para serviços de saúde mental para agressor de criança não parental
Abuso

Abuso Sexual Infantil

Esta categoria pode ser usada quando o abuso sexual de uma criança é um foco de atenção clínica. O abuso sexual infantil abrange qualquer ato sexual envolvendo uma criança com a intenção de fornecer gratificação sexual a um dos pais, cuidador ou outro indivíduo que tenha responsabilidade

824

para a criança. O abuso sexual inclui atividades como acariciar os genitais de uma criança, penetração, incesto, estupro, sodomia e exposição indecente. O abuso sexual também inclui a exploração sem contato de uma criança por um dos pais ou cuidador – por exemplo, forçar, enganar, seduzir, ameaçar ou pressionar uma criança a participar de atos para a gratificação sexual de outros, sem contato físico direto entre a criança e o agressor.

Abuso sexual infantil, confirmado

T74.22XA Encontro inicial

T74.22XD Encontro subsequente

Abuso Sexual Infantil, Suspeita

T76.22XA Encontro inicial

T76.22XD Encontro subsequente

Outras circunstâncias relacionadas ao abuso sexual infantil

Z69.010 Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso sexual infantil por parte dos pais

Z69.020 Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso sexual infantil não parental

Z62.810 História pessoal (história anterior) de abuso sexual na infância

Z69.011 Encontro de serviços de saúde mental para autor de abuso sexual infantil pelos pais

Z69.021 Encontro para serviços de saúde mental para autor de abuso sexual infantil não parental

Negligência

Infantil Esta categoria pode ser usada quando a negligência infantil é um foco de atenção clínica. Negligência infantil é definida como qualquer ato ou omissão flagrante confirmado ou suspeito por parte dos pais de uma criança ou outro cuidador que priva a criança de necessidades básicas apropriadas à idade e, portanto, resulta, ou tem potencial razoável para resultar, em dano físico ou psicológico à criança. A negligência infantil engloba o abandono; falta de supervisão adequada; falha em atender às necessidades emocionais ou psicológicas necessárias; e falta de educação, cuidados médicos, alimentação, abrigo e/ou vestuário necessários.

Negligência infantil, encontro

inicial **T74.02XA confirmado**

T74.02XD Encontro subsequente

Negligência Infantil, Suspeita

T76.02XA Encontro inicial

T76.02XD Encontro subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas à Negligência

Infantil Z69.010 Encontro de serviços de saúde mental para vítima de negligência infantil por parte dos pais

Z69.020 Encontro de serviços de saúde mental para vítima de negligência infantil não parental

Z62.812 História pessoal (história passada) de negligência na infância

Z69.011 Encontro de serviços de saúde mental para autor de negligência parental

Z69.021 Encontro para serviços de saúde mental para autor de negligência infantil não parental

Abuso psicológico infantil Esta

categoria pode ser usada quando o abuso psicológico de uma criança é um foco de atenção clínica.

O abuso psicológico infantil é um ato verbal ou simbólico não acidental por parte dos pais ou cuidador de uma

criança que resulta, ou tem um potencial razoável para resultar, em dano psicológico significativo para a criança.

(Atos de abuso físico e sexual não estão incluídos nesta categoria.) Exemplos de abuso psicológico de uma criança incluem repreender, depreciar ou humilhar a criança; ameaçar a criança; prejudicar/abandonar—ou indicar que o suposto ofensor prejudicará/abandonar— pessoas ou coisas com as quais a criança se importa; confinar a criança (como amarrar os braços ou as pernas de uma criança)

juntos ou amarrando uma criança a móveis ou outro objeto, ou confinando uma criança a uma pequena área fechada [por exemplo, um armário]; bode expiatório flagrante da criança; coagir a criança a infligir dor a si mesma; e disciplinar a criança excessivamente (ou seja, em uma frequência ou duração extremamente alta, mesmo que não em um nível de abuso físico) por meios físicos ou não físicos.

Abuso psicológico infantil, encontro inicial

T74.32XA confirmado

T74.32XD Encontro subsequente

Abuso psicológico infantil, suspeito

T76.32XA Encontro inicial

T76.32XD Encontro subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas ao Abuso Psicológico Infantil

Z69.010 Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso psicológico infantil por parte dos pais

Z69.020 Encontro de serviços de saúde mental para vítima de filho não parental psicológico
Abuso

Z62.811 História pessoal (história pregressa) de abuso psicológico na infância

Z69.011 Encontro para serviços de saúde mental para autor de violência parental
Abuso

Z69.021 Encontro para serviços de saúde mental para autor de abuso psicológico infantil não
parental

Problemas de maus-tratos e negligência de adultos

826

Violência física do cônjuge ou parceiro Esta

categoria pode ser usada quando a violência física do cônjuge ou parceiro é um foco de atenção clínica. Violência física do cônjuge ou parceiro são atos de força física não acidentais que resultam, ou têm um potencial razoável para resultar, em dano físico a um parceiro íntimo ou que evocam medo significativo no parceiro. Atos não acidentais de força física incluem empurrar, esbofetejar, puxar o cabelo, beliscar, conter, sacudir, arremessar, morder, chutar, bater com o punho ou um objeto, queimar, envenenar, aplicar força na garganta, cortar o suprimento de ar, segurar a cabeça debaixo d'água e usando uma arma. Estão excluídos os atos com o objetivo de proteger fisicamente a si mesmo ou ao parceiro.

Violência do cônjuge ou parceiro, física, confirmada

T74.11XA Encontro inicial

T74.11XD Encontro subsequente

Violência do cônjuge ou parceiro, física, suspeita T76.11XA

Encontro inicial

T76.11XD Encontro subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas à Violência Física por Cônjuge ou Parceiro

Z69.11 Atendimento a serviços de saúde mental para vítima de violência conjugal ou conjugal, física

Z91.410 História pessoal (história pregressa) de violência por cônjuge ou parceiro, violência física

Z69.12 Encontro para serviços de saúde mental para perpetrador de violência por cônjuge ou parceiro, físico

Violência sexual por cônjuge ou parceiro Esta

categoria pode ser usada quando a violência sexual por cônjuge ou parceiro é um foco de atenção clínica. A violência sexual do cônjuge ou parceiro envolve o uso de força física ou coerção psicológica para obrigar o parceiro a se envolver em um ato sexual contra sua vontade, seja ou não o ato consumado. Também estão incluídos nesta categoria os atos sexuais com um parceiro íntimo que não pode consentir.

Violência conjugal, sexual, confirmada T74.21XA Encontro

inicial

T74.21XD Encontro subsequente

Violência por Cônjuge ou Parceiro, Sexual, Suspeita

T76.21XA Encontro inicial

T76.21XD Encontro subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas à Violência Sexual por Cônjuge ou Parceiro

Z69.81 Encontro por serviços de saúde mental para vítima de violência conjugal ou sexual,

Z91.410 História pessoal (história passada) de violência por cônjuge ou parceiro,

Z69.12 Encontro para serviços de saúde mental para perpetrador de violência por cônjuge ou parceiro, sexual

Negligência do cônjuge ou parceiro

Esta categoria pode ser usada quando a negligência do cônjuge ou parceiro é um foco de atenção clínica. A negligência do cônjuge ou parceiro é qualquer ato ou omissão flagrante de um parceiro que priva um parceiro dependente de necessidades básicas e, portanto, resulta, ou tem potencial razoável para resultar, em dano físico ou psicológico ao parceiro dependente. Esta categoria pode ser usada no contexto de relacionamentos em que um parceiro é extremamente dependente do outro parceiro para cuidados ou para assistência nas atividades diárias comuns – por exemplo, um parceiro que é incapaz de cuidar de si mesmo devido a problemas físicos, psicológicos substanciais. / limitações intelectuais ou culturais (por exemplo, incapacidade de se comunicar com outras pessoas e gerenciar atividades cotidianas como resultado de viver em uma cultura estrangeira).

Negligência do cônjuge ou parceiro, confirmado

T74.01XA Encontro inicial

T74.01XD Encontro subsequente

827

Negligência do Cônjuge ou Parceiro, Suspeita

T76.01XA Encontro inicial

T76.01XD Encontro subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas à Negligência do Cônjuge ou

Companheiro Z69.11 Encontro para serviços de saúde mental para vítima de negligência do cônjuge ou companheiro

Z91.412 História pessoal (história passada) de negligência do cônjuge ou parceiro

Z69.12 Encontro para serviços de saúde mental para agressor de cônjuge ou companheiro de negligência

Abuso psicológico do cônjuge ou parceiro Esta

categoria pode ser usada quando o abuso psicológico do cônjuge ou parceiro é um foco de atenção clínica. O abuso psicológico do cônjuge ou parceiro abrange atos verbais ou simbólicos não acidentais de um parceiro que resultem, ou tenham um potencial razoável para resultar, em dano significativo ao outro parceiro. Atos de abuso psicológico incluem repreender ou humilhar a vítima; interrogar a vítima; restringindo a capacidade da vítima de ir e vir livremente; obstrução do acesso da vítima à assistência (por exemplo, aplicação da lei; recursos legais, de proteção ou médicos); ameaçar a vítima com dano físico ou agressão sexual; ferir ou ameaçar ferir pessoas ou coisas com as quais a vítima se importa; restrição injustificada do acesso ou uso de recursos econômicos da vítima; isolar a vítima da família, amigos ou recursos de apoio social; perseguir a vítima; e tentar fazer a vítima questionar sua sanidade ("gaslighting").

Abuso do cônjuge ou parceiro, psicológico, confirmado

T74.31XA Encontro inicial

T74.31XD Encontro subsequente

Abuso do cônjuge ou parceiro, psicológico, suspeito T76.31XA

Encontro inicial

T76.31XD Encontro subsequente

Outras Circunstâncias Relacionadas ao Abuso do Cônjuge ou Parceiro, Psicológico

Z69.11 Encontro para serviços de saúde mental para vítima de cônjuge ou companheiro psicológico
Abuso

Z91.411 História pessoal (história passada) de abuso psicológico do cônjuge ou parceiro

Z69.12 Encontro para serviços de saúde mental para agressor de cônjuge ou parceiro de abuso psicológico

Abuso de Adulto por Não Cônjugue ou Não Parceiro

Esta categoria pode ser usada quando o abuso de um adulto por outro adulto que não é um parceiro íntimo é um foco de atenção clínica. Esses maus-tratos podem envolver atos de abuso físico, sexual ou emocional. Exemplos de abuso de adultos incluem atos não acidentais de força física (por exemplo, empurrar/empurrar, arranhar, esbofetejar, jogar algo que possa machucar, socar, morder) que resultaram – ou têm potencial razoável para resultar – em danos físicos ou causaram medo significativo; atos sexuais forçados ou coagidos; e atos verbais ou simbólicos com potencial para causar danos psicológicos (por exemplo, repreender ou humilhar a pessoa; interrogar a pessoa; restringir a capacidade da pessoa de ir e vir livremente; obstruir o acesso da pessoa à assistência; ameaçar a pessoa; prejudicar ou ameaçar a prejudicar pessoas ou coisas com as quais a pessoa se importa; restringir a

828

acesso ou uso de recursos econômicos; isolar a pessoa da família, amigos ou recursos de apoio social; perseguindo a pessoa; tentando fazer a pessoa pensar que ela é louca).

Estão excluídos os atos com o objetivo de proteger fisicamente a si mesmo ou a outra pessoa.

Abuso Físico Adulto por Não Cônjugue ou Não Parceiro, Confirmado

T74.11XA Encontro inicial

T74.11XD Encontro subsequente

Abuso Físico Adulto por Não Cônjugue ou Não Parceiro, Suspeita

T76.11XA Encontro inicial

T76.11XD Encontro subsequente

Abuso sexual adulto por não-cônjugue ou não-parceiro, confirmado

T74.21XA Encontro inicial

T74.21XD Encontro subsequente

Abuso sexual adulto por não-cônjugue ou não-parceiro, suspeito

T76.21XA Encontro inicial

T76.21XD Encontro subsequente

Abuso psicológico adulto por não-cônjugue ou não-parceiro, confirmado

T74.31XA Encontro inicial

T74.31XD Encontro subsequente

Abuso psicológico adulto por não-cônjugue ou não-parceiro, suspeito

T76.31XA Encontro inicial

T76.31XD Encontro subsequente

- Outras Circunstâncias Relacionadas ao Abuso de Adulto por Não Cônjugue ou Não-parceiro**
- Z69.81** Encontro para serviços de saúde mental para vítima de adulto não-cônjugue ou não-parceiro
Abuso
- Z69.82** Encontro para serviços de saúde mental para perpetrador de adulto não-cônjugue ou não-parceiro
Abuso

Problemas Relacionais

Relacionamentos-chave, especialmente relacionamentos íntimos com parceiros adultos e relacionamentos pais/cuidadores-crianças, têm um impacto significativo na saúde dos indivíduos nesses relacionamentos. Essas relações podem ser promotoras e protetoras da saúde, neutras ou prejudiciais aos resultados de saúde. No extremo, essas relações próximas podem estar associadas a maus-tratos ou negligência, o que tem consequências médicas e psicológicas significativas para o indivíduo afetado. Um problema relacional pode vir à atenção clínica como a razão pela qual o indivíduo procura cuidados de saúde ou como um problema que afeta o curso, o prognóstico ou o tratamento do transtorno mental do indivíduo ou outra condição médica.

829

Problema Relacional Pai-Filho

Z62.820 Pai-Filho Biológico

Z62.821 Pai – Filho Adotado

Z62.822 Pai – Filho adotivo

Z62.898 Outro Cuidador-Criança Para

esta categoria, o termo *pai* é usado para se referir a um dos cuidadores primários da criança, que pode ser um pai biológico, adotivo ou adotivo ou pode ser outro parente (como um avô) que preenche um papel parental para a criança. Esta categoria pode ser usada quando o foco principal da atenção clínica é abordar a qualidade do relacionamento pais-filhos ou quando a qualidade do relacionamento pais-filhos está afetando o curso, prognóstico ou tratamento de um transtorno mental ou outra condição médica . Normalmente, o problema relacional entre pais e filhos está associado ao funcionamento prejudicado nos domínios comportamental, cognitivo ou afetivo. Exemplos de problemas comportamentais incluem controle parental inadequado, supervisão e envolvimento com a criança; superproteção parental; pressão excessiva dos pais; argumentos que se transformam em ameaças de violência física; e evitação sem resolução de problemas. Os problemas cognitivos podem incluir atribuições negativas das intenções do outro, hostilidade ou bode expiatório do outro e sentimentos injustificados de estranhamento. Problemas afetivos podem incluir sentimentos de tristeza, apatia ou raiva sobre o outro indivíduo no relacionamento. Os médicos devem levar em conta as necessidades de desenvolvimento da criança e o contexto cultural.

Z62.891 Problema Relacional de Irmãos

Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é um padrão de interação entre irmãos que está associado a prejuízo significativo no funcionamento individual ou familiar ou ao desenvolvimento de sintomas em um ou mais irmãos, ou quando um problema relacional entre irmãos está afetando o curso, prognóstico ou tratamento do transtorno mental de um irmão ou outra condição médica. Esta categoria pode ser usada para crianças ou adultos se o foco estiver no relacionamento entre irmãos. Irmãos neste contexto incluem irmãos completos, meio-irmãos, meio-irmãos, adotivos e adotivos.

Z63.0 Angústia no Relacionamento com Cônjugue ou Parceiro Íntimo Esta

categoria pode ser usada quando o foco principal do contato clínico é abordar a qualidade do relacionamento íntimo (cônjugue ou parceiro) ou quando a qualidade desse relacionamento está afetando o curso, o prognóstico , ou tratamento de um transtorno mental ou outra condição médica.

Os parceiros podem ser do mesmo sexo ou de sexos diferentes. Normalmente, o sofrimento do relacionamento está associado ao funcionamento prejudicado nos domínios comportamentais, cognitivos ou afetivos. Exemplos de problemas comportamentais incluem dificuldade de resolução de conflitos, retraimento e envolvimento excessivo. Problemas cognitivos podem se manifestar como atribuições negativas crônicas das intenções do outro ou desconsiderações de comportamentos positivos do parceiro. Os problemas afetivos incluem tristeza crônica, apatia e/ou raiva em relação ao outro parceiro.

Problemas Relacionados ao Ambiente Familiar

Z62.29 Educação longe dos pais Esta categoria

pode ser usada quando o foco principal da atenção clínica se refere a questões relacionadas a uma criança sendo criada longe dos pais ou quando essa educação separada afeta o curso, prognóstico ou tratamento de um transtorno mental ou outro condição médica. A criança pode ser aquela que está sob custódia do Estado e colocada em cuidados de parentes ou em um orfanato. A criança também pode ser aquela que vive na casa de um parente não parental, ou com amigos, mas cuja colocação fora de casa não é obrigatória ou sancionada pelos tribunais. Problemas relacionados a uma criança que vive em uma casa de grupo ou orfanato também estão incluídos. Esta categoria exclui questões relacionadas ao Z59.3 Problema Relacionado a Viver em uma Instituição Residencial.

830

Z62.898 Criança Afetada por Angústia no Relacionamento Parental

Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica são os efeitos negativos da discórdia no relacionamento parental (por exemplo, altos níveis de conflito, angústia ou depreciação) em uma criança na família, incluindo efeitos sobre o transtorno mental da criança ou outra condição médica.

Z63.5 Ruptura da Família por Separação ou Divórcio Esta categoria

pode ser usada quando os parceiros de um casal adulto íntimo estão vivendo separados devido a problemas de relacionamento ou estão em processo de divórcio.

Z63.8 Alto Nível de Emoção Expressa Dentro da Família A emoção

expressa é um construto usado como uma medida qualitativa da “quantidade” de emoção – em particular, hostilidade, superenvolvimento emocional e críticas dirigidas a um membro da família que é um paciente identificado – exibido em o ambiente familiar. Esta categoria pode ser usada quando o alto nível de emoção expressa de uma família é o foco da atenção clínica ou está afetando o curso, prognóstico ou tratamento de um transtorno mental de um membro da família ou outro problema médico.

doença.

Problemas educacionais

Essas categorias podem ser usadas quando um problema acadêmico ou educacional é o foco da atenção clínica ou tem impacto no diagnóstico, tratamento ou prognóstico do indivíduo. Os problemas a serem considerados incluem analfabetismo ou alfabetização de baixo nível; falta de acesso à escolaridade por indisponibilidade ou inatingibilidade; problemas com desempenho acadêmico (por exemplo, reprovação em exames escolares, notas ou notas reprovadas) ou insucesso (abaixo do esperado, dada a capacidade intelectual do indivíduo); discórdia com professores, funcionários da escola ou outros alunos; problemas relacionados ao ensino inadequado; e quaisquer outros problemas relacionados à educação e/ou alfabetização.

Z55.0 Analfabetismo e Alfabetização de Baixo Nível

Z55.1 Escolaridade indisponível e inatingível

Z55.2 Exames escolares reprovados

Z55.3 Insucesso na Escola

Z55.4 Desajuste Educacional e Discórdia com Professores e Colegas

Z55.8 Problemas Relacionados ao Ensino Inadequado

Z55.9 Outros Problemas Relacionados à Educação e Alfabetização

Problemas Ocupacionais Essas

categorias podem ser utilizadas quando um problema ocupacional é o foco da atenção clínica ou tem impacto no tratamento ou prognóstico do indivíduo. As áreas a serem consideradas incluem problemas com emprego ou no ambiente de trabalho, incluindo problemas relacionados ao status atual de implantação militar; desemprego; mudança recente de emprego; ameaça de perda de emprego; horário de trabalho estressante; incerteza sobre as escolhas de carreira; assédio sexual no trabalho; outra discórdia com chefe, supervisor, colegas de trabalho ou outros no ambiente de trabalho; ambientes de trabalho desagradáveis ou hostis; outro desgaste físico ou mental relacionado ao trabalho; assédio sexual no trabalho; e quaisquer outros problemas relacionados ao emprego e/ou ocupação.

Z56.82 Problema Relacionado ao Status Atual de Desdobramento Militar Esta

categoria pode ser usada quando um problema ocupacional diretamente relacionado ao status de destacamento militar de um indivíduo é o foco da atenção clínica ou tem impacto no diagnóstico, tratamento ou prognóstico do indivíduo. As reações psicológicas ao desdobramento não estão incluídas nesta categoria; tais reações seriam melhor captadas como um transtorno de ajustamento ou outro transtorno mental.

Z56.0 Desemprego

Z56.1 Mudança de Trabalho

Z56.2 Ameaça de Perda de Emprego

Z56.3 Horário de Trabalho Estressante

Z56.4 Discórdia com chefe e colegas de trabalho

Z56.5 Ambiente de Trabalho Desagradável

Z56.6 Outros Esforços Físicos e Mentais Relacionados ao Trabalho

Z56.81 Assédio Sexual no Trabalho

Z56.9 Outro problema relacionado ao emprego

Problemas de habitação

Z59.01 Sem-abrigo Protegido

Esta categoria pode ser usada quando os sem-abrigo protegidos têm impacto no tratamento ou prognóstico de um indivíduo. Um indivíduo é considerado sem-teto se a residência noturna principal for um abrigo para sem-teto, um abrigo de aquecimento, um abrigo para violência doméstica, um motel ou em uma situação de vida temporária ou transitória.

Z59.02 Desabrigados Desabrigados

Esta categoria pode ser usada quando os sem-abrigo desabrigados têm impacto no tratamento ou prognóstico de um indivíduo. Um indivíduo é considerado desabrigado se residir em um local não destinado à habitação humana, como um espaço público (por exemplo, túnel, estação de transporte, shopping), um edifício não destinado ao uso residencial (por exemplo, estrutura abandonada, fábrica), um carro, uma caverna, uma caixa de papelão ou alguma outra situação habitacional ad hoc.

Z59.1 Moradia Inadequada Esta

categoria pode ser usada quando a falta de moradia adequada tem impacto no tratamento ou prognóstico de um indivíduo. Exemplos de condições inadequadas de habitação incluem falta de calor (em temperaturas frias) ou eletricidade, infestação por insetos ou roedores, encanamentos e instalações sanitárias inadequadas, superlotação, falta de espaço adequado para dormir e ruído excessivo. É importante considerar as normas culturais antes de atribuir esta categoria.

Z59.2 Discórdia com vizinho, inquilino ou proprietário Esta categoria

pode ser usada quando discórdia com vizinhos, inquilinos ou proprietário é um foco de atenção clínica ou tem impacto no tratamento ou prognóstico do indivíduo.

Z59.3 Problema Relacionado a Viver em uma Instituição Residencial Esta

categoria pode ser usada quando um problema (ou problemas) relacionado a viver em uma instituição residencial é foco de atenção clínica ou tem impacto no tratamento ou prognóstico do indivíduo. As reações psicológicas a uma mudança na situação de vida não estão incluídas nesta categoria; tais reações seriam melhor captadas como um transtorno de ajustamento.

Z59.9 Outro Problema de Habitação Esta

categoria pode ser usada quando houver um problema relacionado a circunstâncias de habitação diferentes das especificadas acima.

Problemas econômicos

Essas categorias podem ser utilizadas quando um problema econômico é o foco da atenção clínica ou tem impacto no tratamento ou prognóstico do indivíduo. As áreas a serem consideradas incluem falta de alimentação adequada (insegurança alimentar) ou água potável, pobreza extrema, baixa renda, seguro social ou de saúde insuficiente ou apoio social, ou quaisquer outros problemas econômicos.

832

Z59.41 Insegurança Alimentar

Z58.6 Falta de água potável segura

Z59.5 Pobreza Extrema

Z59.6 Baixa Renda

Z59.7 Seguro Social ou de Saúde ou Apoio Social Insuficiente Esta categoria pode ser usada para indivíduos que atendem aos critérios de elegibilidade para apoio social ou de assistência social, mas não estão recebendo tal apoio, que recebem apoio insuficiente para atender às suas necessidades ou que não têm acesso ao seguro ou programas de apoio necessários. Os exemplos incluem a incapacidade de se qualificar para o apoio social devido à falta de documentação adequada ou evidência de endereço, incapacidade de obter seguro de saúde adequado devido à idade ou a uma condição preexistente e negação de apoio devido a renda excessivamente rigorosa ou outros requisitos.

Z59.9 Outro Problema Econômico

Esta categoria pode ser usada quando houver um problema relacionado a circunstâncias econômicas diferentes das especificadas acima.

Problemas Relacionados ao Ambiente Social

Z60.2 Problema Relacionado a Morar Sozinho Esta

categoria pode ser usada quando um problema associado a morar sozinho é o foco da atenção clínica ou tem impacto no tratamento ou prognóstico do indivíduo. Exemplos de tais problemas incluem sentimentos crônicos de solidão, isolamento e falta de estrutura na realização das atividades da vida diária (por exemplo, horários irregulares de refeições e sono, desempenho inconsistente das tarefas domésticas).

Z60.3 Dificuldade de Aculturação Esta

categoria pode ser usada quando a dificuldade de adaptação a uma nova cultura (por exemplo, após a migração) é o foco da atenção clínica ou tem impacto no tratamento ou prognóstico do indivíduo.

Z60.4 Exclusão ou Rejeição Social Esta

categoria pode ser usada quando há um desequilíbrio de poder social tal que há exclusão social recorrente ou rejeição por outros. Exemplos de rejeição social incluem bullying, provocação e intimidação por outros; ser alvo de abuso verbal e humilhação por outros; e ser propositalmente excluído das atividades de colegas, colegas de trabalho ou outros em seu ambiente social.

Z60.5 Alvo de discriminação ou perseguição adversa (percebida) Esta categoria pode ser usada quando há discriminação ou perseguição percebida ou experimentada contra o indivíduo com base em sua associação (ou associação percebida) em uma categoria específica. Normalmente, essas categorias incluem gênero ou identidade de gênero, raça, etnia, religião, orientação sexual, país de origem, crenças políticas, status de deficiência, casta, status social, peso e aparência física.

Z60.9 Outro problema relacionado ao ambiente social

Esta categoria pode ser usada quando houver um problema relacionado ao ambiente social do indivíduo diferente do especificado acima.

Problemas Relacionados à Interação com o Sistema Jurídico Essas categorias podem ser utilizadas quando um problema relacionado à interação com o sistema jurídico é o foco da atenção clínica ou tem impacto no tratamento ou prognóstico do indivíduo. As áreas a serem consideradas incluem condenação em processos criminais, prisão ou outro encarceramento, problemas relacionados à libertação da prisão e problemas relacionados a outras circunstâncias legais (por exemplo, litígios civis, custódia de filhos ou processos de apoio).

833

Z65.0 Condenação em Processos Criminais sem Prisão

Z65.1 Prisão ou Outro Encarceramento

Z65.2 Problemas Relacionados à Libertação da Prisão

Z65.3 Problemas Relacionados a Outras Circunstâncias Legais (por exemplo, litígios civis, custódia de filhos ou processos de pensão alimentícia)

Problemas Relacionados a Outros Problemas Psicossociais, Pessoais e Circunstâncias Ambientais

Z72.9 Problema Relacionado ao Estilo de Vida

Esta categoria pode ser usada quando um problema de estilo de vida é um foco específico de tratamento ou afeta diretamente o curso, prognóstico ou tratamento de um transtorno mental ou outra condição médica.

Exemplos de problemas de estilo de vida incluem falta de exercício físico, dieta inadequada, comportamento sexual de alto risco e má higiene do sono. Um problema atribuível a um sintoma de transtorno mental não deve ser codificado, a menos que seja um foco específico de tratamento ou afete diretamente o curso, prognóstico ou tratamento do indivíduo. Nesses casos, tanto o transtorno mental quanto o problema do estilo de vida devem ser codificados.

Z64.0 Problemas Relacionados à Gravidez Indesejada

Z64.1 Problemas Relacionados à Multiparidade

Z64.4 Discórdia com o provedor de serviços sociais, incluindo oficial de condicional, gerente de caso ou assistente social

Z65.4 Vítima de Crime

Z65.4 Vítima de Terrorismo ou Tortura

Z65.5 Exposição a Desastres, Guerras ou Outras Hostilidades

Problemas Relacionados ao Acesso a Cuidados Médicos e Outros Cuidados de Saúde

Essas categorias podem ser usadas quando um problema relacionado ao acesso a cuidados médicos ou outros cuidados de saúde é o foco da atenção clínica ou tem impacto no tratamento ou prognóstico do indivíduo.

Z75.3 Indisponibilidade ou Inacessibilidade de Instalações de Saúde

Z75.4 Indisponibilidade ou inacessibilidade de outras agências de ajuda

Circunstâncias da História Pessoal Z91.49

História Pessoal de Trauma Psicológico

Z91.82 História Pessoal de Desdobramento Militar

Outros Encontros de Serviços de Saúde para Aconselhamento e Atendimento Médico Adendo

Z31.5 Aconselhamento Genético

Esta categoria pode ser usada para indivíduos que procuram aconselhamento genético para compreender os riscos de desenvolver um transtorno mental com um componente genético significativo (por exemplo, transtorno bipolar) para si e para outros membros da família, incluindo seus filhos existentes, bem como os riscos para seus futuros filhos.

834

Z70.9 Aconselhamento sexual

Esta categoria pode ser usada quando o indivíduo procura aconselhamento relacionado à educação sexual, comportamento sexual, orientação sexual, atitudes sexuais (constrangimento, timidez), comportamento ou orientação sexual de outras pessoas (por exemplo, cônjuge, parceiro, filho), prazer sexual ou qualquer outro assunto relacionado ao sexo.

Z71.3 Aconselhamento Dietético

Esta categoria pode ser usada quando o indivíduo procura aconselhamento relacionado a questões alimentares, como controle de peso.

Z71.9 Outros Aconselhamento ou Consulta Esta

categoria pode ser usada quando é fornecido aconselhamento ou é solicitado aconselhamento/consulta para um problema não especificado acima ou em qualquer outro lugar deste capítulo (por exemplo, aconselhamento sobre prevenção do abuso de drogas em um adolescente).

Condições ou problemas adicionais que podem ser foco de

Atenção Clínica

Z91.83 Perambulação Associada a um Transtorno Mental Esta

categoria pode ser usada para indivíduos com um transtorno mental cujo desejo de caminhar leva a um manejo clínico significativo ou a preocupações de segurança. Por exemplo, indivíduos com grandes distúrbios neurocognitivos ou de desenvolvimento neurológico podem experimentar um desejo inquieto de vagar que os coloca em risco de quedas e os faz deixar ambientes supervisionados sem acompanhamento necessário. Esta categoria exclui indivíduos cuja intenção é escapar de uma situação de moradia indesejada (por exemplo, crianças que estão fugindo de casa, indivíduos que não desejam mais permanecer no hospital) ou aqueles que andam ou andam como resultado de acatisia induzida por medicamentos.

Nota de codificação: Primeiro codifique transtorno mental associado (por exemplo, transtorno neurocognitivo maior, transtorno do espectro do autismo), depois codifique Z91.83 perambulação associada a [transtorno mental específico].

Z63.4 Luto Descomplicado Esta categoria pode

ser usada quando o foco da atenção clínica é uma reação normal à morte de um ente querido. Como parte de sua reação a tal perda, alguns indivíduos enlutados apresentam sintomas característicos de um episódio depressivo maior – por exemplo, sentimentos de tristeza e sintomas associados, como insônia, falta de apetite e perda de peso. O indivíduo enlutado normalmente considera o humor deprimido como “normal”, embora o indivíduo possa procurar ajuda profissional para alívio de sintomas associados, como insônia ou anorexia. A duração e a expressão do luto “normal” variam consideravelmente entre os diferentes grupos culturais. Orientações adicionais para distinguir o luto de um episódio depressivo maior e de um transtorno de luto prolongado são fornecidas em seus respectivos textos.

Problema da Fase da Vida Z60.0

Esta categoria pode ser usada quando um problema de adaptação a uma transição do ciclo de vida (uma fase específica do desenvolvimento) é o foco da atenção clínica ou tem impacto no tratamento ou prognóstico do indivíduo. Exemplos de tais transições incluem entrar ou concluir a escola, deixar o controle dos pais, casar, iniciar uma nova carreira, tornar-se pai, ajustar-se a um “ninho vazio” depois que os filhos saem de casa e se aposentar.

Z65.8 Problema religioso ou espiritual Esta

categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é um problema religioso ou espiritual. Exemplos incluem experiências angustiantes que envolvem perda ou questionamento da fé, problemas associados à conversão a uma nova fé ou questionamento de valores espirituais que podem não estar necessariamente relacionados a uma igreja organizada ou instituição religiosa.

Z72.811 Comportamento antissocial adulto

Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é o comportamento antissocial do adulto que não é atribuível a um transtorno mental (por exemplo, transtorno de conduta, transtorno de personalidade antissocial). Os exemplos incluem o comportamento de alguns ladrões profissionais, bandidos ou traficantes de substâncias ilegais.

Z72.810 Comportamento Antissocial de Crianças ou Adolescentes

Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é o comportamento antissocial em uma criança ou adolescente que não é atribuível a um transtorno mental (por exemplo, transtorno explosivo intermitente, transtorno de conduta). Exemplos incluem atos antissociais isolados por crianças ou adolescentes (não um padrão de comportamento antissocial).

Z91.19 Não adesão ao tratamento médico

Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é a não adesão a um aspecto importante do tratamento de um transtorno mental ou outra condição médica. As razões para tal não adesão podem incluir desconforto resultante do tratamento (por exemplo, efeitos colaterais de medicamentos), despesas com o tratamento, julgamentos de valor pessoal ou crenças religiosas ou culturais sobre o tratamento proposto, debilidade relacionada à idade e a presença de um transtorno mental (por exemplo, esquizofrenia, transtorno de personalidade). Esta categoria pode ser usada apenas quando o problema for suficientemente grave para justificar atenção clínica independente e não atender aos critérios diagnósticos para fatores psicológicos que afetam outras condições médicas.

E66.9 Sobre peso ou Obesidade

Esta categoria pode ser usada quando o sobre peso ou a obesidade for um foco de atenção clínica.

Z76.5 Simulação A

Característica essencial da simulação é a produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos ou grosseiramente exagerados, motivados por incentivos externos, como evitar o serviço militar, evitar o trabalho, obter compensação financeira, evadir-se de processos criminais ou obter drogas. Sob algumas circunstâncias, fingir pode representar um comportamento adaptativo – por exemplo, fingir doença enquanto cativo do inimigo durante a guerra. A simulação deve ser fortemente considerada se qualquer combinação do seguinte for observada: 1. Contexto médico-legal de apresentação (por exemplo, o indivíduo é encaminhado por um advogado ao clínico para exame, ou o indivíduo se auto-refere enquanto litígios ou acusações criminais estão pendentes) .

2. Discrepância acentuada entre o estresse ou deficiência alegado do indivíduo e as descobertas e observações objetivas.
3. Falta de cooperação na avaliação diagnóstica e no cumprimento do esquema terapêutico prescrito.
4. A presença de transtorno de personalidade antissocial.

A simulação difere do transtorno factício porque a motivação para a produção de sintomas na simulação é um incentivo externo, enquanto no transtorno factício os incentivos externos estão ausentes. A simulação é diferenciada do transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão) e outros transtornos mentais relacionados a sintomas somáticos pela produção intencional de sintomas e pelos óbvios incentivos externos associados a ele.

A evidência definitiva de fingimento (como evidência clara de que a perda de função está presente durante o exame, mas não em casa) sugeriria um diagnóstico de transtorno factício se o objetivo aparente do indivíduo for assumir o papel de doente, ou fingimento se for para obter um incentivo, como dinheiro.

R41.81 Declínio Cognitivo Relacionado à Idade

Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é objetivamente identificado

declínio no funcionamento cognitivo consequente ao processo de envelhecimento que está dentro dos limites normais

836

dada a idade do indivíduo. Indivíduos com esta condição podem relatar problemas para lembrar nomes ou compromissos ou podem ter dificuldade em resolver problemas complexos. Esta categoria deve ser considerada somente após ter sido determinado que o comprometimento cognitivo não é melhor explicado por um transtorno mental específico ou atribuível a uma condição neurológica.

R41.83 Funcionamento intelectual limítrofe Esta categoria

pode ser usada quando o funcionamento intelectual limítrofe de um indivíduo é o foco da atenção clínica ou tem impacto no tratamento ou prognóstico do indivíduo. Diferenciar o funcionamento intelectual limítrofe e transtorno do desenvolvimento intelectual leve (deficiência intelectual) requer avaliação cuidadosa das funções intelectuais e adaptativas e suas discrepâncias, particularmente na presença de transtornos mentais concomitantes que podem afetar a adesão do paciente a procedimentos de teste padronizados (por exemplo, esquizofrenia ou atenção transtorno de déficit/hiperatividade, com impulsividade grave).

SEÇÃO III

Medidas e modelos emergentes

Medidas de avaliação

Medidas Transversais de Sintomas

DSM-5 Medida de Sintoma Transversal Nível 1 Autoclassificada - Adulto

Medida transversal de sintomas DSM-5 Nível 1 com classificação de pais/responsáveis—Filho

Idade 6-17

Dimensões classificadas pelo médico da gravidade dos sintomas de psicose

Organização Mundial da Saúde Programa de Avaliação de Deficiência 2.0 (WHODAS 2.0)

Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico

Termos chave

Formulação Cultural

Entrevista de Formulação Cultural Central (CFI)

Entrevista de Formulação Cultural (CFI) - Versão do Informante

Conceitos Culturais de Sofrimento

Modelo DSM-5 Alternativo para Transtornos de Personalidade

Condições para Estudo Adicional

Síndrome de psicose atenuada

Episódios depressivos com hipomania de curta duração

Transtorno por uso de cafeína

Distúrbio de jogos na Internet

Transtorno neurocomportamental associado à exposição pré-natal ao álcool

Transtorno de Comportamento Suicida

Transtorno de autolesão não suicida

838

839

Esta seção contém ferramentas e técnicas para aprimorar a prática clínica, entender o contexto cultural dos transtornos mentais e facilitar um estudo mais aprofundado dos diagnósticos emergentes propostos. A inclusão deste material representa um DSM-5 dinâmico que evoluirá com os avanços no campo.

Entre as ferramentas da Seção III, Medidas de Avaliação fornece uma medida transversal de nível 1 auto/informante que serve como uma revisão de sistemas em todos os transtornos mentais. Uma escala de gravidade de sintomas classificada pelo médico para esquizofrenia e outros transtornos psicóticos também é fornecida, bem como o Cronograma de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde, Versão 2 (WHODAS 2.0). As medidas de gravidade para os sintomas identificados pela medida transversal de autoavaliação/informante de Nível 1 estão disponíveis online (www.psychiatry.org/dsm5) e podem ser usadas para explorar respostas significativas à tela de Nível 1.

Uma revisão abrangente do contexto cultural dos transtornos mentais e a Entrevista de Formulação Cultural (CFI) para uso clínico são fornecidas no capítulo “Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico”. As versões do CFI para médicos e informantes estão disponíveis online (www.psychiatry.org/dsm5). O capítulo também contém um glossário de exemplos de conceitos culturais de sofrimento.

O Modelo Alternativo do DSM-5 para Transtornos de Personalidade fornece uma alternativa à classificação de transtornos de personalidade existentes na Seção II. Este modelo categórico dimensional híbrido define o transtorno de personalidade em termos de deficiências no funcionamento da personalidade e traços patológicos de personalidade.

Condições para estudo adicional inclui conjuntos de critérios propostos e texto descritivo para novas condições que são o foco da pesquisa ativa, como síndrome de psicose atenuada e transtorno por uso de cafeína.

Medidas de avaliação

Um crescente corpo de evidências científicas favorece conceitos dimensionais no diagnóstico de transtornos mentais. As limitações de uma abordagem categórica para o diagnóstico incluem a falha em encontrar zonas de raridade entre os diagnósticos (ou seja, delineamento de transtornos mentais uns dos outros por limites naturais), necessidade de categorias intermediárias como transtorno esquizoafetivo, altas taxas de comorbidade, necessidade de uso frequente de outros diagnósticos ou não especificados, relativa falta de utilidade em promover a identificação de validadores antecedentes únicos para a maioria dos transtornos mentais e falta de especificidade de tratamento para as várias categorias diagnósticas.

Tanto do ponto de vista clínico quanto de pesquisa, há necessidade de uma abordagem mais dimensional que possa ser combinada com o conjunto de diagnósticos categóricos do DSM para melhor capturar a heterogeneidade na apresentação de vários transtornos mentais e por uso de substâncias. Essa abordagem permite que os médicos ou outros comuniquem melhor variações específicas de características que se aplicam a apresentações que atendem aos critérios de um distúrbio. Tais características incluem gravidade diferencial de sintomas individuais (incluindo sintomas que fazem parte das características diagnósticas, bem como aqueles que estão associados ao transtorno), medidos pela intensidade, duração e impacto no funcionamento. Essa abordagem combinada também permite que os médicos ou outros identifiquem condições que não atendem aos critérios para um distúrbio, mas são graves e incapacitantes e precisam de tratamento.

Espera-se que, à medida que a compreensão dos mecanismos básicos da doença para transtornos mentais e de uso de substâncias com base na fisiopatologia, neurocircuitos e interações gene-ambiente aumente, medidas mais objetivas de psicopatologia sejam incorporadas aos conjuntos de critérios diagnósticos para aumentar sua precisão. Até esse momento, uma abordagem dimensional que depende principalmente dos relatos subjetivos de um indivíduo sobre as experiências dos sintomas, juntamente com a interpretação do clínico, é destacada pelas diretrizes atuais de avaliação psiquiátrica como um passo importante no aprimoramento da prática diagnóstica.

Medidas transversais de sintomas, modeladas na revisão de sistemas da medicina geral, podem servir como uma abordagem para revisar domínios psicopatológicos críticos em todas as faixas etárias e diagnósticos. A revisão médica geral dos sistemas - uma lista de perguntas organizadas por sistemas de órgãos - é crucial para detectar sinais e sintomas de disfunção e doença com os quais o indivíduo pode ou não apresentar que podem facilitar o diagnóstico e o tratamento. Uma revisão semelhante de vários sistemas mentais (ou domínios), que é o objetivo das medidas transversais de sintomas, pode auxiliar em uma avaliação mais abrangente do estado mental dos indivíduos na avaliação inicial.

A revisão dos sistemas mentais pode sistematicamente chamar a atenção para sinais e sintomas de outros domínios da saúde e funcionamento mental que podem ser importantes para o cuidado do indivíduo. As medidas transversais têm dois níveis de investigação: o nível 1 usa de 1 a 3 perguntas para cada um dos 13 domínios de sintomas para adultos (autoavaliação) e 12 domínios para crianças (de 6 a 17 anos, avaliação dos pais) e adolescentes (avaliação da criança). , 11-17 anos) para identificar sinais e sintomas emergentes. As perguntas do nível 2 fornecem uma avaliação mais aprofundada de certos domínios (por exemplo, depressão, ansiedade, mania, raiva, irritabilidade, sintomas somáticos). Estas medidas são desenvolvidas para serem administradas

tanto na entrevista inicial quanto nas visitas de acompanhamento. Assim, o uso dessas medidas pode formar aspectos-chave do cuidado baseado em medidas, o processo pelo qual as ferramentas de avaliação padronizadas são

842

administrados e os resultados usados para acompanhar o progresso dos indivíduos ao longo do tempo para orientar um plano de cuidados mais preciso. O uso dessas medidas visa, em última análise, informar os cuidados baseados em medidas, identificando áreas de sintomas e preocupações emergentes, além de apoiar o monitoramento contínuo dos sintomas, o ajuste do tratamento e os resultados críticos para a prestação de cuidados de qualidade para indivíduos com transtornos mentais e por uso de substâncias. Como resultado, essas medidas transversais de sintomas foram identificadas como componentes importantes da avaliação diagnóstica psiquiátrica nas diretrizes da prática clínica.

As *medidas de gravidade* são específicas do transtorno, correspondendo de perto aos critérios que constituem a definição do transtorno. Eles podem ser administrados a indivíduos que receberam um diagnóstico ou que têm uma síndrome clinicamente significativa que não atende aos critérios completos para um diagnóstico (por exemplo, uso das Dimensões Classificadas pelo Médico da Gravidade dos Sintomas de Psicose em indivíduos cujos sintomas atendem aos critérios para esquizofrenia). Algumas das avaliações são auto-avaliadas, enquanto outras são avaliadas pelo clínico com base na observação do indivíduo. Assim como as medidas de sintomas transversais, essas medidas podem ser administradas tanto na entrevista inicial quanto ao longo do tempo para rastrear a gravidade do transtorno do indivíduo e a resposta ao tratamento. Essas avaliações ajudam a operacionalizar a frequência, intensidade ou duração dos sintomas; gravidade geral dos sintomas; ou tipo de sintoma (p.) distúrbio de comunicação). Os dados obtidos com o uso dessas medidas específicas do transtorno podem ajudar no diagnóstico e informar o monitoramento dos sintomas e o planejamento do tratamento.

O Cronograma de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde, Versão 2.0 (WHODAS 2.0) foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para avaliar a capacidade de um indivíduo realizar atividades em seis áreas: compreensão e comunicação; se locomover; cuidados pessoais; conviver com as pessoas; atividades da vida (por exemplo, casa, trabalho/escola); e participação na sociedade. Esta versão da escala é autoaplicável e foi desenvolvida para indivíduos com qualquer condição médica, não apenas transtornos mentais. Corresponde aos conceitos contidos na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS. Essa avaliação também pode ser usada ao longo do tempo para rastrear mudanças no nível de funcionamento de um indivíduo. A avaliação do funcionamento é um aspecto fundamental da avaliação diagnóstica psiquiátrica, uma vez que a maioria dos conjuntos de critérios do DSM-5 inclui a exigência de que o distúrbio cause sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento. Indivíduos com transtornos mentais são mais propensos a ter prejuízo grave no funcionamento (ou seja, comunicar ou compreender; conviver com os outros; realizar atividades diárias no trabalho, em casa ou na escola; participar de atividades sociais) em comparação com indivíduos com condições médicas crônicas. Além disso, muitos indivíduos procuram ajuda para transtornos mentais devido ao impacto direto de seus transtornos no comprometimento funcional em vários domínios e configurações. O comprometimento funcional pode afetar o prognóstico em todos os diagnósticos e, se o comprometimento funcional residual permanecer após o desaparecimento dos sintomas, pode levar à recorrência ou recaída de condições como transtorno depressivo maior e transtornos de ansiedade.

Este capítulo se concentra na medida de sintomas transversais de nível 1 do DSM-5 (auto-avaliação de adultos).

versões avaliadas e pais/responsáveis); as Dimensões Classificadas pelo Médico do Sintoma de Psicose Gravidade; e o WHODAS 2.0. Instruções do médico, informações de pontuação e interpretação diretrizes são incluídas para cada um. A descrição da versão para crianças não está incluída na impressão dada a semelhança geral nos itens, pontuação e instruções e diretrizes do clínico com o versão classificada pelos pais/responsáveis. Essas medidas, incluindo a versão para crianças, e avaliações dimensionais, como as de gravidade diagnóstica, podem ser encontradas online em www.psychiatry.org/dsm5.

843

Medidas Transversais de Sintomas

Medição de Sintomas Transversais Nível 1

A Medida Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 é uma medida auto-classificada ou informada pelo avaliador que são importantes em todos os diagnósticos psiquiátricos. Destina-se a ajudar os médicos a identificar áreas adicionais de investigação que podem ter um impacto significativo no tratamento do indivíduo e prognóstico. Além disso, a medida pode ser usada para rastrear mudanças na personalidade do indivíduo. apresentação dos sintomas ao longo do tempo.

A versão adulta da medida é composta por 23 questões que avaliam 13 domínios psiquiátricos, incluindo depressão, raiva, mania, ansiedade, sintomas somáticos, ideação suicida, psicose, problemas de sono, memória, pensamentos e comportamentos repetitivos, dissociação, funcionamento da personalidade, e uso de substâncias (Tabela 1). Cada domínio é composto por uma a três perguntas. Cada item pergunta sobre o quanto (ou com que frequência) o indivíduo foi incomodado pelo sintoma específico durante as últimas 2 semanas. Se o indivíduo tiver deficiência de capacidade e for incapaz de preencher o formulário (por exemplo, um indivíduo com transtorno neurocognitivo maior), um informante adulto experiente pode completar esta medida.

844

TABELA 1 DSM-5 Adulto Auto-classificado Nível 1 Medida de Sintoma Transversal: 13

domínios, limites para consultas adicionais e DSM-5 Nível 2 associado medidas

Domínio	Nome de domínio	Limite para guiar inquérito adicional	DSM-5 Nível 2 Sintoma Transversal Medir
I.	Depressão	Leve ou maior	Nível 2—Depressão—Adulto (PROMIS Angústia Emocional—Forma Abreviada)
II.	Raiva	Leve ou maior	Nível 2—Raiva—Adulto (PROMIS Emocional Angústia—Raiva—Forma Abreviada)
III.	Mania	Leve ou maior	Nível 2—Mania—Adulto (Autoavaliação Altman Escala de Mania [ASRM])
IV.	Ansiedade	Leve ou maior	Nível 2—Ansiedade—Adulto (PROMIS Emotional Angústia—Ansiedade—Forma Abreviada)
V.	Sintomas somáticos	Leve ou maior	Nível 2 - Sintoma Somático - Adulto (Paciente Questionário de Saúde-15 [PHQ-15] Somático Escala de gravidade dos sintomas)

VI.	Ideação suicida	Leve ou maior	Nenhum
VII.	Psicose	Leve ou maior	Nenhum
VIII.	Problemas de sono	Leve ou maior	Nível 2—Distúrbio do Sono—Adulto (PROMIS Distúrbio do Sono—Formulário Resumido)
IX.	Memória	Leve ou maior	Nenhum
X.	Pensamentos repetitivos e comportamentos	Leve ou maior	Nível 2 - Pensamentos e Comportamentos Repetitivos - Adulto (Inventário Obsessivo-Compulsivo da Flórida [FOCI] Escala de gravidade)
XI.	Dissociação	Leve ou maior	Nenhum
XII.	Funcionamento da personalidade	Leve ou maior	Nenhum
XIII.	Uso de substâncias	Leve ou maior	Nível 2 - Uso de Substância - Adulto (adaptado de o ASSIST Modificado por NIDA)

Observação. NIDA = Instituto Nacional de Abuso de Drogas.

aDisponível em www.psychiatry.org/dsm5.

A medida mostrou-se clinicamente útil e com boa confiabilidade no DSM-5

Ensaios de campo que foram conduzidos em amostras clínicas de adultos nos Estados Unidos e no Canadá. Nos Ensaios de Campo do DSM-5, nos quais as classificações dos sintomas do indivíduo foram compartilhadas com o clínico antes da reunião, os indivíduos relataram que os resultados da medida ajudaram a facilitar comunicação durante o encontro clínico. Da mesma forma, os médicos nas principais instituições acadêmicas de pesquisa médica, bem como em ambientes de prática clínica de rotina, encontraram as medidas clinicamente útil e viável para integração em cuidados clínicos diários, bem como especialidades condições clínicas. Além dos resultados dos ensaios de campo do DSM-5, vários estudos têm avaliou as propriedades psicométricas da versão adulta auto-avaliada do medida de sintomas em uma variedade de populações. Por exemplo, os resultados de um grande estudo de estudantes universitários que não procuram tratamento nos Estados Unidos demonstraram consistência e validade interna.

A versão da medida avaliada pelos pais/responsáveis (para crianças de 6 a 17 anos) consiste em 25 questões que avaliam 12 domínios psiquiátricos, incluindo depressão, raiva, irritabilidade, mania, ansiedade, sintomas somáticos, desatenção, ideação/tentativa suicida, psicose, distúrbios do sono, pensamentos e comportamentos repetitivos e uso de substâncias (Tabela 2). Cada item pede ao pai ou responsável para avaliar o quanto (ou com que frequência) seu filho foi incomodado pelo sintoma psiquiátrico durante as últimas 2 semanas. A medida também foi considerada clinicamente útil e ter boa confiabilidade nos Ensaios de Campo DSM-5 que foram conduzidos em clínicas pediátricas amostras nos Estados Unidos. Para crianças de 11 a 17 anos, juntamente com a classificação dos pais/responsáveis dos sintomas da criança, o médico pode considerar fazer com que a criança complete o versão da medida. A versão da medida para crianças pode ser encontrada online em www.psychiatry.org/dsm5.

TABELA 2 Medida de sintoma transversal DSM-5 Nível 1 classificado pelos pais/responsáveis para crianças de 6 a 17 anos: 12 domínios, limites para investigação adicional e medidas de Nível 2 associadas

Domínio	Nome de domínio	inquérito adicional	Medir
I.	Sintomas somáticos	Leve ou maior	Nível 2 - Sintomas Somáticos - Pai/Tutor da Criança de 6 a 17 anos (Saúde do Paciente Questionário-15 [PHQ-15] Sintoma somático Escala de gravidade)
II.	Problemas de sono	Leve ou maior	Nível 2 - Perturbação do Sono - Pai/Tutor de Criança de 6 a 17 anos (Distúrbio do Sono PROMIS—Forma curta)
III.	Desatenção	Leve ou maior	Nível 2 - Desatenção - Pai/Responsável da Criança Idade 6-17 (Swanson, Nolan e Pelham, Versão IV [SNAP-IV])
IV.	Depressão	Leve ou maior	Nível 2 - Depressão - Pai/Tutor da Criança Idade 6–17 (Promis Emotional Distress—Depressão—Banco de Itens Pai)
V.	Raiva	Leve ou maior	Nível 2 - Raiva - Pai/Tutor da Criança (Medida Calibrada de Raiva PROMIS - Pai)
VI.	Irritabilidade	Leve ou maior	Nível 2 - Irritabilidade - Pai/Tutor da Criança (índice de Reatividade Afetiva [ARI])
VII.	Mania	Leve ou maior	Nível 2 - Mania - Pai/Responsável da Idade da Criança 6–17 (Escala de Mania de Autoavaliação Altman [ASRM])
VIII.	Ansiedade	Leve ou maior	Nível 2 - Ansiedade - Pai/Responsável da Idade da Criança 6–17 (Angústia Emocional PROMIS—Ansiedade —Banco de Itens Pai)
IX.	Psicose	Leve ou maior	Nenhum
X.	Pensamentos repetitivos e comportamentos	Leve ou maior	Nenhum
XI.	Uso de substâncias	Sim	Nível 2 - Uso de Substância - Pai/Tutor de Criança de 6 a 17 anos (adaptado do ASSIST modificado pelo NIDA)
		Não sei	ASSIST modificado por NIDA (adaptado) - Classificação para crianças (idade 11-17 anos)
XII.	Ideação suicida/suicídio tentativas	Sim	Nenhum
		Não sei	Nenhum

Observação. NIDA = Instituto Nacional de Abuso de Drogas.

aDisponível em www.psychiatry.org/dsm5.

Pontuação e interpretação. Na versão de autoavaliação para adultos da medida, cada item é avaliado em um Escala de 5 pontos (0 = nenhum ou nenhum; 1 = leve ou raro, menos de um dia ou dois; 2 = leve ou vários dias; 3 = moderado ou mais da metade dos dias; e 4 = grave ou quase todos os dias). A pontuação em cada item dentro de um domínio de vários itens deve ser revisado pelo clínico, especialmente se um nível 2 avaliação transversal de sintomas não é indicada, para entender qual sintoma específico dentro um domínio é mais problemático (por exemplo, alucinações auditivas ou transmissão de pensamento para o domínio da psicose) para ajudar a orientar investigações adicionais. No entanto, uma classificação de leve (ou seja, 2) ou superior em qualquer item dentro de um domínio, exceto uso de substâncias, ideação suicida e psicose, fortemente sugere a necessidade de

pode incluir a avaliação de sintomas transversal de Nível 2 para o domínio (ver 1). Para uso de substâncias, ideação suicida e psicose, uma classificação de leve (ou seja, 1) ou maior em qualquer item dentro do domínio pode servir como um guia para investigação adicional e acompanhamento para determinar se uma avaliação mais detalhada é necessária. Como tal, o avaliador deve indicar a pontuação mais alta dentro de um domínio na coluna “Pontuação mais alta do domínio”. A [Tabela 1](#) descreve os escores de limiar que podem orientar investigações adicionais para os domínios restantes.

Na versão da medida avaliada pelos pais/responsáveis (para crianças de 6 a 17 anos), 19 dos 25 itens são avaliados em uma escala de 5 pontos (0 = nenhum ou nenhum; 1 = leve ou raro, menos mais de um dia ou dois; 2 = leve ou vários dias; 3 = moderado ou mais da metade dos dias; e 4 = grave ou quase todos os dias). Os itens de ideação suicida, tentativa de suicídio e abuso de substâncias são classificados em uma escala “Sim, Não ou Não Sei”. A pontuação em cada item dentro de um domínio deve ser revisada pelo clínico para entender qual sintoma específico dentro de um domínio é mais problemático (por exemplo, alucinação visual ou auditiva no domínio psicose) para ajudar a orientar investigações adicionais. No entanto, com exceção de desatenção e psicose, uma classificação de leve (ou seja, 2) ou superior em qualquer item dentro de um domínio pontuado na escala de 5 pontos pode servir como um guia para investigação adicional e acompanhamento para determinar se for necessária uma avaliação mais detalhada, que pode incluir a avaliação de sintomas transversal de Nível 2 para o domínio (ver [Tabela 2](#)). Para desatenção ou psicose, uma classificação de leve ou maior (ou seja, 1 ou maior) pode ser usada como um indicador para investigação adicional. A classificação de um pai ou responsável de “Não sei” sobre a ideação suicida, tentativa de suicídio e qualquer um dos itens de uso de substâncias, especialmente para crianças de 11 a 17 anos, pode resultar em investigação adicional dos problemas com a criança, incluindo usando a Medida de Sintomas Transversais de Nível 2 para crianças para o domínio relevante. Como a investigação adicional é feita com base na pontuação mais alta em qualquer item dentro de um domínio, os médicos devem indicar essa pontuação na coluna “Pontuação mais alta de domínio”. A [Tabela 2](#) descreve os escores de limiar que podem orientar investigações adicionais para os domínios restantes.

As instruções e diretrizes do médico para a versão classificada para crianças são semelhantes às da versão classificada pelos pais/responsáveis descritas acima, com exceção das categorias de resposta “Não sei”, que não estão presentes na versão classificada para crianças (ver www.psychiatry.org/dsm5).

Medidas de Sintomas Transversais de Nível 2 Quaisquer

pontuações de limiar na Medida de Sintomas Transversais de Nível 1 (conforme observado nas [Tabelas 1 e 2](#) e descrito em “Pontuação e Interpretação”) indicam uma possível necessidade de investigação clínica detalhada. As Medidas Transversais de Sintomas de Nível 2 fornecem um método para obter informações mais detalhadas sobre sintomas potencialmente significativos para informar o diagnóstico, o planejamento do tratamento e o acompanhamento. Eles estão disponíveis online em www.psychiatry.org/dsm5. As [Tabelas 1 e 2](#) descrevem cada domínio de Nível 1 e identificam os domínios para os quais as Medidas Transversais de Sintomas de Nível 2 do DSM-5 estão disponíveis para avaliações mais detalhadas. Versões para adultos e pediátricos (pais e filhos) estão disponíveis online para a maioria dos domínios de sintomas de Nível 1.

Frequência de Uso das Medidas Transversais de Sintomas Para rastrear

a mudança na apresentação de sintomas do indivíduo ao longo do tempo, as medidas de sintomas transversais de Nível 1 e Nível 2 relevantes podem ser concluídas em intervalos regulares, conforme clinicamente indicado, dependendo da estabilidade do paciente. sintomas e estado do tratamento. Para indivíduos com capacidade reduzida e para crianças de 6 a 17 anos, é preferível

medidas a serem concluídas nas consultas de acompanhamento pelo mesmo informante experiente e pelo mesmo pai ou responsável. Escores consistentemente altos em um domínio específico podem indicar sintomas significativos e problemáticos para o indivíduo que podem justificar uma avaliação adicional, tratamento e acompanhamento. O julgamento clínico deve orientar a tomada de decisão.

847

DSM-5 Medida de Sintoma Transversal Nível 1 Autoclassificada - Adulto

Nome: _____ Idade: _____ Se a medida Encontro: _____

está sendo preenchida por um informante, qual é o seu relacionamento com o indivíduo?: Em uma semana típica,

aproximadamente quanto tempo você passa com o indivíduo? _____
horas/semana

Instruções: As perguntas abaixo perguntam sobre coisas que podem tê-lo incomodado. Para cada questão, circule o número que melhor descreve o quanto (ou com que frequência) você foi incomodado por cada problema durante as **últimas DUAS (2) SEMANAS**.

		13. Sentindo que alguém poderia ouvir seus pensamentos, ou que você podia ouvir o que outra pessoa estava pensando?	0	1	2	3	4	
VIII.	14.	Problemas com o sono que afetou sua qualidade de sono No geral?	0	1	2	3	4	
IX.	15.	Problemas com memória (por exemplo, aprender novas informações) ou com localização (por exemplo, encontrar seu caminho para casa)?	0	1	2	3	4	
X.	16.	Pensamentos desagradáveis, impulsos ou imagens que entram repetidamente sua mente?	0	1	2	3	4	
	17.	Sentindo-se motivado a realizar certos comportamentos ou mentais age de novo e de novo?	0	1	2	3	4	
XI.	18.	Sentir-se distante ou distante você mesmo, seu corpo, seu ambiente físico, ou suas memórias?	0	1	2	3	4	
XII.	19.	Não saber quem você realmente é ou o que você quer da vida?	0	1	2	3	4	
	20.	Não se sentir próximo dos outros pessoas ou curtindo sua relacionamentos com eles?	0	1	2	3	4	
XIII.	21.	Beba pelo menos 4 bebidas de qualquer tipo de álcool em um único dia?	0	1	2	3	4	
	22.	Fume qualquer cigarro, um charuto, ou cachimbo, ou use rapé ou mastigar tabaco?	0	1	2	3	4	
	23.	Use qualquer um dos seguintes medicamentos POR CONTA PRÓPRIA, isto é, sem um médico prescrição, em maior quantidades ou mais de prescritos [por exemplo, analgésicos (como Vicodin), estimulantes (como Ritalina ou Adderall), sedativos ou tranquilizantes (como pílulas para dormir ou Valium), ou drogas como maconha, cocaína ou crack, drogas de clube (como ecstasy), alucinógenos (como LSD), heroína, inhalantes ou solventes (como cola), ou metanfetamina (como Rapidez)]?	0	1	2	3	4	

**Sintoma transversal DSM-5 Nível 1 classificado pelos pais/responsáveis
Medir—Criança de 6 a 17 anos**

Nome da criança: _____

Idade: _____

Encontro: _____

Relação com a criança: _____

Instruções (aos pais ou tutores da criança): As questões abaixo referem-se a coisas que podem ter incomodado a sua criança. Por cada pergunta, circule o número que melhor descreve o quanto (ou com que frequência) seu filho foi incomodado por cada problema nas **últimas DUAS (2) SEMANAS.**

	Durante as últimas DUAS (2) SEMANAS , quanto (ou com que frequência) o seu criança...	Nenhum Não no tudo	Pouco Cru, menos do que um dia ou dois	Suave Diversos dias	Moderado Mais da metade os dias	Forte Por pouco cada dia	Altíssima Domínio Pontuação (clínico)
I.	1. Queixou-se de dores de estômago, dores de cabeça ou outras dores e dores?	0	1	2	3	4	
	2. Disse que estava preocupado com sua saúde ou sobre obter doente?	0	1	2	3	4	
II.	3. Teve problemas para dormir - isto é, dificuldade em adormecer, ficar dormindo ou acordando cedo demais?	0	1	2	3	4	
III.	4. Teve problemas para prestar atenção quando estava na aula ou fazendo sua lição de casa ou lendo um livro ou jogando jogos?	0	1	2	3	4	
4.	5. Se divertia menos fazendo as coisas do que ele/ela costumava?	0	1	2	3	4	
	6. Parecia triste ou deprimido por algumas horas?	0	1	2	3	4	
V. e VI.	7. Parecia mais irritado ou facilmente irritado do que o normal?	0	1	2	3	4	
	8. Parecia zangado ou perdido temperamento?	0	1	2	3	4	
VII.	9. Iniciar muito mais projetos do que habitual ou fazendo mais arriscado coisas do que o normal?	0	1	2	3	4	
	10. Dormir menos do que o habitual por ele/ela, mas ainda tem muitos energia?	0	1	2	3	4	
VIII.	11. Disse que se sentia nervoso, ansioso, ou com medo?	0	1	2	3	4	
	12. Não conseguiu parar de se preocupar?	0	1	2	3	4	
	13. Disse que não podia fazer as coisas ele/ela queria ou deveria fizeram porque fizeram ele/ela se sente nervoso?	0	1	2	3	4	
850	14. Disse que ouviu vozes— quando não havia ninguém lá— falando sobre ele ou dizendo-lhe o que fazer ou dizendo coisas ruins para ele/ela?	0	1	2	3	4	
IX.	15. Disse que teve uma visão quando ele/ela estava completamente acordado	0	1	2	3	4	

		— isto é, viu algo ou alguém que ninguém mais poderia Vejo?						
X.	16.	Disse que tinha pensamentos que continuou vindo em sua mente que ele faria algo ruim ou que algo ruim aconteceria com ele ou com alguém?	0	1	2	3	4	
	17.	Disse que sentiu a necessidade de verificar em certas coisas repetidamente novamente, como se uma porta fosse bloqueado ou se o fogão foi desligado?	0	1	2	3	4	
	18.	Parecia se preocupar muito com coisas que ele/ela tocou sendo sujo ou com germes ou sendo envenenado?	0	1	2	3	4	
	19.	Disse que tinha que fazer coisas de uma certa maneira, como contar ou dizendo coisas especiais alto, para manter algo ruim de acontecendo?	0	1	2	3	4	
	Nas últimas DUAS (2) SEMANAS , seu filho...							
XI.	20.	Bebi alguma bebida alcoólica (cerveja, vinho, licor, etc.)?	ÿ Sim	ÿ Não	ÿ Não sei			
	21.	Fumou um cigarro, um charuto ou cachimbo, ou rapé usado ou mascar tabaco?	ÿ Sim	ÿ Não	ÿ Não sei			
	22.	Usava drogas como maconha, cocaína ou crack, drogas do clube (como ecstasy), alucinógenos (como LSD), heroína, inhalantes ou solventes (como cola), ou metanfetamina (como a velocidade)?	ÿ Sim	ÿ Não	ÿ Não sei			
	23.	Usou qualquer medicamento sem prescrição médica (por exemplo, analgésicos [como Vicodin], estimulantes [como Ritalina ou Adderall], sedativos ou tranquilizantes [como pílulas para dormir ou Valium], ou esteróides)?	ÿ Sim	ÿ Não	ÿ Não sei			
XII.	24.	Nas últimas DUAS (2) SEMANAS , ele/ela falou em querer matar-se ou sobre querendo se suicidar?	ÿ Sim	ÿ Não	ÿ Não sei			
	25.	Ele/ela ALGUMA VEZ tentou matar ele mesmo ela mesma?	ÿ Sim	ÿ Não	ÿ Não sei			

Dimensões da gravidade dos sintomas de psicose classificadas pelo médico

Conforme descrito no capítulo “Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos”, são heterogêneos, e a gravidade dos sintomas pode predizer aspectos importantes da doença,

como o grau de déficits cognitivos e/ou neurobiológicos. As avaliações dimensionais capturam variações significativas na gravidade dos sintomas, o que pode ajudar no planejamento do tratamento, na tomada de decisões prognósticas e na pesquisa de mecanismos fisiopatológicos. A medida Clinician Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity fornece escalas para a avaliação dimensional dos sintomas primários de psicose, incluindo alucinações, delírios, fala desorganizada, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Uma escala para a avaliação dimensional do comprometimento cognitivo também está incluída. Muitos indivíduos com transtornos psicóticos apresentam deficiências em vários domínios cognitivos, que predizem habilidades funcionais e prognóstico. Além disso, são fornecidas escalas para avaliação dimensional de depressão e mania, que podem alertar os médicos para a patologia do humor concomitante. A gravidade dos sintomas de humor na psicose tem valor prognóstico e pode orientar o tratamento.

As Dimensões Classificadas pelo Médico da Gravidade dos Sintomas de Psicose é uma medida de 8 itens que pode ser preenchida pelo médico no momento da avaliação clínica. Cada item pede ao clínico que classifique a gravidade de cada sintoma conforme experimentado pelo indivíduo quando foi mais grave durante os últimos 7 dias.

Pontuação e interpretação Cada item

da medida é avaliado em uma escala de 5 pontos (0 = nenhum; 1 = equívoco; 2 = presente, mas leve; 3 = presente e moderado; e 4 = presente e grave) com um sintoma específico definição de cada nível de classificação. O clínico revisa todas as informações disponíveis do indivíduo e, com base no julgamento clínico, seleciona (com uma marca de seleção) o nível que descreve com mais precisão a gravidade do domínio do sintoma. O médico então indica a pontuação para cada item na coluna “Pontuação” fornecida.

Frequência de uso Para

rastrear alterações na gravidade dos sintomas do indivíduo ao longo do tempo, a medida pode ser concluída em intervalos regulares conforme indicação clínica, dependendo da estabilidade dos sintomas do indivíduo e do estado do tratamento. Escores consistentemente altos em um domínio específico podem indicar áreas significativas e problemáticas para o indivíduo que podem justificar uma avaliação, tratamento e acompanhamento adicionais. O julgamento clínico deve sempre orientar a tomada de decisão.

Dimensões da gravidade dos sintomas de psicose classificadas pelo médico

Nome: _____ Idade: _____ Encontro: _____

Instruções: Com base em todas as informações que você tem sobre o indivíduo e usando seu julgamento clínico, avalie (com checkmark) a presença e gravidade dos seguintes sintomas, conforme experimentado pelo indivíduo, quando cada sintoma foi mais grave, nos últimos sete (7) dias.

Domínio 0		1	2	3	4	Pontuação
I. Alucinações ѹ Não	presente	ю Equívoco (gravidade ou duração não suficiente para ser considerada psicose)	ю Presente, mas leve (pouca pressão para agir sobre vozes ou outros tipos de alucinações, não muito)	ю Presente e moderado (alguma pressão para responder a vozes ou outros tipos de alucinações,	ю Presente e grave (pressão severa para responder a vozes ou outros tipos de alucinações, ou está muito incomodado	

			incomodado por alucinações)	ou é um pouco incomodado por alucinações)	por alucinações)	
II. Delírios	ÿ Não presente	ÿ Equívoco (gravidade ou duração insuficiente para ser considerado psicose)	ÿ Presente, mas leve (pouca pressão para agir de acordo com crenças delirantes, não muito incomodado por tais crenças)	ÿ Presente e moderado (alguma pressão para agir de acordo com crenças delirantes, ou é um pouco incomodado por tais crenças)	ÿ Presente e grave (pressão severa para agir de acordo com crenças delirantes, ou é muito incomodado por tais crenças)	
III. Desorganizado	ÿ Não fala presente	ÿ Equívoco (gravidade ou duração não suficiente para ser considerada desorganização)	ÿ Presente, mas leve (alguma dificuldade após a fala) ÿ Presente, mas	ÿ Presente e moderado (fala muitas vezes difícil de acompanhar)	ÿ Presente e grave (fala quase impossível de seguir)	
4. Anormal comportamento psicomotor	ÿ Não ÿ Equívoco (gravidade ou presente duração não suficiente para ser considerada anormal comportamento psicomotor)	leve (comportamento motor anormal ou bizarro ocasional ou catatonia)	ÿ Presente e moderado (comportamento motor anormal ou bizarro frequente ou catatonia)	ÿ Presente e grave (comportamento motor anormal ou bizarro ou catatonia quase constante)		
853 V. Sintomas negativos (expressão emocional ou avolução restrita)	ÿ Não ÿ Diminuição equívoca na prosódia	ÿ Diminuição equívoca na expressividade facial, comportamento auto-iniciado	ÿ Presente, mas leve diminuição na expressividade facial, prosódia, gestos ou comportamento auto-iniciado	ÿ Diminuição presente e moderada na expressividade facial, prosódia, gestos ou comportamento auto-iniciado	ÿ Diminuição presente e grave na expressividade facial, prosódia, gestos ou comportamento auto-iniciado	
VI. Cognição prejudicada	ÿ Não presente	ÿ Equívoco (função cognitiva não claramente fora da faixa esperada para idade ou SES; ou seja, dentro de 0,5 DP da média)	ÿ Presente, mas leve (alguma redução na função cognitiva; abaixo do esperado para idade e SES, 0,5–1 DP da média)	ÿ Presente e moderado (redução clara na função cognitiva; abaixo do esperado para idade e SES, 1-2 SD da média)	ÿ Presente e grave (redução grave na função cognitiva; abaixo do esperado para idade e SES, > 2 DP da média)	
VII. Depressão	ÿ Não	ÿ Equívoco (ocasionalmente presente sente-se triste, deprimido, deprimido ou sem esperança; preocupado em ter falhado com alguém ou em algo, mas não preocupado)	ÿ Presente, mas leve (períodos frequentes de muito triste, deprimido, moderadamente deprimido ou sem esperança; preocupado por ter falhado alguém ou em algo, com algum preocupação)	ÿ Presente e moderado (períodos frequentes de depressão profunda ou desesperança; preocupação com culpa, ter feito algo errado)	ÿ Presente e grave (profundamente deprimido ou sem esperança diariamente; culpa delirante ou autocensura irracional grosseiramente desproporcional às circunstâncias)	
VIII. Mania	ÿ Não	ÿ Equívoco (ocasionalmente elevado, expansivo ou apresentar humor irritável inquietação)	ÿ Presente, mas leve (períodos frequentes de humor um tanto elevado, expansivo ou irritável ou inquietação)	ÿ Presente e moderado (períodos frequentes de humor amplamente elevado, expansivo ou irritável)	ÿ Presente e grave (humor ou inquietação diária e extensivamente elevado, expansivo ou irritável)	

				ou inquietação)		

Observação. DP = desvio padrão; SES = nível socioeconômico.

Cronograma de Avaliação de Deficiências da Organização Mundial da Saúde 2.0 A versão autoadministrada para adultos do Cronograma de Avaliação de Deficiências da Organização Mundial da Saúde 2.0 (WHODAS 2.0) é uma medida de 36 itens que avalia a deficiência em adultos com 18 anos ou mais. Foi validado em várias culturas em todo o mundo e demonstrou sensibilidade à mudança. Ele avalia a deficiência em seis domínios, incluindo compreensão e comunicação, locomoção, autocuidado, convivência com as pessoas, atividades da vida (ou seja, atividades domésticas, de trabalho e/ou escolares) e participação na sociedade. Se o indivíduo adulto estiver com capacidade prejudicada e incapaz de preencher o formulário (por exemplo, um paciente com transtorno neurocognitivo maior), um informante experiente pode preencher a versão administrada por procuração da medida, que está disponível em www.psychiatry.org/dsm5. Cada item da versão auto-administrada do WHODAS 2.0 pede ao indivíduo que avalie quanta dificuldade ele teve em áreas específicas de funcionamento durante os últimos 30 dias.

Instruções de pontuação do WHODAS 2.0 fornecidas pela OMS

Pontuações resumidas do WHODAS 2.0. Existem duas opções básicas para calcular as pontuações resumidas para a versão completa de 36 itens do WHODAS 2.0.

Simples: Os escores atribuídos a cada um dos itens – “nenhum” (1), “leve” (2), “moderado” (3), “grave” (4) e “extremo” (5) – são somados para uma pontuação bruta total máxima de 180. Esse método é chamado de pontuação simples porque as pontuações de cada um dos itens são simplesmente somadas sem recodificação ou colapso das categorias de resposta; assim, não há ponderação de itens individuais. Essa abordagem é prática para usar como uma abordagem de pontuação manual e pode ser o método de escolha em ambientes clínicos movimentados ou em situações de entrevista com papel e lápis. Como resultado, a simples soma dos escores dos itens em todos os domínios constitui uma estatística suficiente para descrever o grau de limitação funcional.

Complexo: O método mais complexo de pontuação é chamado de pontuação baseada em “teoria de resposta ao item” (IRT). Ele leva em consideração vários níveis de dificuldade para cada item do WHODAS 2.0. Ele usa a codificação para cada resposta do item como “nenhum”, “leve”, “moderado”, “grave” e “extremo” separadamente e, em seguida, requer um computador para determinar a pontuação resumida ponderando diferencialmente os itens e os níveis de gravidade. O programa de computador está disponível no site da OMS. A pontuação tem três etapas:

- Etapa 1—Soma das pontuações dos itens recodificados dentro de cada domínio (ou seja, para cada item, as opções de resposta 1 a 5 são convertidas em uma taxa de 0 a 4, resultando em uma pontuação bruta total de 144).
- Etapa 2—Soma de todas as seis pontuações de domínio.
- Etapa 3—Converter a pontuação resumida em uma métrica que varia de 0 a 100 (onde 0 = nenhuma deficiência; 100 = deficiência total).

Escores de domínio do WHODAS 2.0. O WHODAS 2.0 produz escores específicos de domínio para seis domínios de funcionamento diferentes: cognição, mobilidade, autocuidado, convivência, atividades da vida (doméstica e

trabalho/escola) e participação.

Normas populacionais do WHODAS 2.0. Para as normas populacionais para pontuação baseada em IRT do WHODAS 2.0 e para a distribuição populacional de pontuações baseadas em IRT para WHODAS 2.0, consulte www.who.int/classifications/icf/Pop_norms_distrib_IRT_scores.pdf.

855

Orientação adicional de pontuação e interpretação para usuários do DSM-5-TR

O clínico é solicitado a revisar a resposta do indivíduo em cada item da medida durante a entrevista clínica e indicar a pontuação autorrelatada para cada item na seção fornecida para "Uso clínico Apenas." No entanto, se o clínico determinar que a pontuação em um item deve ser diferente com base na entrevista clínica e em outras informações disponíveis, ele poderá indicar uma pontuação corrigida na caixa de pontuação bruta do item. Com base nos resultados dos ensaios de campo do DSM-5 em amostras de pacientes adultos em seis locais nos Estados Unidos e um no Canadá, o *DSM-5-TR recomenda o cálculo e o uso de pontuações médias para cada domínio e para incapacidade geral*.

As pontuações médias são comparáveis à escala de 5 pontos do WHODAS, que permite ao clínico pensar na deficiência do indivíduo em termos de nenhuma (1), leve (2), moderada (3), grave (4) ou extrema (5). Os escores médios de domínio e incapacidade geral foram considerados confiáveis, fáceis de usar e clinicamente úteis para os médicos nos ensaios de campo do DSM-5. A *pontuação média do domínio* é calculada dividindo a pontuação bruta do domínio pelo número de itens no domínio (por exemplo, se todos os itens dentro do domínio "compreensão e comunicação" forem classificados como moderados, então a pontuação média do domínio seria $18/6 = 3$, indicando incapacidade moderada). A *pontuação geral média de incapacidade* é calculada dividindo a pontuação geral bruta pelo número de itens na medida (ou seja, 36). O indivíduo deve ser encorajado a completar todos os itens do WHODAS 2.0. Se nenhuma resposta for dada em 10 ou mais itens da medida (ou seja, mais de 25% do total de 36 itens), o cálculo das pontuações de incapacidade geral simples e média pode não ser útil. Se 10 ou mais itens do total da medida estiverem faltando, mas os itens de alguns dos domínios estiverem 75%–100% completos, os escores de domínio simples ou médios podem ser usados para esses domínios.

Frequência de uso

Para rastrear a mudança no nível de incapacidade do indivíduo ao longo do tempo, a medida pode ser concluída em intervalos regulares conforme indicação clínica, dependendo da estabilidade dos sintomas do indivíduo e do estado do tratamento. Escores consistentemente altos em um domínio específico podem indicar áreas significativas e problemáticas para o indivíduo que podem justificar uma avaliação e intervenção adicionais.

856

WHODAS 2.0
World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0
36-item version, self-administered

Patient Name: _____ Age: _____ Date: _____

This questionnaire asks about difficulties due to health/mental health conditions. Health conditions include **diseases or illnesses, other health problems that may be short or long lasting, injuries, mental or emotional problems, and problems with alcohol or drugs**. Think back over the past 30 days and answer these questions thinking about how much difficulty you had doing the following activities. For each question, please circle only one response.

						<i>Clinician Use Only</i>			
Numeric scores assigned to each of the items:		1	2	3	4	5	Raw Item Score	Raw Domain Score	Average Domain Score
In the last 30 days, how much difficulty did you have in:									
Understanding and communicating									
D1.1	Concentrating on doing something for ten minutes?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do	30	5	
D1.2	Remembering to do important things?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D1.3	Analyzing and finding solutions to problems in day-to-day life?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D1.4	Learning a new task, for example, learning how to get to a new place?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D1.5	Generally understanding what people say?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D1.6	Starting and maintaining a conversation?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
Getting around									
D2.1	Standing for long periods, such as 30 minutes?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do	25	5	
D2.2	Standing up from sitting down?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D2.3	Moving around inside your home?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D2.4	Getting out of your home?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D2.5	Walking a long distance, such as a kilometer (or equivalent)?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
Self-care									
D3.1	Washing your whole body?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do	20	5	
D3.2	Getting dressed?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D3.3	Eating?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D3.4	Staying by yourself for a few days?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
Getting along with people									
D4.1	Dealing with people you do not know?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do	25	5	
D4.2	Maintaining a friendship?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D4.3	Getting along with people who are close to you?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D4.4	Making new friends?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D4.5	Sexual activities?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			

						<i>Clinician Use Only</i>			
Numeric scores assigned to each of the items:		1	2	3	4	5	Raw Item Score	Raw Domain Score	Average Domain Score
In the <u>last 30 days</u> , how much difficulty did you have in:									
Life activities—Household									
D5.1	Taking care of your <u>household responsibilities</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do		20	5
D5.2	Doing most important household tasks <u>well</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D5.3	Getting all of the household work <u>done</u> that you needed to do?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D5.4	Getting your household work done as <u>quickly</u> as needed?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
Life activities—School/Work									
If you work (paid, non-paid, self-employed) or go to school, complete questions D5.5–D5.8, below. Otherwise, skip to D6.1.									
Because of your health condition, in the past <u>30 days</u> , how much <u>difficulty</u> did you have in:									
D5.5	Your day-to-day <u>work/school</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do		20	5
D5.6	Doing your most important work/school tasks <u>well</u> ?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D5.7	Getting all of the work <u>done</u> that you need to do?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D5.8	Getting your work done as <u>quickly</u> as needed?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
Participation in society									
In the past <u>30 days</u> :									
D6.1	How much of a problem did you have in <u>joining in community activities</u> (for example, festivities, religious, or other activities) in the same way as anyone else can?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do		40	5
D6.2	How much of a problem did you have because of <u>barriers or hindrances</u> around you?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D6.3	How much of a problem did you have <u>living with dignity</u> because of the attitudes and actions of others?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D6.4	How much <u>time</u> did you spend on your health condition or its consequences?	None	Some	Moderate	A Lot	Extreme or cannot do			
D6.5	How much have you been <u>emotionally affected</u> by your health condition?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D6.6	How much has your health been a <u>drain on the financial resources</u> of you or your family?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D6.7	How much of a problem did your <u>family</u> have because of your health problems?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
D6.8	How much of a problem did you have in doing things <u>by yourself</u> for relaxation or pleasure?	None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do			
General Disability Score (Total):							180	5	

© World Health Organization, 2012. All rights reserved. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), World Health Organization, 2010, Geneva.

The World Health Organization has granted the Publisher permission for the reproduction of this instrument. This material can be reproduced without permission by clinicians for use with their own patients. Any other use, including electronic use, requires written permission from WHO.

Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico

Este capítulo fornece informações básicas sobre como integrar cultura e contexto social em diagnósticos clínicos, com seções sobre termos-chave, formulação cultural e conceitos culturais de sofrimento.

- A primeira seção define termos que são essenciais para o resto do capítulo: *cultura, raça e etnia*.
- A seção de Formulação Cultural apresenta um esboço para uma avaliação cultural sistemática centrada na pessoa que é projetada para ser usada por qualquer clínico que preste serviços a qualquer indivíduo em qualquer ambiente de atendimento. Esta seção também inclui um protocolo de entrevista, a Entrevista de Formulação Cultural, que operacionaliza esses componentes. As apresentações dos sintomas, as interpretações da doença ou situação que precipita o cuidado e as expectativas de busca de ajuda são sempre influenciadas pelas origens culturais e contextos socioculturais dos indivíduos. Uma avaliação cultural centrada na pessoa pode ajudar a melhorar o cuidado de cada indivíduo, independentemente de sua origem. A formulação cultural pode ser especialmente útil para indivíduos afetados por disparidades de saúde motivadas por desvantagens sistêmicas e discriminação.
- A seção Conceitos Culturais de Sofrimento descreve as maneiras como os indivíduos expressam, relatam e interpretam experiências de doença e angústia. Os conceitos culturais de angústia incluem expressões idiomáticas, explicações ou causas percebidas e síndromes. Os sintomas são expressos e comunicados usando expressões culturais de angústia – comportamentos ou termos linguísticos, metáforas, frases ou maneiras de falar sobre sintomas, problemas ou sofrimento que são comumente usados por indivíduos com origens culturais semelhantes para transmitir uma ampla gama de preocupações. Tais expressões idiomáticas podem ser usadas para um amplo espectro de angústia e podem não indicar um distúrbio psiquiátrico. Expressões idiomáticas contemporâneas comuns nos Estados Unidos incluem “burnout”, “sentir-se estressado”, “colapso nervoso” e “sentir-se deprimido”, no sentido de sentir insatisfação ou desânimo que não atende aos critérios para qualquer transtorno psiquiátrico. Explicações e síndromes culturalmente específicas também são comuns e amplamente distribuídas entre as populações. Esta seção também fornece alguns exemplos ilustrativos de expressões idiomáticas, explicações e síndromes de diversas regiões geográficas. Os exemplos foram escolhidos porque foram bem estudados e sua falta de familiaridade com muitos médicos norte-americanos destaca suas expressões verbais e comportamentais específicas e funções comunicativas.

Termos chave

Compreender o contexto cultural da experiência da doença é essencial para uma avaliação diagnóstica eficaz e manejo clínico.

860

Cultura refere-se a sistemas de conhecimento, conceitos, valores, normas e práticas que são aprendidas e transmitidas através das gerações. A cultura inclui linguagem, religião e espiritualidade, estruturas familiares, estágios do ciclo de vida, rituais cerimoniais, costumes e formas de entender a saúde e a doença, bem como os sistemas morais, políticos, econômicos e legais. As culturas são sistemas abertos e dinâmicos que sofrem mudanças contínuas ao longo do tempo; no mundo contemporâneo, mais

indivíduos e grupos são expostos a múltiplos contextos culturais, que eles usam para moldar suas próprias identidades e dar sentido à experiência. Esse processo de construção de significados deriva de experiências sociais cotidianas e de desenvolvimento em contextos específicos, incluindo cuidados de saúde, que podem variar para cada indivíduo. Grande parte da cultura envolve conhecimentos prévios, valores e suposições que permanecem implícitos ou presumidos e, portanto, podem ser difíceis de serem descritos pelos indivíduos. Essas características da cultura tornam crucial não generalizar demais informações culturais ou grupos de estereótipos em termos de traços culturais fixos. Em relação ao diagnóstico, é essencial reconhecer que todas as formas de doença e angústia, incluindo os transtornos do DSM, são moldadas por contextos culturais. A cultura influencia a forma como os indivíduos moldam suas identidades, bem como interpretam e respondem aos sintomas e doenças.

A raça é uma construção social, não biológica, que divide a humanidade em grupos com base em uma variedade de traços físicos superficiais, como a cor da pele, que foram falsamente vistos como indicadores de atributos e capacidades assumidos como inerentes ao grupo. As categorias e construções raciais variaram ao longo da história e entre as sociedades e foram usadas para justificar sistemas de opressão, escravidão e genocídio. A construção de raça é importante para a psiquiatria porque pode levar a ideologias raciais, racismo, discriminação e opressão e exclusão social, que têm fortes efeitos negativos na saúde mental. Há evidências de que o racismo pode exacerbar muitos transtornos psiquiátricos, contribuindo para resultados ruins, e que preconceitos raciais podem afetar o diagnóstico avaliação.

Etnicidade é uma identidade de grupo culturalmente construída usada para definir povos e comunidades. Pode estar enraizado em uma história comum, ancestralidade, geografia, idioma, religião ou outras características compartilhadas de um grupo, que distinguem esse grupo dos outros. A etnia pode ser auto-atribuída ou atribuída por pessoas de fora. A mobilidade crescente, o casamento misto e a mistura de grupos culturais definiram novas identidades étnicas mistas, múltiplas ou híbridas. Esses processos também podem levar à diluição da identificação étnica.

Cultura, raça e etnia podem estar relacionadas a desigualdades estruturais políticas, econômicas e sociais associadas ao racismo e à discriminação, resultando em disparidades de saúde. Identidades culturais, étnicas e racializadas podem ser fontes de força e apoio de grupo que aumentam a resiliência. Eles também podem levar a conflitos psicológicos, interpessoais e intergeracionais ou dificuldades de adaptação que exigem diagnóstico e avaliação clínica social e culturalmente informados. Termos-chave adicionais relacionados à racialização e racismo são definidos na Introdução da Seção I do DSM-5-TR, em “Questões Estruturais Culturais e Sociais”, na subseção “Impacto do Racismo e Discriminação no Diagnóstico Psiquiátrico”.

Formulação Cultural

Esboço para Formulação Cultural

O Esboço para Formulação Cultural introduzido no DSM-IV forneceu uma estrutura para avaliar informações sobre características culturais do problema de saúde mental de um indivíduo e como ele se relaciona com um contexto e história social e cultural. Essa avaliação fornece informações úteis sobre o contexto social e a experiência da doença relevantes para a avaliação de cada indivíduo, não apenas daqueles cuja formação cultural pode não ser familiar ao clínico.

Atualizado a partir do DSM-5, o DSM-5-TR inclui uma versão expandida do Esboço e uma abordagem de avaliação usando a Entrevista de Formulação Cultural (CFI), que foi testada em campo entre médicos, pacientes e parentes acompanhantes e considerada uma ferramenta de avaliação cultural viável, aceitável e útil.

O Esboço para a Formulação Cultural exige uma avaliação sistemática das seguintes categorias:

- **Identidade cultural do indivíduo:** Descreva a demografia do indivíduo (por exemplo, idade, sexo, origem etnoracial) ou outras características definidas social e culturalmente que podem influenciar as relações interpessoais, acesso a recursos e desafios, conflitos ou dificuldades atuais e de desenvolvimento. Outros aspectos clinicamente relevantes da identidade podem incluir afiliação religiosa e espiritualidade, classe socioeconômica, casta, local de nascimento e crescimento pessoal e familiar, status migrante, ocupação e orientação sexual, entre outros. Observe quais aspectos da identidade são priorizados pelo indivíduo e como eles interagem (interseccionalidade), o que pode refletir a influência do cenário clínico e das preocupações com a saúde. Para os migrantes, deve-se observar o grau e os tipos de envolvimento tanto com os contextos culturais de origem quanto com os novos contextos culturais. Da mesma forma, para indivíduos que se identificam com grupos racializados e étnicos, deve-se observar o grau de interação e identificação com seu próprio grupo e outros segmentos da sociedade. Habilidades de linguagem, preferências e padrões de uso são relevantes para identificar dificuldades de acesso a cuidados, integração social e comunicação clínica ou a necessidade de um intérprete.
- **Conceitos culturais de angústia:** Descreva as construções culturais que influenciam como o indivíduo experimenta, entende e comunica seus sintomas ou problemas aos outros. Esses construtos incluem expressões culturais de angústia, explicações culturais ou causas percebidas e síndromes culturais. O nível de gravidade e significado das experiências angustiantes devem ser avaliados em relação às normas da origem cultural do indivíduo. Os sintomas prioritários, a gravidade percebida da doença, o nível de estigma associado e os resultados previstos são todos relevantes. Evocar as expectativas e os planos de busca de ajuda do indivíduo e da família ou dos amigos, bem como os padrões de auto-enfrentamento e sua conexão com os conceitos culturais de angústia do indivíduo, incluindo experiências passadas de busca de ajuda. A avaliação dos padrões de enfrentamento e de busca de ajuda deve considerar o uso de fontes de cuidado profissionais, bem como tradicionais, alternativas ou complementares.
- **Estressores psicossociais e características culturais de vulnerabilidade e resiliência:** Identifique os principais estressores, desafios e apoios no ambiente social do indivíduo (que pode incluir eventos locais e distantes). Estes incluem determinantes sociais da saúde mental do indivíduo, como acesso a recursos (por exemplo, moradia, transporte) e oportunidades (por exemplo, educação, emprego); exposição ao racismo, discriminação e estigmatização institucional sistêmica; e marginalização ou exclusão social (violência estrutural). Avalie também o papel da religião, família e outros relacionamentos interpessoais e redes sociais (por exemplo, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, fóruns ou grupos online) em causar estresse ou fornecer apoio emocional, instrumental e informativo. Os estressores sociais e os apoios sociais variam com o contexto social, a estrutura familiar, as tarefas de desenvolvimento e o significado cultural dos eventos. Os níveis de funcionalidade, incapacidade e resiliência devem ser avaliados à luz da origem cultural do indivíduo.
- **Características culturais do relacionamento entre o indivíduo e o médico, equipe de tratamento e instituição:** Identifique diferenças na formação cultural, idioma, educação e status social entre outros aspectos da identidade entre um indivíduo e o médico (ou a equipe de tratamento e a instituição) que pode causar dificuldades na comunicação e influenciar o diagnóstico e o tratamento. Considerando as formas como os indivíduos

processo. Experiências de racismo e discriminação na sociedade em geral podem impedir o estabelecimento de confiança e segurança no encontro diagnóstico clínico. Os efeitos podem incluir problemas que provocam sintomas, mal-entendido sobre o significado cultural e clínico dos sintomas e comportamentos e dificuldade em estabelecer ou manter o relacionamento necessário para uma avaliação precisa. avaliação e uma aliança clínica eficaz.

- **Avaliação cultural geral:** Resuma as implicações dos componentes da formulação cultural identificadas nas seções anteriores do Esboço para o diagnóstico diferencial de transtornos mentais e outras questões ou problemas clinicamente relevantes, bem como tratamento adequado e intervenção de tratamento.

Entrevista de Formulação Cultural (CFI)

A Entrevista de Formulação Cultural (CFI) é um conjunto de protocolos que os médicos podem usar para obter informações durante uma avaliação de saúde mental sobre o impacto da cultura nos principais aspectos da apresentação clínica e dos cuidados de um indivíduo. O CFI é composto por três componentes: o CFI central, um conjunto de 16 questões que podem ser usadas para obter uma avaliação inicial de qualquer indivíduo; uma versão Informante do CFI principal para obter informações sobre garantias; e um conjunto de módulos suplementares para expandir a avaliação conforme necessário. No CFI, o termo *cultura* inclui:

- Os processos pelos quais os indivíduos atribuem significado à experiência, a partir dos valores, orientações, conhecimentos e práticas dos diversos grupos sociais (por exemplo, grupos étnicos, grupos religiosos, grupos ocupacionais, grupos de veteranos) e comunidades em que participam.
- Aspectos da formação dos indivíduos, experiências de desenvolvimento e contextos sociais atuais e posição que afetam suas perspectiva, como idade, sexo, classe social, origem geográfica, migração, idioma, religião, orientação sexual, deficiência ou origem étnica ou racial.
- A influência da família, amigos e outros membros da comunidade (particularmente, a *rede social do indivíduo*) na experiência de doença do indivíduo.
- A formação cultural dos prestadores de cuidados de saúde e os valores e pressupostos incorporados na organização e práticas dos sistemas e instituições de saúde que podem afetar a interação clínica.

Os processos culturais envolvem interações do indivíduo com contextos sociais locais e mais amplos. Uma avaliação cultural, portanto, avalia processos tanto dentro do indivíduo quanto no mundo social, avaliando tanto o contexto quanto a pessoa.

O CFI é uma entrevista semiestruturada breve para avaliar sistematicamente fatores culturais relevantes para o cuidado de qualquer indivíduo. O CFI concentra-se na experiência do indivíduo e nos contextos sociais do problema clínico, sintomas ou preocupações. O CFI segue uma abordagem centrada na pessoa para avaliação cultural, obtendo informações do indivíduo sobre suas próprias opiniões e as de outros em sua rede social. Essa abordagem é projetada para evitar estereótipos, na medida em que o conhecimento cultural de cada indivíduo afeta a forma como ele interpreta a experiência da doença e orienta como ele busca ajuda. Como o CFI diz respeito às opiniões pessoais do indivíduo, não há respostas certas ou erradas para essas perguntas. A CFI central (e a versão do informante) está incluída posteriormente neste capítulo e está disponível online em www.psychiatry.org/dsm5; os módulos complementares também estão disponíveis online.

A coluna contém as instruções para administrar o CFI e descreve as metas para cada domínio de entrevista. As perguntas da coluna da direita ilustram como explorar esses domínios, mas não pretendem ser exaustivas. Perguntas de acompanhamento podem ser necessárias para esclarecer as respostas dos indivíduos. As perguntas podem ser reformuladas conforme necessário. O CFI pretende ser um guia para a avaliação cultural e deve ser usado de forma flexível para manter um fluxo natural da entrevista e relacionamento com o indivíduo.

O CFI é melhor usado em conjunto com informações demográficas obtidas antes da entrevista, a fim de adaptar as perguntas do CFI para abordar o histórico e a situação atual do indivíduo. Os domínios demográficos específicos a serem explorados com o CFI variam entre indivíduos e ambientes. Uma avaliação abrangente pode incluir local de nascimento, idade, sexo, origem étnica ou racial, estado civil, composição familiar, educação, fluência no idioma, orientação sexual, afiliação religiosa ou espiritual, ocupação, emprego, renda e histórico de migração.

O CFI pode ser usado na avaliação inicial de indivíduos em qualquer idade, em qualquer ambiente clínico, independentemente da origem cultural do indivíduo ou do clínico. Indivíduos e médicos que parecem compartilhar a mesma formação cultural podem, no entanto, diferir de maneiras relevantes para o cuidado. O CFI pode ser usado em sua totalidade, ou componentes podem ser incorporados em uma avaliação clínica conforme necessário. O CFI pode ser especialmente útil na prática clínica quando ocorrer qualquer um dos seguintes:

- Dificuldade na avaliação diagnóstica devido a diferenças significativas nas origens culturais, religiosas ou socioeconômicas do clínico e do indivíduo.
- Incerteza sobre o ajuste entre sintomas culturalmente distintos e critérios diagnósticos.
- Dificuldade em julgar a gravidade ou o comprometimento da doença.
- Visões divergentes dos sintomas ou expectativas de cuidados com base na experiência anterior com outros sistemas culturais de cura e cuidados de saúde.
- Desacordo entre o indivíduo e o clínico sobre o curso do cuidado.
- Potencial desconfiança dos principais serviços e instituições por indivíduos com histórias coletivas de trauma e opressão.
- Envolvimento limitado e adesão ao tratamento pelo indivíduo.

O CFI central enfatiza quatro domínios de avaliação: Definição Cultural do Problema (questões 1–3); Percepções Culturais de Causa, Contexto e Apoio (questões 4–10); Fatores culturais que afetam o autocontrole e a busca de ajuda no passado (questões 11–13); e Fatores culturais que afetam a busca de ajuda atual (questões 14–16). Tanto o processo centrado na pessoa de conduzir o CFI quanto as informações que ele obtém destinam-se a aumentar a validade cultural da avaliação diagnóstica, facilitar o planejamento do tratamento e promover o envolvimento e a satisfação do indivíduo. Para atingir esses objetivos, o clínico deve integrar as informações obtidas do CFI com todos os outros materiais clínicos disponíveis em uma avaliação clínica e contextual abrangente. Uma versão Informante do CFI pode ser usada para coletar informações colaterais sobre os domínios do CFI de membros da família ou cuidadores.

Foram desenvolvidos módulos suplementares que expandem cada domínio do CFI central e orientam os médicos que desejam explorar esses domínios em maior profundidade. Módulos complementares também foram desenvolvidos para populações específicas, como crianças e adolescentes, idosos, cuidadores, imigrantes e refugiados. Esses módulos complementares são

referenciados no núcleo CFI sob os subtítulos pertinentes e estão disponíveis online em www.psychiatry.org/dsm5.

864

Entrevista de Formulação Cultural Central (CFI)

Módulos suplementares usados para expandir cada subtópico CFI são indicados entre parênteses.

AS INSTRUÇÕES AO ENTREVISTADOR ESTÃO EM ***ITÁLICO***.

GUIA PARA O ENTREVISTADOR

As perguntas a seguir visam esclarecer os principais aspectos da apresentar problema clínico do ponto de vista do indivíduo e de outros membros da rede social do indivíduo (ou seja, família, amigos ou outros envolvidos no problema atual). Isso inclui o significado do problema, fontes potenciais de ajuda e expectativas de serviços.

INTRODUÇÃO PARA O INDIVÍDUO:

*Eu gostaria de entender os problemas que o trazem aqui para que eu possa ajudá-lo de forma mais eficaz. Quero saber sobre **sua** experiência e ideias. Vou fazer algumas perguntas sobre o que está acontecendo e como você está lidando com isso. Lembre-se de que não existem respostas certas ou erradas.*

DEFINIÇÃO CULTURAL DO PROBLEMA

DEFINIÇÃO CULTURAL DO PROBLEMA

(Modelo Explicativo, Nível de Funcionamento)

Elicitar a visão do indivíduo sobre os problemas centrais e as principais preocupações.

Concentre-se na própria maneira do indivíduo de entender o problema.

Use o termo, expressão ou breve descrição eliciada em questão 1 para identificar o problema nas questões subsequentes (por exemplo, "seu conflito com seu filho").

Pergunte como o indivíduo enquadra o problema para os membros da rede social.

Concentre-se nos aspectos do problema que mais importam para o Individual.

1. O que o traz aqui hoje?

SE O INDIVÍDUO DAR ALGUNS DETALHES OU APENAS

MENCIONAR SINTOMAS OU UM DIAGNÓSTICO MÉDICO, EXPLORE:

As pessoas muitas vezes entendem seus problemas à sua maneira, que pode ser semelhante ou diferente de como os médicos descrevem o problema. Como você descreveria seu problema?

2. Às vezes, as pessoas têm maneiras diferentes de descrever seu problema para a família, amigos ou outras pessoas da comunidade. Como você descreveria seu problema para eles?

3. O que mais o incomoda em relação ao seu problema?

PERCEPÇÕES CULTURAIS DE CAUSA, CONTEXTO E APOIO

CAUSAS

(Modelo Explicativo, Rede Social, Idosos)

Essa questão indica o significado da condição para o indivíduo, o que pode ser relevante para o atendimento clínico.

Observe que os indivíduos podem identificar várias causas, dependendo da faceta do problema que estão considerando.

Concentre-se nas opiniões dos membros da rede social do indivíduo. Estes podem ser diversos e variar do indivíduo.

4. Por que você acha que isso está acontecendo com você? Quais você acha que são as causas do seu [PROBLEMA]?

INFORMAR MAIS SE NECESSÁRIO: Algumas

pessoas podem explicar seu problema como resultado de coisas ruins que acontecem em sua vida, problemas com outras pessoas, uma doença física, uma razão espiritual ou muitas outras causas.

5. O que outras pessoas da sua família, seus amigos ou outras pessoas da sua comunidade acham que está causando o seu [PROBLEMA]?

865

ESTRESSE E SUPORTES

(Rede Social, Cuidadores, Estressores Psicossociais, Religião e Espiritualidade, Imigrantes e Refugiados, Identidade Cultural, Adultos Idosos, Enfrentamento e Busca de Ajuda)

Extraír informações sobre o contexto de vida do indivíduo, com foco em recursos, suportes sociais e resiliência. Pode também sondar

6. Existe algum tipo de apoio que melhore seu [PROBLEMA], como apoio da família, amigos ou outros?

outros apoios (por exemplo, de colegas de trabalho, de participação em religião ou espiritualidade).

Concentre-se em aspectos estressantes do ambiente do indivíduo. Também pode investigar, por exemplo, problemas de relacionamento, dificuldades no trabalho ou na escola, ou discriminação.

7. Há algum tipo de estresse que piora o seu [PROBLEMA], como dificuldades com dinheiro ou problemas familiares?

PAPEL DA IDENTIDADE CULTURAL

(Identidade Cultural, Estressores Psicossociais, Religião e Espiritualidade, Imigrantes e Refugiados, Idosos, Crianças e Adolescentes)

Peça ao indivíduo que reflita sobre os elementos mais salientes de sua identidade cultural. Use essas informações para adaptar as perguntas 9–10 conforme necessário.

Elicitar aspectos de identidade que tornam o problema melhor ou pior. 9. Existem aspectos de seu histórico ou identidade que fazem a diferença para o seu [PROBLEMA]?

Sondar conforme necessário (por exemplo, piora clínica como resultado de discriminação devido à situação migratória, raça/etnia ou orientação sexual).

Sonde conforme necessário (por exemplo, problemas relacionados à migração; conflito entre gerações ou devido a papéis de gênero).

Às vezes, aspectos do passado ou identidade das pessoas podem tornar seu [PROBLEMA] melhor ou pior. Por **histórico** ou **identidade**, quero dizer, por exemplo, as comunidades às quais você pertence, os idiomas que você fala, de onde você ou sua família são, sua raça ou origem étnica, seu gênero ou orientação sexual ou sua fé ou religião.

8. Para você, quais são os aspectos mais importantes de sua formação ou identidade?

10. Existem aspectos de seu histórico ou identidade que estão causando outras preocupações ou dificuldades para você?

FATORES CULTURAIS QUE AFETAM O AUTOCONHECIMENTO E A BUSCA DE AJUDA NO PASSADO

AUTOCONHECIMENTO

(Enfrentamento e busca de ajuda, religião e espiritualidade, idosos, cuidadores, estressores psicossociais)

Esclareça o auto-enfrentamento do problema.

11. Às vezes as pessoas têm várias maneiras de lidar com problemas como [PROBLEMA]. O que você fez por conta própria para lidar com seu [PROBLEMA]?

866

BUSCA DE AJUDA PASSADA

(Enfrentamento e Procura de Ajuda, Religião e Espiritualidade, Idosos, Cuidadores, Estressores Psicossociais, Imigrantes e Refugiados, Rede Social, Relacionamento Clínico-Paciente)

Obtenha várias fontes de ajuda (por exemplo, cuidados médicos, saúde mental 12. Muitas vezes, as pessoas procuram ajuda de muitas fontes diferentes, tratamento, grupos de apoio, aconselhamento no local de trabalho, pessoas incluindo diferentes tipos de ajuda, médicos, pacientes, se curando, pessoas que passaram por situações similares, outras formas de você procurou para o seu [PROBLEMA]? cura tradicional ou alternativa).

Sonde conforme necessário (por exemplo, "Que outras fontes de ajuda você tem? usado?").

SONHE SE NÃO DESCREVER A UTILIDADE DA AJUDA RECEBIDO:

Esclarecer a experiência e consideração do indivíduo por ajuda.

Que tipos de ajuda ou tratamento foram mais úteis? Nao é útil?

BARREIRAS

(Enfrentamento e Procura de Ajuda, Religião e Espiritualidade, Idosos, Estressores Psicossociais, Imigrantes e Refugiados, Rede, Relacionamento Médico-Paciente)

Esclarecer o papel das barreiras sociais na busca de ajuda, acesso aos cuidados e problemas relacionados ao tratamento anterior.

13. Alguma coisa o impediu de obter ajuda?
necessidade?

Sonde detalhes conforme necessário (por exemplo, "O que atrapalhou?").

SONDE CONFORME NECESSÁRIO:

Por exemplo, dinheiro, trabalho ou compromissos familiares, estigma ou discriminação, ou falta de serviços que compreendam sua

língua ou fundo?

FATORES CULTURAIS QUE AFETAM A BUSCA DE AJUDA ATUAL

PREFERÊNCIAS

(Rede Social, Cuidadores, Religião e Espiritualidade, Idosos, Enfrentamento e Busca de Ajuda)

Esclarecer as necessidades atuais percebidas do indivíduo e as expectativas de ajuda, amplamente definidas.

Verifique se o indivíduo lista apenas uma fonte de ajuda (por exemplo, "Que outros tipos de ajuda seriam úteis para você neste momento")?

Concentre-se nas opiniões da rede social em relação à ajuda buscando.

Agora vamos falar um pouco mais sobre a ajuda que você precisa.

14. Que tipo de ajuda você acha que seria mais útil para você neste momento para o seu [PROBLEMA]?

15. Existem outros tipos de ajuda que sua família, amigos ou outras pessoas sugeriram que seriam úteis para você agora?

867

RELAÇÃO CLÍNICO-PACIENTE

(Relação médico-paciente, idosos)

Desperte possíveis preocupações sobre a clínica ou o médico-paciente Às vezes, médicos e pacientes não entendem o relacionamento entre si, incluindo racismo percebido, barreiras linguísticas, porque vêm de origens diferentes [que pessoa tem expectativas diferentes em suas interações com a clínica] de cuidados.

Sonde detalhes conforme necessário (por exemplo, "De que maneira?").

Aborde possíveis barreiras ao cuidado ou preocupações sobre a clínica e a relação médico-paciente levantadas anteriormente.

16. Você se preocupou com isso e há algo que possamos fazer para fornecer os cuidados de que você precisa?

868

Entrevista de Formulação Cultural (CFI) - Versão do Informante

A Versão do Informante CFI coleta informações colaterais de um informante que conhece os problemas clínicos e as circunstâncias da vida do indivíduo identificado.

Esta versão pode ser usada para complementar as informações obtidas do CFI central ou pode ser usada em vez do CFI central quando o indivíduo é incapaz de fornecer informações (por exemplo, crianças ou adolescentes, indivíduos com psicose florida, indivíduos com deficiência cognitiva).

Entrevista de Formulação Cultural (CFI) - Versão do Informante

AS INSTRUÇÕES AO ENTREVISTADOR ESTÃO EM **ITÁLICO**.

GUIA PARA O ENTREVISTADOR

As perguntas a seguir visam esclarecer os principais aspectos da apresentar problema clínico do ponto de vista do informante gostaria de entender os problemas que trazem a visão de sua família. Isso inclui o significado do problema, as fontes potenciais do membro/amigo aqui para que eu possa avaliar o que ele sabe sobre sua vida e suas expectativas dos serviços de saúde.

INTRODUÇÃO AO INFORMANTE:

Vou fazer algumas perguntas sobre o que está acontecendo e como você e seu familiar/amigo estão lidando com isso. Não há respostas certas ou erradas.

RELACIONAMENTO COM O PACIENTE

Esclarecer a relação do informante com o indivíduo e/ou a família do indivíduo.

1. Como você descreveria seu relacionamento com [INDIVÍDUO OU FAMÍLIA]?

EXPLORAR SE NÃO CLARO:

Com que frequência você vê [INDIVÍDUO]?

DEFINIÇÃO CULTURAL DO PROBLEMA

- Extraia a visão do informante sobre os problemas centrais e as principais preocupações.*
- Concentre-se na maneira como o informante entende o problema.*
- Use o termo, expressão ou breve descrição eliciada em questão 1 para identificar o problema nas questões subsequentes (por exemplo, "o conflito dela com o filho").*
- Pergunte como o informante enquadra o problema para os membros da rede social.*
- Concentre-se nos aspectos do problema que mais importam para o informante.*
2. O que traz seu familiar/amigo aqui hoje?
SE O INFORMANTE DAR ALGUNS DETALHES OU APENAS
MENTIONAR SINTOMAS OU UM DIAGNÓSTICO MÉDICO, EXPLORE:
- As pessoas geralmente entendem os problemas à sua maneira, que pode ser semelhante ou diferente de como os médicos descrevem o problema. Como **você** descreveria o problema do [INDIVÍDUO]?
3. Às vezes, as pessoas têm maneiras diferentes de descrever o problema para a família, amigos ou outras pessoas da comunidade.
Como **você** descreveria o problema do [INDIVÍDUO] para eles?
4. O que mais o incomoda no problema do [INDIVÍDUO]?

PERCEPÇÕES CULTURAIS DE CAUSA, CONTEXTO E APOIO

869

CAUSAS

- Essa questão indica o significado da condição para o informante, o que pode ser relevante para o atendimento clínico.*
- Observe que os informantes podem identificar múltiplas causas, dependendo da faceta do problema que estão considerando.*
- Concentre-se nas opiniões dos membros da rede social do indivíduo.*
Estes podem ser diversos e variar dos informantes.
5. Por que você acha que isso está acontecendo com [INDIVÍDUO]?
Quais você acha que são as causas de seu [PROBLEMA]?
INFORMAR MAIS SE NECESSÁRIO: Algumas pessoas podem explicar o problema como resultado de coisas ruins que acontecem em sua vida, problemas com outras pessoas, uma doença física, uma razão espiritual ou muitas outras causas.
6. O que os outros membros da família do [INDIVÍDUO], seus amigos ou outras pessoas da comunidade acham que está causando o [PROBLEMA] do [INDIVÍDUO]?

ESTRESSE E SUPORTES

- Extrair informações sobre o contexto de vida do indivíduo, com foco em recursos, suportes sociais e resiliência. Pode também sondar outros apoios (por exemplo, de colegas de trabalho, de participação em religião ou espiritualidade).*
- Concentre-se em aspectos estressantes do ambiente do indivíduo. Também pode investigar, por exemplo, problemas de relacionamento, dificuldades no trabalho ou na escola, ou discriminação.*
7. Existe algum tipo de apoio que melhore o seu [PROBLEMA], como da família, amigos ou outros?
8. Existe algum tipo de estresse que piora o seu [PROBLEMA], como dificuldades com dinheiro ou problemas familiares?

PAPEL DA IDENTIDADE CULTURAL

- Peça ao informante para refletir sobre os elementos mais salientes da identidade cultural do indivíduo. Use essas informações para adaptar as perguntas 10-11 conforme necessário.*
- Elicitar aspectos de identidade que tornam o problema melhor ou pior.*
- Sondar conforme necessário (por exemplo, piora clínica como resultado de discriminação devido à situação migratória, raça/etnia ou orientação sexual).*
- Sonde conforme necessário (por exemplo, problemas relacionados à migração; conflito entre gerações ou devido a papéis de gênero).*
- Às vezes, aspectos do passado ou identidade das pessoas podem tornar o [PROBLEMA] melhor ou pior. Por **histórico** ou **identidade**, quero dizer, por exemplo, as comunidades às quais você pertence, os idiomas que você fala, de onde você ou sua família são, sua raça ou origem étnica, seu gênero ou orientação sexual e sua fé ou religião.
9. Para você, quais são os aspectos mais importantes da história ou identidade do [INDIVÍDUO]?
10. Há algum aspecto da história ou identidade do [INDIVÍDUO] que faz diferença para o seu [PROBLEMA]?
11. Há algum aspecto da história ou identidade do [INDIVÍDUO] que esteja causando outras preocupações ou dificuldades para

ele/ela?

FATORES CULTURAIS QUE AFETAM O AUTOCONHECIMENTO E A BUSCA DE AJUDA NO PASSADO

870

AUTOCONHECIMENTO

Esclarecer o auto-enfrentamento do indivíduo para o problema.

12. Às vezes as pessoas têm várias maneiras de lidar com problemas como [PROBLEMA]. O que [INDIVÍDUO] fez por conta própria para lidar com seu [PROBLEMA]?

BUSCA DE AJUDA PASSADA

Obtenha várias fontes de ajuda (por exemplo, assistência médica, saúde mental 13. Muitas vezes, as pessoas também procuram ajuda em muitos tratamentos diferentes, grupos de apoio, aconselhamento no trabalho, cura popular, aconselhamento social, entre outros). Por exemplo, dinheiro, tempo, habilidades, apoio emocional, etc. No passado, que tipo de tratamento, ajuda, conselho ou cura [INDIVÍDUO] buscou para seu [PROBLEMA]?

Sonde conforme necessário (por exemplo, "Que outras fontes de ajuda ele/ela tem usado?").

SONDA SE NÃO DESCREVER A UTILIDADE DE AJUDA RECEBIDA: Que

Esclarecer a experiência e consideração do indivíduo por ajuda.

tipos de ajuda ou tratamento foram mais úteis? Não é útil?

BARREIRAS

Esclarecer o papel das barreiras sociais na busca de ajuda, acesso aos cuidados e problemas relacionados ao tratamento anterior.

14. Alguma coisa impediu o [INDIVÍDUO] de obter a ajuda de que precisa?

Sonde detalhes conforme necessário (por exemplo, "O que atrapalhou?").

SONDA CONFORME NECESSÁRIO:

Por exemplo, dinheiro, trabalho ou compromissos familiares, estigma ou discriminação, ou falta de serviços que entendam sua língua ou formação?

FATORES CULTURAIS QUE AFETAM A BUSCA DE AJUDA ATUAL

PREFERÊNCIAS

Esclarecer as necessidades atuais percebidas do indivíduo e as expectativas de ajuda, amplamente definidas, do ponto de vista do informante.

Agora vamos falar sobre a ajuda que [INDIVÍDUO] precisa.

Sonde se o informante lista apenas uma fonte de ajuda (por exemplo, "O que momento?").

15. Que tipo de ajuda seria mais útil para ele neste momento para o seu [PROBLEMA]? outros tipos de ajuda seriam úteis para [INDIVÍDUO] neste

Concentre-se nas opiniões da rede social em relação à ajuda buscando.

16. Existem outros tipos de ajuda que a família, amigos ou outras pessoas do [INDIVÍDUO] sugeriram que seriam úteis para ele agora?

871

RELAÇÃO CLÍNICO-PACIENTE

Evocar possíveis preocupações sobre a clínica ou o médico-paciente Às vezes, médicos e pacientes se confundem porque vêm de diferentes origens ou têm expectativas diferentes, ou diferenças culturais que podem minar a boa vontade, a comunicação e a percepção da realidade percebida, barreiras linguísticas,

Sonde detalhes conforme necessário (por exemplo, "De que maneira?").

17. Você se preocupou com isso e há algo que possamos fazer para fornecer ao [INDIVÍDUO] os cuidados de que ele precisa?

Aborde possíveis barreiras ao cuidado ou preocupações sobre a clínica e a relação médico-paciente levantadas anteriormente.

Conceitos Culturais de Sofrimento

Relevância para a avaliação diagnóstica O termo *conceitos culturais de angústia* refere-se às maneiras pelas quais os indivíduos experimentam, compreendem e comunicam sofrimento, problemas comportamentais ou pensamentos e emoções perturbadoras. Três tipos principais de conceitos culturais de angústia podem ser distinguidos. Expressões *idiomáticas culturais de angústia* são formas de expressar angústia que podem não envolver sintomas ou síndromes específicos, mas que fornecem maneiras coletivas e compartilhadas de experimentar e falar sobre preocupações pessoais ou sociais. Por exemplo, a conversa cotidiana sobre “nervos” ou “depressão” pode se referir a formas amplamente variadas de sofrimento sem mapear um conjunto discreto de sintomas, síndrome ou distúrbio. *Explicações culturais* ou causas percebidas são rótulos, atribuições ou características de um modelo explicativo que indicam significado ou etiologia culturalmente reconhecida para sintomas, doença ou angústia. As *síndromes culturais* são agrupamentos de sintomas e atribuições que tendem a ocorrer simultaneamente entre indivíduos em grupos, comunidades ou contextos culturais específicos e que são reconhecidos localmente como padrões coerentes de experiência.

Esses três conceitos culturais de angústia - expressões culturais de angústia, explicações culturais e síndromes culturais - são mais relevantes para a prática clínica do que a formulação mais antiga *síndrome ligada à cultura*. Especificamente, o termo *síndrome ligada à cultura* ignora o fato de que diferenças culturais clinicamente importantes geralmente envolvem explicações ou experiências de angústia, em vez de configurações de sintomas culturalmente distintas. Além disso, o termo *Culture bound* superenfatiza a extensão em que os conceitos culturais de sofrimento são caracterizados por experiências altamente idiossincráticas que são restritas a regiões geográficas específicas. A formulação atual reconhece que todas as formas de angústia são moldadas localmente, incluindo os transtornos do DSM. Nessa perspectiva, muitos diagnósticos do DSM podem ser entendidos como protótipos operacionalizados que começaram como síndromes culturais e se tornaram amplamente aceitos como resultado de sua utilidade clínica e de pesquisa. Entre os grupos, permanecem diferenças culturalmente padronizadas nos sintomas, formas de falar sobre angústia e causas percebidas localmente, que por sua vez estão associadas a estratégias de enfrentamento e padrões de busca de ajuda.

Os conceitos culturais de sofrimento surgem de sistemas de diagnósticos “populares” ou profissionais locais para sofrimento mental e emocional, e também podem refletir a influência de

872

conceitos biomédicos. Os conceitos culturais de angústia têm quatro características principais em relação à nosologia do DSM-5:

- Raramente há uma correspondência direta de qualquer conceito cultural de angústia com uma entidade diagnóstica do DSM; a é mais provável que a correspondência seja um-para-muitos em qualquer direção. Sintomas ou comportamentos que podem ser classificados pelo DSM-5 em vários transtornos podem ser incluídos em um único conceito cultural de angústia, e diversas apresentações que podem ser classificadas pelo DSM-5 como variantes de um único transtorno podem ser classificadas em vários conceitos distintos por um diagnóstico indígena sistema.
- Conceitos culturais de angústia podem se aplicar a uma ampla gama de sintomas e gravidade funcional, incluindo apresentações que não atendem aos critérios do DSM para qualquer transtorno mental. Por exemplo, um indivíduo com luto agudo ou uma situação social pode usar

o mesmo idioma de angústia ou apresentar a mesma síndrome cultural que outro indivíduo com psicopatologia mais grave.

- No uso comum, o mesmo termo cultural frequentemente denota mais de um tipo de conceito cultural de sofrimento. Um exemplo familiar pode ser o conceito de “depressão”, que pode ser usado para descrever uma síndrome (p. ou causa percebida (por exemplo, “o bebê nasceu com problemas emocionais porque sua mãe sofreu de depressão durante a gravidez”).
- Assim como a cultura e o próprio DSM, os conceitos culturais de angústia podem mudar ao longo do tempo em resposta a fatores locais e globais. influências.

Os conceitos culturais de angústia são importantes para o diagnóstico psiquiátrico por várias razões:

- **Para melhorar a identificação das preocupações dos indivíduos e a detecção de psicopatologias:** Referir-se a conceitos culturais de angústia em instrumentos de triagem ou em revisões de sistemas pode facilitar a identificação de preocupações dos indivíduos e melhorar a detecção de psicopatologias, pois os indivíduos podem estar mais familiarizados com esses conceitos culturais de angústia do que com a terminologia profissional.
- **Para evitar diagnósticos errados:** A variação cultural nos sintomas e nos modelos explicativos associados a esses conceitos culturais de angústia pode levar os médicos a julgar mal a gravidade de um problema ou atribuir o diagnóstico errado (por exemplo, suspeita socialmente justificada pode ser mal interpretada como paranóia; apresentações de sintomas desconhecidos podem ser erroneamente diagnosticado como psicose).
- **Para obter informações clínicas úteis:** As variações culturais nos sintomas e atribuições podem estar associadas a características particulares de risco, resiliência e resultado. A exploração clínica de conceitos culturais de angústia pode trazer informações sobre o papel que contextos específicos desempenham no desenvolvimento e curso dos sintomas e em sua resposta às estratégias de enfrentamento.
- **Para melhorar o relacionamento clínico e o envolvimento:** “Falar a linguagem do paciente”, tanto linguisticamente quanto em termos de seus conceitos culturais dominantes de angústia e metáforas, pode resultar em maior comunicação e satisfação, facilitar a negociação do tratamento e levar a uma maior retenção e aderência.
- **Para melhorar a eficácia terapêutica:** A cultura influencia os mecanismos psicológicos de um distúrbio, que precisam ser compreendidos e abordados para melhorar a eficácia clínica. Por exemplo, cognições catastróficas culturalmente específicas podem contribuir para a escalada dos sintomas em ataques de pânico.
- **Para orientar a pesquisa clínica:** As conexões percebidas localmente entre os conceitos culturais de sofrimento podem ajudar a identificar padrões de comorbidade e substratos biológicos subjacentes. Conceitos culturais de angústia, particularmente síndromes culturais, também podem apontar para distúrbios ou variantes não reconhecidos anteriormente que podem ser incluídos em futuros

873

revisões nosológicas (por exemplo, em uma mudança do DSM-IV, o conceito de possessão foi adicionado aos critérios do DSM-5 para transtorno dissociativo de identidade).

- **Para esclarecer a epidemiologia cultural:** os conceitos culturais de sofrimento não são endossados uniformemente por todos em um determinado contexto cultural. Distinguir expressões culturais de angústia, explicações culturais e síndromes culturais fornece uma abordagem para estudar a distribuição de características culturais da doença em ambientes e regiões, e ao longo do tempo. Também sugere perguntas sobre determinantes culturais de risco, curso e resultado em ambientes clínicos e comunitários para melhorar a base de evidências de pesquisas culturais.

O DSM-5 inclui informações sobre conceitos culturais de sofrimento para melhorar a precisão do diagnóstico e a abrangência da avaliação clínica. A avaliação clínica de indivíduos que apresentam esses conceitos culturais de sofrimento deve determinar se sua apresentação atende aos critérios do DSM-5 para um transtorno específico ou se é melhor classificado como outro .

diagnóstico especificado. Uma vez diagnosticado o transtorno, os termos e explicações culturais devem ser incluídos nas formulações de casos; eles podem ajudar a esclarecer sintomas e atribuições etiológicas que de outra forma poderiam ser confusas. Indivíduos cujos sintomas não atendem aos critérios do DSM para um transtorno mental específico ainda podem esperar e necessitar de tratamento; isso deve ser avaliado caso a caso. Além do CFI e seus módulos informantes e complementares, o DSM-5-TR contém as seguintes informações e ferramentas que podem ser úteis ao integrar informações culturais na prática clínica:

- **Dados no texto atualizado do DSM-5-TR para transtornos específicos:** O texto inclui informações sobre variações culturais na expressão dos sintomas; atribuições para causas de desordem ou precipitantes; fatores associados à prevalência diferencial entre grupos demográficos; normas culturais que podem afetar o limiar para patologia e a gravidade percebida da condição; risco de erro de diagnóstico ao avaliar indivíduos de grupos étnico-raciais ou marginalizados socialmente oprimidos; conceitos culturais associados de sofrimento; e outros materiais relevantes para o diagnóstico culturalmente informado. É importante enfatizar que não há correspondência direta no nível categórico entre os transtornos do DSM e os conceitos culturais de sofrimento.
- O diagnóstico diferencial para indivíduos deve, portanto, incorporar informações sobre variação cultural com informações elicitadas pelo CFI.
- **Outras condições que podem ser um foco de atenção clínica:** Algumas das preocupações clínicas identificadas pelo CFI podem corresponder a uma das condições ou problemas listados no capítulo da Seção II “Outras condições que podem ser um foco de atenção clínica” (por exemplo, problemas de aculturação, problemas relacionais entre pais e filhos, problemas religiosos ou espirituais), juntamente com o código ICD-10-CM associado.

Exemplos de conceitos culturais de sofrimento Os médicos precisam se familiarizar com os conceitos culturais de sofrimento dos indivíduos para entender as preocupações dos indivíduos e facilitar uma avaliação diagnóstica precisa; o uso da Entrevista de Formulação Cultural pode ajudar nesse sentido. Os dez exemplos a seguir foram selecionados para ilustrar algumas das maneiras pelas quais os conceitos culturais de sofrimento podem afetar o processo de diagnóstico. Os princípios ilustrados com esses exemplos podem ser aplicados à miríade de outros conceitos culturais de sofrimento encontrados em contextos culturais específicos.

O mesmo termo pode ser usado para vários tipos de conceitos culturais de sofrimento e apresentações clínicas, dependendo do contexto. Potencialmente, os conceitos culturais de sofrimento podem ocorrer sozinhos ou coexistir com qualquer transtorno psiquiátrico e influenciar a apresentação clínica, o curso e o resultado. Por exemplo, nas comunidades latino-americanas, o *ataque de nervos* pode ser comórbido com quase todos os transtornos psiquiátricos.

Cada um dos seguintes exemplos de conceitos culturais de angústia inclui uma descrição de “Condições relacionadas no DSM-5-TR” para destacar 1) os distúrbios do DSM-5 que se sobrepõem

fenomenologicamente com o conceito cultural de angústia (por exemplo, transtorno do pânico e *ataque de nervos*, devido à sua natureza paroxística e semelhança de sintomas) e 2) os transtornos do DSM-5 que são frequentemente atribuídos à explicação causal ou idioma (por exemplo, PTSD e *kufungisia*).

Ataque de nervos

Ataque de nervos (“ataque de nervos”) é uma síndrome encontrada em contextos culturais latinos,

caracterizada por sintomas de perturbação emocional intensa, incluindo ansiedade aguda, raiva ou tristeza; gritando e berrando incontrolavelmente; ataques de choro; tremendo; calor no peito subindo para a cabeça; e tornando-se verbal e fisicamente agressivo. Experiências dissociativas (por exemplo, despersonalização, desrealização, amnésia), episódios semelhantes a convulsões ou desmaios e comportamento suicida são proeminentes em alguns *ataques*, mas ausentes em outros. Uma característica geral de um *ataque de nervos* é a sensação de estar fora de controle. Frequentemente, os ataques ocorrem como resultado direto de um evento estressante relacionado à família, como a notícia da morte de um parente próximo, conflitos com o cônjuge ou filhos ou presenciar um acidente envolvendo um familiar. Para uma minoria de indivíduos, nenhum evento social ou interpessoal específico desencadeia seus *ataques*; em vez disso, sua vulnerabilidade a perder o controle vem da experiência acumulada de sofrimento.

Nenhuma relação direta foi encontrada entre o *ataque* e qualquer transtorno psiquiátrico específico, embora vários transtornos, incluindo transtorno do pânico, outro transtorno dissociativo especificado ou não especificado e transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão), tenham sobreposição sintomática com *ataque*.

Em amostras da comunidade, o *ataque* é relatado entre os latinos dos EUA por 7% a 15% dos adultos e 4% a 9% dos jovens, dependendo da região e do subgrupo latino. Está associado a pensamentos suicidas, incapacidade e utilização psiquiátrica ambulatorial, após ajuste para diagnósticos psiquiátricos, exposição traumática e outras covariáveis. No entanto, alguns *ataques* representam expressões normativas de angústia aguda (por exemplo, em um funeral) sem sequelas clínicas. O termo *ataque de nervos* também pode se referir a uma expressão idiomática de angústia que inclui qualquer paroxismo de emotividade do tipo “ataque” (por exemplo, riso histérico) e pode ser usado para indicar um episódio de perda de controle em resposta a um estressor intenso.

Condições relacionadas em outros contextos culturais. Indisposição no Haiti, desmaio em vários países das Índias Ocidentais e do Caribe e desentendimentos no sul dos Estados Unidos. Este uso dos termos desmaio ou desmaio não deve ser confundido com apagões ou amnésia induzidos por álcool ou outras substâncias.

Condições relacionadas no DSM-5-TR. Ataque de pânico, transtorno de pânico, outro transtorno dissociativo especificado ou não especificado, transtorno de sintomas neurológicos funcionais, transtorno explosivo intermitente, outro transtorno de ansiedade especificado ou não especificado, outro transtorno especificado ou não especificado relacionado a trauma e estressor.

Síndrome de Dhat A

síndrome de Dhat é um termo cunhado no sul da Ásia há pouco mais de meio século para explicar as apresentações clínicas comuns de homens jovens que atribuíam seus vários sintomas à perda de sêmen. Apesar do nome, não é uma síndrome discreta, mas sim uma explicação cultural de angústia para indivíduos que se referem a diversos sintomas, como ansiedade, fadiga, fraqueza, perda de peso, disfunção erétil, outras múltiplas queixas somáticas e humor deprimido. A característica principal é a ansiedade e angústia sobre a perda de *dhat* na ausência de qualquer disfunção fisiológica identificável. *Dhat* foi identificado pelos indivíduos como uma descarga branca que foi observada na defecação ou micção. As ideias sobre essa substância estão relacionadas ao conceito de *dhatu* (sêmen) descrito no sistema hindu de medicina, Ayurveda, como um dos sete fluidos corporais essenciais cujo equilíbrio é necessário para manter a saúde.

Embora a síndrome *dhat* tenha sido formulada como uma categoria clínica para ajudar a informar a prática clínica local, as ideias relacionadas sobre os efeitos nocivos da perda de sêmen mostraram-se difundidas na população em geral, sugerindo uma disposição cultural para explicar problemas de saúde e sintomas com referência a *dhat* -conceitos relacionados. Pesquisas em ambientes de saúde produziram diversas estimativas da prevalência da síndrome *dhat* (por exemplo, 64% dos homens atendidos em clínicas psiquiátricas na Índia por queixas sexuais; 30% dos homens atendidos em clínicas médicas gerais no Paquistão).

Embora a síndrome *dhat* seja mais comumente identificada em homens jovens de origens socioeconômicas mais baixas, homens de meia-idade também podem ser afetados. Preocupações comparáveis sobre corrimento vaginal branco (leucorréia) foram associadas a uma variante do conceito para as mulheres. O termo *dhat* também pode ser usado como expressão idiomática e explicação causal para infecções sexualmente transmissíveis (por exemplo, gonorreia, clamídia), na ausência de sofrimento psicológico.

Condições relacionadas em outros contextos culturais. Koro no Sudeste Asiático, particularmente em Cingapura, e *shen-k'uei* ("deficiência renal") na China.

Condições relacionadas no DSM-5-TR. Transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de sintomas somáticos, transtorno de ansiedade de doença, transtorno erétil, ejaculação precoce (prematura), outra disfunção sexual especificada ou não especificada, problemas educacionais.

Hikikomori

Hikikomori (um termo japonês composto de *hiku* [recuar] e *moru* [isolar-se]) é uma síndrome de retraimento social prolongado e grave observado no Japão que pode resultar na cessação completa das interações pessoais com os outros. A imagem típica em *hikikomori* é um homem adolescente ou jovem adulto que não sai de seu quarto dentro da casa de seus pais e não tem interações sociais pessoais. Esse comportamento pode inicialmente ser ego-sintônico, mas geralmente leva à angústia ao longo do tempo; é frequentemente associado a uma alta intensidade de uso da Internet e trocas sociais virtuais. Outras características incluem nenhum interesse ou vontade de frequentar a escola ou o trabalho. A diretriz de 2010 do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar do Japão exige 6 meses de afastamento social para um diagnóstico de *hikikomori*. O retraimento social extremo visto em *hikikomori* pode ocorrer no contexto de um transtorno estabelecido do DSM-5 ("secundário") ou se manifestar independentemente ("primário").

Condições relacionadas em outros contextos culturais. Retraimento social prolongado entre adolescentes e adultos jovens foi relatado em muitos ambientes, incluindo Austrália, Bangladesh, Brasil, China, França, Índia, Irã, Itália, Omã, Coreia do Sul, Espanha, Taiwan, Tailândia e Estados Unidos.

Indivíduos com comportamentos do tipo *hikikomori* no Japão, Índia, Coreia do Sul e Estados Unidos tendem a apresentar altos níveis de solidão, redes sociais limitadas e comprometimento funcional moderado.

Condições relacionadas no DSM-5-TR. Transtorno de ansiedade social, transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno do espectro do autismo, transtorno de personalidade esquizóide, transtorno de personalidade esquiva, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico. A condição também pode estar associada ao distúrbio de jogos na Internet e, em adolescentes, à recusa escolar.

gorro de khyal

"Ataques de Khyâl" (khyâl cap), ou "ataques de vento", é uma síndrome encontrada na cultura cambojana.

contextos. Os sintomas comuns incluem os de ataques de pânico, como tontura, palpitações, falta de ar e extremidades frias, bem como outros sintomas de ansiedade e excitação autonômica (por exemplo, zumbido e dor no pescoço). Os ataques de *khyâl* incluem cognições catastróficas centradas na preocupação de que *khyâl* (uma substância semelhante ao vento) possa subir no corpo - junto com o sangue - e causar uma série de efeitos graves (por exemplo, comprimir os pulmões para causar

876

falta de ar e asfixia; entrar no crânio para causar zumbido, tontura, visão embaçada e uma síncope fatal). Os ataques de *Khyâl* podem ocorrer sem aviso, mas são frequentemente provocados por gatilhos como pensamentos preocupantes, ficar em pé (ou seja, ortostase), odores específicos com associações negativas e sinais do tipo agorafóbico, como ir a lugares lotados ou andar de carro.

Os ataques de *Khyâl* geralmente atendem aos critérios de ataque de pânico e podem moldar a experiência de outros transtornos de ansiedade e trauma e estressores. Os ataques de *Khyâl* podem estar associados a uma incapacidade considerável.

Condições relacionadas em outros contextos culturais.

Pen lom no Laos, *srog rlung gi nad* no Tibete, *vata* no Sri

Lanka e *hwa byung* na Coréia.

Condições relacionadas no DSM-5-TR.

Ataque de pânico, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada, agorafobia, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade de doença.

Kufungisia

Kufungisia ("pensar demais" em Shona) é uma expressão idiomática de angústia e uma explicação cultural entre os Shona do Zimbábue. Como explicação, considera-se que causa ansiedade, depressão e problemas somáticos (por exemplo, "Meu coração está dolorido porque penso demais"). Como expressão de sofrimento psicossocial, indica dificuldades interpessoais e sociais (por exemplo, problemas conjugais, falta de dinheiro para cuidar dos filhos, desemprego). *Kufungisia* envolve ruminar pensamentos perturbadores, particularmente preocupações, incluindo preocupações com doenças físicas crônicas, como distúrbios relacionados ao HIV.

Kufungisia está associada a uma série de psicopatologias, incluindo sintomas de ansiedade, preocupação excessiva, ataques de pânico, sintomas depressivos, irritabilidade e transtorno de estresse pós-traumático. Em um estudo de uma amostra aleatória da comunidade, dois terços dos casos identificados por uma medida de psicopatologia geral incluíam essa queixa.

Condições relacionadas em outros contextos culturais.

"Pensar demais" é uma expressão comum de angústia e explicação cultural em muitos países e grupos étnicos; apesar de alguns pontos em comum nas regiões globais, "pensar demais" mostra uma importante heterogeneidade entre e dentro dos contextos culturais. Foi descrita na África, Ásia, Caribe e América Latina, Oriente Médio e entre grupos indígenas. "Pensar demais" também pode ser um componente-chave de síndromes culturais como "bicha cerebral" na Nigéria. No caso de "bicha cerebral", "pensar demais" é atribuído principalmente ao estudo excessivo, que é considerado prejudicial ao cérebro em particular, com sintomas que incluem sensações de calor ou sensações de rastejar na cabeça.

Transculturalmente, "pensar demais" normalmente faz referência a pensamentos ruminantes, intrusivos e/ou ansiosos – às vezes focados em uma preocupação singular ou trauma passado e outras vezes com base em inúmeras preocupações atuais. Em alguns contextos, acredita-se que leve a psicose mais grave, pensamentos suicidas ou até mesmo a morte.

Condições relacionadas no DSM-5-TR. Transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de luto prolongado.

Maladi dyab

Maladi dyab ou *maladi satan* (literalmente "doença do diabo/Satanás", também conhecida como "doença enviada") é uma explicação cultural nas comunidades haitianas para diversos distúrbios médicos e psiquiátricos, ou outras experiências negativas e problemas de funcionamento. Nesse modelo explicativo, a inveja e a malícia interpessoais fazem com que as pessoas prejudiquem seus inimigos fazendo com que os feiticeiros enviem doenças como psicose, depressão, fracasso social ou acadêmico e incapacidade de realizar atividades da vida diária. Essas doenças têm vários nomes (por exemplo, *ekspedisyon*, *mòvè zespri*, *kout poud*) com base em como são "enviadas". Essa explicação etiológica pressupõe que a doença pode ser causada pela inveja e ódio dos outros, provocados pela

877

sucesso econômico da vítima, evidenciado por um novo emprego ou compra cara. Supõe-se que o ganho de uma pessoa produza a perda de outra, de modo que o sucesso visível torna o indivíduo vulnerável a ataques. A atribuição do rótulo de "doença enviada" depende mais do modo de início, do status social e da forma de tratamento que se mostra bem-sucedida do que da apresentação dos sintomas. Uma ampla gama de transtornos psiquiátricos pode ser atribuída a essa explicação cultural. O início agudo de novos sintomas ou uma mudança abrupta de comportamento levanta a suspeita de um ataque espiritual. Um indivíduo atraente, inteligente ou rico é percebido como especialmente vulnerável, e até mesmo crianças pequenas e saudáveis estão em risco.

Condições relacionadas em outros contextos culturais. Preocupações com doenças (normalmente, doenças físicas) causadas por inveja ou conflito social são comuns em todos os contextos culturais e muitas vezes expressas na forma de "mau-olhado" (por exemplo, em espanhol, *mal de ojo*; em italiano, *mal'occhi*).

Condições relacionadas no DSM-5-TR. Aflição subsindrómica (por exemplo, problemas relacionados ao ambiente social, problemas educacionais), além de uma ampla gama de transtornos psiquiátricos; a explicação cultural de forças sobrenaturais pode levar a um diagnóstico errôneo de transtorno delirante, tipo persecutório; ou esquizofrenia.

Nervos

Nervios ("nervos") é uma expressão cultural comum de angústia e explicação causal em contextos culturais latinos nos Estados Unidos e na América Latina. *Nervos* refere-se a um estado geral de vulnerabilidade a experiências de vida estressantes e a circunstâncias difíceis da vida. O termo *nervos* inclui uma ampla gama de sintomas de sofrimento emocional, distúrbio somático e incapacidade de funcionar. Os sintomas mais comuns atribuídos aos *nervos* incluem dores de cabeça e "dores cerebrais" (tensão no pescoço occipital), irritabilidade, distúrbios gastrointestinais, dificuldades de sono, nervosismo, choro fácil, incapacidade de concentração, tremores, sensações de formigamento e *mareos* (tontura com vertigem ocasional). como exacerbações). *Nervos* é um amplo idioma cultural de angústia que abrange desde casos sem transtorno mental até apresentações que se assemelham a ajustes, ansiedade, sintomas depressivos, dissociativos, somáticos ou transtornos psicóticos. O termo também pode se referir a uma explicação cultural para múltiplas formas de sofrimento psicológico, especialmente

aqueles que envolvem fraqueza, enervação e ansiedade. Os *nervos* podem indicar uma série de condições, que apresentam variação regional, relacionadas ao sistema nervoso (literalmente, os nervos anatômicos). Nas comunidades porto-riquenhais, por exemplo, os *nervos* incluem condições como “estar nervoso desde a infância”, que parece ser mais uma característica e pode preceder o transtorno de ansiedade social, e “estar doente com os nervos”, que está mais relacionado do que outras formas de *nervos* para problemas psiquiátricos, especialmente dissociação e depressão.

Condições relacionadas em outros contextos culturais. *Nevra* entre os gregos na América do Norte, *nierbi* entre os sicilianos na América do Norte e “nervos” entre os brancos nos Apalaches e Terra Nova.

“Tensão” é um idioma relacionado e uma explicação causal entre as populações do sul da Ásia.

Condições relacionadas no DSM-5-TR. Transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social, outro transtorno dissociativo especificado ou não especificado, transtorno de sintomas somáticos, esquizofrenia.

Shenjing shuairuo Shenjing

shuairuo (“fraqueza do sistema nervoso” em chinês mandarim) é uma síndrome cultural que integra categorias conceituais da Medicina Tradicional Chinesa com a construção ocidental da neurastenia. Na segunda edição revisada da *Classificação Chinesa de Transtornos Mentais* (CCMD-2-R), o *shenjing shuairuo* foi definido como uma síndrome composta por três dos cinco grupos de sintomas: fraqueza (por exemplo, fadiga mental), emoções (por exemplo, irritado), excitação (por exemplo, lembranças aumentadas), dor nervosa (por exemplo, dor de cabeça),

878

e sono (por exemplo, insônia). *Fan nao* (sentir-se irritado) é uma forma de irritabilidade misturada com preocupação e angústia por pensamentos conflitantes e desejos não realizados. A terceira edição do CCMD manteve *shenjing shuairuo* como um diagnóstico somatoforme de exclusão. No entanto, a China adotou a CID-10 como seu sistema oficial de classificação em 2011, substituindo o CCMD; embora a CID-10 incluisse a neurastenia como categoria diagnóstica, a CID-11 não. O uso de *shenjing shuairuo* diminuiu substancialmente nos últimos anos e parece ter sido substituído por expressões idiomáticas de depressão e ansiedade, pelo menos nas áreas urbanas; entre os clínicos de saúde mental, *shenjing shuairuo* pode ser amplamente invocado em interações com pacientes tradicionais para facilitar a comunicação e limitar o estigma associado a diagnósticos psiquiátricos.

Precipitadores salientes de *shenjing shuairuo* incluem estressores relacionados ao trabalho ou à família, perda de face (*mianzi*, *lianzi*) e uma sensação aguda de fracasso (por exemplo, no desempenho acadêmico). *Shenjing shuairuo* está relacionado aos conceitos tradicionais de fraqueza (*xu*) e desequilíbrios de saúde relacionados a deficiências de uma essência vital (por exemplo, o esgotamento de *qi* [energia vital] após sobrecarga ou estagnação de *qi* devido a preocupação excessiva). Na interpretação tradicional, o *shenjing shuairuo* resulta quando os canais corporais (*jing*) que transportam as forças vitais (*shen*) tornam-se desregulados como resultado de vários estressores sociais e interpessoais, como a incapacidade de mudar uma situação cronicamente frustrante e angustiante. Vários distúrbios psiquiátricos estão associados ao *shenjing shuairuo*, notadamente distúrbios de humor, ansiedade e sintomas somáticos. Em clínicas médicas na China, no entanto, até 45% dos pacientes com *shenjing shuairuo* não apresentam sintomas que atendam aos critérios para qualquer transtorno do DSM-IV.

Condições relacionadas em outros contextos culturais. Idiomas e síndromes do espectro da neurastenia estão presentes em muitos contextos culturais, incluindo Índia (*ashaktapanna*), Mongólia (*yadargaa*) e Japão (*shinkei-suijaku*), entre outros cenários. Outras condições, como síndrome do fag cerebral, síndrome de burnout e síndrome da fadiga crônica, também estão intimamente relacionadas.

Condições relacionadas no DSM-5-TR. Transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de sintomas somáticos, transtorno de ansiedade social, fobia específica, transtorno de estresse pós-traumático.

Susto

Susto ("susto") é uma explicação cultural para angústia e infortúnio prevalente em alguns contextos culturais latinos nas Américas do Norte, Central e do Sul. Não é reconhecida como uma categoria de doença entre os latinos do Caribe. *Susto* é uma doença atribuída a um evento assustador que faz com que a alma deixe o corpo e resulta em infelicidade e doença, bem como dificuldades de funcionamento em papéis sociais importantes. Os sintomas podem aparecer a qualquer momento, de dias a anos após o susto ser experimentado. Em casos extremos, *susto* pode resultar em morte. Não há sintomas definidores específicos para *susto*; no entanto, os sintomas que são frequentemente relatados por indivíduos com *susto* incluem distúrbios do apetite; sono inadequado ou excessivo; sono ou sonhos perturbados; sentimentos de tristeza, baixa autoestima ou sujeira; sensibilidade interpessoal; e falta de motivação para fazer qualquer coisa. Os sintomas somáticos que acompanham o *susto* podem incluir dores e dores musculares, frio nas extremidades, palidez, dor de cabeça, dor de estômago e diarréia. Os eventos precipitantes são diversos e incluem fenômenos naturais, animais, situações interpessoais e agentes sobrenaturais, entre outros.

Três tipos sindrômicos de *susto* (referidos como *cibih* na língua zapoteca) foram identificados, cada um com diferentes relações com diagnósticos psiquiátricos. Um *susto* interpessoal caracterizado por sentimentos de perda, abandono e não ser amado pela família, acompanhado de sintomas de tristeza, autoimagem ruim e pensamentos suicidas, parece estar intimamente relacionado ao transtorno depressivo maior. Quando o *susto* resulta de um evento traumático que desempenha um papel importante na formação dos sintomas e no processamento emocional da experiência, o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático parece mais apropriado. *Susto* caracterizado por vários sintomas somáticos recorrentes - para os quais o indivíduo procura cuidados de saúde de vários profissionais - é pensado para se assemelhar a um transtorno de sintomas somáticos.

Condições relacionadas em outros contextos culturais. Conceitos etiológicos semelhantes e configurações de sintomas são encontrados globalmente. Na região andina, o *susto* é conhecido como *espanto*. As condições de perda de alma no sul da Ásia e no sudeste da Ásia também compartilham recursos com o *susto*. Na perda da alma, acredita-se que os indivíduos que experimentam um susto perdem temporariamente sua alma, um pedaço de sua alma ou uma das muitas almas. Isso torna o indivíduo vulnerável a outras formas de sofrimento físico e psicológico.

Condições relacionadas no DSM-5-TR. Transtorno depressivo maior, transtorno de estresse pós-traumático, outros trauma especificado ou não especificado e transtorno relacionado ao estressor, transtorno de sintomas somáticos.

Taijin kyofusho

Taijin kyofusho (“transtorno de medo interpessoal” em japonês) é uma síndrome encontrada em contextos culturais japoneses caracterizada por ansiedade e evitação de situações interpessoais devido ao pensamento, sentimento ou convicção de que a aparência e as ações do indivíduo nas interações sociais são inadequadas ou ofensivas, para outros. *Taijin kyofusho* inclui duas formas relacionadas à cultura: um “tipo sensível”, com extrema sensibilidade social e ansiedade sobre interações interpessoais, e um “tipo ofensivo”, em que a maior preocupação é ofender os outros. As variantes incluem grandes preocupações sobre rubor facial (*sekimen-kyofu*), odor corporal ofensivo (*jiko-shu-kyofu*), olhar inadequado (muito ou pouco contato visual, *jiko-shisen-kyofu*) e expressão facial rígida ou desajeitada ou movimentos corporais (por exemplo, enrijecimento, tremores) ou deformidade corporal (*shubo-kyofu*).

Taijin kyofusho é uma construção mais ampla do que o transtorno de ansiedade social no DSM-5. *Taijin kyofusho* também inclui síndromes com características de transtorno dismórfico corporal, síndrome de referência olfativa e transtorno delirante; o transtorno delirante deve ser considerado quando as preocupações têm uma qualidade delirante, respondendo mal a simples reafirmação ou contra-exemplo.

Condições relacionadas em outros contextos culturais. Os sintomas distintivos do *taijin kyofusho* ocorrem em contextos culturais específicos e, até certo ponto, com ansiedade social mais grave transculturalmente. Síndromes semelhantes são encontradas na Coréia (*taein kong po*) e em outras sociedades que colocam uma forte ênfase na manutenção autoconsciente de um comportamento social apropriado nas relações interpessoais hierárquicas. Uma auto-interpretação interdependente, que enfatiza a relação de si com um coletivo e a identificação de si em termos de papéis e relacionamentos sociais, pode ser um fator de risco para sintomas de *taijin kyofusho* em diversas culturas. A preocupação em ofender o outro por meio de comportamento social inadequado, característico do *taijin kyofusho do tipo ofensivo*, também foi descrita em diversas sociedades, incluindo Estados Unidos, Austrália, Indonésia e Nova Zelândia.

Condições relacionadas no DSM-5-TR. Transtorno de ansiedade social, transtorno dismórfico corporal, transtorno delirante, transtorno obsessivo-compulsivo, síndrome de referência olfativa (um tipo de outro transtorno obsessivo-compulsivo especificado e relacionado). A síndrome de referência olfativa está relacionada especificamente à variante *jikoshu-kyofu* do *taijin kyofusho*; esta apresentação é vista em várias culturas fora do Japão.

Modelo DSM-5 Alternativo para Personalidade Distúrbios

Fornecido como uma alternativa à classificação de transtornos de personalidade existentes na Seção II, este modelo híbrido dimensional-categórico na Seção III define o transtorno de personalidade em termos de deficiências no funcionamento da personalidade e traços patológicos de personalidade. A inclusão de ambos os modelos de diagnóstico de transtorno de personalidade no DSM-5 reflete a decisão do Conselho de Curadores da APA de preservar a continuidade com a prática clínica atual, ao mesmo tempo em que introduz uma abordagem alternativa que visa abordar inúmeras deficiências da abordagem da Seção II à personalidade distúrbios. Por exemplo, na abordagem da Seção II, os sintomas que atendem aos critérios para um transtorno de personalidade específico frequentemente também atendem aos critérios para outros transtornos de personalidade, e outro transtorno de personalidade especificado ou não especificado é frequentemente o diagnóstico correto (mas principalmente não informativo), no sentido de que os indivíduos não tendem a apresentar padrões de sintomas que correspondem a um e apenas um transtorno de personalidade.

No modelo DSM-5 alternativo a seguir, os transtornos de personalidade são caracterizados por deficiências no *funcionamento* da personalidade e *traços* patológicos de personalidade. Os diagnósticos específicos de transtorno de personalidade que podem ser derivados desse modelo incluem transtornos de personalidade antissocial, esquivo, limítrofe, narcisista, obsessivo-compulsivo e esquizotípico. Essa abordagem também inclui um diagnóstico de transtorno de personalidade – traço especificado (PD-TS) que pode ser feito quando um transtorno de personalidade é considerado presente, mas os critérios para um transtorno específico não conhecido.

Critérios Gerais para Transtorno de Personalidade

Critérios Gerais para Transtorno de Personalidade

- As características essenciais de um transtorno de personalidade são:
- A. Prejuízo moderado ou maior no funcionamento da personalidade (auto/interpessoal).
 - B. Um ou mais traços patológicos de personalidade.
 - C. As deficiências no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade do indivíduo são relativamente inflexíveis e abrangentes em uma ampla gama de situações pessoais e sociais.
 - D. As deficiências no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade do indivíduo são relativamente estáveis ao longo do tempo, com inícios que podem ser rastreados até pelo menos a adolescência ou início da idade adulta.
 - E. As deficiências no funcionamento da personalidade e o traço de personalidade do indivíduo

expressão não são melhor explicadas por outro transtorno mental.

- F. As deficiências no funcionamento da personalidade e na expressão de traços de personalidade do indivíduo não são apenas atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica (por exemplo, traumatismo craniano grave).
- G. As deficiências no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são mais bem compreendidas como normais para o estágio de desenvolvimento de um indivíduo ou ambiente sociocultural.

882

O diagnóstico de um transtorno de personalidade requer duas determinações: 1) uma avaliação do nível de prejuízo no funcionamento da personalidade, necessária para o Critério A, e 2) uma avaliação dos traços patológicos de personalidade, necessária para o Critério B. O funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade são relativamente inflexíveis e abrangentes em uma ampla gama de situações pessoais e sociais (Critério C); relativamente estável ao longo do tempo, com inícios que podem ser rastreados até pelo menos a adolescência ou início da idade adulta (Critério D); não melhor explicado por outro transtorno mental (Critério E); não atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica (Critério F); e não é melhor entendido como normal para o estágio de desenvolvimento de um indivíduo ou ambiente sociocultural (Critério G). Todos os transtornos de personalidade da Seção III descritos por conjuntos de critérios, bem como PD-TS, atendem a esses critérios gerais, por definição.

Critério A: Nível de Funcionamento da Personalidade Distúrbios

no funcionamento pessoal e **interpessoal** constituem o núcleo da psicopatologia da **personalidade** e, neste modelo de diagnóstico alternativo, são avaliados em um continuum.

O autofuncionamento envolve identidade e autodireção; o funcionamento interpessoal envolve empatia e intimidade (ver [Tabela 1](#)). A Escala de Funcionamento do Nível de Personalidade (LPFS; ver [Tabela 2](#), pp. 895-898) usa cada um desses elementos para diferenciar cinco níveis de deficiência, variando de pouco ou nenhum prejuízo (ou seja, funcionamento adaptativo saudável; Nível 0) a alguns (Nível 1), comprometimento moderado (Nível 2), grave (Nível 3) e extremo (Nível 4).

O comprometimento no funcionamento da personalidade prediz a presença de um transtorno de personalidade, e a gravidade do comprometimento prediz se um indivíduo tem mais de um transtorno de personalidade ou um dos transtornos de personalidade mais tipicamente graves. Um nível moderado de prejuízo no funcionamento da personalidade é necessário para o diagnóstico de um transtorno de personalidade; esse limite é baseado em evidências empíricas de que o nível moderado de comprometimento maximiza a capacidade dos médicos de identificar com precisão e eficiência a patologia do transtorno de personalidade.

Critério B: Traços de Personalidade Patológica Os traços de

personalidade patológicas são organizados em cinco grandes domínios: Afetividade Negativa, Desapego, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo. Dentro dos cinco **domínios de traços** amplos estão 25 **facetas de traços** específicos que foram desenvolvidas inicialmente a partir de uma revisão de modelos de traços existentes e, posteriormente, por meio de pesquisa iterativa com amostras de pessoas que procuraram serviços de saúde mental. A taxonomia de características completa é apresentada na [Tabela 3](#) (ver pp. 899-901). O critério B p

transtornos de personalidade específicos compreendem subconjuntos das 25 facetas de traços, com base em revisões meta-analíticas e dados empíricos sobre as relações dos traços com diagnósticos de transtorno de personalidade do DSM-IV.

Critérios C e D: Invasão e Estabilidade Prejuízos no funcionamento da

personalidade e traços patológicos de personalidade são *relativamente* difundidos em uma variedade de contextos pessoais e sociais, pois a personalidade é definida como um padrão de percepção, relacionamento e pensamento sobre o ambiente e sobre si mesmo. O termo reflete *relativamente* o fato de que todas, exceto as personalidades mais extremamente patológicas, mostram algum grau de adaptabilidade. O padrão nos transtornos de personalidade é desadaptativo e relativamente inflexível, o que leva a incapacidades em atividades sociais, ocupacionais ou outras atividades importantes, pois os indivíduos são incapazes de modificar seu pensamento ou comportamento, mesmo diante de evidências de que sua abordagem não está funcionando. As deficiências no funcionamento e nos traços de personalidade também são *relativamente* estáveis.

Traços de personalidade – as disposições para se comportar ou sentir de certas maneiras – são mais estáveis do que as expressões sintomáticas dessas disposições, mas os traços de personalidade também podem mudar.

Prejuízos no funcionamento da personalidade são mais estáveis do que os sintomas.

883

TABELA 1 Elementos do funcionamento da personalidade

Auto:

1. **Identidade:** Experiência de si mesmo como único, com limites claros entre si e os outros; estabilidade da auto-estima e precisão de auto-avaliação; capacidade e capacidade de regular uma gama de experiências emocionais.
2. **Autodireção:** Busca de objetivos de vida e de curto prazo coerentes e significativos; utilização de padrões internos de comportamento construtivos e pró-sociais; capacidade de autorreflexão produtiva.

Interpessoal: 1.

Empatia: Compreensão e valorização das experiências e motivações dos outros; tolerância de diferentes perspectivas; compreensão dos efeitos do próprio comportamento sobre os outros.

2. **Intimidade:** Profundidade e duração da conexão com os outros; desejo e capacidade de proximidade; mutualidade de consideração refletida em comportamento interpessoal.
-

Critérios E, F e G: Explicações Alternativas para Patologia de Personalidade (Diagnóstico Diferencial)

Em algumas ocasiões, o que parece ser um transtorno de personalidade pode ser mais bem explicado por outro transtorno mental, os efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica, ou um estágio normal de desenvolvimento (p. Quando outro transtorno mental está presente, o diagnóstico de um transtorno de personalidade não é feito se as manifestações do transtorno de personalidade são claramente uma expressão do outro transtorno mental (por exemplo, se as características do transtorno de personalidade esquizotípica estão presentes apenas no contexto da esquizofrenia) . Por outro lado, os transtornos de personalidade podem ser diagnosticados com precisão na presença de outro transtorno mental, como transtorno depressivo maior, e pacientes com outros transtornos mentais devem ser avaliados quanto a transtornos de personalidade comórbidos, porque os transtornos de personalidade geralmente afetam o curso de outros transtornos mentais. Portanto, é sempre apropriado avaliar o funcionamento da personalidade e os traços patológicos da personalidade para fornecer um contexto para outras pessoas.

psicopatologia.

Transtornos Específicos da Personalidade A

Seção III inclui critérios diagnósticos para transtornos da personalidade anti-social, esquiva, limítrofe, narcisista, obsessivo-compulsiva e esquizotípica. Cada transtorno de personalidade é definido por deficiências típicas no funcionamento da personalidade (Critério A) e traços patológicos característicos da personalidade (Critério B):

- As características típicas do transtorno de **personalidade antissocial** são uma falha em se conformar ao comportamento legal e ético e uma falta de preocupação egocêntrica e insensível pelos outros, acompanhada de engano, irresponsabilidade, manipulação e/ou risco.
- As características típicas do **transtorno de personalidade esquiva** são evitação de situações sociais e inibição nas relações interpessoais relacionadas a sentimentos de inépcia e inadequação, preocupação ansiosa com avaliação negativa e rejeição, e medos de ridículo ou constrangimento.
- As características típicas do transtorno de **personalidade limítrofe** são a instabilidade da autoimagem, objetivos pessoais, relacionamentos interpessoais e afetos, acompanhados de impulsividade, tomada de risco e/ou hostilidade.
- As características típicas do transtorno de **personalidade narcisista** são auto-estima variável e vulnerável, com tentativas de regulação por meio da busca de atenção e aprovação, e grandiosidade aberta ou encoberta.

884

- As características típicas do **transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo** são dificuldades em estabelecer e manter relacionamentos íntimos, associadas a perfeccionismo rígido, inflexibilidade e expressão emocional restrita.
- As características típicas do transtorno de **personalidade esquizotípica** são deficiências na capacidade de relacionamentos sociais e íntimos e excentricidades na cognição, percepção e comportamento que estão associadas a autoimagem distorcida e objetivos pessoais incoerentes e acompanhadas de desconfiança e expressão emocional restrita.

Seguem os critérios A e B para os seis transtornos de personalidade específicos e para TP-TS. Todos os transtornos de personalidade também atendem aos critérios C a G dos Critérios Gerais para Transtorno de Personalidade.

Transtorno da Personalidade Antissocial As

características típicas do transtorno da personalidade antissocial são a incapacidade de se conformar com o comportamento lícito e ético e uma falta egocêntrica e insensível de preocupação com os outros, acompanhada de falsidade, irresponsabilidade, manipulação e/ou assumir riscos. Dificuldades características são aparentes na identidade, autodireção, empatia e/ou intimidade, conforme descrito abaixo, juntamente com traços desadaptativos específicos nos domínios de antagonismo e desinibição.

Critérios de diagnóstico propostos

- A. Prejuízo moderado ou maior no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das quatro áreas a seguir:

1. **Identidade:** Egocentrismo; auto-estima derivada de ganho pessoal, poder ou prazer.
2. **Autodireção:** estabelecimento de metas com base na gratificação pessoal; ausência de padrões internos pró-sociais, associada à não conformidade com o comportamento ético legal ou culturalmente normativo.
3. **Empatia:** Falta de preocupação com os sentimentos, necessidades ou sofrimento dos outros; falta de remorso depois de ferir ou maltratar outro.
4. **Intimidade:** Incapacidade de relacionamentos íntimos mútuos, pois a exploração é um meio primordial de relacionamento com os outros, inclusive por engano e coerção; uso de dominação ou intimidação para controlar os outros.

B. Seis ou mais dos sete traços patológicos de personalidade a seguir:

1. **Manipulatividade** (um aspecto do **Antagonismo**): Uso frequente de subterfúgios para influenciar ou controlar os outros; uso de sedução, charme, ligeireza ou insinuação para atingir seus objetivos.
2. **Insensibilidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Falta de preocupação com os sentimentos ou problemas dos outros; ausência de culpa ou remorso sobre os efeitos negativos ou prejudiciais de suas ações sobre os outros; agressão; sadismo.
3. **Falsidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Desonestidade e fraude; deturpação de si mesmo; embelezamento ou fabricação ao relatar eventos.
4. **Hostilidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Sentimentos de raiva persistentes ou frequentes; raiva ou irritabilidade em resposta a pequenas ofensas e insultos; comportamento mesquinho, desagradável ou vingativo.
5. Assumir **riscos** (um aspecto da **Desinibição**): Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente autodestrutivas, desnecessariamente e sem levar em conta as consequências; propensão ao tédio e iniciação impensada de atividades para combater o tédio; falta de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade do perigo pessoal.
6. **Impulsividade** (um aspecto da **Desinibição**): Atuar no calor do momento em resposta a estímulos imediatos; agir de forma momentânea sem um plano ou consideração de resultados; dificuldade em estabelecer e seguir planos.

885

7. **Irresponsabilidade** (um aspecto da **Desinibição**): Desrespeito – e falha em honrar – obrigações ou compromissos financeiros e outros; falta de respeito – e falta de cumprimento – acordos e promessas.

Observação. O indivíduo tem pelo menos 18 anos de idade.

Especifique

se: **Com características psicopáticas**

Especificadores. Uma variante distinta, muitas vezes denominada *psicopatia* (ou psicopatia “primária”) é marcada pela falta de ansiedade ou medo e por um estilo interpessoal ousado que pode mascarar comportamentos desadaptativos

1. **Identidade:** Egocentrismo; auto-estima derivada de ganho pessoal, poder ou prazer.
2. **Autodireção:** estabelecimento de metas com base na gratificação pessoal; ausência de padrões internos pró-sociais, associada à não conformidade com o comportamento ético legal ou culturalmente normativo.
3. **Empatia:** Falta de preocupação com os sentimentos, necessidades ou sofrimento dos outros; falta de remorso depois de ferir ou maltratar outro.
4. **Intimidade:** Incapacidade de relacionamentos íntimos mútuos, pois a exploração é um meio primordial de relacionamento com os outros, inclusive por engano e coerção; uso de dominação ou intimidação para controlar os outros.

B. Seis ou mais dos sete traços patológicos de personalidade a seguir:

1. **Manipulatividade** (um aspecto do **Antagonismo**): Uso frequente de subterfúgios para influenciar ou controlar os outros; uso de sedução, charme, ligeireza ou insinuação para atingir seus objetivos.
2. **Insensibilidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Falta de preocupação com os sentimentos ou problemas dos outros; ausência de culpa ou remorso sobre os efeitos negativos ou prejudiciais de suas ações sobre os outros; agressão; sadismo.
3. **Falsidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Desonestidade e fraude; deturpação de si mesmo; embelezamento ou fabricação ao relatar eventos.
4. **Hostilidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Sentimentos de raiva persistentes ou frequentes; raiva ou irritabilidade em resposta a pequenas ofensas e insultos; comportamento mesquinho, desagradável ou vingativo.
5. Assumir **riscos** (um aspecto da **Desinibição**): Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente autodestrutivas, desnecessariamente e sem levar em conta as consequências; propensão ao tédio e iniciação impensada de atividades para combater o tédio; falta de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade do perigo pessoal.
6. **Impulsividade** (um aspecto da **Desinibição**): Atuar no calor do momento em resposta a estímulos imediatos; agir de forma momentânea sem um plano ou consideração de resultados; dificuldade em estabelecer e seguir planos.

885

7. **Irresponsabilidade** (um aspecto da **Desinibição**): Desrespeito – e falha em honrar – obrigações ou compromissos financeiros e outros; falta de respeito – e falta de cumprimento – acordos e promessas.

Observação. O indivíduo tem pelo menos 18 anos de idade.

Especifique

se: **Com características psicopáticas**

Especificadores. Uma variante distinta, muitas vezes denominada *psicopatia* (ou psicopatia “primária”) é marcada pela falta de ansiedade ou medo e por um estilo interpessoal ousado que pode mascarar comportamentos desadaptativos

(por exemplo, fraude). Essa variante psicopática é caracterizada por baixos níveis de ansiedade (domínio Afetividade Negativa) e retraimento (domínio Desapego) e altos níveis de busca de atenção (domínio Antagonismo). Alta busca de atenção e baixa retirada capturam o componente de potência social (assertiva/dominante) da psicopatia, enquanto a baixa ansiedade captura o componente de imunidade ao estresse (estabilidade/resiliência emocional).

Além das características psicopáticas, os especificadores de traços e funcionamento da personalidade podem ser usados para registrar outras características de personalidade que podem estar presentes no transtorno de personalidade antissocial, mas não são necessárias para o diagnóstico. Por exemplo, traços de Afetividade Negativa (p. ex., ansiedade) não são critérios diagnósticos para transtorno de personalidade antissocial (ver Critério B), mas podem ser especificados quando apropriado. Além disso, embora seja necessário um comprometimento moderado ou maior no funcionamento da personalidade para o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Transtorno da **Personalidade Esquiva**

As características típicas do transtorno da personalidade esquiva são evitação de situações sociais e inibição nas relações interpessoais relacionadas a sentimentos de inépcia e inadequação, preocupação ansiosa com avaliação negativa e rejeição e medo de ridicularização ou constrangimento. Dificuldades características são aparentes na identidade, autodireção, empatia e/ou intimidade, conforme descrito abaixo, juntamente com traços desadaptativos específicos nos domínios de Afetividade Negativa e Desapego.

Critérios de diagnóstico propostos

- A. Prejuízo moderado ou maior no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das quatro áreas a seguir:
 1. **Identidade:** baixa autoestima associada à autoavaliação como socialmente inepto, pessoalmente desagradável ou inferior; sentimentos excessivos de vergonha.
 2. Autodireção : Padrões irrealistas de comportamento associados à relutância em perseguir objetivos, assumir riscos pessoais ou se envolver em novas atividades envolvendo contato interpessoal.
 3. **Empatia:** Preocupação e sensibilidade a críticas ou rejeição, associadas à inferência distorcida das perspectivas dos outros como negativas.
 4. **Intimidade:** Relutância em se envolver com pessoas, a menos que tenha certeza de ser amado; reciprocidade diminuída dentro de relacionamentos íntimos por causa do medo de ser envergonhado ou ridicularizado.
- B. Três ou mais dos quatro traços patológicos de personalidade a seguir, um dos quais deve ser (1) Ansiedade:
 1. **Ansiedade** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Sentimentos intensos de nervosismo, tensão ou pânico, muitas vezes em reação a situações sociais ; preocupar-se com os efeitos negativos de experiências desagradáveis passadas e possibilidades negativas futuras; sentir-se temeroso, apreensivo ou ameaçado pela incerteza; medos de constrangimento.

- 2. Afastamento** (um aspecto do **Desapego**): Reticência em situações sociais; evitar contatos e atividades sociais; falta de iniciação do contato social.

886

- 3. Anedonia** (um aspecto do **Desapego**): Falta de prazer, envolvimento ou energia para as experiências da vida; déficits na capacidade de sentir prazer ou se interessar pelas coisas.
- 4. Evitar a intimidade** (um aspecto do **Desapego**): Evitar relacionamentos íntimos ou românticos, ligações interpessoais e relações sexuais íntimas.

Especificadores. Considerável heterogeneidade na forma de traços de personalidade adicionais é encontrada entre indivíduos diagnosticados com transtorno de personalidade esquiva. Os especificadores de traço e nível de funcionamento da personalidade podem ser usados para registrar características de personalidade adicionais que podem estar presentes no transtorno de personalidade esquiva. Por exemplo, outros traços de Afetividade Negativa (por exemplo, depressão, insegurança de separação, submissão, desconfiança, hostilidade) não são critérios diagnósticos para transtorno de personalidade esquiva (ver Critério B), mas podem ser especificados quando apropriado. Além disso, embora seja necessário um comprometimento moderado ou maior no funcionamento da personalidade para o diagnóstico de transtorno de personalidade esquiva (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Transtorno de Personalidade Borderline As

características típicas do transtorno de personalidade borderline são a instabilidade da auto-imagem, objetivos pessoais, relacionamentos interpessoais e afetos, acompanhados de impulsividade, assumir riscos e/ou hostilidade. Dificuldades características são aparentes na identidade, autodireção, empatia e/ou intimidade, conforme descrito abaixo, juntamente com traços desadaptativos específicos no domínio da Afetividade Negativa e também Antagonismo e/ou Desinibição.

Critérios de diagnóstico propostos

- A. Prejuízo moderado ou maior no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das quatro áreas a seguir:
1. **Identidade:** autoimagem marcadamente empobrecida, pouco desenvolvida ou instável, frequentemente associada a autocritica excessiva; sentimentos crônicos de vazio; estados dissociativos sob estresse.
 2. Autodireção : Instabilidade em metas, aspirações, valores ou planos de carreira.
 3. **Empatia:** Capacidade comprometida de reconhecer os sentimentos e necessidades dos outros associados à hipersensibilidade interpessoal (ou seja, propenso a se sentir menosprezado ou insultado); percepções dos outros seletivamente tendenciosas para atributos negativos ou vulnerabilidades.
 4. **Intimidade:** relacionamentos íntimos intensos, instáveis e conflituosos, marcados por

desconfiança, carência e preocupação ansiosa com o abandono real ou imaginário; relacionamentos íntimos muitas vezes vistos em extremos de idealização e desvalorização e alternando entre superenvolvimento e retraimento.

- B. Quatro ou mais dos sete traços patológicos de personalidade a seguir, dos quais pelo menos um deve ser (5) Impulsividade, (6) Correção de riscos ou (7) Hostilidade: 1. **Labilidade emocional** (um aspecto da

Afetividade Negativa: Instável experiências emocionais e mudanças de humor frequentes; emoções que são facilmente despertadas, intensas e/ou desproporcionais aos eventos e circunstâncias.

2. **Ansiedade** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Sentimentos intensos de nervosismo, tensão ou pânico, muitas vezes em reação a estresses interpessoais; preocupar-se com os efeitos negativos de experiências desagradáveis passadas e possibilidades negativas futuras; sentir-se temeroso, apreensivo ou ameaçado pela incerteza; medo de desmoronar ou perder o controle.

3. **Insegurança de separação** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Medos de rejeição por – e/ou separação de – outros significativos, associados a medos de dependência excessiva e perda completa de autonomia.

887

4. **Depressividade** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Sentimentos frequentes de estar para baixo, miserável e/ou sem esperança; dificuldade em se recuperar de tais humores; pessimismo sobre o futuro; vergonha generalizada; sentimentos de auto-estima inferior; pensamentos de suicídio e comportamento suicida.

5. **Impulsividade** (um aspecto da **Desinibição**): Atuar no calor do momento em resposta a estímulos imediatos; agir de forma momentânea sem um plano ou consideração de resultados; dificuldade em estabelecer ou seguir planos; um senso de urgência e comportamento de automutilação sob estresse emocional.

6. Assumir **riscos** (um aspecto da **Desinibição**): Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente autodestrutivas, desnecessariamente e sem levar em conta as consequências; falta de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade do perigo pessoal.

7. **Hostilidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Sentimentos de raiva persistentes ou frequentes; raiva ou irritabilidade em resposta a pequenas ofensas e insultos.

Especificadores. Os especificadores de traço e nível de funcionamento da personalidade podem ser usados para registrar características de personalidade adicionais que podem estar presentes no transtorno de personalidade limítrofe, mas não são necessárias para o diagnóstico. Por exemplo, traços de psicoticismo (por exemplo, desregulação cognitiva e perceptiva) não são critérios diagnósticos para transtorno de personalidade limítrofe (ver Critério B), mas podem ser especificados quando apropriado. Além disso, embora seja necessário um comprometimento moderado ou maior no funcionamento da personalidade para o diagnóstico de transtorno de personalidade limítrofe (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Transtorno de personalidade narcisista

As características típicas do transtorno de personalidade narcisista são auto-estima variável e vulnerável, com tentativas de regulação por meio da busca de atenção e aprovação, e grandiosidade aberta ou encoberta.

Dificuldades características são aparentes na identidade, autodireção, empatia e/ou intimidade, conforme descrito abaixo, juntamente com traços específicos desadaptativos no domínio do Antagonismo.

Critérios de diagnóstico propostos

- A. Prejuízo moderado ou maior no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das quatro áreas a seguir:
1. **Identidade:** Referência excessiva a outros para autodefinição e regulação da autoestima; autoavaliação exagerada inflada ou desinflada, ou vacilante entre extremos; a regulação emocional reflete as flutuações na auto-estima.
 2. **Autodireção:** estabelecimento de metas com base na obtenção da aprovação dos outros; padrões pessoais excessivamente altos para se ver como excepcional, ou muito baixos com base em um senso de direito; muitas vezes desconhece as próprias motivações.
 3. **Empatia:** Capacidade prejudicada de reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e necessidades dos outros; excessivamente sintonizado com as reações dos outros, mas apenas se percebido como relevante para si mesmo; super ou subestimação do próprio efeito sobre os outros.
 4. **Intimidade:** Relacionamentos em grande parte superficiais e existem para servir à regulação da auto-estima; mutualidade limitada por pouco interesse genuíno nas experiências dos outros e predominância de uma necessidade de ganho pessoal.

- B. Ambos os seguintes traços de personalidade patológicos:

1. **Grandiosidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Sentimentos de direito, abertos ou encobertos; egocentrismo; apegar-se firmemente à crença de que um é melhor que os outros; condescendência para com os outros.

888

2. Busca de **atenção** (um aspecto do **antagonismo**): Tentativas excessivas de atrair e ser o foco da atenção dos outros; busca de admiração.

Especificadores. Os especificadores de traços e funcionamento da personalidade podem ser usados para registrar características de personalidade adicionais que podem estar presentes no transtorno de personalidade narcisista, mas não são necessárias para o diagnóstico. Por exemplo, outros traços de Antagonismo (p. Outros traços de Afetividade Negativa (por exemplo, depressividade, ansiedade) podem ser especificados para registrar apresentações mais “vulneráveis”. Além disso, embora seja necessário um comprometimento moderado ou maior no funcionamento da personalidade para o diagnóstico de transtorno de personalidade narcisista (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva As

características típicas do transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva são dificuldades em estabelecer e manter relacionamentos íntimos, associadas a perfeccionismo rígido, inflexibilidade e expressão emocional restrita. Dificuldades características são aparentes na identidade, autodireção, empatia e/ou intimidade, conforme descrito abaixo, juntamente com traços desadaptativos específicos nos domínios da Afetividade Negativa e/ou Desapego.

Critérios de diagnóstico propostos

- A. Prejuízo moderado ou maior no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das quatro áreas a seguir:
 - 1. **Identidade:** senso de si derivado predominantemente do trabalho ou produtividade; experiência restrita e expressão de emoções fortes.
 - 2. **Autodireção:** Dificuldade em completar tarefas e realizar metas, associada a padrões internos de comportamento rígidos e irracionalmente altos e inflexíveis; atitudes excessivamente conscientias e moralistas.
 - 3. **Empatia:** Dificuldade em entender e apreciar as ideias, sentimentos ou comportamentos dos outros.
 - 4. **Intimidade:** Relações vistas como secundárias ao trabalho e à produtividade; rigidez e a teimosia afetam negativamente as relações com os outros.
- B. Três ou mais dos seguintes quatro traços patológicos de personalidade, um dos quais deve ser (1) Perfeccionismo rígido: 1. **Perfeccionismo rígido** (um aspecto de extrema Conscienciosidade [o pólo oposto da Desinibição]): Insistência rígida em que tudo seja impecável, perfeito, e sem erros ou falhas, incluindo desempenho próprio e alheio; sacrificar a pontualidade para garantir a exatidão em cada detalhe; acreditando que só existe uma maneira certa de fazer as coisas; dificuldade em mudar ideias e/ou pontos de vista; preocupação com detalhes, organização e ordem.
 - 2. **Perseveração** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Persistência nas tarefas muito tempo depois que o comportamento deixou de ser funcional ou efetivo; continuação do mesmo comportamento apesar de repetidos fracassos.
 - 3. **Evitar intimidade** (um aspecto do **Desapego**): Evitar relacionamentos íntimos ou românticos, ligações interpessoais e relações sexuais íntimas.
 - 4. **Afetividade restrita** (um aspecto do **Desapego**): Pouca reação a situações emocionalmente excitantes; experiência e expressão emocional restritas; indiferença ou frieza.

características de personalidade que podem estar presentes no transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo, mas não são necessárias para o diagnóstico. Por exemplo, outros traços de Afetividade Negativa (p. ex., ansiedade) não são critérios diagnósticos para transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (ver Critério B), mas podem ser especificados quando apropriado. Além disso, embora seja necessário um comprometimento moderado ou maior no funcionamento da personalidade para o diagnóstico de transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Transtorno da **Personalidade Esquizotípica**

As características típicas do transtorno da personalidade esquizotípica são deficiências na capacidade de relacionamentos sociais e íntimos e excentricidades na cognição, percepção e comportamento que estão associadas a autoimagem distorcida e objetivos pessoais incoerentes e acompanhadas de desconfiança e expressão emocional restrita. Dificuldades características são aparentes na identidade, autodireção, empatia e/ou intimidade, juntamente com traços desadaptativos específicos nos domínios do psicoticismo e do desapego.

Critérios de diagnóstico propostos

- A. Prejuízo moderado ou maior no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das quatro áreas a seguir:
 1. **Identidade:** Limites confusos entre o eu e os outros; autoconceito distorcido; expressão emocional muitas vezes não congruente com o contexto ou experiência interna.
 2. Autodireção : Objetivos irrealistas ou incoerentes; nenhum conjunto claro de internalizados padrões.
 3. **Empatia:** Dificuldade pronunciada em compreender o impacto dos próprios comportamentos nos outros; interpretações errôneas frequentes das motivações e comportamentos dos outros.
 4. **Intimidade:** Prejuízos acentuados no desenvolvimento de relacionamentos íntimos, associados com desconfiança e ansiedade.
- B. Quatro ou mais dos seguintes seis traços de personalidade patológicos:
 1. **Desregulação cognitiva e perceptiva** (um aspecto do **Psicoticismo**): Processos de pensamento estranhos ou incomuns; pensamento ou discurso vago, circunstancial, metafórico, superelaborado ou estereotipado; sensações estranhas em várias modalidades sensoriais.
 2. **Crenças e experiências incomuns** (um aspecto do **Psicoticismo**): Conteúdo do pensamento e visões da realidade que são vistas por outros como bizarras ou idiossincráticas; experiências inusitadas da realidade.
 3. **Excentricidade** (um aspecto do **Psicoticismo**): Comportamento estranho, incomum ou bizarro ou aparência; dizendo coisas incomuns ou inapropriadas.
 4. **Afetividade restrita** (um aspecto do **Desapego**): Pouca reação a situações emocionalmente excitantes; experiência e expressão emocional restritas; indiferença ou frieza.

5. **Afastamento** (um aspecto do **Desapego**): Preferência por estar sozinho a estar com os outros; reticências em situações sociais; evitar contatos e atividades sociais; falta de iniciação do contato social.
6. **Suspeita** (um aspecto do **desapego**): Expectativas de – e maior sensibilidade a – sinais de má intenção ou dano interpessoal; dúvidas sobre lealdade e fidelidade de outros; sentimentos de perseguição.

Especificadores. Os especificadores de traços e funções de personalidade podem ser usados para registrar características de personalidade adicionais que podem estar presentes no transtorno de personalidade esquizotípica, mas não são necessárias para o diagnóstico. Por exemplo, traços de Afetividade Negativa (por exemplo, depressividade, ansiedade) não são critérios diagnósticos para transtorno de personalidade esquizotípica (ver Critério B)

890

mas pode ser especificado quando apropriado. Além disso, embora seja necessário um comprometimento moderado ou maior no funcionamento da personalidade para o diagnóstico de transtorno de personalidade esquizotípica (Critério A), o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado.

Transtorno de Personalidade - Traço Especificado

Critérios de diagnóstico propostos

- A. Prejuízo moderado ou maior no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades em duas ou mais das quatro áreas a seguir: 1. **Identidade** 2. **Autodireção**
3. **Empatia** 4. **Intimidade**
- B. Um ou mais domínios de traços de personalidade patológicos OU facetas de traços específicos dentro dos domínios, considerando TODOS os seguintes domínios: 1. **Afetividade Negativa** (vs. Estabilidade Emocional): Experiências frequentes e intensas de altos níveis de uma ampla gama de emoções negativas (por exemplo, , ansiedade, depressão, culpa/vergonha, preocupação, raiva) e suas manifestações comportamentais (por exemplo, automutilação) e interpessoais (por exemplo, dependência).
2. **Desapego** (vs. Extroversão): Evitar a experiência socioemocional, incluindo tanto o afastamento das interações interpessoais, desde interações casuais e diárias até amizades e relacionamentos íntimos, bem como experiência e expressão afetiva restritas, particularmente capacidade hedônica limitada.
3. **Antagonismo** (vs. Amabilidade): Comportamentos que colocam o indivíduo em desacordo com outras pessoas, incluindo um senso exagerado de auto-importância e uma

expectativa concomitante de tratamento especial, bem como uma antipatia insensível em relação aos outros, abrangendo tanto a falta de consciência das necessidades e sentimentos dos outros quanto uma prontidão para usar os outros a serviço do auto-aprimoramento.

4. Desinibição (vs. Conscienciosidade): Orientação para a gratificação imediata, levando a um comportamento impulsivo impulsionado por pensamentos, sentimentos e estímulos externos atuais, sem levar em consideração o aprendizado passado ou as consequências futuras.

5. Psicoticismo (vs. Lucidez): Exibindo uma ampla gama de comportamentos e cognições culturalmente incongruentes, excêntricos ou incomuns, incluindo tanto o processo (por exemplo, percepção, dissociação) quanto o conteúdo (por exemplo, crenças).

Subtipos. Como as características de personalidade variam continuamente ao longo de várias dimensões de traços, um conjunto abrangente de expressões potenciais de PD-TS pode ser representado pelo modelo dimensional de variantes de traços de personalidade mal-adaptativos do DSM-5 (ver [Tabela 3](#), pp. 899-901). Assim, os subtipos são desnecessários para PD-TS e, em vez disso, são fornecidos os elementos descritivos que constituem a personalidade, dispostos em um modelo de base empírica. Esse arranjo permite que os médicos personalizem a descrição do perfil de transtorno de personalidade de cada indivíduo, considerando todos os cinco amplos domínios de variação de traços de personalidade e aproveitando as características descritivas desses domínios conforme necessário para caracterizar o indivíduo.

Especificadores. Os traços de personalidade específicos dos indivíduos são sempre registrados na avaliação do Critério B, de modo que a combinação de traços de personalidade que caracterizam um indivíduo constitui diretamente os especificadores em cada caso. Por exemplo, dois indivíduos que são caracterizados por labilidade emocional, hostilidade e depressividade podem diferir de tal forma que o primeiro indivíduo é caracterizado adicionalmente por insensibilidade, enquanto o segundo não é.

891

Algoritmos de pontuação de transtorno de personalidade O requisito

para quaisquer dois dos quatro critérios A para cada um dos seis transtornos de personalidade foi baseado na maximização da relação desses critérios com o transtorno de personalidade correspondente. Os limiares diagnósticos para os critérios B também foram estabelecidos empiricamente para minimizar a mudança na prevalência dos transtornos do DSM-IV e sobrepor-se a outros transtornos de personalidade e maximizar as relações com o comprometimento funcional. Os conjuntos de critérios diagnósticos resultantes representam transtornos de personalidade clinicamente úteis com alta fidelidade, em termos de deficiências centrais no funcionamento da personalidade de vários graus de gravidade e constelações de traços patológicos de personalidade.

Diagnóstico de Transtorno de Personalidade

Indivíduos que apresentam um padrão de prejuízo no funcionamento da personalidade e traços desadaptativos que correspondam a um dos seis transtornos de personalidade definidos devem ser diagnosticados com esse transtorno de personalidade. Se um indivíduo também tem um ou mesmo vários traços proeminentes que podem ter relevância clínica além daqueles necessários para o diagnóstico (por exemplo, veja personalidade narcisista

desordem), existe a opção de serem anotados como especificadores. Indivíduos cujo funcionamento de personalidade ou padrão de traço é substancialmente diferente de qualquer um dos seis transtornos de personalidade específicos devem ser diagnosticados com TP-TS. O indivíduo pode não atender ao número necessário de critérios A ou B e, portanto, apresentar uma apresentação subliminar de um transtorno de personalidade. O indivíduo pode ter uma mistura de características de tipos de transtorno de personalidade ou algumas características que são menos características de um tipo e mais precisamente consideradas uma apresentação mista ou atípica. O nível específico de prejuízo no funcionamento da personalidade e os traços patológicos de personalidade que caracterizam a personalidade do indivíduo podem ser especificados para TP-TS, usando a Escala de Funcionamento do Nível de Personalidade ([Tabela 2](#)) e a taxonomia de traços patológicos ([Tabela 3](#)). Os diagnósticos atuais de transtornos de personalidade paranóide, esquizóide, histriônica e dependente são representados também pelo diagnóstico de TP-TS; estes são definidos por um prejuízo moderado ou maior no funcionamento da personalidade e podem ser especificados pelas combinações patológicas relevantes de traços de personalidade.

Nível de Funcionamento da Personalidade Como

a maioria das tendências humanas, o funcionamento da personalidade é distribuído em um continuum. Central para o funcionamento e a adaptação são as formas características dos indivíduos de pensar e compreender a si mesmos e suas interações com os outros. Um indivíduo que funciona de maneira ideal tem um mundo psicológico complexo, totalmente elaborado e bem integrado que inclui um autoconceito principalmente positivo, volitivo e adaptativo; uma vida emocional rica, ampla e adequadamente regulada; e a capacidade de se comportar como um membro produtivo da sociedade com relações interpessoais recíprocas e gratificantes. No extremo oposto do continuum, um indivíduo com patologia grave de personalidade tem um mundo psicológico empobrecido, desorganizado e/ou conflitante que inclui um autoconceito fraco, obscuro e mal-adaptativo; uma propensão a emoções negativas e desreguladas; e uma capacidade deficiente para o funcionamento interpessoal adaptativo e comportamento social.

Funcionamento **próprio** e **interpessoal** Definição Dimensional

A gravidade generalizada pode ser o preditor isolado mais importante de disfunção concomitante e prospectiva na avaliação da psicopatologia da personalidade. Os transtornos de personalidade são caracterizados de forma ideal por um continuum generalizado de gravidade da personalidade com

892

especificação de elementos estilísticos, derivados de constelações de sintomas de transtorno de personalidade e traços de personalidade. Ao mesmo tempo, o cerne da psicopatologia da personalidade é o comprometimento das ideias e sentimentos em relação a si mesmo e às relações interpessoais; essa noção é consistente com as múltiplas teorias do transtorno de personalidade e suas bases de pesquisa. Os componentes da Escala de Funcionamento do Nível de Personalidade – identidade, autodireção, empatia e intimidade (ver [Tabela 1](#)) – são particularmente centrais na descrição de um continuum de funcionamento da personalidade.

As representações mentais do self e das relações interpessoais são mutuamente influentes e inextricavelmente ligadas, afetam a natureza da interação com os profissionais de saúde mental e podem ter um impacto significativo na eficácia e no resultado do tratamento, ressaltando a importância de avaliar o autoconceito característico de um indivíduo como bem como opiniões de outras pessoas e

relacionamentos. Embora o grau de perturbação no funcionamento do self e interpessoal seja continuamente distribuído, é útil considerar o nível de prejuízo no funcionamento para a caracterização clínica e para o planejamento e prognóstico do tratamento.

Avaliação do Nível de Funcionamento da Personalidade Para

usar a Escala de Nível de Funcionamento da Personalidade (LPFS), o clínico seleciona o nível que mais aproxima o nível *geral atual* de comprometimento do funcionamento da personalidade do indivíduo. A classificação é necessária para o diagnóstico de um transtorno de personalidade (comprometimento moderado ou maior) e pode ser usada para especificar a gravidade do comprometimento presente para um indivíduo com qualquer transtorno de personalidade em um determinado momento. O LPFS também pode ser usado como um indicador global do funcionamento da personalidade sem especificação de um diagnóstico de transtorno de personalidade, ou no caso de o comprometimento da personalidade ser sublimiar para um diagnóstico de transtorno.

Traços de Personalidade

Definição e descrição O critério B no modelo

alternativo envolve avaliações de traços de personalidade que são agrupados em cinco domínios. Um *traço de personalidade* é uma tendência a sentir, perceber, se comportar e pensar de maneira relativamente consistente ao longo do tempo e em situações em que o traço pode se manifestar. Por exemplo, indivíduos com um alto nível do traço de personalidade de *ansiedade* tenderiam a se sentir ansiosos prontamente, inclusive em circunstâncias em que a maioria das pessoas estaria calma e relaxada.

Indivíduos com alto traço de ansiedade também *perceberiam* as situações como causadoras de ansiedade com mais frequência do que indivíduos com níveis mais baixos desse traço, e aqueles com alto traço tenderiam a se comportar de modo a evitar situações que eles *acham* que os deixariam ansiosos. Assim, eles tenderiam a pensar no mundo como mais provocador de ansiedade do que outras pessoas.

É importante ressaltar que indivíduos com alto traço de ansiedade não necessariamente estariam ansiosos em todos os momentos e em todas as situações. Os níveis de traços dos indivíduos também podem mudar e mudam ao longo da vida. Algumas mudanças são muito gerais e refletem o amadurecimento (por exemplo, os adolescentes geralmente apresentam maior impulsividade do que os adultos mais velhos), enquanto outras mudanças refletem as experiências de vida dos indivíduos.

Dimensionalidade dos traços de personalidade Todos os indivíduos podem ser localizados no espectro das dimensões dos traços; ou seja, os traços de personalidade se aplicam a todos em diferentes graus, em vez de estarem presentes ou ausentes. Além disso, os traços de personalidade, incluindo aqueles identificados especificamente no modelo da Seção III, existem em um espectro com dois pólos opostos. Por exemplo, o oposto do traço de *insensibilidade* é a tendência a ser empático e bondoso, mesmo em circunstâncias em que a maioria das pessoas não se sentiria assim. Conseqüentemente,

embora na Seção III esse traço seja rotulado de *insensibilidade*, porque esse polo da dimensão é o foco principal, pode ser descrito na íntegra como *insensibilidade versus bondade de coração*. Além disso, seu polo oposto pode ser reconhecido e pode não ser adaptativo em todas as circunstâncias (por exemplo, indivíduos que, devido à extrema bondade, repetidamente se permitem ser aproveitados por outros inescrupulosos).

Estrutura hierárquica da personalidade. Alguns termos de traços são bastante específicos (por exemplo, “falante”) e descrevem uma gama estreita de comportamentos, enquanto outros são bastante amplos (por exemplo, desapego) e caracterizam uma ampla gama de propensões comportamentais. Dimensões de características amplas são chamadas *de domínios* e dimensões de características específicas são chamadas de *facetas*. Os *domínios* dos traços de personalidade compreendem um espectro de *facetas* de personalidade mais específicas que tendem a ocorrer juntas. Por exemplo, retraimento e anedonia são *facetas* de traços específicos no *domínio* de desapego. Apesar de alguma variação intercultural nas *facetas* dos traços de personalidade, os amplos domínios que eles compreendem coletivamente são relativamente consistentes entre as culturas.

O Modelo de Traços de Personalidade O

sistema de traços de personalidade da Seção III inclui cinco amplos domínios de variação de traços de personalidade - Afetividade Negativa (vs. Estabilidade Emocional), Desapego (vs. Extroversão), Antagonismo (vs. Amabilidade), Desinibição (vs. Conscienciosidade) e Psicotismo (vs. Lucidez)—compreendendo 25 *facetas* específicas de traços de personalidade. A Tabela 3 fornece definições de todos os domínios e *facetas* da personalidade. Esses cinco domínios amplos são variantes mal-adaptativas dos cinco domínios do modelo de personalidade amplamente validado e replicado conhecido como “Big Five”, ou Modelo de Cinco Fatores de Personalidade (FFM), e também são semelhantes aos domínios dos Cinco da Psicopatologia da Personalidade. PSY-5). As 25 *facetas* específicas representam uma lista de *facetas* de personalidade escolhidas por sua relevância clínica.

Embora o Modelo de Traço se concentre em traços de personalidade associados à psicopatologia, existem traços de personalidade saudáveis, adaptativos e resilientes identificados como os opostos desses traços, conforme observado nos parênteses acima (ou seja, Estabilidade Emocional, Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade e Lucidez). Sua presença pode mitigar muito os efeitos dos transtornos mentais e facilitar o enfrentamento e a recuperação de lesões traumáticas e outras doenças médicas.

Características Distintivas, Sintomas e Comportamentos Específicos Embora os traços

não sejam de forma alguma imutáveis e mudem ao longo da vida, eles mostram relativa consistência em comparação com sintomas e comportamentos específicos. Por exemplo, uma pessoa pode se comportar impulsivamente em um momento específico por um motivo específico (por exemplo, uma pessoa que raramente é impulsiva de repente decide gastar muito dinheiro em um item específico por causa de uma oportunidade incomum de comprar algo de valor único), mas é somente quando os comportamentos se agregam ao longo do tempo e das circunstâncias, de tal forma que um padrão de comportamento distingue entre os indivíduos, que eles refletem traços. No entanto, é importante reconhecer, por exemplo, que mesmo as pessoas impulsivas não estão agindo impulsivamente o tempo todo. Um traço é uma tendência ou disposição para comportamentos específicos; um comportamento específico é uma instância ou manifestação de um traço.

Da mesma forma, os traços são diferenciados da maioria dos sintomas porque os sintomas tendem a aumentar e diminuir, enquanto os traços são relativamente mais estáveis. Por exemplo, indivíduos com níveis mais altos de *depressividade* têm maior probabilidade de experimentar episódios discretos de um transtorno depressivo e de apresentar os sintomas desses transtornos, como dificuldade de concentração. No entanto, mesmo os pacientes que têm um traço de propensão à *depressividade* normalmente passam por episódios distinguíveis de perturbação do humor, e sintomas específicos, como dificuldade de concentração, tendem a aumentar e diminuir em conjunto com episódios específicos.

não fazem parte da definição do traço. É importante ressaltar, no entanto, que os sintomas e os traços são passíveis de intervenção, e muitas intervenções direcionadas aos sintomas podem afetar os padrões de funcionamento de personalidade de longo prazo que são capturados pelos traços de personalidade.

Avaliação do Modelo de Traços de Personalidade da Seção III do DSM-5 A utilidade

clínica do modelo de traços de personalidade multidimensional da Seção III reside em sua capacidade de focalizar a atenção em múltiplas áreas relevantes de variação de personalidade em cada paciente individual. Em vez de focar a atenção na identificação de um e apenas um rótulo diagnóstico ideal, a aplicação clínica do modelo de traço de personalidade da Seção III envolve a revisão de todos os cinco amplos domínios de personalidade retratados na [Tabela 3](#). A abordagem clínica da personalidade é semelhante à revisão bem conhecida de sistemas em medicina clínica. Por exemplo, a queixa de apresentação de um indivíduo pode se concentrar em um sintoma neurológico específico, mas durante uma avaliação inicial os médicos ainda revisam sistematicamente o funcionamento de todos os sistemas relevantes (por exemplo, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal), para que não haja uma área importante de funcionamento diminuído e oportunidade correspondente para intervenção eficaz pode ser perdida.

O uso clínico do modelo de traço de personalidade da Seção III procede de forma semelhante. Uma investigação inicial revisa todos os cinco amplos domínios da personalidade. Esta revisão sistemática é facilitada pelo uso de instrumentos psicométricos formais projetados para medir facetas e domínios específicos da personalidade. Por exemplo, o modelo de traço de personalidade é operacionalizado no Inventário de Personalidade para DSM 5 (PID-5), que pode ser preenchido em seu formulário de autorrelato pelos pacientes e em seu formulário de relato de informante por aqueles que conhecem bem o paciente (p. , cônjuge). Uma avaliação clínica detalhada envolveria a coleta de dados de relatórios de pacientes e informantes em todas as 25 facetas do modelo de traços de personalidade. No entanto, se isso não for possível, devido ao tempo ou outras restrições, a avaliação focada no nível de cinco domínios é uma opção clínica aceitável quando apenas um retrato geral (vs. detalhado) da personalidade de um paciente é necessário (ver Critério B da DP -TS). No entanto, se os problemas baseados na personalidade forem o foco do tratamento, será importante avaliar as facetas dos traços dos indivíduos, bem como os domínios.

Como os traços de personalidade são continuamente distribuídos na população, uma abordagem para fazer o julgamento de que um traço específico é elevado (e, portanto, está presente para fins de diagnóstico) pode envolver a comparação dos níveis de traços de personalidade dos indivíduos com as normas da população e/ou julgamento clínico. Se um traço é elevado – isto é, testes psicométricos formais e/ou dados de entrevistas apoiam o julgamento clínico de elevação – então ele é considerado como contribuindo para atender ao Critério B dos transtornos de personalidade da Seção III.

Utilidade Clínica do Funcionamento da Personalidade Multidimensional e Modelo de Traço

Os constructos de transtorno e traço agregam valor um ao outro na previsão de variáveis antecedentes importantes (por exemplo, história familiar, história de abuso infantil), concomitantes (por exemplo, prejuízo funcional, uso de medicamentos) e preditivas (por exemplo, hospitalização, tentativas de suicídio). As deficiências do DSM-5 no funcionamento da personalidade e os traços patológicos da personalidade contribuem independentemente para as decisões clínicas sobre o grau de deficiência; riscos de automutilação, violência e criminalidade; tipo e intensidade de tratamento recomendados; e prognóstico - todos os aspectos importantes da utilidade de

diagnósticos psiquiátricos. Notavelmente, conhecer o nível de funcionamento da personalidade de um indivíduo e seu perfil de traços patológicos também fornece ao clínico uma rica base de informações e é valioso no planejamento do tratamento e na previsão do curso e do resultado de muitos transtornos mentais, além dos transtornos de personalidade. Portanto, a avaliação do funcionamento da personalidade e dos traços patológicos da personalidade pode ser relevante se um indivíduo tem um transtorno de personalidade ou não.

895

TABELA 2 Escala de Funcionamento do Nível de Personalidade

Nível de deficiência	AUTO		INTERPESSOAL	
	Identidade	Auto-direção	Empatia	Intimidade
0—Pequeno ou não imparidade	<p>Tem consciência contínua Estabelece e aspira a um eu único; metas razoáveis mantém o apreço auto-estima e apropriada dos limites.</p> <p>Tem auto-estima positiva consistente e autorregulada, com auto-avaliação precisa.</p> <p>É capaz de experimentar, tolerar e regular uma gama completa de emoções.</p>	<p>Estabelece e aspira a um eu único; metas razoáveis mantém o apreço auto-estima e apropriada dos limites.</p> <p>Utiliza padrões apropriados de comportamento, alcançando satisfação em vários domínios.</p> <p>Pode refletir, e dar significado construtivo à experiência interna.</p>	<p>É capaz de compreender com precisão as experiências e motivações dos outros na maioria das situações.</p> <p>Compreende e aprecia as perspectivas dos outros, mesmo discordando.</p> <p>Tem conhecimento do efeito próprias ações sobre os outros.</p>	<p>Mantém múltiplos relacionamentos satisfatórios e duradouros na vida pessoal e comunitária.</p> <p>Deseja e se envolve em uma número de relacionamentos carinhosos, próximos e recíprocos.</p> <p>Esforça-se pela cooperação e benefício mútuo e responde com flexibilidade a uma série de ideias, emoções e comportamentos dos outros.</p>
- Algum senso de self-prejuízo, com alguma diminuição na clareza de pensamento quando angústia mental são experimentadas.		<p>É excessivamente direcionado a objetivos, um pouco inibido por objetivos ou conflitante sobre objetivos.</p> <p>Pode ter um conjunto irrealista ou socialmente inadequado de padrões pessoais, limitando alguns aspectos da realização.</p>	<p>Está um pouco comprometido na capacidade de apreciar e compreender as experiências dos outros; pode tender a ver os outros como tendo expectativas irracionais ou um desejo de controle.</p> <p>Embora capaz de considerar e compreender diferentes perspectivas, resiste a fazê-lo.</p>	<p>É capaz de estabelecer relações duradouras na vida pessoal e comunitária, com algumas limitações no grau de profundidade e satisfação.</p> <p>É capaz de formar e deseja formar relacionamentos íntimos e recíprocos, mas pode ser inibido na expressão significativa e às vezes constrangido se surgirem emoções intensas ou conflitos.</p>
Auto-estima diminuída às vezes, com auto-avaliação excessivamente crítica ou um tanto distorcida.		<p>Emoções fortes podem ser angustiantes, associadas a um restrição no alcance da experiência emocional.</p>	<p>É capaz de refletir sobre experiências internas, mas pode enfatizar demais um único tipo de autoconhecimento (por exemplo, intelectual, emocional).</p>	<p>Tem consciência inconsistente do efeito do próprio comportamento sobre os outros.</p>
2—Deficiência moderada	<p>Depende excessivamente em outros para definição de identidade, com delimitação de limites comprometida.</p> <p>Tem um eu vulnerável</p>	<p>As metas são mais frequentemente um meio de obter aprovação externa do que autogeradas e, portanto, podem não ter coerência e/ou estabilidade.</p>	<p>Está hipersintonizado com a experiência dos outros, mas apenas com relação à relevância percebida para si mesmo.</p> <p>É excessivamente auto-referencial; significativamente</p>	<p>A cooperação pode ser inibida por padrões irrealis; um tanto limitada na capacidade de respeitar ou responder às ideias, emoções e comportamentos dos outros.</p> <p>É capaz de formar e deseja formar relacionamentos na vida pessoal e comunitária, mas as conexões podem ser bastante superficiais.</p> <p>As relações íntimas são</p>

896

Depende excessivamente em outros para definição de identidade, com delimitação de limites comprometida.

Tem um eu vulnerável

As metas são mais frequentemente um meio de obter aprovação externa do que autogeradas e, portanto, podem não ter coerência e/ou estabilidade.

Está hipersintonizado com a experiência dos outros, mas apenas com relação à relevância percebida para si mesmo.

É excessivamente auto-referencial; significativamente

É capaz de formar e deseja formar relacionamentos na vida pessoal e comunitária, mas as conexões podem ser bastante superficiais.

As relações íntimas são

distorções e confusão em torno da auto-avaliação.	É profundamente incapaz de refletir construtivamente sobre a própria experiência. As motivações pessoais podem não ser reconhecidas e/ou vivenciadas como externas ao eu.	busca a satisfação das necessidades básicas ou a fuga da dor.
Emoções não congruentes com o contexto ou experiência interna. O ódio e a agressão podem ser afetos dominantes, embora possam ser negados e atribuídos a outros.		

899

TABELA 3 Definições de domínios e facetas de traços de transtorno de personalidade do DSM-5

DOMÍNIOS (Polar Opostos) e Facetas	Definições
AFETIVIDADE NEGATIVA (vs. Estabilidade Emocional)	Experiências frequentes e intensas de altos níveis de uma ampla gama de emoções negativas (por exemplo, ansiedade, depressão, culpa/vergonha, preocupação, raiva) e suas manifestações comportamentais (por exemplo, automutilação) e interpessoais (por exemplo, dependência).
Labilidade emocional	Instabilidade de experiências emocionais e humor; emoções que são facilmente despertadas, intensas e/ou desproporcionais aos eventos e circunstâncias.
Ansiedade	Sentimentos de nervosismo, tensão ou pânico em reação a diversas situações; preocupação frequente com os efeitos negativos de experiências desagradáveis passadas e possibilidades negativas futuras; sentir-se temeroso e apreensivo com a incerteza; esperando que o pior aconteça.
Insegurança de separação	Medo de ficar sozinho devido à rejeição por – e/ou separação de – outros significativos, baseado na falta de confiança na capacidade de cuidar de si mesmo, tanto física quanto emocionalmente.
Submissão	Adaptação do próprio comportamento aos interesses e desejos reais ou percebidos dos outros, mesmo quando fazê-lo é antitético aos próprios interesses, necessidades ou desejos.
Hostilidade	Sentimentos de raiva persistentes ou frequentes; raiva ou irritabilidade em resposta a pequenas ofensas e insultos; comportamento mesquinho, desagradável ou vingativo. <i>Veja também Antagonismo.</i>
Perseveração	Persistência em tarefas ou em uma maneira particular de fazer as coisas muito tempo depois que o comportamento deixou de ser funcional ou eficaz; continuação do mesmo comportamento apesar de falhas repetidas ou razões claras para parar.
Depressividade	<i>Veja Desapego.</i>
Suspeita	<i>Veja Desapego.</i>
Afetividade restrita (falta de)	A falta dessa faceta caracteriza baixos níveis de Afetividade Negativa. <i>Veja Desapego para definição desta faceta.</i>
DESTAQUE (vs. Extroversão)	Evitar a experiência socioemocional, incluindo tanto o afastamento das relações interpessoais interações (que vão desde interações casuais e diárias até amizades e relacionamentos íntimos) e experiência e expressão afetiva restritas, particularmente capacidade hedônica limitada.
Cancelamento	Preferência por estar sozinho a estar com os outros; reticências em situações sociais; evitar contatos sociais e atividade; falta de iniciativa do contato social.
Evitar intimidade	Evitar relacionamentos íntimos ou românticos, ligações interpessoais e relações sexuais íntimas relacionamentos.
Anedonia	Falta de prazer, envolvimento ou energia para as experiências da vida; déficits na capacidade de sentir prazer e se interessar pelas coisas.
Depressividade	Sentimentos de estar para baixo, miserável e/ou sem esperança; dificuldade em se recuperar de tais humores; pessimismo sobre o futuro; vergonha e/ou culpa generalizada; sentimentos de auto-estima inferior; pensamentos de suicídio e comportamento suicida.
Afetividade restrita	Pouca reação a situações emocionalmente excitantes; experiência emocional restrita e expressão; indiferença e distanciamento em situações normativamente envolventes.
Suspeita	Expectativas de – e sensibilidade a sinais de – má intenção ou dano interpessoal; dúvidas sobre

Suspeita	Expectativas de – e sensibilidade a sinais de – má intenção ou dano interpessoal; dúvidas sobre lealdade e fidelidade dos outros; sentimentos de ser maltratado, usado e/ou perseguido por outros.
900	
ANTAGONISMO (v. Amabilidade)	Comportamentos que colocam o indivíduo em desacordo com outras pessoas, incluindo um senso exagerado de auto-importância e uma expectativa concomitante de tratamento especial, bem como uma antipatia insensível em relação aos outros, abrangendo tanto uma falta de consciência das necessidades e sentimentos dos outros quanto uma prontidão para usar os outros a serviço do auto-aprimoramento.
Manipulabilidade	Uso de subterfúgios para influenciar ou controlar outros; uso de sedução, charme, ligeireza ou insinuação para atingir seus objetivos.
falsidade	Desonestade e fraude; deturpação de si mesmo; embelezamento ou fabricação quando eventos relacionados.
Grandiosidade	Acreditar que um é superior aos outros e merece tratamento especial; egocentrismo; sentimentos de direito; condescendênci a para com os outros.
Procurando atenção	Engajar-se em comportamento projetado para atrair atenção e tornar-se o foco da atenção e admiração dos outros.
Insensibilidade	Falta de preocupação com os sentimentos ou problemas dos outros; ausência de culpa ou remorso sobre os efeitos negativos ou prejudiciais de suas ações sobre os outros.
Hostilidade	<i>Veja Afetividade Negativa.</i>
DESINIBIÇÃO (vs. Conscienciosidade)	Orientação para a gratificação imediata, levando ao comportamento impulsivo pensamentos, sentimentos e estímulos externos, sem levar em conta o aprendizado passado ou as consequências futuras.
Irresponsabilidade	Desrespeito - e falha em honrar - obrigações ou compromissos financeiros e outros; falta de respeito e falta de cumprimento de acordos e promessas; descuido com a propriedade alheia.
Impulsividade	Atuando no calor do momento em resposta a estímulos imediatos; agindo momentaneamente base sem um plano ou consideração de resultados; dificuldade em estabelecer e seguir planos; um senso de urgência e comportamento de automutilação sob estresse emocional.
Distração	Dificuldade de concentração e foco nas tarefas; a atenção é facilmente desviada por estímulos estranhos; dificuldade em manter o comportamento focado em objetivos, incluindo planejamento e conclusão de tarefas.
Assumir riscos	Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente autodestrutivas, desnecessariamente e sem levar em conta as consequências; falta de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade do perigo pessoal; busca imprudente de objetivos, independentemente do nível de risco envolvido.
Rígido perfeccionismo (falta de)	Rígida insistência em que tudo seja impecável, perfeito e sem erros ou falhas, incluindo o desempenho próprio e dos outros; sacrificar a pontualidade para garantir a exatidão em cada detalhe; acreditando que só existe uma maneira certa de fazer as coisas; dificuldade em mudar ideias e/ou pontos de vista; preocupação com detalhes, organização e ordem. A falta desta faceta caracteriza baixos níveis de Desinibição.
901	
PSICOTICISMO (v. Lucidez)	Exibindo uma ampla gama de comportamentos estranhos, excêntricos ou incomuns culturalmente incongruentes e cognições, incluindo tanto o processo (por exemplo, percepção, dissociação) quanto o conteúdo (por exemplo, crenças).
Crenças e experiências incomuns	Crença de que se possui habilidades incomuns, como leitura da mente, telecinese, fusão pensamento-ação; experiências incomuns da realidade, incluindo experiências semelhantes a alucinações.
Excentricidade	Comportamento, aparência e/ou fala estranhos, incomuns ou bizarros; tendo estranho e imprevisível pensamentos; dizendo coisas incomuns ou inapropriadas.
Desregulação cognitiva e perceptiva	Processos e experiências de pensamento estranhos ou incomuns, incluindo despersonalização, desrealização e experiências dissociativas; experiências mistas de sono-vigília; experiências de controle do pensamento.

903

Condições para Estudo Adicional

Os conjuntos de critérios propostos são apresentados para condições nas quais pesquisas futuras são incentivadas. Espera-se que tal pesquisa permita ao campo entender melhor essas condições e informar decisões futuras sobre a possível colocação nas próximas edições do DSM. Notavelmente, o transtorno de luto complexo persistente, originalmente localizado nesta seção, foi movido para o capítulo “Transtornos Relacionados a Traumas e Estressores” como um diagnóstico oficial na Seção II. Com base em revisões completas que encontraram evidências suficientes de validade, confiabilidade e utilidade clínica para justificar sua nova colocação, agora é chamado de “transtorno de luto prolongado” e os critérios foram reformulados adequadamente.

Os itens específicos, limites e durações mínimas contidos nestes conjuntos de critérios de pesquisa foram definidos por consenso de especialistas - informados por revisão de literatura, reanálise de dados e resultados de ensaios de campo, quando disponíveis - e destinam-se a fornecer uma linguagem comum para pesquisadores e clínicos que estão interessados em estudar esses distúrbios. A Força-Tarefa e os Grupos de Trabalho do DSM-5 submeteram cada um desses conjuntos de critérios propostos a uma cuidadosa revisão empírica e convidaram amplos comentários do campo, bem como do público em geral. A Força-Tarefa finalmente determinou que não havia evidências suficientes para justificar a inclusão dessas propostas como diagnósticos oficiais de transtornos mentais na Seção II do DSM-5. **Esses conjuntos de critérios propostos, portanto, não se destinam ao uso clínico; apenas os conjuntos de critérios e distúrbios da Seção II do DSM-5 são oficialmente reconhecidos e devem ser usados para fins clínicos.**

Síndrome de psicose atenuada

Critérios propostos

- A. Pelo menos um dos seguintes sintomas está presente e é de gravidade ou frequência suficiente para justificar atenção clínica:
 - 1. Delírios atenuados.
 - 2. Alucinações atenuadas.
 - 3. Discurso desorganizado atenuado.
- B. O(s) sintoma(s) deve(m) estar presente(s) pelo menos uma vez por semana no último mês.
- C. O(s) sintoma(s) deve(m) ter começado ou piorado no último ano.
- D. O(s) sintoma(s) é suficientemente angustiante e incapacitante para o indivíduo para merecer atenção clínica.
- E. Os sintomas não são melhor explicados por outro transtorno mental, incluindo um transtorno depressivo ou bipolar com características psicóticas, e não são atribuíveis a

os efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.

F. Os critérios para qualquer transtorno psicótico nunca foram atendidos.

904

Características

diagnósticas Sintomas psicóticos atenuados, conforme definidos no Critério A, são semelhantes a psicoses, mas abaixo do limiar para serem considerados um sintoma psicótico que contaria para o diagnóstico de um transtorno psicótico. Em comparação com os transtornos psicóticos completos, os sintomas são menos graves e mais transitórios. Além disso, o indivíduo mantém uma percepção razoável das experiências psicóticas e geralmente aprecia que as percepções são alteradas, e a ideação mágica não é convincente. A psicose atenuada não tem a natureza fixa necessária para o diagnóstico de um transtorno psicótico completo. Na psicose atenuada, a dúvida sobre as crenças pode ser suscitada, o ceticismo sobre as percepções pode ser induzido e o insight pode ser testado usando perguntas abertas, como “Vejo que é assim que você experimenta o mundo – poderia haver uma explicação diferente? ” Um diagnóstico de síndrome de psicose atenuada requer psicopatologia de estado associada a comprometimento funcional, em vez de patologia de traço de longa data. A psicopatologia não progrediu para a gravidade psicótica completa. Mudanças nas experiências e comportamentos são notadas pelo indivíduo ou por outros, sugerindo uma mudança clinicamente significativa no estado mental (ou seja, os sintomas são de gravidade ou frequência suficientes para justificar atenção clínica) (Critério A).

Delírios atenuados (Critério A1) podem ter conteúdo ideacional de suspeita/persecução, incluindo ideias persecutórias de referência. O indivíduo pode ter uma atitude cautelosa e desconfiada. Quando este tipo de delírio atenuado é de gravidade moderada, o indivíduo vê os outros como não confiáveis e pode ser hipervigilante ou sentir má vontade nos outros. Quando os delírios atenuados são graves, mas abaixo do limiar para serem considerados psicóticos, o indivíduo nutre crenças vagamente organizadas sobre perigo ou intenção hostil. O comportamento cauteloso na entrevista pode interferir na capacidade de coletar informações, e a propensão a ver o mundo como hostil e perigoso é forte. Por outro lado, delírios atenuados podem ter conteúdo grandioso apresentando-se como uma sensação irreal de capacidade superior. Quando esse tipo de delírio atenuado é de gravidade moderada, o indivíduo abriga noções de ser talentoso, influente ou especial. Quando os delírios atenuados são graves, o indivíduo tem crenças de superioridade que muitas vezes afastam os amigos e preocupam os parentes. Pensamentos de ser especial podem levar a planos e investimentos irreais.

As alucinações atenuadas (Critério A2) incluem alterações nas percepções sensoriais, geralmente auditivas e/ou visuais. Quando as alucinações atenuadas são moderadas, os sons e as imagens geralmente não são formados (p. Quando as alucinações atenuadas são graves, essas experiências tornam-se mais vívidas e frequentes (ou seja, ilusões ou alucinações recorrentes que capturam a atenção e afetam o pensamento e a concentração). Essas anormalidades perceptivas podem perturbar o comportamento, mas o ceticismo sobre sua realidade ainda pode ser induzido.

A comunicação desorganizada atenuada (Critério A3) pode se manifestar como fala estranha (vaga, metafórica, superelaborada, estereotipada), fala desfocada (confusa, confusa, muito rápida ou muito lenta, palavras erradas, contexto irrelevante, fora do rumo) ou fala sinuosa (circunstancial). ,

tangencial). Quando a desorganização é moderadamente grave, o indivíduo frequentemente entra em tópicos irrelevantes, mas responde facilmente a perguntas esclarecedoras. A fala torna-se sinuosa e circunstancial e pode ser estranha, mas compreensível. Quando a desorganização é grave, o indivíduo não consegue chegar ao ponto sem orientação externa (tangencial). Em um nível mais grave, alguns bloqueios de pensamento ou associações frouxas podem ocorrer com pouca frequência, especialmente quando o indivíduo está sob pressão, mas as perguntas de reorientação rapidamente devolvem a estrutura e a organização à conversa.

O indivíduo deve sentir angústia e/ou desempenho prejudicado no funcionamento social ou de papéis (Critério D), e o indivíduo ou outros responsáveis devem observar as mudanças e expressar preocupação, de modo que o atendimento clínico seja indicado (Critério A).

905

Estão disponíveis medidas para determinar se os Critérios A–E são atendidos ou para identificar amplamente um estado clínico de alto risco para psicose.

Recursos associados

O indivíduo pode experimentar pensamento mágico, dificuldade de concentração, alguma desorganização no pensamento ou comportamento, desconfiança excessiva, ansiedade, retraimento social e interrupção no ciclo sono-vigília. Função cognitiva prejudicada e sintomas negativos são frequentemente observados.

Variáveis de neuroimagem distinguem coortes com síndrome de psicose atenuada de coortes de controle normal com padrões semelhantes, mas menos graves do que o observado na esquizofrenia. No entanto, os dados de neuroimagem não são diagnósticos no nível individual.

Prevalência

Muito pouca informação está disponível sobre a prevalência. No entanto, na Suíça, onde foi realizado um dos poucos estudos relevantes, a prevalência de síndrome de psicose atenuada em indivíduos que não procuram ajuda com idades entre 16 e 40 anos foi de apenas 0,3%. Outros 2,3% atenuaram os sintomas que atendem ao Critério A, mas esses sintomas começaram antes do ano anterior ou não pioraram no ano anterior, conforme exigido pelo Critério C. Em até 7% da população geral em uma ampla gama de países, os indivíduos reconhecem ter delírios ou alucinações atenuados. Embora a prevalência de sintomas do Critério A possa ser maior ou menor entre países ou grupos etnacionais, a prevalência de sintomas de psicose atenuada tende a ser maior entre os grupos de migrantes do que entre as populações nativas, possivelmente devido à maior exposição ao trauma e à discriminação.

Desenvolvimento e Curso O início

da síndrome de psicose atenuada geralmente ocorre na metade da adolescência ou início da idade adulta. Pode ser precedido por desenvolvimento normal ou evidência de cognição prejudicada, sintomas negativos ou desenvolvimento social prejudicado. Em coortes que procuram ajuda, aqueles cujas apresentações preencheram os critérios para síndrome de psicose atenuada tiveram uma probabilidade maior de desenvolver psicose em comparação com aqueles cujas apresentações não preencheram os critérios. No grupo cujas apresentações preencheram os critérios, o risco cumulativo de 3 anos foi de até 22%, e no grupo cuja

apresentações não atenderam aos critérios, o risco cumulativo de psicose em 3 anos foi de 1,54%. Os fatores que predizem a progressão para um transtorno psicótico completo (mais frequentemente transtorno do espectro da esquizofrenia) incluem sexo masculino, estresse/trauma ao longo da vida, desemprego, morar sozinho, gravidade dos sintomas psicóticos positivos atenuados, gravidade dos sintomas negativos, sintomas desorganizados e cognitivos e mau funcionamento. Onze por cento dos casos de síndrome de psicose atenuada que progredem para psicose completa desenvolvem psicose afetiva (transtorno depressivo ou bipolar com características psicóticas), enquanto 73% dos casos de síndrome de psicose atenuada que evoluem para psicose completa desenvolvem um transtorno do espectro da esquizofrenia. A maioria das evidências validou critérios de sintomas psicóticos atenuados em indivíduos com idades entre 12 e 35 anos, mas há apenas evidências limitadas nos mais jovens. Embora o maior risco de transição para psicose seja nos primeiros 2 anos, os indivíduos continuam em risco por até 10 anos após o encaminhamento inicial, com um risco geral de transição de 34,9% em um período de 10 anos. Indivíduos que apresentam síndrome de psicose atenuada podem apresentar outros resultados clínicos ruins além do desenvolvimento de psicose, como sintomas psicóticos atenuados persistentes, transtornos mentais comórbidos persistentes ou recorrentes, incapacidade e baixo funcionamento. A remissão clínica está presente em apenas um terço dos indivíduos com síndrome de psicose atenuada. No geral, cerca de um terço desses indivíduos desenvolveria psicose, um terço teria remissão e um terço apresentaria incapacidade persistente.

906

Fatores de risco e prognóstico

Temperamental, definitivamente, Os fatores que predizem o prognóstico da síndrome da psicose atenuada não foram caracterizada.

Genética e fisiológica. Em indivíduos cujos sintomas atendem aos critérios para síndrome de psicose atenuada, não há evidências de que uma história familiar de psicose aumente o risco de psicose em comparação com indivíduos de controle por um período de 4 anos. Dados estruturais, funcionais, eletrofisiológicos e neuroquímicos de imagem estão associados ao aumento do risco de transição para psicose. No entanto, esses preditores ainda não foram validados para uso clínico.

Questões de diagnóstico relacionadas à

cultura Avaliar a presença de sintomas atenuados sem considerar o impacto do contexto sociocultural pode ser difícil. Algumas experiências perceptivas (por exemplo, ouvir ruídos, ver sombras) e crenças religiosas ou sobrenaturais (por exemplo, mau-olhado, causar doenças por meio de maldições, influência de espíritos) podem ser consideradas estranhas em alguns contextos culturais e aceitas em outros. Além disso, populações que sofrem traumas ou perseguições (por exemplo, tortura, violência política, racismo, discriminação) podem relatar sintomas e medos que podem ser mal interpretados como delírios paranoides atenuados ou fracos, devido ao impacto do trauma no humor e na comunicação do indivíduo. por exemplo, alguns medos podem ser apropriados para evitar ameaças e podem se misturar com medos de recorrência de trauma ou sintomas pós-traumáticos). Os grupos com maior risco de erro de diagnóstico incluem migrantes, populações étnicas e racializadas socialmente oprimidas e outros grupos que enfrentam adversidade social e discriminação. O critério de angústia e prejuízo ajuda a distinguir experiências socioculturalmente normativas de sintomas de síndrome de psicose ate-

paranóia).

Consequências funcionais da síndrome de psicose atenuada Muitos indivíduos podem apresentar deficiências funcionais na apresentação. Prejuízos moderados a moderados no funcionamento social e de papéis podem persistir mesmo com a diminuição dos sintomas.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno psicótico breve.

Quando os sintomas da síndrome de psicose atenuada se manifestam inicialmente, eles podem se assemelhar aos sintomas de um transtorno psicótico breve. No entanto, na síndrome da psicose atenuada, os sintomas atenuados (delírios, alucinações ou fala desorganizada) não ultrapassam o limiar da psicose.

Transtorno de personalidade esquizotípica. As características sintomáticas do transtorno de personalidade esquizotípica, particularmente durante os estágios iniciais de apresentação, são semelhantes às da síndrome de psicose atenuada. No entanto, o transtorno de personalidade esquizotípica é um transtorno de traço relativamente estável que não atende aos aspectos dependentes do estado (Critério C) da síndrome de psicose atenuada. Além disso, uma gama mais ampla de sintomas é necessária para o diagnóstico de transtorno de personalidade esquizotípica.

Distorções da realidade que ocorrem em outros transtornos mentais. Distorções da realidade que podem se assemelhar a delírios atenuados podem ocorrer no contexto de outros transtornos mentais (p. contexto de transtorno de ansiedade social, autoestima inflada no contexto de fala pressionada e necessidade reduzida de sono no transtorno bipolar I ou II, sensação de ser incapaz de experimentar sentimentos no contexto de um medo intenso de abandono real ou imaginário e automutilação recorrente no transtorno de personalidade borderline). Se essas distorções da realidade ocorrerem apenas durante

907

no curso de outro transtorno mental, um diagnóstico adicional de síndrome de psicose atenuada não seria feito.

Reação de ajuste da adolescência. Sintomas leves e transitórios típicos do desenvolvimento normal e consistentes com o grau de estresse experimentado não se qualificam para síndrome de psicose atenuada.

Fim extremo da aberração perceptiva e pensamento mágico na população não doente. Esse a possibilidade diagnóstica deve ser fortemente considerada quando as distorções da realidade não estão associadas a sofrimento e comprometimento funcional e necessidade de cuidados.

Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento. Atenuado delírios alucinações atenuadas podem ocorrer no contexto de intoxicação com cannabis, alucinógenos, fenciclidina, inalantes e estimulantes, ou durante a abstinência de álcool e sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. A síndrome de psicose atenuada não deve ser diagnosticada se os sintomas psicóticos atenuados ocorrerem apenas durante o uso da substância, caso em que um diagnóstico de transtorno psicótico induzido por substância/medicamento pode ser preferido.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Uma história de déficit de atenção não exclui um diagnóstico atual de síndrome de psicose atenuada. O comprometimento precoce da atenção pode ser um

condição prodrômica ou transtorno de déficit de atenção/hiperatividade comórbido.

Comorbidade A

maioria dos indivíduos com síndrome de psicose atenuada apresenta algum transtorno mental comórbido, principalmente depressão (41%) e/ou ansiedade (15%). Pouco mais da metade dos indivíduos apresenta pelo menos uma comorbidade no seguimento, a maioria presente quando o indivíduo foi avaliado pela primeira vez; a persistência de comorbidades no seguimento está associada a resultados clínicos e funcionais ruins. Embora alguns indivíduos com diagnóstico de síndrome de psicose atenuada evoluam para o desenvolvimento de um novo diagnóstico, incluindo transtornos de ansiedade, depressivos, bipolares e de personalidade, indivíduos com síndrome de psicose atenuada não apresentam risco aumentado de desenvolver novos transtornos não psicóticos em comparação com indivíduos de controle que procuram ajuda .

Episódios depressivos com hipomania de curta duração

Critérios propostos

Experiência ao longo da vida de pelo menos um episódio depressivo maior que atenda aos seguintes critérios: A. Cinco (ou mais) dos seguintes critérios estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

(Observação: não inclua sintomas claramente atribuíveis a uma condição médica.)

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou observação feita por outras pessoas (por exemplo, parece chorosa). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode haver humor irritável.)
2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (como indicado por relato subjetivo ou observação).
3. Perda de peso significativa quando não faz dieta ou ganho de peso (por exemplo, uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Observação:** em crianças, considere a falha em obter o ganho de peso esperado.)
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outros, não apenas sentimentos subjetivos de inquietação ou desaceleração).

6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não apenas autocensura ou culpa por estar doente).
 8. Capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (seja por conta subjetiva ou conforme observado por outros).
 9. Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- C. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.
- D. A perturbação não é melhor explicada por transtorno esquizoafetivo e não se sobrepõe à esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou outro espectro esquizoafetivo especificado ou não especificado e outro transtorno psicótico.

Pelo menos dois episódios ao longo da vida de períodos hipomaníacos que envolvem os sintomas dos critérios exigidos abaixo, mas são de duração insuficiente (pelo menos 2 dias, mas menos de 4 dias consecutivos) para atender aos critérios para um episódio hipomaníaco. Os sintomas critérios são os seguintes: A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia anormal e persistentemente aumentada.

- B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro se o humor for apenas irritável), representam uma mudança perceptível do comportamento habitual e estiveram presentes a um significativo grau: 1. Auto-estima inflada ou grandiosidade.
2. Diminuição da necessidade de sono (por exemplo, sente-se descansado após apenas 3 horas de sono).
 3. Mais falante do que o habitual ou pressionado a continuar falando.
 4. Vôo de idéias ou experiência subjetiva que os pensamentos estão correndo.
 5. Distração (ou seja, atenção muito facilmente atraída para coisas sem importância ou irrelevantes estímulos externos), conforme relatado ou observado.
 6. Aumento da atividade direcionada a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora.
 7. Envolvimento excessivo em atividades com alto potencial de consequências dolorosas (por exemplo, o indivíduo se envolve em compras desenfreadas, inscrições sexuais ou investimentos comerciais tolos).
- C. O episódio está associado a uma mudança inequívoca no funcionamento que é atípico do indivíduo quando não sintomático.
- D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por

outros.

- E. O episódio não é grave o suficiente para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou para necessitar de hospitalização. Se houver características psicóticas, o episódio é, por definição, maníaco.
- F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. droga de abuso, um medicamento ou outro tratamento).

909

Características diagnósticas

Indivíduos com episódios depressivos com hipomania de curta duração experimentaram pelo menos um episódio depressivo maior, bem como pelo menos dois episódios de 2 a 3 dias de duração nos quais os critérios para um episódio hipomaníaco foram atendidos (exceto pela duração dos sintomas). Esses episódios são de intensidade suficiente para serem classificados como um episódio hipomaníaco, mas não atendem ao requisito de duração de 4 dias. Os sintomas estão presentes em um grau significativo, de modo que representam uma mudança perceptível do comportamento normal do indivíduo.

Um indivíduo com história de um episódio hipomaníaco sindrômico e um episódio depressivo maior por definição tem transtorno bipolar tipo II, independentemente da duração atual dos sintomas hipomaníacos.

Recursos associados

Indivíduos que experimentaram hipomania de curta duração e um episódio depressivo maior, com aumento da comorbidade psiquiátrica, maior história familiar de transtorno bipolar, início precoce, episódios depressivos maiores mais recorrentes e maior taxa de tentativas de suicídio, assemelham-se mais aos indivíduos com transtorno bipolar. transtorno do que aqueles com transtorno depressivo maior.

Prevalência

A prevalência de episódios depressivos com hipomania de curta duração não é clara, pois estudos epidemiológicos ainda não foram publicados usando a definição do DSM-5. Usando critérios um pouco diferentes (hipomania subliminar definida por um dos seguintes: duração menor que 4 dias ou menos de três sintomas do Critério B), o transtorno depressivo maior com hipomania subliminar ocorre em até 6,7% da população dos EUA, tornando-o mais comum do que o transtorno bipolar I ou II. Em contextos clínicos estudados em diversos países, no entanto, episódios depressivos com hipomania de curta duração são cerca de um quarto tão comuns quanto episódios depressivos com hipomania de duração total. Episódios depressivos com hipomania de curta duração podem ser mais comuns em mulheres, que podem apresentar mais características de depressão atípica.

Fatores de risco e prognóstico

Genética e fisiológica. Uma história familiar de transtorno bipolar é três a quatro vezes mais comum entre indivíduos com episódios depressivos com hipomania de curta duração do que entre aqueles com transtorno depressivo maior, enquanto a história familiar de transtorno bipolar é semelhante entre indivíduos com episódios depressivos e de curta duração versus completa. hipomania de duração.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Indivíduos com episódios depressivos com hipomania de curta duração têm maiores taxas de tentativas de suicídio do que indivíduos com transtorno depressivo maior e taxas semelhantes de tentativas de suicídio em comparação com indivíduos com episódios depressivos e hipomania de duração total (transtorno bipolar II).

Consequências Funcionais da Hipomania de Curta Duração As deficiências

funcionais associadas especificamente a episódios depressivos com hipomania de curta duração ainda não estão totalmente determinadas. No entanto, pesquisas sugerem que indivíduos com esse transtorno têm avaliação global semelhante dos escores de funcionamento em comparação com aqueles com episódios depressivos com hipomania de duração total.

910

Diagnóstico Diferencial Transtorno

Bipolar II. O transtorno bipolar II é caracterizado por episódios depressivos maiores e episódios hipomaníacos, enquanto os episódios depressivos com hipomania de curta duração são caracterizados por episódios depressivos com períodos de 2 a 3 dias de sintomas hipomaníacos. Uma vez que um indivíduo tenha experimentado um episódio hipomaníaco completo com duração de 4 dias ou mais, além de episódios depressivos maiores ao longo da vida, o diagnóstico muda e permanece como transtorno bipolar II, independentemente da duração dos futuros períodos de sintomas hipomaníacos.

Transtorno depressivo maior. O transtorno depressivo maior também é caracterizado por pelo menos um episódio depressivo maior ao longo da vida. No entanto, a presença adicional de pelo menos dois períodos ao longo da vida de 2 a 3 dias de sintomas hipomaníacos leva a um diagnóstico de episódios depressivos com hipomania de curta duração, em vez de transtorno depressivo maior.

Transtorno depressivo maior com características mistas. Tanto o transtorno depressivo maior com características mistas quanto os episódios depressivos com hipomania de curta duração são caracterizados pela presença de alguns sintomas hipomaníacos e um episódio depressivo maior. No entanto, o transtorno depressivo maior com características mistas é caracterizado por características hipomaníacas que se manifestam *concomitantemente* com um episódio depressivo maior, enquanto indivíduos com episódios depressivos com hipomania de curta duração experimentam hipomania subsindrômica e depressão maior totalmente sindrômica em momentos diferentes.

Transtorno bipolar I. O transtorno bipolar I é diferenciado de episódios depressivos com hipomania de curta duração por pelo menos um episódio maníaco ao longo da vida, que é mais longo (pelo menos 1 semana) e mais grave (causando prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional ou necessitando de hospitalização para prevenir danos a si mesmo e outros) do que um episódio hipomaníaco. Um episódio (de qualquer duração) que envolva sintomas psicóticos ou necessite de hospitalização é, por definição, um episódio maníaco e não hipomaníaco.

Distúrbio ciclotímico. Enquanto o transtorno ciclotímico é caracterizado por períodos de sintomas depressivos e períodos de sintomas hipomaníacos, a presença de um episódio depressivo maior ao longo da vida impede o diagnóstico de transtorno ciclotímico.

Transtorno por uso de cafeína

Critérios propostos

Um padrão problemático de uso de cafeína levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos os três primeiros dos seguintes critérios ocorrendo em um período de 12 meses:

1. Um desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar o uso de cafeína.
2. Uso continuado de cafeína apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela cafeína.
3. Desistência, manifestada por qualquer um dos seguintes:
 - uma. A síndrome de abstinência característica da cafeína.
 - b. A cafeína (ou uma substância intimamente relacionada) é tomada para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
4. A cafeína é frequentemente consumida em quantidades maiores ou por um período mais longo do que era pretendido.
5. Uso recorrente de cafeína resultando em falha no cumprimento de obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo, atrasos repetidos ou ausências do trabalho ou da escola relacionadas ao uso ou abstinência de cafeína).
6. Uso continuado de cafeína apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da cafeína (por exemplo, discussões com o cônjuge sobre as consequências do uso, problemas médicos, custo).

911

7. Tolerância, conforme definido por qualquer um dos seguintes:
 - uma. Necessidade de quantidades marcadamente aumentadas de cafeína para alcançar o efeito desejado.
 - b. Efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de cafeína.
8. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter cafeína, usar cafeína ou recuperar-se de seus efeitos.
9. Craving ou um forte desejo ou urgência de usar cafeína.

Vários estudos de pesquisa forneceram documentação e caracterização de indivíduos com uso problemático de cafeína, e várias revisões fornecem uma análise dessa literatura. O algoritmo diagnóstico de trabalho proposto para o estudo do transtorno por uso de cafeína difere dos demais transtornos por uso de substâncias, refletindo a necessidade de identificar apenas casos que tenham importância clínica suficiente para justificar a rotulagem de transtorno mental. Um dos principais objetivos de incluir o transtorno por uso de cafeína nesta seção do DSM-5 é estimular pesquisas que determinarão a confiabilidade, validade e prevalência do transtorno por uso de cafeína com base no esquema diagnóstico proposto, com atenção especial à associação do diagnóstico com deficiências funcionais como parte do teste de validade.

Os critérios propostos para transtorno por uso de cafeína refletem a necessidade de um limiar diagnóstico superior ao utilizado para os demais transtornos por uso de substâncias. Tal limiar destina-se a prevenir o sobrediagnóstico do transtorno por uso de cafeína devido à alta taxa de uso diário habitual não problemático de cafeína na população em geral.

Características Diagnósticas

O transtorno por uso de cafeína é caracterizado pelo uso continuado de cafeína e falha no controle do uso apesar das consequências físicas e/ou psicológicas negativas. Em duas pesquisas populacionais dos EUA, 14%–17% dos usuários de cafeína endossaram o uso de cafeína apesar de problemas físicos ou psicológicos, 34%–45% relataram desejo persistente ou esforços malsucedidos para controlar o uso de cafeína e 18%–27% relataram abstinência ou uso de cafeína para aliviar ou evitar a abstinência. Nessas mesmas pesquisas, alguns usuários de cafeína relataram usar mais cafeína do que o pretendido, gastar muito tempo usando ou obtendo cafeína (por exemplo, tomando café o dia todo e até a noite), tolerância, um forte desejo ou desejo por cafeína, falha em cumprir as principais obrigações de papel devido à cafeína (por exemplo, passar o tempo de férias com a família procurando bebidas com cafeína, resultando em problemas de relacionamento; repetidamente atrasado para o trabalho devido à necessidade de tomar café) e, em muito menor grau, uso de cafeína apesar do relacionamento social ou interpessoal problemas. Os problemas médicos e psicológicos atribuídos à cafeína incluíam problemas cardíacos, estomacais e urinários, além de queixas de ansiedade, depressão, insônia, irritabilidade e dificuldade para pensar.

Em um estudo com 2.259 consumidores de cafeína húngaros, a análise fatorial dos nove critérios de transtorno por uso de cafeína resultou em uma solução de um fator, sugerindo que o transtorno por uso de cafeína é um construto unitário. Em dois estudos de tratamento de cafeína na área de Baltimore, os critérios mais comumente endossados foram abstinência (97%), desejo persistente ou esforços malsucedidos para controlar o uso (91%–94%) e uso apesar do conhecimento de problemas físicos ou psicológicos causados pela cafeína (75%–91%).

Entre os indivíduos que procuram tratamento para o uso problemático de cafeína, 88% relataram ter feito tentativas sérias anteriores de modificar o uso de cafeína e 43% a 47% relataram ter sido aconselhados por um profissional médico a reduzir ou eliminar a cafeína. Razões comuns relatadas para modificar o uso de cafeína foram relacionadas à saúde (59%) e o desejo de não ser dependente de cafeína (35%).

O texto para abstinência de cafeína no capítulo da Seção II “Transtornos Relacionados a Substâncias e Dependências” fornece informações sobre as características do critério de abstinência. Está bem documentado que os usuários habituais de cafeína podem experimentar uma síndrome de abstinência bem definida após a abstinência aguda de cafeína, e muitos indivíduos dependentes de cafeína relatam o uso contínuo de cafeína para evitar sintomas de abstinência.

Prevalência

A prevalência do transtorno por uso de cafeína na população em geral não é clara. Um estudo populacional em Vermont relatou que 9% dos indivíduos endossaram os três critérios propostos para transtorno por uso de cafeína do DSM-5 mais tolerância. Em uma amostra de 1.006 adultos consumidores de cafeína recrutados usando cotas demográficas para refletir a população dos EUA, 8% endossaram todos os três critérios necessários para um diagnóstico de transtorno por uso de cafeína.

Em uma amostra de adolescentes consumidores de cafeína que se apresentaram para atendimento médico de rotina em um hospital de Boston, 3,9% endossaram todos os três critérios necessários para o diagnóstico de transtorno por uso de cafeína. Entre uma amostra de conveniência de consumidores de cafeína na Hungria, 13,9% endossaram todos os três critérios, com 4,3% daqueles relatando que os sintomas causavam sofrimento significativo em sua vida cotidiana.

Desenvolvimento e Curso Indivíduos

cujo padrão de uso atende aos critérios para um transtorno por uso de cafeína mostraram uma ampla gama de ingestão diária de cafeína e foram consumidores de vários tipos de produtos cafeinados (por exemplo, café, refrigerantes, chá, bebidas energéticas) e medicamentos. Um diagnóstico de transtorno por uso de cafeína mostrou prever prospectivamente uma maior incidência de reforço de cafeína e abstinência mais grave.

Não houve pesquisas longitudinais ou transversais sobre o transtorno por uso de cafeína. O transtorno por uso de cafeína foi identificado em adolescentes e adultos. As taxas de consumo de cafeína e o nível geral de consumo de cafeína nos Estados Unidos tendem a aumentar com a idade. Os fatores relacionados à idade para o transtorno por uso de cafeína são desconhecidos, embora esteja crescendo a preocupação relacionada ao consumo excessivo de cafeína entre adolescentes e adultos jovens por meio do uso de bebidas energéticas com cafeína.

Fatores de Risco e Prognósticos Genéticos e fisiológicos

Herdabilidades de uso pesado de cafeína, tolerância à cafeína e abstinência de cafeína variam de 35% a 77%. Para uso de cafeína, uso de álcool e tabagismo, um fator genético comum (uso de polissubstâncias) está subjacente ao uso dessas três substâncias, com 28%–41% dos efeitos hereditários do uso de cafeína (ou uso pesado) compartilhados com álcool e tabagismo. Os transtornos do uso e uso de cafeína e tabaco estão associados e substancialmente influenciados por fatores genéticos exclusivos dessas drogas lícitas. A magnitude da herdabilidade para marcadores de transtorno por uso de cafeína parece ser semelhante à dos marcadores de transtorno por uso de álcool e tabaco.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura O

consumo de cafeína é afetado pela origem geográfica, contexto cultural, estilo de vida, comportamento social e status econômico. O tipo de bebida cafeinada preferida (por exemplo, chá; café; refrigerantes carbonatados contendo cafeína; *mate* [uma bebida feita da erva -*mate*]) e o modo de preparação variam globalmente, levando a diferenças marcantes nas quantidades e tipos de compostos em uma “xícara” de café, chá ou *mate*. Essas diferenças devem ser consideradas na avaliação da quantidade de cafeína ingerida.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Nenhuma pesquisa aborda especificamente a relação entre o transtorno por uso de cafeína e pensamentos ou comportamentos suicidas. Há evidências contraditórias quanto ao consumo de cafeína; ou seja, que altos níveis de consumo de cafeína podem estar associados ao aumento do risco de pensamentos ou comportamentos suicidas ou podem ser protetores para pensamentos ou comportamentos suicidas.

Consequências funcionais do transtorno por uso de cafeína Uma pesquisa

populacional dos EUA descobriu que aqueles que preenchiam os critérios para transtorno por uso de cafeína eram mais propensos a relatar maior sofrimento relacionado à cafeína, sentir-se mal ou culpado pelo uso de cafeína, problemas de sono, ansiedade, depressão e estresse. Um maior número de sintomas totais endossados também previu esses resultados negativos. O transtorno do uso de cafeína pode prever um maior uso de cafeína durante a gravidez.

Diagnóstico Diferencial Uso

não problemático de cafeína. A distinção entre uso não problemático de cafeína e transtorno por uso de cafeína pode ser difícil de fazer porque problemas sociais, comportamentais ou psicológicos podem ser difíceis de atribuir à substância, especialmente no contexto do uso de outras substâncias. O uso regular e pesado de cafeína que pode resultar em tolerância e abstinência é relativamente comum, o que por si só não deve ser suficiente para fazer um diagnóstico.

Outros transtornos por uso de estimulantes Problemas relacionados ao uso de outros medicamentos ou substâncias estimulantes pode aproximar as características do transtorno por uso de cafeína.

Transtornos de ansiedade. O uso intenso crônico de cafeína pode imitar o transtorno de ansiedade generalizada e ansiedade. o consumo de cafeína pode produzir e imitar ataques de pânico.

Comorbidades As

comorbidades associadas ao transtorno por uso de cafeína incluem tabagismo diário, transtorno por uso de cannabis e história familiar ou pessoal de transtorno por uso de álcool. Em comparação com indivíduos da população geral, as taxas de transtorno por uso de cafeína são maiores entre aqueles que procuram tratamento para uso problemático de cafeína; indivíduos que usam tabaco; estudantes do ensino médio e universitários; e aqueles com histórico de uso indevido de álcool ou drogas ilícitas. As características do transtorno por uso de cafeína podem estar positivamente associadas a vários diagnósticos: depressão maior, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, transtorno de personalidade antissocial e transtornos por uso de álcool, cannabis e cocaína.

Distúrbio de jogos na Internet

Critérios propostos

Uso persistente e recorrente da Internet para participar de jogos, geralmente com outros jogadores, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes em um período de 12 meses: 1. Preocupação com jogos na Internet. (O indivíduo pensa na atividade de jogo anterior ou antecipa a partida do próximo jogo; o jogo na Internet torna-se a atividade dominante na vida diária.)

Nota: Este transtorno é distinto do jogo na Internet, que está incluído no transtorno do jogo.

2. Sintomas de abstinência quando o jogo na Internet é retirado. (Esses sintomas são tipicamente descritos como irritabilidade, ansiedade ou tristeza, mas não há sinais físicos de abstinência farmacológica.)
3. Tolerância - a necessidade de passar cada vez mais tempo engajado na Internet jogos.
4. Tentativas malsucedidas de controlar a participação em jogos na Internet.
5. Perda de interesse em hobbies e entretenimento anteriores como resultado de, e com exceção de, jogos na Internet.

914

6. Uso excessivo continuado de jogos na Internet apesar do conhecimento de problemas psicossociais problemas.
7. Enganou membros da família, terapeutas ou outros sobre a quantidade de jogos na Internet.
8. Uso de jogos na Internet para escapar ou aliviar um humor negativo (por exemplo, sentimentos de impotência, culpa, ansiedade).
9. Prejudicou ou perdeu um relacionamento significativo, emprego ou educação ou carreira oportunidade devido à participação em jogos na Internet.

Nota: Apenas jogos de Internet que não sejam jogos de azar estão incluídos neste distúrbio. O uso da Internet para atividades necessárias em um negócio ou profissão não está incluído; nem o distúrbio pretende incluir outro uso recreativo ou social da Internet. Da mesma forma, os sites sexuais da Internet são excluídos.

Especifique a gravidade atual:

o distúrbio de jogos na Internet pode ser leve, moderado ou grave, dependendo do grau de interrupção das atividades normais. Indivíduos com transtorno de jogo na Internet menos grave podem apresentar menos sintomas e menos interrupções em suas vidas.
Aqueles com distúrbios graves de jogos na Internet terão mais horas gastos no computador e perda mais grave de relacionamentos ou oportunidades de carreira ou escola.

O transtorno do jogo é atualmente o único transtorno não relacionado a substâncias incluído no capítulo II da Seção II do DSM 5 “Transtornos relacionados a substâncias e vícios”. No entanto, existem outros transtornos comportamentais que mostram algumas semelhanças com transtornos por uso de substâncias e transtorno de jogo para os quais a palavra *vício* é comumente usada em ambientes não médicos, e a única condição com uma literatura considerável é o jogo compulsivo de jogos na Internet. Os jogos na Internet foram definidos como um “vício” pelo governo chinês e são considerados uma ameaça à saúde pública na Coreia do Sul, onde foram criados sistemas de tratamento e prevenção. Relatos de tratamento dessa condição apareceram em revistas médicas, principalmente de países asiáticos, mas também nos Estados Unidos e em outros países de alta renda.

O grupo de trabalho do DSM-5 revisou mais de 240 artigos e encontrou algumas semelhanças comportamentais dos jogos na Internet com o transtorno do jogo e com os transtornos por uso de substâncias. A literatura sofre, no entanto, com a falta de uma definição padrão para derivar os dados de prevalência. Falta também a compreensão das histórias naturais dos casos, com ou sem tratamento. o

a literatura descreve muitas semelhanças subjacentes aos vícios de substâncias, incluindo aspectos de tolerância, abstinência, repetidas tentativas malsucedidas de reduzir ou parar e prejuízo no funcionamento normal. Além disso, as taxas de prevalência aparentemente altas, tanto nos países asiáticos quanto no Ocidente, justificaram a inclusão desse transtorno na Seção III do DSM-5 e no capítulo Transtornos Mentais, Comportamentais e do Neurodesenvolvimento da CID-11. Observe que, desde a publicação do DSM-5, o número de relatórios clínicos continuou a se acumular, mas muitos dos problemas permanecem sem solução.

O transtorno de jogos na Internet alcançou importância significativa para a saúde pública, e pesquisas adicionais podem eventualmente levar a evidências de que o transtorno de jogos na Internet (também comumente referido como *transtorno de uso da Internet, vício em Internet ou vício em jogos*) tem mérito como um distúrbio independente. Tal como acontece com o transtorno do jogo, deve haver estudos epidemiológicos para determinar a prevalência, curso clínico, possível influência genética e potenciais fatores biológicos com base, por exemplo, em dados de imagem cerebral.

Recursos de diagnóstico

A característica essencial do distúrbio do jogo na Internet é um padrão de participação excessiva e prolongada em jogos na Internet que resulta em um conjunto de sintomas cognitivos e comportamentais, incluindo perda progressiva de controle sobre o jogo, tolerância e retraiamento.

915

sintomas, análogos aos sintomas de transtornos por uso de substâncias. Esses jogos baseados na Internet geralmente envolvem competição entre grupos de jogadores que geralmente estão em diferentes regiões globais, de modo que a duração prolongada do jogo é incentivada pela independência do fuso horário. Embora o distúrbio de jogos na Internet envolva mais frequentemente jogos específicos da Internet com competição multijogador, também pode incluir jogos off-line computadorizados não-Internet, embora estes tenham sido menos pesquisados. Os jogos na Internet geralmente incluem um aspecto significativo das interações sociais durante o jogo, e os aspectos da equipe do jogo parecem ser uma motivação fundamental. Tentativas de direcionar o indivíduo para o trabalho escolar ou atividades interpessoais são fortemente combatidas.

Indivíduos com transtorno de jogos na Internet continuam sentados em um computador e se envolvem em atividades de jogos, apesar da negligência de outras atividades. Eles normalmente dedicam de 8 a 10 horas ou mais por dia a essa atividade e pelo menos 30 horas por semana. Se eles são impedidos de usar um computador e voltar ao jogo, ficam agitados e irritados. Eles geralmente passam longos períodos sem comer ou dormir. Obrigações normais, como escola ou trabalho, ou obrigações familiares são negligenciadas.

Até que os critérios e limiares ótimos para o diagnóstico sejam determinados empiricamente, definições conservadoras devem ser usadas, de modo que os diagnósticos sejam considerados para o endoso de cinco ou mais dos nove critérios.

Recursos associados

Embora nenhum tipo de personalidade consistente associado ao transtorno de jogos na Internet tenha sido identificado, afetividade negativa, distanciamento, antagonismo, desinibição e psicoticismo foram associados ao transtorno. Indivíduos com jogos compulsivos na Internet demonstraram ativação cerebral em regiões específicas desencadeadas pela exposição ao jogo na Internet, mas não se limitando às estruturas do sistema de recompensa.

Prevalência

A prevalência média de 12 meses de transtorno de jogos na Internet é estimada em 4,7% em vários países, com um intervalo de 0,7% a 15,6% entre os estudos. Pesquisas usando os critérios propostos pelo DSM-5 sugerem que a prevalência é semelhante em países asiáticos e ocidentais. Nos Estados Unidos, com base em grandes pesquisas baseadas na Internet, a prevalência do distúrbio de jogos na Internet do DSM-5 é de 1% ou menos. Uma meta-análise internacional de 16 estudos encontrou uma prevalência combinada de transtorno de jogos na Internet entre adolescentes de 4,6%, com meninos/homens adolescentes geralmente relatando uma taxa de prevalência mais alta (6,8%) do que meninas/mulheres adolescentes (1,3%).

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. A disponibilidade do computador com ligação à Internet permite o acesso aos tipos de jogos com os quais o distúrbio de jogos na Internet é mais frequentemente associado.

Genética e fisiológica. Homens adolescentes parecem estar em maior risco de desenvolver Internet desordem de jogo.

Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero

O transtorno de jogos na Internet parece ser mais comum em homens adolescentes e adultos jovens do que em mulheres adolescentes e adultas jovens. Os meninos adolescentes com idades entre 12 e 15 anos também podem estar em maior risco de efeitos adversos de jogos desordenados (por exemplo, notas escolares mais baixas, solidão). Também pode haver diferenças de gênero nos tipos de jogos jogados, em que meninas adolescentes de 12 a 15 anos tendem a escolher jogos que incluem quebra-cabeças, música e temas sociais e educacionais, enquanto meninos adolescentes da mesma idade costumam escolher ação, luta, estratégia e jogos de role-playing que podem ter maior potencial viciante.

916

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Poucos estudos abordam especificamente o suicídio em indivíduos diagnosticados com transtorno de jogos na Internet, mas estudos sobre um fenótipo mais amplo de comportamentos problemáticos na Internet e jogos online estão disponíveis. Uma pesquisa domiciliar nacionalmente representativa de jovens australianos com idades entre 11 e 17 anos (Young Minds Matter) descobriu que o comportamento problemático na Internet e nos jogos online estava associado a um maior risco de tentativa de suicídio no ano anterior. Depois de controlar dados demográficos, depressão, apoio familiar e autoestima, um estudo de pesquisa com 9.510 estudantes taiwaneses com idades entre 12 e 18 anos descobriu que o vício em internet, incluindo jogos online, estava associado a pensamentos suicidas e tentativas de suicídio. Em uma amostra representativa de 8.807 alunos de escolas europeias selecionadas aleatoriamente, 3,62% tinham transtorno de jogo na Internet (usando os critérios do DSM-5) e 3,11% dos alunos foram considerados como tendo uso patológico da Internet, mas não eram jogadores.

Ambos os grupos apresentaram riscos igualmente aumentados para sintomas emocionais, transtorno de conduta, hiperatividade/desatenção, comportamentos autolesivos e pensamentos e comportamentos suicidas. Os efeitos na saúde mental do uso problemático da Internet, incluindo pensamentos ou comportamentos suicidas, parecem estar relacionados e talvez mediados pelo impacto do uso problemático da Internet no sono.

Consequências funcionais do distúrbio de jogos na Internet

O distúrbio de jogos na Internet pode levar ao fracasso escolar, perda de emprego ou fracasso no casamento. O comportamento compulsivo de jogo tende a excluir as atividades sociais, escolares e familiares normais.

Os alunos podem mostrar notas em declínio e, eventualmente, reprovação na escola. As responsabilidades familiares podem ser negligenciadas.

Diagnóstico Diferencial O uso

excessivo da Internet que não envolve jogos on-line (por exemplo, uso excessivo de mídias sociais, como Facebook; visualização de pornografia on-line) não é considerado análogo ao transtorno de jogos na Internet, e pesquisas futuras sobre outros usos excessivos da Internet precisam seguir diretrizes semelhantes às sugeridas aqui. O jogo excessivo online pode se qualificar para um diagnóstico separado de transtorno de jogo.

Comorbidade Saúde

pode ser negligenciada devido ao jogo compulsivo. Outros diagnósticos que podem estar associados ao transtorno de jogos na Internet incluem transtorno depressivo maior, TDAH e transtorno obsessivo compulsivo.

Transtorno neurocomportamental associado ao pré-natal Exposição ao álcool

Critérios propostos

- A. Mais do que exposição mínima ao álcool durante a gestação, inclusive antes do reconhecimento da gravidez. A confirmação da exposição gestacional ao álcool pode ser obtida a partir do autorrelato materno de uso de álcool na gravidez, registros médicos ou outros, ou observação clínica.
- B. Funcionamento neurocognitivo prejudicado, manifestado por um ou mais dos a seguir: 1.
 - Prejuízo no desempenho intelectual global (ou seja, QI de 70 ou menos, ou uma pontuação padrão de 70 ou menos em uma avaliação abrangente de desenvolvimento).
 2. Prejuízo no funcionamento executivo (por exemplo, planejamento e organização deficientes; inflexibilidade; dificuldade com inibição comportamental).
 3. Prejuízo na aprendizagem (por exemplo, desempenho acadêmico inferior ao esperado para Nível intelectual; dificuldade específica de aprendizagem).
 4. Comprometimento da memória (por exemplo, problemas para lembrar informações aprendidas recentemente; cometer os mesmos erros repetidamente; dificuldade para lembrar instruções verbais longas).

5. Deficiência no raciocínio visuo-espacial (por exemplo, desenhos ou construções desorganizados ou mal planejados; problemas para diferenciar a esquerda da direita).

C. Auto-regulação prejudicada, manifestada por um ou mais dos seguintes:

1. Prejuízo no humor ou na regulação comportamental (por exemplo, labilidade do humor; afeto negativo ou irritabilidade; frequentes explosões comportamentais).

2. Déficit de atenção (por exemplo, dificuldade em desviar a atenção; dificuldade em sustentar esforço).

3. Prejuízo no controle de impulsos (por exemplo, dificuldade em esperar a vez; dificuldade em obedecer com regras).

D. Prejuízo no funcionamento adaptativo, manifestado por dois ou mais dos a seguir, um dos quais deve ser (1) ou (2): 1. Déficit de comunicação (por exemplo, atraso na aquisição da linguagem; dificuldade em entender a linguagem falada).

2. Prejuízo na comunicação e interação social (por exemplo, excessivamente amigável com estranhos; dificuldade em ler pistas sociais; dificuldade em entender as consequências sociais).

3. Prejuízo nas habilidades da vida diária (por exemplo, demora para ir ao banheiro, alimentar-se ou tomar banho; dificuldade em administrar a agenda diária).

4. Prejuízo nas habilidades motoras (por exemplo, desenvolvimento motor fino deficiente; atraso na obtenção de marcos motores grossos ou déficits contínuos na função motora grossa; déficits de coordenação e equilíbrio).

E. O início do transtorno (sintomas nos Critérios B, C e D) ocorre na infância.

F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

G. O transtorno não é melhor explicado pelos efeitos fisiológicos diretos associados ao uso pós-natal de uma substância (por exemplo, um medicamento, álcool ou outras drogas), uma condição médica geral (por exemplo, lesão cerebral traumática, delírio, demência), outra condição conhecida teratógeno (por exemplo, síndrome da hidantoína fetal), uma condição genética (por exemplo, síndrome de Williams, síndrome de Down, síndrome de Cornelia de Lange) ou negligência ambiental.

O álcool é um teratógeno neurocomportamental, e a exposição pré-natal ao álcool tem efeitos teratogênicos no desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC) e na função subsequente. *O transtorno neurocomportamental associado à exposição pré-natal ao álcool (ND-PAE)* é um novo termo esclarecedor, destinado a abranger toda a gama de deficiências de desenvolvimento associadas à exposição ao álcool no útero. O ND-PAE pode ser diagnosticado tanto na ausência quanto na presença dos efeitos físicos da exposição pré-natal ao álcool (por exemplo, dismorfologia facial necessária para o diagnóstico de síndrome alcoólica fetal).

Recursos de diagnóstico

As características essenciais do ND-PAE são a manifestação de comprometimentos neurocognitivos,

funcionamento comportamental e adaptativo associado à exposição pré-natal ao álcool. A deficiência pode ser documentada com base em avaliações diagnósticas anteriores (por exemplo, avaliações psicológicas ou educacionais) ou registros médicos, relatórios do indivíduo ou informantes e/ou observação de um clínico.

Um diagnóstico clínico de síndrome alcoólica fetal, incluindo dismorfologia facial pré-natal específica relacionada ao álcool e retardo de crescimento, pode ser usado como evidência de

918

níveis significativos de exposição pré-natal ao álcool; diretrizes específicas para dismorfologia facial foram desenvolvidas para diversas fisionomias etnoraciais. Embora estudos em animais e humanos tenham documentado efeitos adversos de níveis mais baixos de consumo de álcool, identificar quanta exposição pré-natal é necessária para impactar significativamente o resultado do desenvolvimento neurológico continua sendo um desafio. Os dados sugerem que uma história de exposição gestacional maior que a mínima antes do reconhecimento da gravidez e/ou após o reconhecimento da gravidez pode ser necessária. Mais do que a exposição mínima é definida como mais de 13 bebidas por mês durante a gravidez ou mais de 2 bebidas em qualquer ocasião. A identificação de um limite mínimo de consumo de álcool durante a gravidez exigirá a consideração de uma variedade de fatores conhecidos por afetar a exposição e/ou interagir para influenciar os resultados do desenvolvimento, incluindo estágio de desenvolvimento pré-natal, tabagismo gestacional, genética materna e fetal e estado físico materno (ou seja, idade, saúde e alguns problemas obstétricos).

Os sintomas de ND-PAE incluem prejuízo acentuado no desempenho intelectual global (QI) ou deficiências neurocognitivas em qualquer uma das seguintes áreas: funcionamento executivo, aprendizado, memória e/ou raciocínio visuo-espacial. Prejuízos na autorregulação estão presentes e podem incluir prejuízo no humor ou na regulação comportamental, déficit de atenção ou prejuízo no controle de impulsos. Finalmente, as deficiências no funcionamento adaptativo incluem déficits de comunicação e prejuízo na comunicação e interação social. Prejuízo nas habilidades de vida diária (auto-ajuda) e prejuízo nas habilidades motoras podem estar presentes. Como pode ser difícil obter uma avaliação precisa das habilidades neurocognitivas de crianças muito pequenas, é apropriado adiar um diagnóstico para crianças de 3 anos de idade ou menos.

Recursos associados

As características associadas variam dependendo da idade, do grau de exposição ao álcool e do ambiente do indivíduo. Um indivíduo pode ser diagnosticado com esse transtorno, independentemente da origem socioeconômica ou cultural. No entanto, o uso indevido contínuo de álcool/substâncias dos pais, doença mental dos pais, exposição à violência doméstica ou comunitária, negligência ou abuso, relacionamentos de cuidado interrompidos, múltiplas colocações fora de casa e falta de continuidade nos cuidados médicos ou de saúde mental estão frequentemente presentes.

Prevalência

Nos Estados Unidos, a prevalência de ND-PAE (abrangendo transtornos do espectro alcoólico fetal) foi estimada em 15,2/1.000 (variação: 11,3–50,0/1.000), com estimativas mais altas derivadas quando apenas crianças com avaliações completas foram incluídas (31,1–98,5/1.000). Quando subpopulações vulneráveis são consideradas, as taxas de ND-PAE podem ser muito mais altas (por exemplo, entre crianças em

de cuidados, 251,5/1.000), de acordo com uma meta-análise de dados de vários países. Em 2012, a prevalência média global de transtorno do espectro alcoólico fetal na população geral foi de 7,7 por 1.000 indivíduos, com prevalência de 8,8 por 1.000 na região das Américas (incluindo os Estados Unidos).

Desenvolvimento e Curso

Entre os indivíduos com exposição pré-natal ao álcool, a evidência de disfunção do SNC varia de acordo com o estágio de desenvolvimento. Embora cerca de metade das crianças expostas ao álcool no período pré-natal apresentem atraso acentuado no desenvolvimento nos primeiros 3 anos de vida, outras crianças afetadas pela exposição pré-natal ao álcool podem não apresentar sinais de disfunção do SNC até a idade pré-escolar ou escolar. Além disso, deficiências em processos cognitivos de ordem superior (ou seja, funcionamento executivo), que são frequentemente associados à exposição pré-natal ao álcool, podem ser mais facilmente avaliados em crianças mais velhas. Quando as crianças atingem a idade escolar, as dificuldades de aprendizagem, o comprometimento da função executiva e os problemas com as funções integrativas da linguagem geralmente surgem mais claramente, e tanto os déficits de habilidades sociais quanto o comportamento desafiador podem se tornar mais evidentes. Em particular, como a escola e outros requisitos

919

tornam-se mais complexos, observam-se maiores déficits. Por isso, os anos escolares representam as idades em que o diagnóstico de ND-PAE seria mais provável.

Fatores de risco e prognóstico

Ambiental. Baixo nível socioeconômico e baixo nível educacional da mãe são fatores de risco para a síndrome alcoólica fetal. Essa associação está relacionada a fatores sociais, estruturais e psicológicos que podem aumentar o risco de beber materno ou piorar seu impacto, incluindo determinantes sociais de saúde, como a alta concentração de lojas de bebidas em comunidades de baixa renda e etnoracialmente segregadas.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Fatores socioeconômicos e culturais afetam o consumo de álcool durante a gravidez, que varia globalmente de 0,2% na região do Mediterrâneo Oriental a 25,2% na região europeia.

Indivíduos pertencentes a grupos étnicos que têm proporções mais altas de certos alelos de enzimas metabolizadoras de álcool (por exemplo, de aldeído desidrogenase 2) podem ser menos propensos a exibir os efeitos da exposição pré-natal ao álcool.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

O suicídio é um resultado de alto risco, com taxas aumentando significativamente no final da adolescência e início da idade adulta. Análises do banco de dados nacional canadense de transtorno do espectro alcoólico fetal (FASD) mostraram que, entre os indivíduos com DESAF que têm regulação do afeto prejudicada, há um risco marcadamente maior de pensamentos ou comportamentos suicidas. Em um registro baseado em Alberta, descobriu-se que os indivíduos com síndrome alcoólica fetal têm um risco marcadamente aumentado de morte prematura, com 15% morrendo por suicídio. Na Califórnia, um estudo com 54 adolescentes de 13 a 18 anos com

FASD também demonstrou taxas marcadamente mais altas de pensamentos suicidas e tentativas sérias (todos por meninos) em comparação com a população geral de adolescentes dos EUA. Em uma pesquisa canadense, as mães de indivíduos com FASD tinham mais de seis vezes mais chances de morrer por suicídio e quase cinco vezes mais chances de tentar suicídio após dar à luz uma criança com FASD em comparação com mães cujos filhos não tinham FASD, sugerindo que o aumento das taxas de ideação suicida e tentativas de suicídio entre jovens com TEAF pode ser mediado por fatores familiares (genéticos e/ou ambientais), além de qualquer risco conferido pela própria condição de TEAF.

Consequências Funcionais do Transtorno Neurocomportamental Associado à Exposição Pré-Natal ao Álcool

A disfunção do SNC observada em indivíduos com ND-PAE muitas vezes leva a decréscimos no comportamento adaptativo e ao comportamento desadaptativo com consequências ao longo da vida. Anormalidades têm sido associadas ao ND-PAE em vários sistemas de órgãos, incluindo coração, rim, fígado, trato gastrointestinal e sistemas endócrinos. Indivíduos afetados pela exposição pré-natal ao álcool têm maior prevalência de experiências escolares interrompidas, registros de emprego ruins, problemas com a lei, confinamento (legal ou psiquiátrico) e condições de vida dependentes.

Diagnóstico Diferencial

Outras considerações incluem exposição materna a outras substâncias durante o período pré-natal; assistência pré-natal precária; os efeitos fisiológicos do uso pós-natal de substâncias, como medicamentos, álcool ou outras substâncias; distúrbios devidos a outra condição médica, como lesão cerebral traumática ou outros distúrbios neurocognitivos (por exemplo, delírio, distúrbio neurocognitivo maior [demência]); e descaso ambiental.

Condições genéticas como síndrome de Williams, síndrome de Down ou Cornelia de Lange síndrome e outras condições teratogênicas, como síndrome de hidantoína fetal e

920

a fenilcetonúria materna pode ter características físicas e comportamentais semelhantes. Uma revisão cuidadosa do histórico de exposição pré-natal é necessária para esclarecer o agente teratogênico, e uma avaliação por um geneticista clínico pode ser necessária para distinguir as características físicas associadas a essas e outras condições genéticas.

Comorbidade

Problemas de saúde mental foram identificados em mais de 90% dos indivíduos com história de exposição significativa ao álcool no pré-natal. O diagnóstico concomitante mais comum é transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, mas pesquisas mostraram que indivíduos com ND-PAE diferem em características neuropsicológicas e em sua responsividade a intervenções farmacológicas. Outros transtornos coocorrentes de alta probabilidade incluem transtorno desafiador opositivo e transtorno de conduta, mas a adequação desses diagnósticos deve ser ponderada no contexto dos prejuízos significativos no funcionamento intelectual e executivo geral que são frequentemente associados à exposição pré-natal ao álcool. Sintomas de humor, incluindo sintomas de transtorno bipolar e transtornos depressivos, foram descritos. A história de exposição pré-natal ao álcool está associada a um risco aumentado de transtornos por uso de tabaco, álcool e outras substâncias.

Transtorno de Comportamento Suicida

Critérios propostos

R. Nos últimos 24 meses, o indivíduo fez uma tentativa de suicídio.

Nota: Uma tentativa de suicídio é uma sequência de comportamentos auto-iniciada por um indivíduo que, no momento da iniciação, esperava que o conjunto de ações levasse à sua própria morte. (O “tempo de iniciação” é o momento em que ocorreu um comportamento que envolveu a aplicação do método.)

- B. O ato não atende aos critérios para autolesão não suicida – isto é, não envolve autolesão direcionada à superfície do corpo realizada para induzir alívio de um sentimento/estado cognitivo negativo ou para alcançar um estado de humor positivo.
- C. O diagnóstico não se aplica à ideação suicida ou a atos preparatórios.
- D. O ato não foi iniciado em estado de delírio ou confusão.
- E. O ato não foi realizado apenas para um objetivo político ou religioso.

Especifique

se: **Atual:** Não mais de 12 meses desde a última tentativa.

Em remissão precoce: 12-24 meses desde a última tentativa.

Nota: Códigos da CID-10-CM para indicar se o comportamento suicida é parte da apresentação clínica atual (**T14.91A** para encontro inicial e **T14.91D** para encontros subsequentes) e/ou se houve história prévia de comportamento suicida (**Z91 .51**) estão disponíveis para uso clínico para acompanhar qualquer diagnóstico do DSM-5; além disso, os códigos podem ser registrados na ausência de um diagnóstico do DSM-5. A definição desses códigos está incluída na Seção II, “Outras condições que podem ser foco de atenção clínica” (consulte “Comportamento suicida”).

Especificadores

O comportamento suicida é frequentemente categorizado em termos de violência do método. Geralmente, overdose com substâncias legais ou ilegais são consideradas métodos não violentos, enquanto saltos, ferimentos a bala e outros métodos são considerados violentos. Outra dimensão para classificação são as consequências médicas do comportamento, sendo as tentativas de alta letalidade definidas como aquelas que requerem internação médica além de uma visita a uma emergência

921

departamento. Uma dimensão adicional considerada inclui o grau de planejamento versus impulsividade da tentativa, característica que pode ter consequências para o desfecho médico de uma tentativa de suicídio.

Se o comportamento suicida ocorreu 12 a 24 meses antes da avaliação, a condição é considerada em remissão precoce.

Características Diagnósticas

A manifestação essencial do transtorno do comportamento suicida é uma tentativa de suicídio. Uma *tentativa de suicídio* é um comportamento que o indivíduo empreendeu com pelo menos alguma intenção de morrer. O comportamento pode ou não levar a lesões ou consequências médicas graves. Vários fatores podem influenciar as consequências médicas da tentativa de suicídio, incluindo planejamento inadequado, falta de conhecimento sobre a letalidade do método escolhido, baixa intencionalidade ou ambivalência ou intervenção casual de terceiros após o início do comportamento. Estes não devem ser considerados na atribuição do diagnóstico.

Determinar o grau de intenção pode ser um desafio. Os indivíduos podem não reconhecer a intenção, especialmente em situações em que isso pode resultar em hospitalização ou causar sofrimento aos entes queridos. Os marcadores de risco incluem o grau de planejamento, incluindo a seleção de hora e local para minimizar o resgate ou interrupção; o estado mental do indivíduo no momento do comportamento, sendo a agitação aguda especialmente preocupante; alta recente de internação; ou descontinuação recente de um estabilizador de humor como lítio ou um antipsicótico como clozapina no caso de esquizofrenia. Exemplos de “gatilhos” ambientais incluem o conhecimento recente de um diagnóstico médico potencialmente fatal, como câncer, a perda repentina e inesperada de um parente ou parceiro próximo, perda de emprego ou deslocamento da moradia. Por outro lado, recursos como conversar com outras pessoas sobre eventos futuros ou preparação para assinar um contrato de segurança são indicadores menos confiáveis.

Para que os critérios sejam atendidos, o indivíduo deve ter feito pelo menos uma tentativa de suicídio. As tentativas de suicídio podem incluir comportamentos em que, após iniciar a tentativa de suicídio, o indivíduo mudou de ideia ou alguém interveio. Por exemplo, um indivíduo pode ter a intenção de ingerir uma determinada quantidade de medicamento ou veneno, mas parar ou ser interrompido por outro antes de ingerir a quantidade total. Se o indivíduo for dissuadido por outro ou mudar de ideia antes de iniciar o comportamento, o diagnóstico não deve ser feito. Os atos que qualificam para um diagnóstico de transtorno do comportamento suicida não devem ter sido iniciados exclusivamente durante um estado de delírio ou confusão. Se o indivíduo se embriagou deliberadamente antes de iniciar o comportamento suicida, a fim de reduzir a ansiedade antecipatória e minimizar a interferência no comportamento pretendido, o diagnóstico ainda pode ser feito.

Atualmente, não existem instrumentos clínicos que forneçam valores preditivos positivos suficientes para torná-los ferramentas úteis para prever o comportamento suicida no nível do paciente. Não é surpreendente que fatores clínicos ou biológicos únicos sejam indicadores ruins de risco de suicídio, porque o comportamento suicida emerge de uma convergência de múltiplos fatores de risco. Além disso, dada a heterogeneidade clínica do comportamento suicida, é provável que existam múltiplos caminhos para o comportamento suicida que só podem ser capturados se essa heterogeneidade for considerada. Da mesma forma, vários biomarcadores foram estudados, mas nenhum preditor robusto surgiu.

Desenvolvimento e curso O

transtorno do comportamento suicida pode ocorrer em qualquer momento da vida, mas raramente é observado em crianças com menos de 5 anos. Aproximadamente 25% a 30% das pessoas que tentam suicídio farão mais tentativas. Há variabilidade significativa em termos de frequência, método e letalidade das tentativas. No entanto, isso não difere do observado em outras doenças, como o transtorno depressivo maior, em que a frequência do episódio, o subtipo do episódio e o comprometimento para um determinado episódio podem variar significativamente.

Fatores de Risco e Prognósticos

Genéticos e fisiológicos.

O maior estudo de associação genômica de tentativa de suicídio até hoje, do Psychiatric Genomics Consortium, descobriu que o risco genético para depressão aumenta o risco de tentativa de suicídio em coortes diagnósticas com transtorno depressivo maior, transtorno bipolar e esquizofrenia. Em outras palavras, em todas as categorias diagnósticas, as pessoas que tentam apresentam mais alelos de risco para depressão do que as que não tentam, em vez de simplesmente para o diagnóstico psiquiátrico primário. Esses resultados sugerem que as associações genéticas com a tentativa de suicídio são em parte únicas e em parte compartilhadas com as associações genéticas com a depressão.

Questões de diagnóstico relacionadas à cultura

Os contextos culturais afetam a frequência e a forma do transtorno de comportamento suicida, incluindo variações na incidência e prevalência, métodos usados (por exemplo, envenenamento com pesticidas em países de baixa renda; ferimentos a bala no sudoeste dos Estados Unidos), motivações, circunstâncias, e significados. Esses padrões variam ao longo do tempo, por migrante ou grupo étnico e por ambiente de serviço. Estressores e dificuldades sociais mediados culturalmente, como rupturas familiares, perda percebida de dignidade ou status interpessoal, papéis e expectativas intergeracionais conflitantes devido à aculturação diferencial, níveis variáveis de integração sociocultural, estigma e auto-estigma sobre suicídio e discriminação sistêmica e desigualdade estrutural. viés socioeconômico institucionalizado e opressão) podem contribuir para o risco de transtorno de comportamento suicida. As atitudes em relação ao suicídio e aos comportamentos suicidas são influenciadas por fatores históricos, ambientais, econômicos, políticos, legais, sociais, culturais, morais e espirituais ou religiosos. Por exemplo, em uma amostra longitudinal norte-americana acompanhada por gerações, a crença dos pais (identificados principalmente como protestantes e católicos) na importância da religião foi associada a menor risco de comportamento suicida em seus filhos, independentemente da crença dos próprios filhos sobre a importância religiosa e outros fatores parentais conhecidos, como depressão parental, comportamento suicida e divórcio. As razões para as tentativas de suicídio e a escolha dos métodos de suicídio podem ter significado cultural, que pode estar associado a respostas individuais e sociais específicas (por exemplo, estigma, vergonha ou respeito).

Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero

O transtorno do comportamento suicida varia em prevalência e forma entre sexo e gênero. Em média, os suicídios são cerca de duas vezes mais comuns em homens do que em mulheres, embora a razão de prevalência varie de acordo com o país e o contexto cultural. As estimativas também variam porque a intenção dos comportamentos de automutilação nem sempre é medida com clareza; entretanto, o comportamento suicida que não resulta em morte é mais comum em mulheres do que em homens. Os homens geralmente usam métodos mais letais, como tiros e enforcamento, enquanto meios menos letais, como autoenvenenamento, são mais comuns em mulheres. A frequência de comportamentos suicidas é maior em mulheres (ou seja, o número médio de tentativas de suicídio para uma mulher é geralmente maior que o número médio para um homem), mas isso pode ser explicado pelo uso mais frequente de métodos menos letais entre as mulheres. As taxas de suicídio entre indivíduos que se identificam como transgêneros são altas, e indivíduos transgêneros também correm maior risco de comportamento suicida do que indivíduos cisgêneros.

Marcadores Diagnósticos

Anormalidades laboratoriais decorrentes da tentativa de suicídio são frequentemente evidentes. O comportamento suicida que leva à perda de sangue pode ser acompanhado por anemia, hipotensão ou choque. Superdosagens podem levar ao coma ou obnubilação e anormalidades laboratoriais associadas, como desequilíbrios eletrolíticos.

923

Comorbidade O

transtorno de comportamento suicida é visto no contexto de uma variedade de transtornos mentais, mais comumente transtorno bipolar, transtorno depressivo maior, esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtornos de ansiedade (em particular, transtornos de pânico associados a conteúdo catastrófico e flashbacks de TEPT), transtornos por uso de substâncias (especialmente transtornos por uso de álcool), transtorno de personalidade limítrofe, transtorno de personalidade antissocial, transtornos alimentares e transtornos de adaptação.

Transtorno de autolesão não suicida

Critérios propostos

- A. No último ano, o indivíduo se envolveu, em 5 ou mais dias, em danos auto-infligidos intencionais à superfície de seu corpo de um tipo que possa induzir sangramento, hematomas ou dor (por exemplo, corte, queimadura, esfaqueamento, pancada, fricção excessiva), com a expectativa de que a lesão leve apenas a danos físicos leves ou moderados (ou seja, não há intenção suicida).

Nota: A ausência de intenção suicida foi declarada pelo indivíduo ou pode ser inferida pelo envolvimento repetido do indivíduo em um comportamento que o indivíduo sabe, ou aprendeu, que provavelmente não resultará em morte.
- B. O indivíduo se envolve no comportamento autolesivo com uma ou mais das seguintes expectativas: 1. Obter alívio de um sentimento negativo ou estado cognitivo.
 - 2. Para resolver uma dificuldade interpessoal.
 - 3. Para induzir um estado de sentimento positivo.

Nota: O alívio ou resposta desejado é experimentado durante ou logo após a autolesão, e o indivíduo pode apresentar padrões de comportamento sugerindo uma dependência de se envolver repetidamente nele.
- C. A autolesão intencional está associada a pelo menos um dos seguintes:
 - 1. Dificuldades interpessoais ou sentimentos ou pensamentos negativos, como depressão, ansiedade, tensão, raiva, angústia generalizada ou autocrítica, ocorridos no período imediatamente anterior ao ato autolesivo.
 - 2. Antes de praticar o ato, um período de preocupação com o pretendido

comportamento difícil de controlar.

3. Pensar em automutilação que ocorre com frequência, mesmo quando não é atuado sobre.
- D. O comportamento não é socialmente sancionado (por exemplo, piercing no corpo, tatuagem, parte de um ritual religioso ou cultural) e não se restringe a arrancar uma crosta ou roer unhas.
- E. O comportamento ou suas consequências causam sofrimento clinicamente significativo ou interferência no funcionamento interpessoal, acadêmico ou em outras áreas importantes do funcionamento.
- F. O comportamento não ocorre exclusivamente durante episódios psicóticos, delírio, intoxicação por substância ou abstinência de substância. Em indivíduos com transtorno do neurodesenvolvimento, o comportamento não faz parte de um padrão de estereotipias repetitivas. O comportamento não é melhor explicado por outro transtorno mental ou condição médica (p.], transtorno de escoriação [skin-picking]).

Nota: Códigos da CID-10-CM para indicar se a autolesão não suicida faz parte da apresentação clínica atual (**R45.88**) e/ou se houve história anterior de

924

autolesão (Z91.52) estão disponíveis para uso clínico para acompanhar qualquer diagnóstico do DSM-5; além disso, os códigos podem ser registrados na ausência de um diagnóstico do DSM-5. A definição desses códigos está incluída na Seção II, “Outras condições que podem ser foco de atenção clínica” (consulte “Autolesão não suicida”).

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de autolesão não suicida é que o indivíduo repetidamente inflige lesões leves a moderadas, muitas vezes dolorosas na superfície de seu corpo, sem intenção suicida. Mais comumente, o objetivo é reduzir emoções negativas, como tensão, ansiedade, tristeza ou autocensura, ou, menos frequentemente, resolver uma dificuldade interpessoal. Em alguns casos, a lesão é concebida como uma autopunição merecida. O indivíduo muitas vezes relatará uma sensação imediata de alívio que ocorre durante o processo. Quando o comportamento ocorre com frequência, pode estar associado a uma sensação de urgência e desejo, o padrão comportamental resultante que se assemelha a um vício. As feridas infligidas podem se tornar mais profundas e mais numerosas.

O corte é o método mais comum de lesão e é mais frequentemente infligido com uma faca, agulha, navalha ou outro objeto pontiagudo. As áreas comuns de lesão incluem o lado dorsal do antebraço e a área frontal das coxas. Uma única sessão de lesão pode envolver uma série de cortes superficiais e paralelos – separados por 1 ou 2 centímetros – em um local visível ou acessível. Os cortes resultantes muitas vezes sangram e muitas vezes deixam um padrão característico de cicatrizes.

Outros métodos relativamente comuns usados incluem arranhões superficiais ou queimaduras na pele, bem como auto-agressões ou pancadas, mordidas e interferência na cicatrização de feridas. Muitos usarão métodos diferentes ao longo do tempo, e o uso de vários métodos está associado a

psicopatologia, incluindo envolvimento em tentativas de suicídio.

Muitos, e possivelmente a maioria, daqueles que se envolvem em automutilação não suicida não procuram atendimento clínico. Essa tendência pode refletir uma relutância em revelar a automutilação devido a preocupações com o estigma. Além disso, muitos indivíduos que se envolvem nesses comportamentos os experimentam positivamente devido à eficácia da autolesão não suicida na regulação das emoções negativas, reduzindo ou eliminando a motivação para o tratamento. Crianças e adolescentes podem experimentar esses comportamentos, mas não sentir alívio. Nesses casos, os jovens muitas vezes relatam que o procedimento é doloroso ou angustiante e podem, então, descontinuar a prática.

Recursos associados

O transtorno de autolesão não suicida parece predominantemente mantido por reforço negativo, em que o comportamento é relatado para reduzir rapidamente a emoção negativa e a excitação emocional aversiva. Alguns que se envolvem no comportamento também relatam que a automutilação não suicida pode reduzir rapidamente experiências dissociativas indesejadas e até mesmo ideação suicida, além de servir como uma maneira de lidar com sintomas relacionados ao trauma, como raiva e/ou repulsa autodirigida. No entanto, outras formas de reforço social e emocional também podem sustentar o comportamento, como o desejo de provocar reações dos outros ou gerar sentimentos positivos.

Prevalência

Em uma meta-análise internacional, a prevalência de transtorno de autolesão não suicida em geral foi modestamente maior em meninas/mulheres do que em meninos/homens. Isso contrasta com o comportamento suicida, no qual a proporção de gênero de meninas/mulheres para meninos/homens é muito maior. A diferença de gênero para transtorno de autolesão não suicida é mais pronunciada em amostras clínicas. Em contextos culturais, a proporção de gênero de automutilação não suicida pode variar, sendo mais prevalente entre meninas/mulheres em alguns contextos (por exemplo, entre estudantes do ensino médio em áreas rurais da China) e entre meninos/homens em outros (por exemplo, entre jovens idades

925

11-19 na Jordânia). O transtorno de autolesão não suicida é substancialmente mais comum entre as minorias sexuais, especialmente aquelas que se identificam como bissexuais.

Desenvolvimento e curso

transtorno de autolesão não suicida geralmente começa no início até a metade da adolescência e pode continuar por muitos anos, com idades mais precoces de início associadas a manifestações mais graves. O transtorno de autolesão não suicida pode atingir o pico no final da adolescência e início dos 20 anos e depois diminuir na idade adulta. Pesquisas prospectivas adicionais são necessárias para delinejar a história natural do transtorno de autolesão não suicida e os fatores que promovem ou inibem seu curso. Indivíduos muitas vezes aprendem sobre o comportamento por recomendação ou observação de outro, por meio de meios de comunicação e mídias sociais. Indivíduos expostos a outras pessoas que se automutilam, inclusive em ambientes hospitalares, escolares, correcionais e comunitários, são mais propensos a iniciar a automutilação, potencialmente por meio de modelagem social ou mecanismos de aprendizagem social.

Problemas de diagnóstico relacionados à cultura

O transtorno de autolesão não suicida não deve ser diagnosticado se o comportamento for motivado por uma prática cultural amplamente aceita. Isso é verdade mesmo que a prática seja realizada apenas por uma minoria da população (por exemplo, praticar a autoflagelação como atividade coletiva durante as festas religiosas). A autolesão não suicida pode ser uma forma de expressar pertencimento ao grupo em vez de angústia individual ou regulação emocional, como sugerido por pesquisas com grupos de jovens “alternativos” (ou seja, gótico, emo e punk) na Alemanha, e o transtorno de autolesão não suicida deve também não ser diagnosticado em tais casos.

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Como indivíduos com autolesão não suicida podem e tentam suicídio, é importante avaliar esses indivíduos quanto ao risco de suicídio e obter informações de terceiros sobre qualquer mudança recente na exposição ao estresse e no humor. A probabilidade de uma tentativa de suicídio tem sido associada a um histórico de autolesão não suicida, com o início de autolesão não suicida tipicamente precedendo as tentativas de suicídio em aproximadamente 1 a 2 anos, conforme demonstrado por pesquisas em ambientes clínicos e comunitários em três países de alta renda. países. O uso de vários métodos anteriores de autolesão não suicida, altas frequências de atos autolesivos, idade de início mais jovem e uso de autolesão não suicida para obter alívio do sofrimento interno ou para autopunição são fortemente preditivos de ideação suicida e tentativas de suicídio.

Consequências funcionais do transtorno de autolesão não suicida

O ato de cortar pode ser realizado com instrumentos compartilhados, aumentando a possibilidade de transmissão de doenças pelo sangue. Queimaduras graves, infecção por maus cuidados com lesões e cicatrizes permanentes também podem resultar, impactando negativamente o indivíduo.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de Personalidade Borderline.

Muitos consideraram a autolesão não suicida como patognomônica do transtorno de personalidade limítrofe. No entanto, embora o transtorno de autolesão não suicida seja frequentemente comórbido com transtorno de personalidade limítrofe, muitos indivíduos com transtorno de autolesão não suicida não têm um padrão de personalidade que atenda aos critérios para transtorno de personalidade limítrofe. O transtorno de autolesão não suicida não ocorre apenas sem transtorno de personalidade limítrofe, mas frequentemente co-ocorre com muitos outros transtornos, incluindo transtornos depressivos, transtornos alimentares e transtornos de substâncias.

926

Comportamento suicida. A diferenciação entre transtorno de autolesão não suicida e comportamento suicida é baseada no objetivo declarado do comportamento, seja como desejo de morrer (comportamento suicida) ou sentir alívio (conforme descrito nos critérios para transtorno de autolesão não suicida). Em contraste com o comportamento suicida, os episódios de autolesão não suicida são, em curto prazo, tipicamente benignos em indivíduos com história de episódios frequentes. Além disso, alguns indivíduos relatam usar sua autolesão não suicida para evitar a tentativa de suicídio.

Tricotilomania (distúrbio de arrancar os cabelos). A tricotilomania é definida pelo comportamento autolesivo confinado a arrancar o próprio cabelo, mais comumente do couro cabeludo, sobrancelhas ou cílios.

O comportamento ocorre em “sessões” que podem durar horas. É mais provável que ocorra durante um

período de relaxamento ou distração. Se o comportamento autolesivo estiver confinado a puxar o cabelo, a tricotilomania deve ser diagnosticada em vez de transtorno autolesivo não suicida.

Distúrbio de movimento estereotipado O distúrbio do movimento estereotípico envolve comportamento motor repetitivo, aparentemente dirigido e aparentemente sem propósito (por exemplo, sacudir as mãos ou acenar, balançar o corpo, bater a cabeça, morder a si mesmo, bater no próprio corpo) que às vezes pode resultar em autolesão e é frequentemente associado a uma condição médica ou genética conhecida, transtorno do neurodesenvolvimento ou fator ambiental (por exemplo, síndrome de Lesch-Nyhan, transtorno do desenvolvimento intelectual, exposição intrauterina ao álcool). Se o comportamento autolesivo atender aos critérios para transtorno de movimento estereotipado, ele deve ser diagnosticado em vez de transtorno autolesivo não suicida.

Distúrbio de escoriação (skin-picking). O transtorno de escoriação geralmente é direcionado a cutucar uma área da pele que o indivíduo sente ser feia ou uma mancha, geralmente no rosto ou no couro cabeludo. Se o comportamento autolesivo estiver confinado a cutucar a pele, o transtorno de escoriação deve ser diagnosticado em vez do transtorno de autolesão não suicida.

927

APÊNDICE

[Listagem Alfabética de Diagnósticos DSM-5-TR e Códigos ICD-10-CM](#)

[Listagem Numérica de Diagnósticos DSM-5-TR e Códigos ICD-10-CM](#)

[Consultores e outros colaboradores do DSM-5](#)

928

Listagem Alfabética do DSM-5-TR Diagnósticos e Códigos ICD-10-CM

Para codificação periódica do DSM-5-TR e outras atualizações, consulte www.dsm5.org.

CID-10-CM	Desordem, condição ou problema
Z60.3	Dificuldade de aculturação
F43.0	Transtorno de estresse agudo
	Distúrbios de ajuste
F43.22	Com ansiedade
F43.21	Com humor deprimido
F43.24	Com perturbação de conduta
F43.23	Com ansiedade mista e humor deprimido
F43.25	Com perturbação mista de emoções e conduta
F43.20	Não especificado
Z72.811	Comportamento antisocial adulto
F98.5	Distúrbio da fluência com início na idade adulta
	Abuso físico adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, confirmado
T74.11XA	Encontro inicial
T74.11XD	Encontro subsequente
	Abuso físico adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, Suspeita
T76.11XA	Encontro inicial
T76.11XD	Encontro subsequente
	Abuso psicológico adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, confirmado
T74.31XA	Encontro inicial
T74.31XD	Encontro subsequente
	Abuso psicológico adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, Suspeita
T76.31XA	Encontro inicial
T76.31XD	Encontro subsequente
	Abuso sexual adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, confirmado
T74.21XA	Encontro inicial
T74.21XD	Encontro subsequente
	Abuso sexual adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, Suspeita
T76.21XA	Encontro inicial
T76.21XD	Encontro subsequente
R\$ 41,81	Declínio cognitivo relacionado à idade
F40,00	Agorafobia

	Transtorno de ansiedade induzido por álcool
F10.180	Com transtorno de uso leve
F10.280	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.980	Sem transtorno de uso
	Transtorno bipolar e relacionado induzido por álcool
F10.14	Com transtorno de uso leve
F10.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.94	Sem transtorno de uso
	Transtorno depressivo induzido por álcool
F10.14	Com transtorno de uso leve
F10.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.94	Sem transtorno de uso
	Transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, tipo amnésico-confabulatório
F10.26	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.96	Sem transtorno de uso
	Transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, tipo não amnésico-confabulatório
F10.27	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.97	Sem transtorno de uso
	Transtorno neurocognitivo leve induzido por álcool
F10.188	Com transtorno de uso leve
F10.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.988	Sem transtorno de uso
	Transtorno psicótico induzido por álcool
F10.159	Com transtorno de uso leve
F10.259	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.959	Sem transtorno de uso
	Disfunção sexual induzida pelo álcool
F10.181	Com transtorno de uso leve
F10.281	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.981	Sem transtorno de uso
	Distúrbio do sono induzido pelo álcool
F10.182	Com transtorno de uso leve
F10.282	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.982	Sem transtorno de uso
	Intoxicação por álcool
F10.120	Com transtorno de uso leve
F10.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.920	Sem transtorno de uso
	Delírio de intoxicação alcoólica
F10.121	Com transtorno de uso leve
F10.221	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.921	Sem transtorno de uso
	Transtorno por uso de álcool

F10.10	Suave
F10.11	Em remissão precoce
F10.11	Em remissão sustentada
<hr/>	
F10.20	Moderado
F10.21	Em remissão precoce
F10.21	Em remissão sustentada
F10.20	Forte
F10.21	Em remissão precoce
F10.21	Em remissão sustentada
Abstinência de álcool, Com distúrbios perceptivos	
F10.132	Com transtorno de uso leve
F10.232	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.932	Sem transtorno de uso
Abstinência de álcool, sem distúrbios perceptivos	
F10.130	Com transtorno de uso leve
F10.230	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.930	Sem transtorno de uso
Delírio de abstinência de álcool	
F10.131	Com transtorno de uso leve
F10.231	Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.931	Sem transtorno de uso
F15.921	Delirium induzido por medicamentos do tipo anfetamina (ou outro estimulante) (tipo anfetamina ou outro medicação estimulante tomada conforme prescrito)
Transtorno de ansiedade induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)	
F15.180	Com transtorno de uso leve
F15.280	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.980	Sem transtorno de uso
Transtorno bipolar e relacionado induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)	
F15.14	Com transtorno de uso leve
F15.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.94	Sem transtorno de uso
Transtorno depressivo induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)	
F15.14	Com transtorno de uso leve
F15.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.94	Sem transtorno de uso
Transtorno neurocognitivo leve induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)	
F15.188	Com transtorno de uso leve
F15.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.988	Sem transtorno de uso

F15.188	Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)
F15.188	Com transtorno de uso leve
F15.288	Com transtorno de uso moderado ou grave

F15.988	Sem transtorno de uso Transtorno psicótico induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)
F15.159	Com transtorno de uso leve
F15.259	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.959	Sem transtorno de uso Disfunção sexual induzida por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)
F15.181	Com transtorno de uso leve
F15.281	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.981	Sem transtorno de uso Distúrbio do sono induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)
F15.182	Com transtorno de uso leve
F15.282	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.982	Sem transtorno de uso Intoxicação por substância do tipo anfetamina Intoxicação por substância do tipo anfetamina, Com distúrbios perceptivos
F15.122	Com transtorno de uso leve
F15.222	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.922	Sem transtorno de uso Intoxicação por substância do tipo anfetamina, Sem distúrbios perceptivos
F15.120	Com transtorno de uso leve
F15.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.920	Sem transtorno de uso Delírio de intoxicação por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante)
F15.121	Com transtorno de uso leve
F15.221	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.921	Sem transtorno de uso Transtorno por uso de substâncias do tipo anfetamina
F15.10	Suave
F15.11	Em remissão precoce
F15.11	Em remissão sustentada
F15.20	Moderado
F15.21	Em remissão precoce
F15.21	Em remissão sustentada
F15.20	Forte
F15.21	Em remissão precoce
F15.21	Em remissão sustentada
	Retirada de substância do tipo anfetamina
F15.13	Com transtorno de uso leve
F15.23	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.93	Sem transtorno de uso

Isso já está em português

F50.02	Tipo de compulsão alimentar/purga
F50.01	Tipo de restrição

	Síndrome de descontinuação de antidepressivos
T43.205A	Encontro inicial
T43.205S	Sequelas
T43.205D	Encontro subsequente
G21.11	Medicação antipsicótica – e outros parkinsonismo induzido por agentes bloqueadores de receptores de dopamina
F60.2	Transtorno de personalidade antisocial
F06.4	Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica
	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade
F90.2	Apresentação combinada
F90.1	Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva
F90.0	Apresentação predominantemente desatenta
F84.0	Transtorno do espectro do autismo
F60.6	Transtorno de personalidade esquiva
F50.82	Transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva
F50.81	Transtorno de compulsão alimentar
	Transtorno bipolar I, episódio atual ou mais recente deprimido
F31.76	Em plena remissão
F31.75	Em remissão parcial
F31.31	Suave
F31.32	Moderado
F31.4	Forte
F31.5	Com características psicóticas
F31.9	Não especificado
F31.0	Transtorno bipolar I, episódio hipomaníaco atual ou mais recente
F31.72	Em plena remissão
F31.71	Em remissão parcial
F31.9	Não especificado
	Transtorno bipolar I, episódio maníaco atual ou mais recente
F31.74	Em plena remissão
F31.73	Em remissão parcial
F31.11	Suave
F31.12	Moderado
F31.13	Forte
F31.2	Com características psicóticas
F31.9	Não especificado
F31.9	Transtorno bipolar I, episódio atual ou mais recente não especificado
F31.81	Transtorno bipolar II
	Transtorno bipolar e relacionado devido a outra condição médica
F06.33	Com características maníacas
F06.33	Com episódio maníaco ou hipomaníaco
F06.34	Com recursos mistos

F45.22	Distúrbio Dismórfico Corporal
R\$ 41,83	Funcionamento intelectual limítrofe

F60.3	Transtorno de personalidade limítrofe
F23	Transtorno psicótico breve
F50.2	Bulimia nervosa
F15.980	Transtorno de ansiedade induzido por cafeína, sem transtorno de uso
F15.982	Distúrbio do sono induzido por cafeína, Sem distúrbio de uso
F15.920	Intoxicação por cafeína
F15.93	Retirada de cafeína
	Transtorno de ansiedade induzido por cannabis
F12.180	Com transtorno de uso leve
F12.280	Com transtorno de uso moderado ou grave
F12.980	Sem transtorno de uso
	Transtorno psicótico induzido por cannabis
F12.159	Com transtorno de uso leve
F12.259	Com transtorno de uso moderado ou grave
F12.959	Sem transtorno de uso
	Distúrbio do sono induzido por cannabis
F12.188	Com transtorno de uso leve
F12.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F12.988	Sem transtorno de uso
	Intoxicação por cannabis, Com distúrbios perceptivos
F12.122	Com transtorno de uso leve
F12.222	Com transtorno de uso moderado ou grave
F12.922	Sem transtorno de uso
	Intoxicação por cannabis, sem distúrbios perceptivos
F12.120	Com transtorno de uso leve
F12.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F12.920	Sem transtorno de uso
	Delírio de intoxicação por cannabis
F12.121	Com transtorno de uso leve
F12.221	Com transtorno de uso moderado ou grave
F12.921	Sem transtorno de uso
F12.921	Delirium induzido por agonista do receptor de cannabis, farmacêutico (medicamento tomado conforme prescrito)
	Transtorno por uso de maconha
F12.10	Suave
F12.11	Em remissão precoce
F12.11	Em remissão sustentada
F12.20	Moderado
F12.21	Em remissão precoce
F12.21	Em remissão sustentada
F12.20	Forte
F12.21	Em remissão precoce
F12.21	Em remissão sustentada

F12.13	Com transtorno de uso leve
F12.23	Com transtorno de uso moderado ou grave
F12.93	Sem transtorno de uso
F06.1	Catatonia associada a outro transtorno mental (especificador de catatonia)
F06.1	Distúrbio catatônico devido a outra condição médica
	Apneia central do sono
G47.37	Apneia central do sono comórbida com uso de opioides
R06.3	Respiração de Cheyne-Stokes
G47.31	Apneia do sono central idiopática
Z56.1	Mudança de emprego
Z72.810	Comportamento antissocial da criança ou do adolescente
Z62.898	Criança afetada pelo sofrimento do relacionamento parental
F80.81	Distúrbio da fluência com início na infância (gagueira)
	Negligência infantil, confirmado
T74.02XA	Encontro inicial
T74.02XD	Encontro subsequente
	Negligência infantil, Suspeita
T76.02XA	Encontro inicial
T76.02XD	Encontro subsequente
	Abuso físico infantil, confirmado
T74.12XA	Encontro inicial
T74.12XD	Encontro subsequente
	Abuso físico infantil, Suspeita
T76.12XA	Encontro inicial
T76.12XD	Encontro subsequente
	Abuso psicológico infantil, confirmado
T74.32XA	Encontro inicial
T74.32XD	Encontro subsequente
	Abuso psicológico infantil, Suspeita
T76.32XA	Encontro inicial
T76.32XD	Encontro subsequente
	Abuso sexual infantil, confirmado
T74.22XA	Encontro inicial
T74.22XD	Encontro subsequente
	Abuso sexual infantil, Suspeita
T76.22XA	Encontro inicial
T76.22XD	Encontro subsequente
	Distúrbios do sono-vigília do ritmo circadiano
G47.22	Tipo avançado de fase do sono
G47.21	Tipo de fase de sono atrasada
G47.23	Tipo sono-vigília irregular
G47.24	Tipo sono-vigília não 24 horas
G47.26	Tipo de trabalho por turno
G47.20	Tipo não especificado

	Transtorno de ansiedade induzido por cocaína
F14.180	Com transtorno de uso leve
F14.280	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.980	Sem transtorno de uso
	Transtorno bipolar e relacionado induzido por cocaína
F14.14	Com transtorno de uso leve
F14.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.94	Sem transtorno de uso
	Transtorno depressivo induzido por cocaína
F14.14	Com transtorno de uso leve
F14.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.94	Sem transtorno de uso
	Transtorno neurocognitivo leve induzido por cocaína
F14.188	Com transtorno de uso leve
F14.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.988	Sem transtorno de uso
	Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por cocaína
F14.188	Com transtorno de uso leve
F14.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.988	Sem transtorno de uso
	Transtorno psicótico induzido por cocaína
F14.159	Com transtorno de uso leve
F14.259	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.959	Sem transtorno de uso
	Disfunção sexual induzida por cocaína
F14.181	Com transtorno de uso leve
F14.281	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.981	Sem transtorno de uso
	Distúrbio do sono induzido por cocaína
F14.182	Com transtorno de uso leve
F14.282	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.982	Sem transtorno de uso
	Intoxicação por cocaína, Com distúrbios perceptivos
F14.122	Com transtorno de uso leve
F14.222	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.922	Sem transtorno de uso
	Intoxicação por cocaína, sem distúrbios perceptivos
F14.120	Com transtorno de uso leve
F14.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.920	Sem transtorno de uso
	Delírio de intoxicação por cocaína
F14.121	Com transtorno de uso leve
F14.221	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.921	Sem transtorno de uso

	Transtorno por uso de cocaína
F14.10	Suave
F14.11	Em remissão precoce
F14.11	Em remissão sustentada
F14.20	Moderado
F14.21	Em remissão precoce
F14.21	Em remissão sustentada
F14.20	Forte
F14.21	Em remissão precoce
F14.21	Em remissão sustentada
	Retirada de cocaína
F14.13	Com transtorno de uso leve
F14.23	Com transtorno de uso moderado ou grave
F14.93	Sem transtorno de uso
	Transtorno de conduta
F91.2	Tipo de início na adolescência
F91.1	Tipo de início na infância
F91.9	Início não especificado
	Transtorno de conversão (<i>consulte Transtorno de sintomas neurológicos funcionais</i>)
Z65.0	Condenação em processo civil ou criminal sem prisão
R45.88	Autolesão não suicida atual
	Comportamento suicida atual
T14.91A	Encontro inicial
T14.91D	Encontro subsequente
F34.0	Distúrbio ciclotímico
F52.32	Ejaculação retardada
	Delírio
F05	Delirium devido a outra condição médica
F05	Delirium devido a múltiplas etiologias
	Delirium induzido por medicamentos (<i>para códigos CID-10-CM, consulte substâncias específicas</i>)
	Delírio de intoxicação por substância (<i>consulte substâncias específicas para códigos</i>)
	Delírio de abstinência de substâncias (<i>consulte substâncias específicas para códigos</i>)
F22	Transtorno delirante
F60.7	Transtorno de personalidade dependente
F48.1	Transtorno de despersonalização/desrealização
	Transtorno depressivo devido a outra condição médica
F06.31	Com características depressivas
F06.32	Com episódio tipo depressivo maior
F06.34	Com recursos mistos
F82	Dispraxia
Z71.3	Aconselhamento dietético
Z56.4	Discórdia com chefe e colegas de trabalho
Z59.2	Discórdia com vizinho, inquilino ou senhorio
Z64.4	Discórdia com o provedor de serviços sociais, incluindo oficial de condicional, gerente de caso ou serviços sociais

trabalhador

938

F94.2	Transtorno de engajamento social desinibido
Z63.5	Perturbação da família por separação ou divórcio
F34.81	Transtorno disruptivo da desregulação do humor
F44.0	Amnésia dissociativa
F44.1	Amnésia dissociativa, com fuga dissociativa
F44.81	Transtorno dissociativo de identidade
Z55.4	Desajuste educacional e discórdia com professores e colegas
F98.1	Encoprese
F98.0	Enurese
F52.21	Distúrbio erétil
F42.4	Distúrbio de escoriação (skin-picking)
F65.2	Transtorno exibicionista
Z65.5	Exposição a desastres, guerras ou outras hostilidades
Z59.5	Pobreza extrema
F68.A	Transtorno factício imposto a outro
F68.10	Transtorno factício imposto a si mesmo
Z55.2	Exame escolar reprovado
F52.31	Distúrbio orgâsmico feminino
F52.22	Distúrbio de interesse/exitação sexual feminino
F65.0	Transtorno fetichista
F59.41	Insegurança alimentar
F65.81	Distúrbio frotourístico
	Transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão)
F44.4	Com movimento anormal
F44.6	Com anestesia ou perda sensorial
F44.5	Com ataques ou convulsões
F44.7	Com sintomas mistos
F44.6	Com sintoma sensorial especial
F44.4	Com sintoma de fala
F44.4	Com sintomas de deglutição
F44.4	Com fraqueza/paralisia
F63.0	Distúrbio de jogo
F64.0	Disforia de gênero em adolescentes e adultos
F64.2	Disforia de gênero em crianças
F41.1	Distúrbio de ansiedade generalizada
Z31.5	Aconselhamento genético
F52.6	Distúrbio de dor/penetração genitopélvica
F88	Atraso no desenvolvimento global
F16.983	Transtorno Perceptivo Persistente Alucinógeno
	<i>Para transtornos adicionais por substâncias relacionadas a alucinógenos e transtornos mentais induzidos por alucinógenos, ver entradas para Outros alucinógenos e fenciclidina</i>
Z63.8	Alto nível de emoção expressa dentro da família
Z91.52	História de autolesão não suicida

Z91.51	História de comportamento suicida
F60.4	Transtorno de personalidade histrônica

939

F42.3	Distúrbio de acumulação
Z59.01	Sem-abrigo, abrigado
Z59.02	Sem-abrigo, sem abrigo
F51.11	Transtorno de hipersonolência
Z55.0	Analfabetismo e alfabetização de baixo nível
F45.21	Transtorno de ansiedade de doença
Z65.1	Prisão ou outro encarceramento
Z59.1	Habitação inadequada
	Transtorno de ansiedade induzido por inalantes
F18.180	Com transtorno de uso leve
F18.280	Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.980	Sem transtorno de uso
	Transtorno depressivo induzido por inalantes
F18.14	Com transtorno de uso leve
F18.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.94	Sem transtorno de uso
	Transtorno neurocognitivo maior induzido por inalantes
F18.17	Com transtorno de uso leve
F18.27	Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.97	Sem transtorno de uso
	Transtorno neurocognitivo leve induzido por inalantes
F18.188	Com transtorno de uso leve
F18.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.988	Sem transtorno de uso
	Transtorno psicótico induzido por inalantes
F18.159	Com transtorno de uso leve
F18.259	Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.959	Sem transtorno de uso
	Intoxicação por inalação
F18.120	Com transtorno de uso leve
F18.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.920	Sem transtorno de uso
	Delírio de intoxicação inalante
F18.121	Com transtorno de uso leve
F18.221	Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.921	Sem transtorno de uso
	Transtorno por uso de inalantes
F18.10	Suave
F18.11	Em remissão precoce
F18.11	Em remissão sustentada
F18.20	Moderado

F18.21	Em remissão precoce
F18.21	Em remissão sustentada
F18.20	Forte
F18.21	Em remissão precoce
F18.21	Em remissão sustentada

940

F51.01	Distúrbio de insônia
Z59.7	Seguro social ou de saúde insuficiente ou apoio social
	Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual)
F70	Suave
F71	Moderado
F72	Forte
F73	Profundo
F63.81	Transtorno explosivo intermitente
F16.921	Cetamina ou outro delírio induzido por alucinógenos (cetamina ou outro medicamento alucinógeno tomado como prescritos ou por razões médicas)
F63.2	Cleptomania
Z58.6	Falta de água potável
F80.2	Distúrbio de linguagem
Z59.6	Baixa renda
	Transtorno depressivo maior, episódio recorrente
F33.42	Em plena remissão
F33.41	Em remissão parcial
F33.0	Suave
F33.1	Moderado
F33.2	Forte
F33.3	Com características psicóticas
F33.9	Não especificado
	Transtorno depressivo maior, episódio único
F32.5	Em plena remissão
F32.4	Em remissão parcial
F32.0	Suave
F32.1	Moderado
F32.2	Forte
F32.3	Com características psicóticas
F32.9	Não especificado
	Transtorno neurocognitivo maior devido a outra condição médica
F02.81	Com distúrbio comportamental
F02.80	Sem distúrbio comportamental
	Transtorno neurocognitivo maior devido à infecção pelo HIV (<i>codifique a primeira infecção pelo HIV B20</i>)
F02.81	Com distúrbio comportamental
F02.80	Sem distúrbio comportamental
	Transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Huntington (<i>codifique primeiro G10 doença de Huntington</i>)
F02.81	Com distúrbio comportamental

F02.80	Sem distúrbio comportamental Transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias
F02.81	Com distúrbio comportamental
F02.80	Sem distúrbio comportamental

941

F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido a possível doença de Alzheimer (<i>codifique primeiro G30.9 Alzheimer doença</i>)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido a provável doença de Alzheimer (<i>codifique primeiro G30.9 Alzheimer doença</i>)
F02.81	Com distúrbio comportamental
F02.80	Sem distúrbio comportamental
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido a possível degeneração frontotemporal (<i>codifique primeiro G31.09 degeneração frontotemporal</i>)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido a provável degeneração frontotemporal (<i>codifique primeiro G31.09 degeneração frontotemporal</i>)
F02.81	Com distúrbio comportamental
F02.80	Sem distúrbio comportamental
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior com possíveis corpos de Lewy (<i>codifique primeiro G31.83 Doença de corpos de Lewy</i>)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy prováveis (<i>codifique primeiro G31.83 Doença de corpos de Lewy</i>)
F02.81	Com distúrbio comportamental
F02.80	Sem distúrbio comportamental
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior possivelmente devido à doença de Parkinson (<i>codifique primeiro G20 Parkinson doença</i>)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior provavelmente devido à doença de Parkinson (<i>codifique primeiro G20 Parkinson doença</i>)
F02.81	Com distúrbio comportamental
F02.80	Sem distúrbio comportamental
F01.51	Transtorno neurocognitivo maior possivelmente devido a doença vascular
F01.50	Transtorno neurocognitivo maior provavelmente devido a doença vascular
F01.51	Com distúrbio comportamental
F01.50	Sem distúrbio comportamental
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido à doença do prônio (<i>codifique primeiro a doença do prônio A81.9</i>)
F02.81	Com distúrbio comportamental
F02.80	Sem distúrbio comportamental
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido a lesão cerebral traumática (<i>codifique primeiro S06.2X9S lesão cerebral com perda de consciência de duração não especificada, sequela</i>)
F02.81	Com distúrbio comportamental
F02.80	Sem distúrbio comportamental

F52.0	Transtorno do desejo sexual hipoativo masculino
Z76.5	Simulação
G25.71	Acatisia aguda induzida por medicação
G24.02	Distonia aguda induzida por medicamentos
	Delirium induzido por medicamentos (<i>para códigos CID-10-CM, consulte substâncias específicas</i>)
G25.1	Tremor postural induzido por medicamentos

G31.84	Transtorno neurocognitivo frontotemporal leve
G31.84	Distúrbio neurocognitivo leve devido à doença de Alzheimer

942

G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido a outra condição médica
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido à infecção pelo HIV
G31.84	Distúrbio neurocognitivo leve devido à doença de Huntington
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve com corpos de Lewy
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido a múltiplas etiologias
G31.84	Distúrbio neurocognitivo leve devido à doença de Parkinson
G31.84	Distúrbio neurocognitivo leve devido à doença priônica
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática
G31.84	Distúrbio neurocognitivo vascular leve
F60.81	Transtorno de personalidade narcisista
	Narcolepsia
G47.411	Narcolepsia com cataplexia ou deficiência de hipocretina (tipo 1)
G47.421	Narcolepsia com cataplexia ou deficiência de hipocretina devido a uma condição médica
G47.419	Narcolepsia sem cataplexia e sem deficiência de hipocretina ou hipocretina não medida (tipo 2)
G47.429	Narcolepsia sem cataplexia e sem deficiência de hipocretina devido a uma condição médica
G21.0	Síndrome maligna neuroléptica
F51.5	Transtorno de pesadelo
Z03.89	Sem diagnóstico ou condição
Z91.19	Não adesão ao tratamento médico
	Distúrbios do despertar do sono com movimentos oculares não rápidos
F51.4	Tipo de terror noturno
F51.3	Tipo de sonambulismo
R45.88	Autolesão não suicida, atual
Z91.52	Autolesão não suicida, história de
F42.2	Transtorno obsessivo-compulsivo
F60.5	Transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo
F06.8	Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado devido a outra condição médica
G47.33	Hipopneia obstrutiva do sono
	Transtorno de ansiedade induzido por opioides
F11.188	Com transtorno de uso leve
F11.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.988	Sem transtorno de uso
F11.921	Delirium induzido por opioides (medicação opioide tomada conforme prescrito)
F11.988	Delirium induzido por opioides (durante a retirada da medicação opioide tomada conforme prescrito)
	Transtorno depressivo induzido por opioides
F11.14	Com transtorno de uso leve
F11.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.94	Sem transtorno de uso

943

	Disfunção sexual induzida por opioides
F11.181	Com transtorno de uso leve
F11.281	Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.981	Sem transtorno de uso
	Distúrbio do sono induzido por opioides
F11.182	Com transtorno de uso leve
F11.282	Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.982	Sem transtorno de uso
	Intoxicação por opioides, Com distúrbios perceptivos
F11.122	Com transtorno de uso leve
F11.222	Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.922	Sem transtorno de uso
	Intoxicação por opioides, sem distúrbios perceptivos
F11.120	Com transtorno de uso leve
F11.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.920	Sem transtorno de uso
	Delírio de intoxicação por opioides
F11.121	Com transtorno de uso leve
F11.221	Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.921	Sem transtorno de uso
	Transtorno por uso de opioides
F11.10	Suave
F11.11	Em remissão precoce
F11.11	Em remissão sustentada
F11.20	Moderado
F11.21	Em remissão precoce
F11.21	Em remissão sustentada
F11.20	Forte
F11.21	Em remissão precoce
F11.21	Em remissão sustentada
	Abstinência de opioides
F11.13	Com transtorno de uso leve
F11.23	Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.93	Sem transtorno de uso
	Delírio de abstinência de opioides
F11.188	Com transtorno de uso leve
F11.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.988	Sem transtorno de uso
F91.3	Transtorno desafiador de oposição
	Outros efeitos adversos de medicamentos
T50.905A	Encontro inicial
T50.905S	Sequelas
T50.905D	Encontro subsequente

	<i>Outras circunstâncias relacionadas ao abuso de adultos por não-cônjuge ou não-parceiro</i>
Z69.82	Encontro para serviços de saúde mental para perpetrador de abuso de adulto não conjugal ou não parceiro
Z69.81	Encontro para serviços de saúde mental para vítima de abuso adulto não conjugal ou não parceiro
	<i>Outras circunstâncias relacionadas à negligência infantil</i>
Z69.021	Encontro de serviços de saúde mental para autor de negligência infantil não parental
Z69.011	Encontro de serviços de saúde mental para autor de negligência parental
Z69.010	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de negligência infantil pelos pais
Z69.020	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de negligência infantil não parental
Z62.812	História pessoal (história passada) de negligência na infância
	<i>Outras circunstâncias relacionadas ao abuso físico infantil</i>
Z69.021	Encontro de serviços de saúde mental para autor de abuso físico de criança não parental
Z69.011	Encontro de serviços de saúde mental para autor de abuso físico parental infantil
Z69.010	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso físico infantil pelos pais
Z69.020	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso físico de criança não parental
Z62.810	História pessoal (história pregressa) de abuso físico na infância
	<i>Outras circunstâncias relacionadas ao abuso psicológico infantil</i>
Z69.021	Encontro de serviços de saúde mental para autor de abuso psicológico infantil não parental
Z69.011	Encontro de serviços de saúde mental para autor de abuso psicológico parental infantil
Z69.010	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso psicológico infantil por parte dos pais
Z69.020	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso psicológico infantil não parental
Z62.811	História pessoal (história pregressa) de abuso psicológico na infância
	<i>Outras circunstâncias relacionadas ao abuso sexual infantil</i>
Z69.021	Encontro de serviços de saúde mental para autor de abuso sexual infantil não parental
Z69.011	Encontro de serviços de saúde mental para autor de abuso sexual infantil parental
Z69.010	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso sexual infantil pelos pais
Z69.020	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso sexual infantil não parental
Z62.810	História pessoal (história pregressa) de abuso sexual na infância
	<i>Outras circunstâncias relacionadas ao abuso do cônjuge ou parceiro,</i>
Z69.12	Encontro para serviços de saúde mental para agressor de cônjuge ou parceiro de abuso psicológico
Z69.11	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso psicológico de cônjuge ou companheiro
Z91.411	História pessoal (história passada) de abuso psicológico do cônjuge ou parceiro

945

	<i>Outras circunstâncias relacionadas à negligência do cônjuge ou parceiro</i>
Z69.12	Encontro nos serviços de saúde mental para agressor de negligência do cônjuge ou companheiro
Z69.11	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de negligência do cônjuge ou companheiro
Z91.412	História pessoal (história passada) de negligência do cônjuge ou parceiro
	<i>Outras circunstâncias relacionadas à violência do cônjuge ou parceiro,</i>
Z69.12	Atendimento aos serviços de saúde mental para agressor de violência conjugal ou conjugal,
Z69.11	Atendimento aos serviços de saúde mental para vítima de violência conjugal ou conjugal,
Z91.410	História pessoal (história pregressa) de violência conjugal ou conjugal,
	<i>Outras circunstâncias relacionadas à violência do cônjuge ou parceiro,</i>
Z69.12	Encontro para serviços de saúde mental para agressor de violência conjugal ou conjugal,
Z69.81	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de violência conjugal ou conjugal,
Z91.410	História pessoal (história pregressa) de violência por cônjuge ou parceiro,

Z71.9	Outros aconselhamentos ou consultas
Z59.9	Outro problema econômico
	Outros transtornos de ansiedade induzidos por alucinógenos
F16.180	Com transtorno de uso leve
F16.280	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.980	Sem transtorno de uso
	Outros transtornos bipolares e relacionados induzidos por alucinógenos
F16.14	Com transtorno de uso leve
F16.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.94	Sem transtorno de uso
F16.921	Outros delírium induzido por alucinógenos (outro medicamento alucinógeno tomado conforme prescrito ou para razões médicas)
	Outros transtornos depressivos induzidos por alucinógenos
F16.14	Com transtorno de uso leve
F16.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.94	Sem transtorno de uso
	Outro transtorno psicótico induzido por alucinógenos
F16.159	Com transtorno de uso leve
F16.259	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.959	Sem transtorno de uso
	Outras intoxicações alucinógenas
F16.120	Com transtorno de uso leve
F16.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.920	Sem transtorno de uso
	Delírio de intoxicação por outros alucinógenos
F16.121	Com transtorno de uso leve
F16.221	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.921	Sem transtorno de uso

946

	Outros transtornos por uso de alucinógenos
F16.10	Suave
F16.11	Em remissão precoce
F16.11	Em remissão sustentada
F16.20	Moderado
F16.21	Em remissão precoce
F16.21	Em remissão sustentada
F16.20	Forte
F16.21	Em remissão precoce
F16.21	Em remissão sustentada
Z59.9	Outro problema de habitação
G25,79	Outros distúrbios do movimento induzidos por medicamentos
G21.19	Parkinsonismo induzido por outros medicamentos
Z91,49	Outra história pessoal de trauma psicológico
Z91,89	Outros fatores de risco pessoais
Z56.6	Outros desgastes físicos e mentais relacionados ao trabalho

Z56.9	Outro problema relacionado ao emprego
Z60.9	Outro problema relacionado ao ambiente social
Z55.9	Outros problemas relacionados com a educação e a alfabetização
F41.8	Outro transtorno de ansiedade especificado
F90.8	Outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado
F31.89	Outros transtornos bipolares e relacionados especificados
R41.0	Outro delírio especificado
F32.89	Outro transtorno depressivo especificado
F91.8	Outros transtornos especificados disruptivos, de controle de impulsos e de conduta
F44.89	Outro transtorno dissociativo especificado
	Outro transtorno de eliminação especificado
R15.9	Com sintomas fecais
N39.498	Com sintomas urinários
F50.89	Outro transtorno alimentar ou alimentar especificado
F64.8	Outra disforia de gênero especificada
G47.19	Outro transtorno de hipersonolência especificado
G47.09	Outro transtorno de insônia especificado
F99	Outro transtorno mental especificado
F06.8	Outro transtorno mental especificado devido a outra condição médica
F88	Outro transtorno do neurodesenvolvimento especificado
F42.8	Outro transtorno obsessivo-compulsivo especificado e transtorno relacionado
F65.89	Outro transtorno parafílico especificado
F60.89	Outro transtorno de personalidade especificado
F28	Outro espectro de esquizofrenia especificado e outro transtorno psicótico
F52.8	Outra disfunção sexual especificada
G47.8	Outro transtorno específico do sono-vigília
F45.8	Outro sintoma somático especificado e transtorno relacionado
F95.8	Outro transtorno de tique especificado
F43.8	Outro transtorno especificado relacionado a trauma e estressor

947

	Outra intoxicação estimulante, Com distúrbios perceptivos
F15.122	Com transtorno de uso leve
F15.222	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.922	Sem transtorno de uso

	Outras intoxicações estimulantes, sem distúrbios perceptivos
F15.120	Com transtorno de uso leve
F15.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.920	Sem transtorno de uso
<i>Veja também Outro transtorno por uso de estimulantes ou não especificado</i>	
Retirada de outros estimulantes	
F15.13	Com transtorno de uso leve
F15.23	Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.93	Sem transtorno de uso

F19.921	Delirium induzido por outro (ou desconhecido) medicamento (outro medicamento [ou desconhecido] tomado conforme prescrito)
F19.931	Delirium induzido por outro medicamento (ou desconhecido) (durante a retirada de outro [ou desconhecido] medicação tomada conforme prescrito)
	Transtorno de ansiedade induzido por outra substância (ou desconhecida)
F19.180	Com transtorno de uso leve
F19.280	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.980	Sem transtorno de uso
	Transtorno bipolar e relacionado induzido por outra substância (ou desconhecida)
F19.14	Com transtorno de uso leve
F19.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.94	Sem transtorno de uso
	Transtorno depressivo induzido por outra substância (ou desconhecida)
F19.14	Com transtorno de uso leve
F19.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.94	Sem transtorno de uso
	Transtorno neurocognitivo maior induzido por outra substância (ou desconhecida)
F19.17	Com transtorno de uso leve
F19.27	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.97	Sem transtorno de uso
	Transtorno neurocognitivo leve induzido por outra substância (ou desconhecida)
F19.188	Com transtorno de uso leve
F19.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.988	Sem transtorno de uso
	Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por outra substância (ou desconhecida)
F19.188	Com transtorno de uso leve
F19.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.988	Sem transtorno de uso
	Transtorno psicótico induzido por outra substância (ou desconhecida)
F19.159	Com transtorno de uso leve
F19.259	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.959	Sem transtorno de uso

948

	Disfunção sexual induzida por outra substância (ou desconhecida)
F19.181	Com transtorno de uso leve
F19.281	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.981	Sem transtorno de uso
	Distúrbio do sono induzido por outra substância (ou desconhecida)
F19.182	Com transtorno de uso leve
F19.282	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.982	Sem transtorno de uso
	Intoxicação por outra substância (ou desconhecida), Com distúrbios perceptivos
F19.122	Com transtorno de uso leve
F19.222	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.922	Sem transtorno de uso
	Intoxicação por outra substância (ou desconhecida), sem distúrbios perceptivos

F19.120	Com transtorno de uso leve
F19.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.920	Sem transtorno de uso
Delírio de intoxicação por outra substância (ou desconhecida)	
F19.121	Com transtorno de uso leve
F19.221	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.921	Sem transtorno de uso
Transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido)	
F19.10	Suave
F19.11	Em remissão precoce
F19.11	Em remissão sustentada
F19.20	Moderado
F19.21	Em remissão precoce
F19.21	Em remissão sustentada
F19.20	Forte
F19.21	Em remissão precoce
F19.21	Em remissão sustentada
Abstinência de outra substância (ou desconhecida), Com distúrbios perceptivos	
F19.132	Com transtorno de uso leve
F19.232	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.932	Sem transtorno de uso
Abstinência de outra substância (ou desconhecida), sem distúrbios perceptivos	
F19.130	Com transtorno de uso leve
F19.230	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.930	Sem transtorno de uso
Delírio de abstinência de outra substância (ou desconhecida)	
F19.131	Com transtorno de uso leve
F19.231	Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.931	Sem transtorno de uso

949

Outro transtorno por uso de estimulantes ou não especificado	
F15.10	Suave
F15.11	Em remissão precoce
F15.11	Em remissão sustentada
F15.20	Moderado
F15.21	Em remissão precoce
F15.21	Em remissão sustentada
F15.20	Forte
F15.21	Em remissão precoce
F15.21	Em remissão sustentada
E66.9	Sobrepeso ou obesidade
nenhum código	Especificador de ataque de pânico
F41.0	Síndrome do pânico
F60.0	Transtorno de personalidade paranoica

	Problema relacional pai-filho
Z62.821	Filho adotado pelos pais
Z62.820	Pai-filho biológico
Z62.822	Pai-filho adotivo
Z62.898	Outro cuidador-criança
F65.4	Transtorno pedofílico
F95.1	Transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico)
F34.1	Transtorno depressivo persistente
Z91.82	História pessoal de implantação militar
Z91.49	História pessoal de trauma psicológico
F07.0	Mudança de personalidade devido a outra condição médica
F12.921	Delírio induzido por agonista do receptor de cannabis farmacêutico (agonista do receptor de cannabis farmacêutico medicação tomada conforme prescrito)
Z60.0	Problema de fase da vida
	Transtorno de ansiedade induzido por fenciclidina
F16.180	Com transtorno de uso leve
F16.280	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.980	Sem transtorno de uso
	Transtorno bipolar e relacionado induzido por fenciclidina
F16.14	Com transtorno de uso leve
F16.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.94	Sem transtorno de uso
	Transtorno depressivo induzido por fenciclidina
F16.14	Com transtorno de uso leve
F16.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.94	Sem transtorno de uso
	Transtorno psicótico induzido por fenciclidina
F16.159	Com transtorno de uso leve
F16.259	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.959	Sem transtorno de uso

950

	Intoxicação por fenciclidina
F16.120	Com transtorno de uso leve
F16.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.920	Sem transtorno de uso
	Delírio de intoxicação por fenciclidina
F16.121	Com transtorno de uso leve
F16.221	Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.921	Sem transtorno de uso
	Transtorno por uso de fenciclidina
F16.10	Suave
F16.11	Em remissão precoce
F16.11	Em remissão sustentada
F16.20	Moderado
F16.21	Em remissão precoce

F16.21	Em remissão sustentada
F16.20	Forte
F16.21	Em remissão precoce
F16.21	Em remissão sustentada
	Pica
F50.89	Em adultos
F98.3	Em crianças
F43.10	Transtorno de estresse pós-traumático
F52.4	Ejaculação precoce (precoce)
F32.81	Transtorno disfórico pré-menstrual
Z56.82	Problema relacionado ao status de implantação militar atual
Z72.9	Problema relacionado ao estilo de vida
Z60.2	Problema relacionado a morar sozinho
Z59.3	Problema relacionado a viver em uma instituição residencial
Z55.8	Problemas relacionados ao ensino inadequado
Z64.1	Problemas relacionados à multiparidade
Z65.3	Problemas relacionados com outras circunstâncias legais
Z65.2	Problemas relacionados com a libertação da prisão
Z64.0	Problemas relacionados à gravidez indesejada
F43.8	Transtorno de luto prolongado
F95.0	Transtorno de tique provisório
F54	Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas
	Transtorno psicótico devido a outra condição médica
F06.2	Com delírios
F06.0	Com alucinações
F63.1	Piromania
G47.52	Distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos
F94.1	Transtorno de apego reativo
Z63.0	Aflição no relacionamento com o cônjuge ou parceiro íntimo
Z65.8	Problema religioso ou espiritual

951

G25.81	Síndrome das pernas inquietas
F98.21	Distúrbio de ruminação
	Transtorno esquizofafetivo
F25.0	Tipo bipolar
F25.1	Tipo depressivo
F60.1	Transtorno de personalidade esquizóide
F20.9	Esquizofrenia
F20.81	Transtorno esquizofreniforme
F21	Transtorno de personalidade esquizotípica
Z55.1	Escolaridade indisponível e inatingível
	Transtorno de ansiedade induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
F13.180	Com transtorno de uso leve
F13.280	Com transtorno de uso moderado ou grave

F13.980	Sem transtorno de uso Transtorno bipolar e relacionado induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
F13.14	Com transtorno de uso leve
F13.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.94	Sem transtorno de uso
F13.921	Delirium induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (medicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica tomada como prescrito)
F13.931	Delirium induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (durante a retirada de sedativos, hipnóticos ou medicação ansiolítica tomada conforme prescrito) Transtorno depressivo induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
F13.14	Com transtorno de uso leve
F13.24	Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.94	Sem transtorno de uso
	Transtorno neurocognitivo maior induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
F13.27	Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.97	Sem transtorno de uso
	Transtorno neurocognitivo leve induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
F13.188	Com transtorno de uso leve
F13.288	Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.988	Sem transtorno de uso
	Transtorno psicótico induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
F13.159	Com transtorno de uso leve
F13.259	Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.959	Sem transtorno de uso
	Disfunção sexual induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
F13.181	Com transtorno de uso leve
F13.281	Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.981	Sem transtorno de uso
	Distúrbio do sono induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
F13.182	Com transtorno de uso leve
F13.282	Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.982	Sem transtorno de uso

952

	Intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica
F13.120	Com transtorno de uso leve
F13.220	Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.920	Sem transtorno de uso
	Delírio de intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica
F13.121	Com transtorno de uso leve
F13.221	Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.921	Sem transtorno de uso
	Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
F13.10	Suave
F13.11	Em remissão precoce
F13.11	Em remissão sustentada

F13.20	Moderado
F13.21	Em remissão precoce
F13.21	Em remissão sustentada
F13.20	Forte
F13.21	Em remissão precoce
F13.21	Em remissão sustentada
	Retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com distúrbios perceptivos
F13.132	Com transtorno de uso leve
F13.232	Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.932	Sem transtorno de uso
	Retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Sem distúrbios perceptivos
F13.130	Com transtorno de uso leve
F13.230	Com transtorno de uso moderado ou grave

F13.930	Sem transtorno de uso
	Delírio de abstinência sedativo, hipnótico ou ansiolítico
F13.131	Com transtorno de uso leve
F13.231	Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.931	Sem transtorno de uso
F94.0	Mutismo seletivo
F93.0	Transtorno de ansiedade de separação
Z70.9	Aconselhamento sexual
Z56.81	Assédio sexual no trabalho
F65.51	Transtorno de masoquismo sexual
F65.52	Transtorno de sadismo sexual
Z62.891	Problema relacional entre irmãos
	Hipoventilação relacionada ao sono
G47.36	Hipoventilação relacionada ao sono comórbida
G47.35	Hipoventilação alveolar central congênita
G47.34	Hipoventilação idiopática
F40.10	Transtorno de ansiedade social
Z60.4	Exclusão ou rejeição social
F80.82	Distúrbio de comunicação social (pragmático)

953

F45.1	Distúrbio de sintomas somáticos
	Distúrbio específico de aprendizagem
F81.2	Com deficiência em matemática
F81.0	Com deficiência na leitura
F81.81	Com deficiência na expressão escrita
	Fobia específica
F40.218	Animal
	Sangue-injeção-lesão
F40.230	medo de sangue
F40.231	Medo de injeções e transfusões

F40.233	Medo de lesão
F40.232	Medo de outros cuidados médicos
F40.228	Ambiente natural
F40.298	Outro
F40.248	Situacional
F80.0	Distúrbio do som da fala
	Abuso do cônjuge ou parceiro, psicológico, confirmado
T74.31XA	Encontro inicial
T74.31XD	Encontro subsequente
	Abuso do cônjuge ou parceiro, psicológico, suspeito
T76.31XA	Encontro inicial
T76.31XD	Encontro subsequente
	Negligência do cônjuge ou parceiro, confirmado
T74.01XA	Encontro inicial
T74.01XD	Encontro subsequente
	Negligência do cônjuge ou parceiro, Suspeita
T76.01XA	Encontro inicial
T76.01XD	Encontro subsequente
	Violência do cônjuge ou parceiro, física, confirmada
T74.11XA	Encontro inicial
T74.11XD	Encontro subsequente
	Violência do cônjuge ou parceiro, Física, Suspeita
T76.11XA	Encontro inicial
T76.11XD	Encontro subsequente
	Violência do cônjuge ou parceiro, Sexual, Confirmada
T74.21XA	Encontro inicial
T74.21XD	Encontro subsequente
	Violência por cônjuge ou parceiro, Sexual, Suspeita
T76.21XA	Encontro inicial
T76.21XD	Encontro subsequente
F98.4	Distúrbio de movimento estereotipado
	Intoxicação estimulante (<i>ver substância do tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante não especificado intoxicação para códigos específicos</i>)
	Transtorno por uso de estimulantes (<i>ver substância do tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante não especificado use desordem para códigos específicos</i>)

954

Z56.3	Abstinência de estimulantes (<i>ver substância do tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante não especificado retirada para códigos específicos</i>)
F80.81	Horário de trabalho estressante
	Gagueira (transtorno da fluência com início na infância)
	Delírio de intoxicação por substância (<i>consulte substâncias específicas para códigos</i>)
	Delírio de abstinência de substâncias (<i>consulte substâncias específicas para códigos</i>)
	Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento (<i>consulte substâncias específicas para códigos</i>)
	Transtorno bipolar e relacionado induzido por substância/medicamento (<i>consulte substâncias específicas para códigos</i>)

	Transtorno depressivo induzido por substância/medicamento (<i>consulte substâncias específicas para códigos</i>)
	Transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por substância/medicamento (<i>ver substâncias específicas para códigos</i>)
	Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por substância/medicamento (<i>ver substâncias específicas para códigos</i>)
	Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento (<i>consulte substâncias específicas para códigos</i>)
	Disfunção sexual induzida por substância/medicamento (<i>consulte substâncias específicas para códigos</i>)
	Distúrbio do sono induzido por substância/medicamento (<i>consulte substâncias específicas para códigos</i>)
	Comportamento suicida, atual
T14.91A	Encontro inicial
T14.91D	Encontro subsequente
Z91.51	Comportamento suicida, história de
G25.71	Acatisia tardia
G24.01	Discinesia tardia
G24.09	Distonia tardia
Z60.5	Alvo de discriminação ou perseguição adversa (percebida)
Z56.2	Ameaça de perda de emprego
	Distúrbios de tiques
F95.8	Outro transtorno de tique especificado
F95.1	Transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico)
F95.0	Transtorno de tique provisório
F95.2	Distúrbio de Tourette
F95.9	Transtorno de tique não especificado
F17.208	Distúrbio do sono induzido pelo tabaco, Com distúrbio de uso moderado ou grave
	Transtorno por uso de tabaco
Z72.0	Suave
F17.200	Moderado
F17.201	Em remissão precoce
F17.201	Em remissão sustentada
F17.200	Forte
F17.201	Em remissão precoce
F17.201	Em remissão sustentada

955

F17.203	Abstinência de tabaco
F95.2	Distúrbio de Tourette
F65.1	Transtorno transvestíco
F63.3	Tricotilomania (distúrbio de puxar o cabelo)
Z75.3	Indisponibilidade ou inacessibilidade de unidades de saúde
Z75.4	Indisponibilidade ou inacessibilidade de outras agências de ajuda
Z63.4	Luto descomplicado
Z56.5	Ambiente de trabalho incompatível
Z55.3	Insuficiência na escola
Z56.0	Desemprego
F10.99	Transtorno relacionado ao álcool não especificado

F41.9	Transtorno de ansiedade não especificado
F90.9	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade não especificado
F31.9	Transtorno bipolar não especificado e transtorno relacionado
F15.99	Distúrbio não especificado relacionado à cafeína
F12.99	Distúrbio não especificado relacionado à cannabis
F06.1	Catatonia não especificada (<i>codifique primeiro R29.818 outros sintomas envolvendo nervos e músculos esqueléticos sistemas</i>)
F80.9	Distúrbio de comunicação não especificado
R41.0	Delírio não especificado
F32.A	Transtorno depressivo não especificado
F91.9	Transtorno disruptivo não especificado, controle de impulsos e transtorno de conduta
F44.9	Transtorno dissociativo não especificado
	Distúrbio de eliminação não especificado
R15.9	Com sintomas fecais
R32	Com sintomas urinários
F50.9	Alimentação não especificada ou transtorno alimentar
F64.9	Disforia de gênero não especificada
F16.99	Transtorno relacionado a alucinógenos não especificado
G47.10	Transtorno de hipersonolência não especificado
F18.99	Distúrbio não especificado relacionado a inalantes
G47.00	Distúrbio de insônia não especificado
F79	Transtorno do desenvolvimento intelectual não especificado (deficiência intelectual)
F99	Transtorno mental não especificado
F09	Transtorno mental não especificado devido a outra condição médica
F39	Transtorno de humor não especificado
R41.9	Transtorno neurocognitivo não especificado
F89	Transtorno do neurodesenvolvimento não especificado
F42.9	Transtorno obsessivo-compulsivo não especificado e transtorno relacionado
F11.99	Transtorno relacionado a opióides não especificado
F19.99	Transtorno relacionado a outra substância não especificado (ou desconhecido)
F65.9	Transtorno parafílico não especificado
F60.9	Transtorno de personalidade não especificado
F16.99	Distúrbio não especificado relacionado à fenciclidina

956

F29	Espectro de esquizofrenia não especificado e outro transtorno psicótico
F13.99	Transtorno não especificado relacionado a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
F52.9	Disfunção sexual não especificada
G47.9	Distúrbio sono-vigília não especificado
F45.9	Sintoma somático não especificado e transtorno relacionado
	Transtorno relacionado a estimulantes não especificado
F15.99	Transtorno relacionado a substância do tipo anfetamina não especificado
F14.99	Transtorno não especificado relacionado à cocaína
F15.99	Transtorno relacionado a outros estimulantes não especificado
F95.9	Transtorno de tique não especificado
F17.209	Transtorno relacionado ao tabaco não especificado

F43.9	Transtorno não especificado relacionado a trauma e estressor
Z62.29	Educação longe dos pais
Z65.4	Vitima de crime
Z65.4	Vítima de terrorismo ou tortura
F65.3	Distúrbio voyeurístico
Z91.83	Perambulação associada a um transtorno mental

Listagem Numérica do DSM-5-TR

Diagnósticos e Códigos ICD-10-CM

Para codificação periódica do DSM-5-TR e outras atualizações, consulte www.dsm5.org.

CID-10-CM	Desordem, condição ou problema
E66.9	Sobrepeso ou obesidade
F01.50	Transtorno neurocognitivo maior possivelmente devido a doença vascular, Sem distúrbio comportamental
F01.50	Transtorno neurocognitivo maior provavelmente devido a doença vascular, Sem distúrbio comportamental
F01.51	Transtorno neurocognitivo maior possivelmente devido a doença vascular, Com distúrbio comportamental
F01.51	Transtorno neurocognitivo maior provavelmente devido a doença vascular, Com distúrbio comportamental
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido a outra condição médica, Sem distúrbio comportamental
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido à infecção pelo HIV, Sem distúrbio comportamental (<i>codifique primeiro B20 infecção pelo HIV</i>)
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Huntington, Sem distúrbio comportamental (<i>codifique primeiro G10 doença de Huntington</i>)
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias, sem distúrbio comportamental
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido a possível doença de Alzheimer, Sem distúrbio comportamental (<i>codifique primeiro G30.9 doença de Alzheimer</i>)
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido a possível degeneração frontotemporal, Sem comportamento perturbação (<i>codifique primeiro G31.09 degeneração frontotemporal</i>)
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior com possíveis corpos de Lewy, sem distúrbio comportamental (<i>codifique primeiro G31.83 Doença do corpo de Lewy</i>)
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior possivelmente devido à doença de Parkinson, Sem distúrbio comportamental (<i>codifique primeiro G20 doença de Parkinson</i>)
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido a doença de prón, Sem distúrbio comportamental (<i>codifique primeiro A81.9 doença priônica</i>)
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido a provável doença de Alzheimer, Sem distúrbio comportamental (<i>codifique primeiro G30.9 doença de Alzheimer</i>)
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido a provável degeneração frontotemporal, Sem comportamento perturbação (<i>codifique primeiro G31.09 degeneração frontotemporal</i>)

958

F02.80	Transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy prováveis, sem distúrbio comportamental (<i>codifique primeiro G31.83 Doença do corpo de Lewy</i>)
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior provavelmente devido à doença de Parkinson, Sem distúrbio comportamental (<i>codifique primeiro G20 doença de Parkinson</i>)
F02.80	Transtorno neurocognitivo maior devido a lesão cerebral traumática, Sem distúrbio comportamental (<i>código primeira lesão cerebral traumática difusa S06.2X9S com perda de consciência de duração não especificada, sequela</i>)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido a outra condição médica, Com distúrbio comportamental
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido à infecção pelo HIV, Com distúrbio comportamental (<i>codifique primeiro B20 HIV</i>)

	infecção)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Huntington, Com distúrbio comportamental (<i>codifique primeiro G10 doença de Huntington</i>)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido a múltiplas etiologias, Com distúrbio comportamental
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido a possível doença de Alzheimer, Com distúrbio comportamental (<i>código primeira doença de Alzheimer G30.9</i>)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido a possível degeneração frontotemporal, Com comportamento perturbação (<i>codifique primeiro G31.09 degeneração frontotemporal</i>)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior com possíveis corpos de Lewy, Com distúrbio comportamental (<i>codifique primeiro G31.83 Doença do corpo de Lewy</i>)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior possivelmente devido à doença de Parkinson, Com distúrbio comportamental (<i>código primeira doença de Parkinson G20</i>)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido à doença do príon, Com distúrbio comportamental (<i>codifique primeiro A81.9 doença priônica</i>)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido a provável doença de Alzheimer, Com distúrbio comportamental (<i>código primeira doença de Alzheimer G30.9</i>)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido a provável degeneração frontotemporal, Com comportamento perturbação (<i>codifique primeiro G31.09 degeneração frontotemporal</i>)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior com prováveis corpos de Lewy, Com distúrbio comportamental (<i>codifique primeiro G31.83 Doença do corpo de Lewy</i>)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior provavelmente devido à doença de Parkinson, Com distúrbio comportamental (<i>código primeira doença de Parkinson G20</i>)
F02.81	Transtorno neurocognitivo maior devido a lesão cerebral traumática, Com distúrbio comportamental (<i>codifique primeiro S06.2X9S traumatismo crânio-encefálico difuso com perda de consciência de duração não especificada, sequela</i>)
F05	Delirium devido a outra condição médica
F05	Delirium devido a múltiplas etiologias
F06.0	Transtorno psicótico devido a outra condição médica, Com alucinações
F06.1	Catatonia associada a outro transtorno mental (especificador de catatonia)
F06.1	Distúrbio catatônico devido a outra condição médica
F06.1	Catatonia não especificada (<i>codifique primeiro R29.818 outros sintomas envolvendo nervos e músculos esqueléticos sistemas</i>)
F06.2	Transtorno psicótico devido a outra condição médica, com delírios
F06.31	Transtorno depressivo devido a outra condição médica, Com características depressivas
F06.32	Transtorno depressivo devido a outra condição médica, com episódio tipo depressivo maior

959

F06.33	Transtorno bipolar e relacionado devido a outra condição médica, Com características maníacas
F06.33	Transtorno bipolar e relacionado devido a outra condição médica, Com episódio maníaco ou hipomaníaco
F06.34	Transtorno bipolar e relacionado devido a outra condição médica, Com características mistas
F06.34	Transtorno depressivo devido a outra condição médica, Com características mistas
F06.4	Transtorno de ansiedade devido a outra condição médica
F06.8	Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado devido a outra condição médica
F06.8	Outro transtorno mental especificado devido a outra condição médica
F07.0	Mudança de personalidade devido a outra condição médica
F09	Transtorno mental não especificado devido a outra condição médica
F10.10	Transtorno por uso de álcool, Leve
F10.11	Transtorno por uso de álcool, Leve, Em remissão precoce
F10.11	Transtorno por uso de álcool, Leve, Em remissão sustentada

F10.120	Intoxicação por álcool, Com transtorno de uso leve
F10.121	Delírio de intoxicação por álcool, Com transtorno de uso leve
F10.130	Abstinência de álcool, Sem distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
F10.131	Delírio de abstinência de álcool, Com transtorno de uso leve
F10.132	Abstinência de álcool, Com distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
F10.14	Transtorno bipolar e relacionado induzido por álcool, Com transtorno por uso leve
F10.14	Transtorno depressivo induzido por álcool, Com transtorno por uso leve
F10.159	Transtorno psicótico induzido por álcool, Com transtorno por uso leve
F10.180	Transtorno de ansiedade induzido por álcool, Com transtorno de uso leve
F10.181	Disfunção sexual induzida por álcool, Com transtorno por uso leve
F10.182	Distúrbio do sono induzido por álcool, Com distúrbio de uso leve
F10.188	Transtorno neurocognitivo leve induzido por álcool, Com transtorno por uso leve
F10.20	Transtorno por uso de álcool, Moderado
F10.20	Transtorno por uso de álcool, Grave
F10.21	Transtorno por uso de álcool, Moderado, Em remissão precoce
F10.21	Transtorno por uso de álcool, Moderado, Em remissão sustentada
F10.21	Transtorno por uso de álcool, Grave, Em remissão precoce
F10.21	Transtorno por uso de álcool, Grave, Em remissão sustentada
F10.220	Intoxicação por álcool, Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.221	Delírio de intoxicação alcoólica, Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.230	Abstinência de álcool, Sem distúrbios de percepção, Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.231	Delírio de abstinência de álcool, Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.232	Abstinência de álcool, Com distúrbios de percepção, Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.24	Transtorno bipolar e relacionado induzido por álcool, Com transtorno por uso moderado ou grave
F10.24	Transtorno depressivo induzido por álcool, Com transtorno por uso moderado ou grave
F10.259	Transtorno psicótico induzido por álcool, Com transtorno por uso moderado ou grave
F10.26	Transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, tipo amnésico-confabulação, com moderado ou transtorno de uso grave

960

F10.27	Transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, tipo não amnésico-confabular, com moderado ou transtorno de uso grave
F10.280	Transtorno de ansiedade induzido por álcool, Com transtorno de uso moderado ou grave
F10.281	Disfunção sexual induzida pelo álcool, Com transtorno por uso moderado ou grave
F10.282	Distúrbio do sono induzido por álcool, Com distúrbio de uso moderado ou grave
F10.288	Transtorno neurocognitivo leve induzido por álcool, Com transtorno por uso moderado ou grave
F10.920	Intoxicação por álcool, sem transtorno de uso
F10.921	Delírio de intoxicação alcoólica, sem transtorno de uso
F10.930	Abstinência de álcool, Sem distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso
F10.931	Delírio de abstinência de álcool, sem transtorno de uso
F10.932	Abstinência de álcool, Com distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso
F10.94	Transtorno bipolar induzido por álcool e transtorno relacionado, sem transtorno por uso
F10.94	Transtorno depressivo induzido por álcool, Sem transtorno por uso
F10.959	Transtorno psicótico induzido por álcool, Sem transtorno por uso
F10.96	Transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, tipo amnésico-confabulatório, transtorno sem uso
F10.97	Transtorno neurocognitivo maior induzido por álcool, Tipo não amnésico-confabulatório, Sem uso

transtorno

F10.980	Transtorno de ansiedade induzido por álcool, Transtorno sem uso
F10.981	Disfunção sexual induzida pelo álcool, Sem transtorno por uso
F10.982	Distúrbio do sono induzido por álcool, Sem distúrbio de uso
F10.988	Transtorno neurocognitivo leve induzido por álcool, sem transtorno por uso
F10.99	Transtorno relacionado ao álcool não especificado
F11.10	Transtorno por uso de opióides, Leve
F11.11	Transtorno por uso de opióides, Leve, Em remissão precoce
F11.11	Transtorno por uso de opióides, Leve, Em remissão sustentada
F11.120	Intoxicação por opióides, Sem distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
F11.121	Delírio de intoxicação por opióides, Com transtorno de uso leve

961

F11.122	Intoxicação por opióides, Com distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
F11.13	Abstinência de opióides, Com transtorno de uso leve
F11.14	Transtorno depressivo induzido por opióides, Com transtorno por uso leve
F11.181	Disfunção sexual induzida por opióides, Com transtorno por uso leve
F11.182	Distúrbio do sono induzido por opióides, Com distúrbio de uso leve
F11.188	Transtorno de ansiedade induzido por opióides, Com transtorno de uso leve
F11.188	Delirium por abstinência de opióides, Com transtorno de uso leve
F11.20	Transtorno por uso de opióides, Moderado
F11.20	Transtorno por uso de opióides, Grave
F11.21	Transtorno por uso de opióides, Moderado, Em remissão precoce
F11.21	Transtorno por uso de opióides, Moderado, Em remissão sustentada
F11.21	Transtorno por uso de opióides, Grave, Em remissão precoce
F11.21	Transtorno por uso de opióides, Grave, Em remissão sustentada
F11.220	Intoxicação por opióides, Sem distúrbios de percepção, Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.221	Delírio de intoxicação por opióides, Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.222	Intoxicação por opióides, Com distúrbios de percepção, Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.23	Abstinência de opióides, Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.24	Transtorno depressivo induzido por opióides, Com transtorno por uso moderado ou grave
F11.281	Disfunção sexual induzida por opióides, Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.282	Distúrbio do sono induzido por opióides, Com distúrbio de uso moderado ou grave
F11.288	Transtorno de ansiedade induzido por opióides, Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.288	Delirium por abstinência de opióides, Com transtorno de uso moderado ou grave
F11.920	Intoxicação por opióides, Sem distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso
F11.921	Delirium induzido por opióides (medicação opióide tomada conforme prescrito)
F11.921	Delírio de intoxicação por opióides, sem transtorno de uso
F11.922	Intoxicação por opióides, Com distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso
F11.93	Abstinência de opióides, sem transtorno de uso
F11.94	Transtorno depressivo induzido por opióides, Transtorno sem uso
F11.981	Disfunção sexual induzida por opióides, sem transtorno de uso
F11.982	Distúrbio do sono induzido por opióides, Sem distúrbio de uso
F11.988	Transtorno de ansiedade induzido por opióides, transtorno sem uso
F11.988	Delirium induzido por opióides (durante a retirada da medicação opióide tomada conforme prescrito)

F11.988	Delirium por abstinência de opióides, sem transtorno de uso
F11.99	Transtorno relacionado a opióides não especificado
F12.10	Transtorno por uso de cannabis, Leve
F12.11	Transtorno por uso de cannabis, Leve, Em remissão precoce
F12.11	Transtorno por uso de cannabis, Leve, Em remissão sustentada
F12.120	Intoxicação por cannabis, Sem distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
F12.121	Delírio de intoxicação por cannabis, Com transtorno de uso leve
F12.122	Intoxicação por cannabis, Com distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
F12.13	Abstinência de cannabis, Com transtorno de uso leve
F12.159	Transtorno psicótico induzido por cannabis, Com transtorno de uso leve
F12.180	Transtorno de ansiedade induzido por cannabis, Com transtorno de uso leve
F12.188	Distúrbio do sono induzido por cannabis, Com distúrbio de uso leve
F12.20	Transtorno por uso de cannabis, Moderado
F12.20	Transtorno por uso de cannabis, Grave

F12.21	Transtorno por uso de cannabis, Moderado, Em remissão precoce
F12.21	Transtorno por uso de cannabis, Moderado, Em remissão sustentada
F12.21	Transtorno por uso de cannabis, Grave, Em remissão precoce
F12.21	Transtorno por uso de cannabis, Grave, Em remissão sustentada
F12.220	Intoxicação por cannabis, Sem distúrbios de percepção, Com transtorno de uso moderado ou grave
F12.221	Delírio de intoxicação por cannabis, Com transtorno de uso moderado ou grave
F12.222	Intoxicação por cannabis, Com distúrbios de percepção, Com transtorno de uso moderado ou grave
F12.23	Abstinência de cannabis, Com transtorno de uso moderado ou grave
F12.259	Transtorno psicótico induzido por cannabis, Com transtorno de uso moderado ou grave

962

F12.280	Transtorno de ansiedade induzido por cannabis, Com transtorno de uso moderado ou grave
F12.288	Distúrbio do sono induzido por cannabis, Com distúrbio de uso moderado ou grave
F12.920	Intoxicação por cannabis, Sem distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso
F12.921	Delírio de intoxicação por cannabis, sem transtorno de uso
F12.921	Delírio induzido por agonista do receptor de cannabis farmacêutico (agonista do receptor de cannabis farmacêutico medicação tomada conforme prescrita)
F12.922	Intoxicação por cannabis, Com distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso
F12.93	Abstinência de cannabis, sem transtorno de uso
F12.959	Transtorno psicótico induzido por cannabis, Transtorno sem uso
F12.980	Transtorno de ansiedade induzido por cannabis, transtorno sem uso
F12.988	Distúrbio do sono induzido por cannabis, Sem distúrbio de uso
F12.99	Distúrbio não especificado relacionado à cannabis
F13.10	Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Leve
F13.11	Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Leve, Em remissão precoce
F13.11	Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Leve, Em remissão sustentada
F13.120	Intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica, Com transtorno de uso leve
F13.121	Delírio de intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica, Com transtorno de uso leve
F13.130	Retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Sem distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
F13.131	Delirium por abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com transtorno de uso leve

F13.132	Retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
F13.14	Transtorno bipolar e relacionado induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com transtorno de uso leve
F13.14	Transtorno depressivo induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com transtorno de uso leve
F13.159	Transtorno psicótico induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com transtorno de uso leve
F13.180	Transtorno de ansiedade induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com transtorno de uso leve
F13.181	Disfunção sexual induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com transtorno de uso leve
F13.182	Distúrbio do sono induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com distúrbio de uso leve
F13.188	Transtorno neurocognitivo leve induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com transtorno de uso leve
F13.20	Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Moderado
F13.20	Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Grave
F13.21	Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Moderado, Em remissão precoce
F13.21	Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Moderado, Em remissão sustentada
F13.21	Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Grave, Em remissão precoce
F13.21	Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Grave, Em remissão sustentada
F13.220	Intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica, Com transtorno de uso moderado ou grave

963

F13.221	Delírio de intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica, Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.230	Retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Sem distúrbios de percepção, Com moderado ou transtorno de uso grave
F13.231	Delirium por abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.232	Retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com distúrbios de percepção, Com moderado ou grave transtorno de uso
F13.24	Transtorno bipolar e relacionado induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com uso moderado ou grave transtorno
F13.24	Transtorno depressivo induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.259	Transtorno psicótico induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.27	Transtorno neurocognitivo maior induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com moderado ou grave transtorno de uso
F13.280	Transtorno de ansiedade induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.281	Disfunção sexual induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com transtorno de uso moderado ou grave
F13.282	Distúrbio do sono induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com distúrbio de uso moderado ou grave
F13.288	Transtorno neurocognitivo leve induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com uso moderado ou grave transtorno
F13.920	Intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica, Sem transtorno de uso
F13.921	Delirium induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (medicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica tomada como prescrito)
F13.921	Delírio de intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica, sem transtorno de uso
F13.930	Retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Sem distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso
F13.931	Delirium induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (durante a retirada de sedativos, hipnóticos ou medicação ansiolítica tomada conforme prescrito)
F13.931	Delírio de abstinência sedativo, hipnótico ou ansiolítico, sem transtorno de uso
F13.932	Retirada de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Com distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso
F13.94	Transtorno bipolar e relacionado induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Transtorno sem uso
F13.94	Transtorno depressivo induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Sem transtorno de uso
F13.959	Transtorno psicótico induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, sem transtorno de uso
F13.97	Transtorno neurocognitivo maior induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Sem transtorno de uso
F13.980	Transtorno de ansiedade induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Sem transtorno de uso

F13.981 Disfunção sexual induzida por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Sem transtorno de uso

964

F13.982 Distúrbio do sono induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Sem distúrbio de uso
 F13.988 Transtorno neurocognitivo leve induzido por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, Sem transtorno de uso
 F13.99 Transtorno não especificado relacionado a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
 F14.10 Transtorno por uso de cocaína, Leve
 F14.11 Transtorno por uso de cocaína, Leve, Em remissão precoce
 F14.11 Transtorno por uso de cocaína, Leve, Em remissão sustentada
 F14.120 Intoxicação por cocaína, Sem distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
 F14.121 Delírio de intoxicação por cocaína, com transtorno por uso leve
 F14.122 Intoxicação por cocaína, Com distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
 F14.13 Abstinência de cocaína, Com transtorno de uso leve
 F14.14 Transtorno bipolar e relacionado induzido por cocaína, Com transtorno por uso leve
 F14.14 Transtorno depressivo induzido por cocaína, Com transtorno por uso leve
 F14.159 Transtorno psicótico induzido por cocaína, Com transtorno por uso leve
 F14.180 Transtorno de ansiedade induzido por cocaína, Com transtorno de uso leve
 F14.181 Disfunção sexual induzida por cocaína, Com transtorno por uso leve
 F14.182 Distúrbio do sono induzido por cocaína, Com distúrbio de uso leve
 F14.188 Transtorno neurocognitivo leve induzido por cocaína, Com transtorno por uso leve
 F14.188 Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por cocaína, Com transtorno por uso leve
 F14.20 Transtorno por uso de cocaína, Moderado
 F14.20 Transtorno por uso de cocaína, Grave
 F14.21 Transtorno por uso de cocaína, Moderado, Em remissão precoce
 F14.21 Transtorno por uso de cocaína, Moderado, Em remissão sustentada
 F14.21 Transtorno por uso de cocaína, Grave, Em remissão precoce
 F14.21 Transtorno por uso de cocaína, Grave, Em remissão sustentada
 F14.220 Intoxicação por cocaína, Sem distúrbios de percepção, Com transtorno de uso moderado ou grave
 F14.221 Delírio de intoxicação por cocaína, Com transtorno de uso moderado ou grave
 F14.222 Intoxicação por cocaína, Com distúrbios de percepção, Com transtorno de uso moderado ou grave
 F14.23 Abstinência de cocaína, Com transtorno de uso moderado ou grave
 F14.24 Transtorno bipolar e relacionado induzido por cocaína, Com transtorno por uso moderado ou grave
 F14.24 Transtorno depressivo induzido por cocaína, Com transtorno por uso moderado ou grave
 F14.259 Transtorno psicótico induzido por cocaína, Com transtorno por uso moderado ou grave
 F14.280 Transtorno de ansiedade induzido por cocaína, Com transtorno por uso moderado ou grave
 F14.281 Disfunção sexual induzida por cocaína, Com transtorno por uso moderado ou grave
 F14.282 Distúrbio do sono induzido por cocaína, Com distúrbio de uso moderado ou grave
 F14.288 Transtorno neurocognitivo leve induzido por cocaína, Com transtorno por uso moderado ou grave
 F14.288 Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por cocaína, Com transtorno por uso moderado ou grave
 F14.920 Intoxicação por cocaína, Sem distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso

965

F14.921 Delírio de intoxicação por cocaína, sem transtorno de uso
 F14.922 Intoxicação por cocaína, Com distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso

F14.93	Abstinência de cocaína, sem transtorno de uso
F14.94	Transtorno bipolar e relacionado induzido por cocaína, sem transtorno por uso
F14.94	Transtorno depressivo induzido por cocaína, sem transtorno por uso
F14.959	Transtorno psicótico induzido por cocaína, sem transtorno por uso
F14.980	Transtorno de ansiedade induzido por cocaína, transtorno sem uso
F14.981	Disfunção sexual induzida por cocaína, sem transtorno de uso
F14.982	Distúrbio do sono induzido por cocaína, Sem distúrbio de uso
F14.988	Transtorno neurocognitivo leve induzido por cocaína, sem transtorno por uso
F14.988	Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por cocaína, Sem transtorno por uso
F14.99	Transtorno não especificado relacionado à cocaína
F15.10	Transtorno por uso de substâncias do tipo anfetamina, Leve
F15.10	Outro transtorno por uso de estimulantes ou não especificado, Leve
F15.11	Transtorno por uso de substâncias do tipo anfetamina, Leve, Em remissão precoce
F15.11	Transtorno por uso de substâncias do tipo anfetamina, Leve, Em remissão sustentada
F15.11	Outros transtornos por uso de estimulantes ou não especificados, Leve, Em remissão precoce
F15.11	Outros transtornos por uso de estimulantes ou não especificados, Leve, Em remissão sustentada
F15.120	Intoxicação por substância do tipo anfetamina, Sem distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
F15.120	Intoxicação por outros estimulantes, Sem distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
F15.121	Delírio de intoxicação por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno de uso leve
F15.122	Intoxicação por substância do tipo anfetamina, Com distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
F15.122	Outras intoxicações estimulantes, Com distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
F15.13	Abstinência de substância do tipo anfetamina, Com transtorno de uso leve
F15.13	Retirada de outros estimulantes, Com transtorno de uso leve
F15.14	Transtorno bipolar e relacionado induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com uso moderado transtorno
F15.14	Transtorno depressivo induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno por uso leve
F15.159	Transtorno psicótico induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno de uso leve
F15.180	Transtorno de ansiedade induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno de uso leve
F15.181	Disfunção sexual induzida por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno de uso leve
F15.182	Transtorno do sono induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno de uso leve
F15.188	Transtorno neurocognitivo leve induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com leve transtorno de uso
F15.188	Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno de uso leve

966

F15.20	Transtorno por uso de substâncias do tipo anfetamina, Moderado
F15.20	Transtorno por uso de substâncias do tipo anfetamina, Grave
F15.20	Outro transtorno por uso de estimulantes ou não especificado, moderado
F15.20	Outro transtorno por uso de estimulantes ou não especificado, Grave
F15.21	Transtorno por uso de substâncias do tipo anfetamina, Moderado, Em remissão precoce
F15.21	Transtorno por uso de substâncias do tipo anfetamina, Moderado, Em remissão sustentada
F15.21	Transtorno por uso de substâncias do tipo anfetamina, Grave, Em remissão precoce
F15.21	Transtorno por uso de substâncias do tipo anfetamina, Grave, Em remissão sustentada
F15.21	Outro transtorno por uso de estimulantes ou não especificado, Moderado, Em remissão precoce
F15.21	Outro transtorno por uso de estimulantes ou não especificado, Moderado, Em remissão sustentada

F15.21	Outros transtornos por uso de estimulantes ou não especificados, Grave, Em remissão precoce
F15.21	Outros transtornos por uso de estimulantes ou não especificados, Grave, Em remissão sustentada
F15.220	Intoxicação por substância do tipo anfetamina, Sem distúrbios de percepção, Com moderada ou grave transtorno de uso
F15.220	Intoxicação por outro estimulante, Sem distúrbios de percepção, Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.221	Delírio de intoxicação por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com uso moderado ou grave transtorno
F15.222	Intoxicação por substância do tipo anfetamina, Com distúrbios de percepção, Com uso moderado ou grave transtorno
F15.222	Outras intoxicações estimulantes, Com distúrbios de percepção, Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.23	Abstinência de substância do tipo anfetamina, Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.23	Retirada de outros estimulantes, Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.24	Transtorno bipolar e relacionado induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com moderado ou transtorno de uso grave
F15.24	Transtorno depressivo induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com moderado ou transtorno de uso grave
F15.259	Transtorno psicótico induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com moderado ou transtorno de uso grave
F15.280	Transtorno de ansiedade induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com moderado ou grave transtorno de uso
F15.281	Disfunção sexual induzida por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com moderada ou transtorno de uso grave
F15.282	Transtorno do sono induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com uso moderado ou grave transtorno
F15.288	Transtorno neurocognitivo leve induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), com transtorno de uso moderado ou grave
F15.288	Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Com transtorno de uso moderado ou grave
F15.920	Intoxicação por substância do tipo anfetamina, Sem distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso
F15.920	Intoxicação por cafeína
F15.920	Intoxicação por outros estimulantes, Sem distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso

967

F15.921	Delirium induzido por medicamentos do tipo anfetamina (ou outro estimulante) (tipo anfetamina ou outro medicação estimulante tomada conforme prescrito)
F15.921	Delírio de intoxicação por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Sem transtorno de uso
F15.922	Intoxicação por substância do tipo anfetamina, Com distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso
F15.922	Intoxicação por outros estimulantes, Com distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso
F15.93	Abstinência de substância do tipo anfetamina, Sem transtorno de uso
F15.93	Retirada de cafeína
F15.93	Retirada de outros estimulantes, sem transtorno de uso
F15.94	Transtorno bipolar e relacionado induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Sem uso transtorno
F15.94	Transtorno depressivo induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Sem transtorno por uso
F15.959	Transtorno psicótico induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Sem transtorno por uso
F15.980	Transtorno de ansiedade induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Sem transtorno de uso
F15.980	Transtorno de ansiedade induzido por cafeína, sem transtorno de uso
F15.981	Disfunção sexual induzida por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Sem transtorno de uso
F15.982	Transtorno do sono induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Sem transtorno por uso

F15.982	Distúrbio do sono induzido por cafeína, Sem distúrbio de uso
F15.988	Transtorno neurocognitivo leve induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Sem uso transtorno
F15.988	Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por substância do tipo anfetamina (ou outro estimulante), Sem transtorno de uso
F15.99	Transtorno relacionado a substância do tipo anfetamina não especificado
F15.99	Distúrbio não especificado relacionado à cafeína
F15.99	Transtorno relacionado a outros estimulantes não especificado
F16.10	Outro transtorno por uso de alucinógenos, Leve
F16.10	Transtorno por uso de fenciclidina, Leve
F16.11	Outro transtorno por uso de alucinógenos, Leve, Em remissão precoce
F16.11	Outro transtorno por uso de alucinógenos, Leve, Em remissão sustentada
F16.11	Transtorno por uso de fenciclidina, leve, em remissão precoce
F16.11	Transtorno por uso de fenciclidina, Leve, Em remissão sustentada
F16.120	Outras intoxicações por alucinógenos, Com transtorno de uso leve
F16.120	Intoxicação por fenciclidina, Com transtorno de uso leve
F16.121	Delírio de intoxicação por alucinógenos, Com transtorno de uso leve
F16.121	Delírio de intoxicação por fenciclidina, Com transtorno de uso leve
F16.14	Outros transtornos bipolares e relacionados induzidos por alucinógenos, Com transtorno de uso leve
F16.14	Outro transtorno depressivo induzido por alucinógenos, Com transtorno de uso leve
F16.14	Transtorno bipolar e relacionado induzido por fenciclidina, Com transtorno de uso leve

968

F16.14	Transtorno depressivo induzido por fenciclidina, Com transtorno de uso leve
F16.159	Outro transtorno psicótico induzido por alucinógenos, Com transtorno de uso leve
F16.159	Transtorno psicótico induzido por fenciclidina, Com transtorno de uso leve
F16.180	Outros transtornos de ansiedade induzidos por alucinógenos, Com transtorno de uso leve
F16.180	Transtorno de ansiedade induzido por fenciclidina, Com transtorno de uso leve
F16.20	Outro transtorno por uso de alucinógenos, Moderado
F16.20	Outro transtorno por uso de alucinógenos, Grave
F16.20	Transtorno por uso de fenciclidina, Moderado
F16.20	Transtorno por uso de fenciclidina, Grave
F16.21	Outro transtorno por uso de alucinógenos, Moderado, Em remissão precoce
F16.21	Outros transtornos por uso de alucinógenos, Moderado, Em remissão sustentada
F16.21	Outro transtorno por uso de alucinógenos, Grave, Em remissão precoce
F16.21	Outros transtornos por uso de alucinógenos, Grave, Em remissão sustentada
F16.21	Transtorno por uso de fenciclidina, Moderado, Em remissão precoce
F16.21	Transtorno por uso de fenciclidina, Moderado, Em remissão sustentada
F16.21	Transtorno por uso de fenciclidina, Grave, Em remissão precoce

F16.21	Transtorno por uso de fenciclidina, Grave, Em remissão sustentada
F16.220	Outras intoxicações por alucinógenos, Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.220	Intoxicação por fenciclidina, Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.221	Delírio de intoxicação por alucinógenos, Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.221	Delírio de intoxicação por fenciclidina, Com transtorno de uso moderado ou grave

F16.24	Outros transtornos bipolares e relacionados induzidos por alucinógenos, Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.24	Outro transtorno depressivo induzido por alucinógenos, Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.24	Transtorno bipolar e relacionado induzido por fenciclidina, Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.24	Transtorno depressivo induzido por fenciclidina, Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.259	Outro transtorno psicótico induzido por alucinógenos, Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.259	Transtorno psicótico induzido por fenciclidina, Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.280	Outro transtorno de ansiedade induzido por alucinógenos, Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.280	Transtorno de ansiedade induzido por fenciclidina, Com transtorno de uso moderado ou grave
F16.920	Outras intoxicações por alucinógenos, sem transtorno de uso
F16.920	Intoxicação por fenciclidina, sem transtorno de uso
F16.921	Cetamina ou outro delírio induzido por alucinógenos (cetamina ou outro medicamento alucinógeno tomado como prescritos ou por razões médicas)
F16.921	Delírio de intoxicação por alucinógenos, sem transtorno de uso
F16.921	Delírio de intoxicação por fenciclidina, sem transtorno de uso
F16.94	Outros transtornos bipolares e relacionados induzidos por alucinógenos, sem transtorno de uso

969

F16.94	Outro transtorno depressivo induzido por alucinógenos, sem transtorno de uso
F16.94	Transtorno bipolar e relacionado induzido por fenciclidina, transtorno sem uso
F16.94	Transtorno depressivo induzido por fenciclidina, sem transtorno de uso
F16.959	Outro transtorno psicótico induzido por alucinógenos, sem transtorno de uso
F16.959	Transtorno psicótico induzido por fenciclidina, sem transtorno de uso
F16.980	Outros transtornos de ansiedade induzidos por alucinógenos, sem transtorno de uso
F16.980	Transtorno de ansiedade induzido por fenciclidina, sem transtorno de uso
F16.983	Transtorno Perceptivo Persistente Alucinógeno
F16.99	Transtorno relacionado a alucinógenos não especificado
F16.99	Distúrbio não especificado relacionado à fenciclidina
F17.200	Transtorno por uso de tabaco, Moderado
F17.200	Transtorno por uso de tabaco, Grave
F17.201	Transtorno por uso de tabaco, Moderado, Em remissão precoce
F17.201	Transtorno por uso de tabaco, Moderado, Em remissão sustentada
F17.201	Transtorno por uso de tabaco, Grave, Em remissão precoce
F17.201	Transtorno por uso de tabaco, Grave, Em remissão sustentada
F17.203	Abstinência de tabaco
F17.208	Distúrbio do sono induzido pelo tabaco, Com distúrbio de uso moderado ou grave
F17.209	Transtorno relacionado ao tabaco não especificado
F18.10	Transtorno por uso de inalantes, Leve
F18.11	Transtorno por uso de inalantes, leve, em remissão precoce
F18.11	Transtorno por uso de inalantes, leve, em remissão sustentada
F18.120	Intoxicação por inalação, Com transtorno de uso leve
F18.121	Delírio de intoxicação por inalação, Com transtorno de uso leve
F18.14	Transtorno depressivo induzido por inalantes, Com transtorno de uso leve
F18.159	Transtorno psicótico induzido por inalantes, Com transtorno de uso leve
F18.17	Transtorno neurocognitivo maior induzido por inalantes, Com transtorno de uso leve
F18.180	Transtorno de ansiedade induzido por inalantes, Com transtorno de uso leve
F18.188	Transtorno neurocognitivo leve induzido por inalantes, Com transtorno de uso leve

F18.20	Transtorno por uso de inhalantes, Moderado
F18.20	Transtorno por uso de inhalantes, Grave
F18.21	Transtorno por uso de inhalantes, Moderado, Em remissão precoce
F18.21	Transtorno por uso de inhalantes, Moderado, Em remissão sustentada
F18.21	Transtorno por uso de inhalantes, Grave, Em remissão precoce
F18.21	Transtorno por uso de inhalantes, Grave, Em remissão sustentada
F18.220	Intoxicação por inalação, Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.221	Delírio de intoxicação por inalação, Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.24	Transtorno depressivo induzido por inhalantes, Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.259	Transtorno psicótico induzido por inhalantes, Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.27	Transtorno neurocognitivo maior induzido por inhalantes, Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.280	Transtorno de ansiedade induzido por inhalantes, Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.288	Transtorno neurocognitivo leve induzido por inhalantes, Com transtorno de uso moderado ou grave
F18.920	Intoxicação por inalação, sem transtorno de uso

970

F18.921	Delírio de intoxicação por inalação, sem transtorno de uso
F18.94	Transtorno depressivo induzido por inalação, sem transtorno de uso
F18.959	Transtorno psicótico induzido por inalação, sem transtorno de uso
F18.97	Transtorno neurocognitivo maior induzido por inalação, sem transtorno de uso
F18.980	Transtorno de ansiedade induzido por inhalantes, sem transtorno de uso
F18.988	Transtorno neurocognitivo leve induzido por inalação, sem transtorno de uso
F18.99	Distúrbio não especificado relacionado a inhalantes
F19.10	Transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido), Leve
F19.11	Transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido), Leve, Em remissão precoce
F19.11	Transtorno por uso de outra substância (ou desconhecida), Leve, Em remissão sustentada
F19.120	Intoxicação por outra substância (ou desconhecida), Sem distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
F19.121	Delírio de intoxicação por outra substância (ou desconhecida), Com transtorno de uso leve
F19.122	Intoxicação por outra substância (ou desconhecida), Com distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
F19.130	Abstinência de outra substância (ou desconhecida), Sem distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
F19.131	Delirium por abstinência de outra substância (ou desconhecida), Com transtorno de uso leve
F19.132	Abstinência de outra substância (ou desconhecida), Com distúrbios de percepção, Com transtorno de uso leve
F19.14	Transtorno bipolar e relacionado induzido por outra substância (ou desconhecida), Com transtorno por uso leve
F19.14	Transtorno depressivo induzido por outra substância (ou desconhecida), Com transtorno por uso leve
F19.159	Transtorno psicótico induzido por outra substância (ou desconhecida), Com transtorno por uso leve
F19.17	Transtorno neurocognitivo maior induzido por outra substância (ou desconhecida), Com transtorno por uso leve
F19.180	Transtorno de ansiedade induzido por outra substância (ou desconhecida), Com transtorno de uso leve
F19.181	Disfunção sexual induzida por outra substância (ou desconhecida), Com transtorno por uso leve
F19.182	Transtorno do sono induzido por outra substância (ou desconhecida), Com transtorno de uso leve
F19.188	Transtorno neurocognitivo leve induzido por outra substância (ou desconhecida), Com transtorno por uso leve
F19.188	Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por outra substância (ou desconhecida), Com uso leve transtorno
F19.20	Transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido), Moderado
F19.20	Transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido), Grave
F19.21	Transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido), Moderado, Em remissão precoce

F19.21	Transtorno por uso de outra substância (ou desconhecida), Moderado, Em remissão sustentada
F19.21	Transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido), Grave, Em remissão precoce
F19.21	Transtorno por uso de outra substância (ou desconhecida), Grave, Em remissão sustentada
F19.220	Intoxicação por outra substância (ou desconhecida), Sem distúrbios de percepção, Com moderada ou grave transtorno de uso

971

F19.221	Delírio de intoxicação por outra substância (ou desconhecida), Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.222	Intoxicação por outra substância (ou desconhecida), Com distúrbios de percepção, Com uso moderado ou severo transtorno
F19.230	Abstinência de outra substância (ou desconhecida), Sem distúrbios de percepção, Com moderada ou grave transtorno de uso
F19.231	Delírio de abstinência de outra substância (ou desconhecida), Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.232	Abstinência de outra substância (ou desconhecida), Com distúrbios de percepção, Com uso moderado ou severo transtorno
F19.24	Transtorno bipolar e relacionado induzido por outra substância (ou desconhecida), Com uso moderado ou grave transtorno
F19.24	Transtorno depressivo induzido por outra substância (ou desconhecida), Com transtorno por uso moderado ou grave
F19.259	Transtorno psicótico induzido por outra substância (ou desconhecida), Com transtorno por uso moderado ou grave
F19.27	Transtorno neurocognitivo maior induzido por outra substância (ou desconhecida), Com uso moderado ou grave transtorno
F19.280	Transtorno de ansiedade induzido por outra substância (ou desconhecida), Com transtorno por uso moderado ou grave
F19.281	Disfunção sexual induzida por outra substância (ou desconhecida), Com transtorno de uso moderado ou grave
F19.282	Transtorno do sono induzido por outra substância (ou desconhecida), Com transtorno por uso moderado ou grave
F19.288	Transtorno neurocognitivo leve induzido por outra substância (ou desconhecida), Com uso moderado ou grave transtorno
F19.288	Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por outra substância (ou desconhecida), Com moderado ou transtorno de uso grave
F19.920	Intoxicação por outra substância (ou desconhecida), Sem distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso
F19.921	Delirium induzido por outro (ou desconhecido) medicamento (outro medicamento [ou desconhecido] tomado conforme prescrito)
F19.921	Delírio de intoxicação por outra substância (ou desconhecida), sem transtorno de uso
F19.922	Intoxicação por outra substância (ou desconhecida), Com distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso
F19.930	Abstinência de outra substância (ou desconhecida), Sem distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso
F19.931	Delirium induzido por outro medicamento (ou desconhecido) (durante a retirada de outro [ou desconhecido] medicação tomada conforme prescrito)
F19.931	Delírio de abstinência de outra substância (ou desconhecida), sem transtorno de uso
F19.932	Abstinência de outra substância (ou desconhecida), Com distúrbios de percepção, Sem transtorno de uso
F19.94	Transtorno bipolar e relacionado induzido por outra substância (ou desconhecida), sem transtorno por uso
F19.94	Transtorno depressivo induzido por outra substância (ou desconhecida), sem transtorno por uso
F19.959	Transtorno psicótico induzido por outra substância (ou desconhecida), sem transtorno por uso

972

F19.97	Transtorno neurocognitivo maior induzido por outra substância (ou desconhecida), Sem transtorno por uso
F19.980	Transtorno de ansiedade induzido por outra substância (ou desconhecida), sem transtorno por uso
F19.981	Disfunção sexual induzida por outra substância (ou desconhecida), Sem transtorno por uso
F19.982	Transtorno do sono induzido por outra substância (ou desconhecida), Sem transtorno por uso
F19.988	Transtorno neurocognitivo leve induzido por outra substância (ou desconhecida), sem transtorno por uso

F19.98	Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por outra substância (ou desconhecida), Sem uso transtorno
F19.99	Transtorno relacionado a outra substância não especificado (ou desconhecido)
F20.81	Transtorno esquizofreniforme
F20.9	Esquizofrenia
F21	Transtorno de personalidade esquizotípica
F22	Transtorno delirante
F23	Transtorno psicótico breve
F25.0	Transtorno esquizoafetivo, tipo bipolar
F25.1	Transtorno esquizoafetivo, tipo depressivo
F28	Outro espectro de esquizofrenia especificado e outro transtorno psicótico
F29	Especetro de esquizofrenia não especificado e outro transtorno psicótico
F31.0	Transtorno bipolar I, episódio hipomaníaco atual ou mais recente
F31.11	Transtorno bipolar I, episódio maníaco atual ou mais recente, leve
F31.12	Transtorno bipolar I, episódio maníaco atual ou mais recente, moderado
F31.13	Transtorno bipolar I, episódio maníaco atual ou mais recente, grave
F31.2	Transtorno bipolar I, Episódio maníaco atual ou mais recente, Com características psicóticas
F31.31	Transtorno bipolar I, episódio atual ou mais recente deprimido, leve
F31.32	Transtorno bipolar I, Episódio atual ou mais recente deprimido, Moderado
F31.4	Transtorno bipolar I, episódio atual ou mais recente deprimido, grave
F31.5	Transtorno bipolar I, Episódio atual ou mais recente de depressão, Com características psicóticas
F31.71	Transtorno bipolar I, Episódio hipomaníaco atual ou mais recente, Em remissão parcial
F31.72	Transtorno bipolar I, episódio hipomaníaco atual ou mais recente, em remissão completa
F31.73	Transtorno bipolar I, Episódio maníaco atual ou mais recente, Em remissão parcial
F31.74	Transtorno bipolar I, Episódio maníaco atual ou mais recente, Em remissão completa
F31.75	Transtorno bipolar I, episódio atual ou mais recente deprimido, em remissão parcial
F31.76	Transtorno bipolar I, Episódio atual ou mais recente deprimido, Em remissão completa
F31.81	Transtorno bipolar II
F31.89	Outros transtornos bipolares e relacionados especificados
F31.9	Transtorno bipolar I, episódio atual ou mais recente deprimido, não especificado
F31.9	Transtorno bipolar I, episódio hipomaníaco atual ou mais recente, não especificado
F31.9	Transtorno bipolar I, episódio maníaco atual ou mais recente, não especificado

973

F31.9	Transtorno bipolar I, episódio atual ou mais recente não especificado
F31.9	Transtorno bipolar não especificado e transtorno relacionado
F32.0	Transtorno depressivo maior, episódio único, leve
F32.1	Transtorno depressivo maior, episódio único, moderado
F32.2	Transtorno depressivo maior, episódio único, grave
F32.3	Transtorno depressivo maior, Episódio único, Com características psicóticas
F32.4	Transtorno depressivo maior, episódio único, em remissão parcial
F32.5	Transtorno depressivo maior, episódio único, em remissão completa
F32.81	Transtorno disfórico pré-menstrual
F32.89	Outro transtorno depressivo especificado
F32.9	Transtorno depressivo maior, episódio único, não especificado
F32.A	Transtorno depressivo não especificado

F33.0	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Leve
F33.1	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Moderado
F33.2	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Grave
F33.3	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Com características psicóticas
F33.41	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Em remissão parcial
F33.42	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Em remissão completa
F33.9	Transtorno depressivo maior, Episódio recorrente, Não especificado
F34.0	Distúrbio ciclotímico
F34.1	Transtorno depressivo persistente
F34.81	Transtorno disruptivo da desregulação do humor
F39	Transtorno de humor não especificado
F40.00	Agorafobia
F40.10	Transtorno de ansiedade social
F40.218	Fobia Específica, Animal
F40.228	Fobia específica, Ambiente natural
F40.230	Fobia específica, medo de sangue
F40.231	Fobia específica, medo de injeções e transfusões
F40.232	Fobia específica, medo de outros cuidados médicos
F40.233	Fobia específica, medo de lesão
F40.248	Fobia Específica Situacional
F40.298	Fobia específica, Outros
F41.0	Síndrome do pânico
F41.1	Distúrbio de ansiedade generalizada
F41.8	Outro transtorno de ansiedade especificado
F41.9	Transtorno de ansiedade não especificado
F42.2	Transtorno obsessivo-compulsivo
F42.3	Distúrbio de acumulação
F42.4	Distúrbio de escoriação (skin-picking)
F42.8	Outro transtorno obsessivo-compulsivo especificado e transtorno relacionado
F42.9	Transtorno obsessivo-compulsivo não especificado e transtorno relacionado
F43.0	Transtorno de estresse agudo
F43.10	Transtorno de estresse pós-traumático

974

F43.20	Transtornos de ajuste, não especificados
F43.21	Distúrbios de adaptação, Com humor deprimido
F43.22	Distúrbios de adaptação, Com ansiedade
F43.23	Distúrbios de adaptação, Com ansiedade mista e humor deprimido
F43.24	Distúrbios de ajustamento, Com perturbação da conduta
F43.25	Distúrbios de adaptação, Com perturbação mista de emoções e conduta
F43.8	Outro transtorno especificado relacionado a trauma e estressor
F43.8	Transtorno de luto prolongado
F43.9	Transtorno não especificado relacionado a trauma e estressor
F44.0	Amnésia dissociativa
F44.1	Amnésia dissociativa, com fuga dissociativa

F44.4	Transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão), Com movimento anormal
F44.4	Transtorno de sintoma neurológico funcional (transtorno de conversão), Com sintoma de fala
F44.4	Transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão), Com sintomas de deglutição
F44.4	Transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão), Com fraqueza/paralisia
F44.5	Transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão), Com ataques ou convulsões
F44.6	Distúrbio de sintomas neurológicos funcionais (distúrbio de conversão), Com anestesia ou perda sensorial
F44.6	Transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão), Com sintoma sensorial especial
F44.7	Transtorno de sintomas neurológicos funcionais (transtorno de conversão), Com sintomas mistos
F44.81	Transtorno dissociativo de identidade
F44.89	Outro transtorno dissociativo especificado
F44.9	Transtorno dissociativo não especificado
F45.1	Distúrbio de sintomas somáticos
F45.21	Transtorno de ansiedade de doença
F45.22	Distúrbio Dismórfico Corporal
F45.8	Outro sintoma somático especificado e transtorno relacionado
F45.9	Sintoma somático não especificado e transtorno relacionado
F48.1	Transtorno de despersonalização/desrealização
F50.01	Anorexia nervosa, tipo restritivo
F50.02	Anorexia nervosa, tipo compulsão alimentar/purga
F50.2	Bulimia nervosa
F50.81	Transtorno de compulsão alimentar
F50.82	Transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva
F50.89	Outro transtorno alimentar ou alimentar especificado
F50.89	Pica, em adultos
F50.9	Alimentação não especificada ou transtorno alimentar
F51.01	Distúrbio de insônia
F51.11	Transtorno de hipersonolência

975

F51.3	Distúrbios do despertar do sono com movimentos oculares não rápidos, tipo sonambulismo
F51.4	Distúrbios do despertar do sono com movimentos oculares não rápidos, tipo terror noturno
F51.5	Transtorno de pesadelo
F52.0	Transtorno do desejo sexual hipoativo masculino
F52.21	Distúrbio erétil
F52.22	Distúrbio de interesse/exitação sexual feminino
F52.31	Distúrbio orgâsmico feminino
F52.32	Ejaculação retardada
F52.4	Ejaculação precoce (precoce)

F52.6	Distúrbio de dor/penetração genitopélvica
F52.8	Outra disfunção sexual especificada
F52.9	Disfunção sexual não especificada
F54	Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas
F60.0	Transtorno de personalidade paranoica
F60.1	Transtorno de personalidade esquizóide

F60.2	Transtorno de personalidade antisocial
F60.3	Transtorno de personalidade limitrofe
F60.4	Transtorno de personalidade histrionica
F60.5	Transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo
F60.6	Transtorno de personalidade esquiva
F60.7	Transtorno de personalidade dependente
F60.81	Transtorno de personalidade narcisista
F60.89	Outro transtorno de personalidade especificado
F60.9	Transtorno de personalidade não especificado
F63.0	Distúrbio de jogo
F63.1	Piromania
F63.2	Cleptomania
F63.3	Tricotilomania (distúrbio de puxar o cabelo)
F63.81	Transtorno explosivo intermitente
F64.0	Disforia de gênero em adolescentes e adultos
F64.2	Disforia de gênero em crianças
F64.8	Outra disforia de gênero especificada
F64.9	Disforia de gênero não especificada
F65.0	Transtorno fetichista
F65.1	Transtorno transvestico
F65.2	Transtorno exibicionista
F65.3	Distúrbio voyeurístico
F65.4	Transtorno pedofílico
F65.51	Transtorno de masoquismo sexual
F65.52	Transtorno de sadismo sexual
F65.81	Distúrbio froturístico
F65.89	Outro transtorno parafílico especificado
F65.9	Transtorno parafílico não especificado
F68.10	Transtorno factício imposto a si mesmo

976

F68.A	Transtorno factício imposto a outro
F70	Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual), Leve
F71	Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual), Moderado
F72	Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual), Grave
F73	Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual), Profundo
F79	Transtorno do desenvolvimento intelectual não especificado (deficiência intelectual)
F80.0	Distúrbio do som da fala
F80.2	Distúrbio de linguagem
F80.81	Distúrbio da fluência com início na infância (gagueira)
F80.82	Distúrbio de comunicação social (pragmático)
F80.9	Distúrbio de comunicação não especificado
F81.0	Distúrbio específico de aprendizagem, Com prejuízo na leitura
F81.2	Distúrbio específico de aprendizagem, Com prejuízo em matemática
F81.81	Transtorno específico de aprendizagem, Com prejuízo na expressão escrita

F82	Dispraxia
F84.0	Transtorno do espectro do autismo
F88	Atraso no desenvolvimento global
F88	Outro transtorno do neurodesenvolvimento especificado
F89	Transtorno do neurodesenvolvimento não especificado
F90.0	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, apresentação predominantemente desatenta
F90.1	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva
F90.2	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, apresentação combinada
F90.8	Outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado
F90.9	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade não especificado
F91.1	Transtorno de conduta, tipo com início na infância
F91.2	Transtorno de conduta, tipo com início na adolescência
F91.3	Transtorno desafiador de oposição
F91.8	Outros transtornos especificados disruptivos, de controle de impulsos e de conduta
F91.9	Transtorno de conduta, início não especificado
F91.9	Transtorno disruptivo não especificado, controle de impulsos e transtorno de conduta
F93.0	Transtorno de ansiedade de separação
F94.0	Mutismo seletivo
F94.1	Transtorno de apego reativo
F94.2	Transtorno de engajamento social desinibido
F95.0	Transtorno de tique provisório
F95.1	Transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico)
F95.2	Distúrbio de Tourette
F95.8	Outro transtorno de tique especificado
F95.9	Transtorno de tique não especificado
F98.0	Enurese
F98.1	Encoprese
F98.21	Distúrbio de ruminação
F98.3	Pica, em crianças

977

F98.4	Distúrbio de movimento estereotipado
F98.5	Distúrbio da fluência com início na idade adulta
F99	Outro transtorno mental especificado
F99	Transtorno mental não especificado
G21.0	Síndrome maligna neuroléptica
G21.11	Medicação antipsicótica – e outros parkinsonismo induzido por agentes bloqueadores de receptores de dopamina
G21.19	Parkinsonismo induzido por outros medicamentos
G24.01	Discinesia tardia
G24.02	Distonia aguda induzida por medicamentos
G24.09	Distonia tardia
G25.1	Tremor postural induzido por medicamentos
G25.71	Acatisia aguda induzida por medicação
G25.71	Acatisia tardia
G25.79	Outros distúrbios do movimento induzidos por medicamentos

G25.81	Síndrome das pernas inquietas
G31.84	Transtorno neurocognitivo frontotemporal leve
G31.84	Distúrbio neurocognitivo leve devido à doença de Alzheimer
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido a outra condição médica
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido à infecção pelo HIV
G31.84	Distúrbio neurocognitivo leve devido à doença de Huntington
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve com corpos de Lewy
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido a múltiplas etiologias
G31.84	Distúrbio neurocognitivo leve devido à doença de Parkinson
G31.84	Distúrbio neurocognitivo leve devido à doença prionica
G31.84	Transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática
G31.84	Distúrbio neurocognitivo vascular leve
G47.00	Distúrbio de insônia não especificado
G47.09	Outro transtorno de insônia especificado
G47.10	Transtorno de hipersonolência não especificado
G47.19	Outro transtorno de hipersonolência especificado
G47.20	Distúrbios do sono-vigília do ritmo circadiano, Tipo não especificado
G47.21	Distúrbios do sono-vigília do ritmo circadiano, tipo de fase do sono atrasada
G47.22	Distúrbios sono-vigília do ritmo circadiano, tipo fase avançada do sono
G47.23	Distúrbios sono-vigília do ritmo circadiano, Tipo sono-vigília irregular
G47.24	Distúrbios sono-vigília do ritmo circadiano, Tipo sono-vigília não 24 horas
G47.26	Distúrbios sono-vigília do ritmo circadiano, tipo de trabalho por turnos
G47.31	Apneia central do sono, apneia central do sono idiopática
G47.33	Hipopneia obstrutiva do sono
G47.34	Hipoventilação relacionada ao sono, Hipoventilação idopática
G47.35	Hipoventilação relacionada ao sono, Hipoventilação alveolar central congênita
G47.36	Hipoventilação relacionada ao sono, Hipoventilação relacionada ao sono comórbida
G47.37	Apneia central do sono comórbida com uso de opioides
G47.411	Narcolepsia com cataplexia ou deficiência de hipocretina (tipo 1)

978

G47.419	Narcolepsia sem cataplexia e sem deficiência de hipocretina ou hipocretina não medida (tipo 2)
G47.421	Narcolepsia com cataplexia ou deficiência de hipocretina devido a uma condição médica
G47.429	Narcolepsia sem cataplexia e sem deficiência de hipocretina devido a uma condição médica
G47.52	Distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos
G47.8	Outro transtorno específico do sono-vigília
G47.9	Distúrbio sono-vigília não especificado
N39.498	Outro transtorno de eliminação especificado, Com sintomas urinários
R06.3	Apneia central do sono, respiração de Cheyne-Stokes
R15.9	Outro transtorno de eliminação especificado, Com sintomas fecais
R15.9	Distúrbio de eliminação não especificado, Com sintomas fecais
R32	Distúrbio de eliminação não especificado, Com sintomas urinários
R41.0	Outro delírio especificado
R41.0	Delírio não especificado
R\$ 41,81	Declínio cognitivo relacionado à idade

R\$ 41,83	Funcionamento intelectual limítrofe
R41,9	Transtorno neurocognitivo não especificado
R45,88	Autolesão não suicida atual
	Comportamento suicida atual
T14.91A	Encontro inicial
T14.91D	Encontro subsequente
T43.205A	Síndrome de descontinuação de antidepressivos, encontro inicial
T43.205D	Síndrome de descontinuação de antidepressivos, encontro subsequente
T43.205S	Síndrome de descontinuação de antidepressivos, sequelas
T50.905A	Outro efeito adverso da medicação, Encontro inicial
T50.905D	Outro efeito adverso da medicação, encontro subsequente
T50.905S	Outro efeito adverso da medicação, Sequelas
T74.01XA	Negligência do cônjuge ou parceiro, confirmado, encontro inicial
T74.01XD	Negligência do cônjuge ou parceiro, Confirmado, Encontro subsequente
T74.02XA	Negligência infantil, Confirmado, Encontro inicial
T74.02XD	Negligência infantil, Confirmado, Encontro subsequente
T74.11XA	Abuso físico adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, Confirmado, Encontro inicial
T74.11XA	Violência do cônjuge ou parceiro, física, confirmada, encontro inicial
T74.11XD	Abuso físico adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, Confirmado, Encontro subsequente
T74.11XD	Violência do cônjuge ou parceiro, física, confirmada, encontro subsequente
T74.12XA	Abuso físico infantil, Confirmado, Encontro inicial
T74.12XD	Abuso físico infantil, Confirmado, Encontro subsequente
T74.21XA	Abuso sexual adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, confirmado, encontro inicial
T74.21XA	Violência do cônjuge ou parceiro, Sexual, Confirmado, Encontro inicial
T74.21XD	Abuso sexual adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, Confirmado, Encontro subsequente

979

T74.21XD	Violência conjugal, sexual, confirmada, encontro subsequente
T74.22XA	Abuso sexual infantil, Confirmado, Encontro inicial
T74.22XD	Abuso sexual infantil, Confirmado, Encontro subsequente
T74.31XA	Abuso psicológico adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, confirmado, encontro inicial
T74.31XA	Abuso do cônjuge ou parceiro, psicológico, confirmado, encontro inicial
T74.31XD	Abuso psicológico adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, Confirmado, Encontro subsequente
T74.31XD	Abuso do cônjuge ou parceiro, Psicológico, Confirmado, Encontro subsequente
T74.32XA	Abuso psicológico infantil, Confirmado, Encontro inicial
T74.32XD	Abuso psicológico infantil, Confirmado, Encontro subsequente
T76.01XA	Negligência do cônjuge ou parceiro, Suspeita, Encontro inicial
T76.01XD	Negligência do cônjuge ou parceiro, Suspeita, Encontro subsequente
T76.02XA	Negligência infantil, Suspeita, Encontro inicial
T76.02XD	Negligência infantil, suspeita, encontro subsequente
T76.11XA	Abuso físico adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, Suspeita, Encontro inicial
T76.11XA	Violência do cônjuge ou parceiro, física, suspeita, encontro inicial
T76.11XD	Abuso físico adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, Suspeita, Encontro subsequente
T76.11XD	Violência do cônjuge ou parceiro, Física, Suspeita, Encontro subsequente

T76.12XA	Abuso físico infantil, Suspeita, Encontro inicial
T76.12XD	Abuso físico infantil, Suspeita, Encontro subsequente
T76.21XA	Abuso sexual adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, Suspeita, Encontro inicial
T76.21XA	Violência do cônjuge ou parceiro, Sexual, Suspeita, Encontro inicial
T76.21XD	Abuso sexual adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, Suspeita, Encontro subsequente
T76.21XD	Violência do cônjuge ou parceiro, Sexual, Suspeita, Encontro subsequente
T76.22XA	Abuso sexual infantil, Suspeita, Encontro inicial
T76.22XD	Abuso sexual infantil, Suspeita, Encontro subsequente
T76.31XA	Abuso psicológico adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, Suspeita, Encontro inicial
T76.31XA	Abuso do cônjuge ou parceiro, Psicológico, Suspeita, Encontro inicial
T76.31XD	Abuso psicológico adulto por não-cônjuge ou não-parceiro, Suspeita, Encontro subsequente
T76.31XD	Abuso do cônjuge ou parceiro, Psicológico, Suspeita, Encontro subsequente
T76.32XA	Abuso psicológico infantil, Suspeita, Encontro inicial
T76.32XD	Abuso psicológico infantil, Suspeita, Encontro subsequente
Z03.89	Sem diagnóstico ou condição
Z31.5	Aconselhamento genético
Z55.0	Analfabetismo e alfabetização de baixo nível
Z55.1	Escolaridade indisponível e inatingível
Z55.2	Exames escolares reprovados
Z55.3	Insuficiência na escola
Z55.4	Desajuste educacional e discórdia com professores e colegas
Z55.8	Problemas relacionados ao ensino inadequado

980

Z55.9	Outros problemas relacionados com a educação e a alfabetização
Z56.0	Desemprego
Z56.1	Mudança de emprego
Z56.2	Ameaça de perda de emprego
Z56.3	Horário de trabalho estressante
Z56.4	Discórdia com chefe e colegas de trabalho
Z56.5	Ambiente de trabalho incompatível
Z56.6	Outros desgastes físicos e mentais relacionados ao trabalho
Z56.81	Assédio sexual no trabalho
Z56.82	Problema relacionado ao status de implantação militar atual
Z56.9	Outro problema relacionado ao emprego
Z58.6	Falta de água potável
Z59.01	Sem-teto abrigado
Z59.02	Desabrigados sem abrigo
Z59.1	Habitação inadequada
Z59.2	Discórdia com vizinho, inquilino ou senhorio
Z59.3	Problema relacionado a viver em uma instituição residencial
Z59.41	Insegurança alimentar
Z59.5	Pobreza extrema
Z59.6	Baixa renda
Z59.7	Seguro social ou de saúde insuficiente ou apoio social

Z59.9	Outro problema econômico
Z59.9	Outro problema de habitação
Z60.0	Problema de fase da vida
Z60.2	Problema relacionado a morar sozinho
Z60.3	Dificuldade de aculturação
Z60.4	Exclusão ou rejeição social
Z60.5	Alvo de discriminação ou perseguição adversa (percebida)
Z60.9	Outro problema relacionado ao ambiente social
Z62.29	Educação longe dos pais
Z62.810	História pessoal (história pregressa) de abuso físico na infância
Z62.810	História pessoal (história pregressa) de abuso sexual na infância
Z62.811	História pessoal (história pregressa) de abuso psicológico na infância
Z62.812	História pessoal (história passada) de negligência na infância
Z62.820	Problema relacional pai-filho, pai-filho biológico
Z62.821	Problema relacional pai-filho, filho adotado pelos pais
Z62.822	Problema relacional pai-filho, pai-filho adotivo
Z62.891	Problema relacional entre irmãos
Z62.898	Criança afetada pelo sofrimento do relacionamento parental
Z62.898	Problema relacional pai-filho, Outro cuidador-criança
Z63.0	Aflição no relacionamento com o cônjuge ou parceiro íntimo
Z63.4	Luto descomplicado
Z63.5	Perturbação da família por separação ou divórcio
Z63.8	Alto nível de emoção expressa dentro da família

981

Z64.0	Problemas relacionados à gravidez indesejada
Z64.1	Problemas relacionados à multiparidade
Z64.4	Discórdia com o provedor de serviços sociais, incluindo oficial de condicional, gerente de caso ou serviços sociais trabalhador
Z65.0	Condenação em processo civil ou criminal sem prisão
Z65.1	Prisão ou outro encarceramento
Z65.2	Problemas relacionados com a libertação da prisão
Z65.3	Problemas relacionados com outras circunstâncias legais
Z65.4	Vitima de crime
Z65.4	Vitima de terrorismo ou tortura
Z65.5	Exposição a desastres, guerras ou outras hostilidades
Z65.8	Problema religioso ou espiritual
Z69.010	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de negligência infantil pelos pais
Z69.010	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso físico infantil pelos pais
Z69.010	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso psicológico infantil por parte dos pais
Z69.010	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso sexual infantil pelos pais
Z69.011	Encontro de serviços de saúde mental para autor de negligência parental
Z69.011	Encontro de serviços de saúde mental para autor de abuso físico parental infantil
Z69.011	Encontro de serviços de saúde mental para autor de abuso psicológico parental infantil
Z69.011	Encontro de serviços de saúde mental para autor de abuso sexual infantil parental
Z69.020	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de negligência infantil não parental

Z69.020	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso físico de criança não parental
Z69.020	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso psicológico infantil não parental
Z69.020	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso sexual infantil não parental
Z69.021	Encontro de serviços de saúde mental para autor de negligência infantil não parental
Z69.021	Encontro de serviços de saúde mental para autor de abuso físico de criança não parental
Z69.021	Encontro de serviços de saúde mental para autor de abuso psicológico infantil não parental
Z69.021	Encontro de serviços de saúde mental para autor de abuso sexual infantil não parental
Z69.11	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de negligência do cônjuge ou companheiro
Z69.11	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de abuso psicológico de cônjuge ou companheiro
Z69.11	Atendimento aos serviços de saúde mental para vítima de violência conjugal ou conjugual,

982

Z69.12	Encontro nos serviços de saúde mental para agressor de negligência do cônjuge ou companheiro
Z69.12	Encontro para serviços de saúde mental para agressor de cônjuge ou parceiro de abuso psicológico
Z69.12	Atendimento aos serviços de saúde mental para agressor de violência conjugal ou conjugual,
Z69.12	Encontro para serviços de saúde mental para agressor de violência conjugal ou conjugual,
Z69.81	Encontro para serviços de saúde mental para vítima de abuso adulto não conjugal ou não parceiro
Z69.81	Encontro de serviços de saúde mental para vítima de violência conjugal ou conjugual,
Z69.82	Encontro para serviços de saúde mental para perpetrador de abuso de adulto não conjugal ou não parceiro
Z70.9	Aconselhamento sexual
Z71.3	Aconselhamento dietético
Z71.9	Outros aconselhamentos ou consultas
Z72.0	Transtorno por uso de tabaco, leve
Z72.810	Comportamento antissocial da criança ou do adolescente
Z72.811	Comportamento antissocial adulto
Z72.9	Problema relacionado ao estilo de vida
Z75.3	Indisponibilidade ou inacessibilidade de unidades de saúde
Z75.4	Indisponibilidade ou inacessibilidade de outras agências de ajuda
Z76.5	Simulação
Z91.19	Não adesão ao tratamento médico
Z91.410	História pessoal (história pregressa) de violência conjugal ou conjugual,
Z91.410	História pessoal (história pregressa) de violência por cônjuge ou parceiro,
Z91.411	História pessoal (história passada) de abuso psicológico do cônjuge ou parceiro
Z91.412	História pessoal (história passada) de negligência do cônjuge ou parceiro
Z91.49	História pessoal de trauma psicológico
Z91.51	História de comportamento suicida
Z91.52	História de autolesão não suicida
Z91.82	História pessoal de implantação militar
Z91.83	Perambulação associada a um transtorno mental

983

Consultores e outros colaboradores do DSM-5

Comitês de Revisão do DSM-5 do Conselho de Curadores da APA

Comitê de Revisão Científica (SRC)

Kenneth S. Kendler, MD (Presidente)

Robert Freedman, MD (co-presidente)

Dan G. Blazer, MD, Ph.D., MPH

David Brent, MD (2011–)

Ellen Leibenluft, MD

Sir Michael Rutter, MD (–2011)

Paul S. Summergrad, MD

Robert J. Ursano, MD (–2011)

Myrna Weissman, Ph.D. (2011–)

Joel Yager, MD

Jill L. Opalesky, MS (Suporte Administrativo)

Comitê de Revisão Clínica e de Saúde Pública (CPHC)

John S. McIntyre, MD (Presidente)

Joel Yager, MD (co-presidente)

Anita Everett, MD

Cathryn A. Galanter, MD

Jeffrey M. Lyness, MD

James E. Ninger, MD

Victor I. Reus, MD

Michael J. Vergare, MD

Ann Miller (Suporte Administrativo)

Comitê de Supervisão

Carolyn Robinowitz, MD (Presidente)

Mary Badaracco, MD

Ronald Burd, MD

Robert Freedman, MD

Jeffrey A. Lieberman, MD

Kyla Pope, MD

Victor I. Reus, MD

Daniel K. Winstead, MD

Joel Yager, MD

Comitê de Revisão do DSM-5 da Assembleia da

APA Glenn A. Martin, MD (Presidente)

R. Scott Benson, MD (Orador da Assembleia)

William Cardassi, MD

John M. de Figueiredo, MD

Lawrence S. Gross, MD

Brian S. Hart, MD

Stephen A. McLeod Bryant, MD

Gregory A. Miller, MD

Roger Peele, MD

Charles S. Price, MD

Deepika Sastry, MD

John PD Shemo, MD

Eliot Sorel, MD

DSM-5 Summit Group Dilip

V. Jeste, MD (Presidente)

R. Scott Benson, MD

Kenneth S. Kendler, MD

Helena C. Kraemer, Ph.D.

David J. Kupfer, MD

Jeffrey A. Lieberman, MD

Glenn A. Martin, MD

John S. McIntyre, MD

John M. Oldham, MD

Roger Peele, MD

Darrel A. Regier, MD, MPH

James H. Scully Jr., MD

Joel Yager, MD

Paul S. Appelbaum, MD (Consultor)

Michael B. First, MD (Consultor)

Revisão dos ensaios de campo do DSM-5

Robert D. Gibbons, Ph.D.

Craig Nelson, MD

Revisão Forense DSM-5

Paul S. Appelbaum, MD

Lama Bazzi, MD
Alec W. Buchanan, MD, Ph.D.
Carissa Cabán Alemán, MD
Michael Champion, MD
Jeffrey C. Eisen, MD
Elizabeth Ford, MD
Daniel T. Hackman, MD
Mark Hauser, MD
Steven K. Hoge, MD, MBA
Debra A. Pinals, MD
Guilhermo Portillo, MD
Patricia Recupero, MD, JD
Robert Weinstock, MD
Cheryl Wills, MD
Howard V. Zonana, MD

984

Ex-funcionários da APA do DSM-5

Erin J. Dalder-Alpher
Kristin Edwards
Leah I. Engel
Lenna Jawdat
Elizabeth C. Martin
Rocio J. Salvador

Assessores do Grupo de Trabalho

TDAH e transtornos de comportamento disruptivo Emil F. Coccaro, MD
Deborah Dabrick, Ph.D.
Prudence W. Fisher, Ph.D.
Benjamin B. Lahey, Ph.D.
Salvatore Mannuzza, Ph.D.
Mary Solanto, Ph.D.
J. Blake Turner, Ph.D.
Eric Youngstrom, Ph.D.

Ansiedade, espectro obsessivo-compulsivo, pós-traumático e dissociativo Distúrbios

Lynn E. Alden, Ph.D.

David B. Arciniegas, MD
David H. Barlow, Ph.D.
Katja Beesdo-Baum, Ph.D.
Chris R. Brewin, Ph.D.
Richard J. Brown, Ph.D.
Timothy A. Brown, Ph.D.
Richard A. Bryant, Ph.D.
Joan M. Cook, Ph.D.
Joop de Jong, MD, Ph.D.
Paul F. Dell, Ph.D.
Damiaan Denys, MD
Bruce P. Dohrenwend, Ph.D.
Brian A. Fallon, MD, MPH
Edna B. Foa, Ph.D.
Martin E. Franklin, Ph.D.
Wayne K. Goodman, MD
Jon E. Grant, JD, MD
Bonnie L. Green, Ph.D.
Richard G. Heimberg, Ph.D.
Judith L. Herman, MD
Devon E. Hinton, MD, Ph.D.
Stefan G. Hofmann, Ph.D.
Charles W. Hoge, MD
Terence M. Keane, Ph.D.
Nancy J. Keuthen, Ph.D.
Dean G. Kilpatrick, Ph.D.
Katharina Kircanski, Ph.D.
Laurence J. Kirmayer, MD
Donald F. Klein, MD, D.Sc.
Amaro J. Laria, Ph.D.
Richard T. LeBeau, MA
Richard J. Loewenstein, MD
David Mataix-Cols, Ph.D.
Thomas W. McAllister, MD
Harrison G. Pope, MD, MPH
Ronald M. Rapee, Ph.D.
Steven A. Rasmussen, MD
Patricia A. Resick, Ph.D.

Vedat ýar, MD
Sanjaya Saxena, MD
Paula P. Schnurr, Ph.D.
M. Katherine Shear, MD
Daphne Simeon, MD
Harvey S. Singer, MD
Melinda A. Stanley, Ph.D.
James J. Strain, MD
Kate Wolitzky Taylor, Ph.D.
Onno van der Hart, Ph.D.
Eric Vermetten, MD, Ph.D.
John T. Walkup, MD
Sabine Wilhelm, Ph.D.
Douglas W. Woods, Ph.D.
Richard E. Zinbarg, Ph.D.
Joseph Zohar, MD

Distúrbios da Infância e Adolescência

Adrian Angold, Ph.D.
Deborah Beidel, Ph.D.
David Brent, MD
João Campo, MD
Gabrielle Carlson, MD
Prudence W. Fisher, Ph.D.
David Klonsky, Ph.D.
Matthew Nock, Ph.D.
J. Blake Turner, Ph.D.

Distúrbios

Alimentares Michael J. Devlin, MD
Denise E. Wilfley, Ph.D.
Susan Z. Yanovski, MD

Transtornos de Humor

Boris Birmaher, MD
Yeates Conwell, MD
Ellen B. Dennehy, Ph.D.
S. Ann Hartlage, Ph.D.
Jack M. Hettema, MD, Ph.D.
Michael C. Neale, Ph.D.
Gordon B. Parker, MD, Ph.D., D.Sc.

Roy H. Perlis, MD, M.Sc.
Holly G. Prigerson, Ph.D.
Norman E. Rosenthal, MD
Peter J. Schmidt, MD

985

Mort M. Silverman, MD
Meir Steiner, MD, Ph.D.
Mauricio Tohen, MD, Dr.PH, MBA
Sidney Zisook, MD

Distúrbios Neurocognitivos
Jiska Cohen-Mansfield, Ph.D.
Vladimir Hachinski, MD, CM, D.Sc.
Sharon Inouye, MD, MPH
Grant Iverson, Ph.D.
Laura Marsh, MD
Bruce Miller, MD
Jacobo Mintzer, MD, MBA
Bruce G. Pollock, MD, Ph.D.
George Prigatano, Ph.D.
Ron Ruff, Ph.D.
Ingmar Skoog, MD, Ph.D.
Robert Sweet, MD
Paula Trzepacz, MD

Distúrbios do neurodesenvolvimento
Ari Ne'eman
Nickola Nelson, Ph.D.
Diane Paul, Ph.D.
Eva Petrova, Ph.D.
Andrew Pickles, Ph.D.
Jan Piek, Ph.D.
Helene Polatajko, Ph.D.
Alya Reeve, MD
Mabel Rice, Ph.D.
Joseph Sargent, Ph.D.
Bennett Shaywitz, MD
Sally Shaywitz, MD
Audrey Thurm, Ph.D.

Keith Widaman, Ph.D.

Warren Zigman, Ph.D.

Personalidade e Transtornos da

Personalidade Eran Chemerinski, MD

Thomas N. Crawford, Ph.D.

Harold W. Koenigsberg, MD

Kristian E. Markon, Ph.D.

Rebecca L. Shiner, Ph.D.

Kenneth R. Silk, MD

Jennifer L. Tackett, Ph.D.

David Watson, Ph.D.

Transtornos Psicóticos

Kamaldeep Bhui, MD

Manuel J. Cuesta, MD, Ph.D.

Richard Douyon, MD

Paolo Fusar-Poli, Ph.D.

John H. Krystal, MD

Thomas H. McGlashan, MD

Victor Peralta, MD, Ph.D.

Anita Riecher-Rössler, MD

Mary V. Seeman, MD

Distúrbios de identidade sexual e de

gênero Stan E. Althof, Ph.D.

Richard Balon, MD

John HJ Bancroft, MD, MA, DPM

Howard E. Barbaree, Ph.D., MA

Rosemary J. Basson, MD

Sophie Bergeron, Ph.D.

Anita H. Clayton, MD

David L. Delmonico, Ph.D.

Domenico Di Ceglie, MD

Esther Gomez-Gil, MD

Jamison Green, Ph.D.

Richard Green, MD, JD

R. Karl Hanson, Ph.D.

Lawrence Hartmann, MD

Stephen J. Hucker, MB

Eric S. Janus, JD

Patrick M. Jern, Ph.D.
Megan S. Kaplan, Ph.D.
Raymond A. Knight, Ph.D.
Ellen TM Laan, Ph.D.
Stephen B. Levine, MD
Christopher G. McMahon, MB
Marta Meana, Ph.D.
Michael H. Miner, Ph.D., MA
William T. O'Donohue, Ph.D.
Michael A. Perelman, Ph.D.
Caroline F. Pukall, Ph.D.
Robert E. Pyke, MD, Ph.D.
Vernon L. Quinsey, Ph.D., M.Sc.
David L. Rowland, Ph.D., MA
Michael Sand, Ph.D., MPH
Leslie R. Schover, Ph.D., MA
Paul Stern, BS, JD
David Thornton, Ph.D.
Leonore Tiefer, Ph.D.
Douglas E. Tucker, MD
Jacques van Lankveld, Ph.D.
Marcel D. Waldinger, MD, Ph.D.

Distúrbios do sono-

vigília Donald L. Bliwise, Ph.D.
Daniel J. Buysse, MD
Vishesh K. Kapur, MD, MPH
Sanjeeve V. Kothare, MD
Kenneth L. Lichstein, Ph.D.
Mark W. Mahowald, MD
Rachel Manber, Ph.D.
Emmanuel Mignot, MD, Ph.D.
Timothy H. Monk, Ph.D., D.Sc.
Thomas C. Neylan, MD
Maurice M. Ohayon, MD, D.Sc., Ph.D.
Judith Owens, MD, MPH
Daniel L. Picchietti, MD
Stuart F. Quan, MD
Thomas Roth, Ph.D.

Daniel Weintraub, MD

986

Theresa B. Young, Ph.D.

Phyllis C. Zee, MD, Ph.D.

Distúrbios de Sintomas Somáticos

Brenda Bursch, Ph.D.

Kurt Kroenke, MD

W. Curt LaFrance Jr., MD, MPH

Jon Stone, MB, Ch.B., Ph.D.

Lynn M. Wegner, MD

Transtornos Relacionados a Substâncias

Raymond F. Anton Jr., MD

Deborah A. Dawson, Ph.D.

Roland R. Griffiths, Ph.D.

Dorothy K. Hatsukami, Ph.D.

John E. Helzer, MD

Marilyn A. Huestis, Ph.D.

John R. Hughes, MD

Laura M. Juliano, Ph.D.

Thomas R. Kosten, MD

Nora D. Volkow, MD

Grupo de Estudo DSM-5 e Outros Consultores do Grupo DSM-5

Abordagens de desenvolvimento ao longo da

vida Christina Bryant, Ph.D.

Amber Gum, Ph.D.

Thomas Meeks, MD

Jan Mohlman, Ph.D.

Steven Thorp, Ph.D.

Julie Wetherell, Ph.D.

Questões de gênero e interculturais

Neil K. Aggarwal, MD, MBA, MA

Sofie Bäärnhielm, MD, Ph.D.

José J. Bauermeister, Ph.D.

James Boehlein, MD, M.Sc.

Jaswant Guzder, MD

Alejandro Interian, Ph.D.

Sushrut S. Jadhav, MBBS, MD, Ph.D.

Laurence J. Kirmayer, MD

Alex J. Kopelowicz, MD

Amaro J. Laria, Ph.D.

Steven R. Lopez, Ph.D.

Kwame J. McKenzie, MD

John R. Peteet, MD

Hans (JGBM) Rohlof, MD

Cecile Rousseau, MD

Mitchell G. Weiss, MD, Ph.D.

Interface Psiquiátrica/Médica Geral Daniel

L. Coury, MD

Bernard P. Dreyer, MD

Danielle Laraque, MD

Lynn M. Wegner, MD

Deficiência e deficiência

Prudence W. Fisher, Ph.D.

Martin Prince, MD, M.Sc.

Michael R. Von Korff, Sc.D.

Instrumentos de avaliação diagnóstica

Prudence W. Fisher, Ph.D.

Robert D. Gibbons, Ph.D.

Ruben Gur, Ph.D.

John E. Helzer, MD

John Houston, MD, Ph.D.

Kurt Kroenke, MD

Outros Colaboradores/Consultores

TDAH e transtornos de comportamento

disruptivo Patrick E. Shrout, Ph.D.

Erik Willcutt, Ph.D.

Ansiedade, espectro obsessivo-compulsivo, pós-traumático e dissociativo

Distúrbios

Etzel Cardeña, Ph.D.

Richard J. Castillo, Ph.D.

Eric Hollander, MD

Charlie Marmar, MD

Alfonso Martínez-Taboas, Ph.D.

Mark W. Miller, Ph.D.

Mark H. Pollack, MD

Heidi S. Resnick, Ph.D.

Distúrbios da Infância e Adolescência

Grace T. Baranek, Ph.D.

Colleen Jacobson, Ph.D.

Maria Oquendo, MD

Sir Michael Rutter, MD

Transtornos

Alimentares Nancy L. Zucker, Ph.D.

Transtornos de Humor

Keith Hawton, MD, Ph.D.

David A. Jobes, Ph.D.

Maria A. Oquendo, MD

Alan C. Swann, MD

987

Distúrbios Neurocognitivos J.

Eric Ahlskog, MD, Ph.D.

Allen J. Aksamit, MD

Marilyn Albert, Ph.D.

Guy Mckhann, MD

Bradley Boeve, MD

Helena Chui, MD

Sureyya Dikmen, Ph.D.

Douglas Galasko, MD

Harvey Levin, Ph.D.

Mark Lovell, Ph.D.

Jeffery Max, MBBCh.

Ian McKeith, MD

Cynthia Munro, Ph.D.

Marlene Oscar-Berman, Ph.D.

Alexander Troster, Ph.D.

Distúrbios do neurodesenvolvimento

Anna Barnett, Ph.D.

Martha Denckla, MD

Jack M. Fletcher, Ph.D.

Dido Green, Ph.D.

Stephen Greenspan, Ph.D.

Bruce Pennington, Ph.D.

Ruth Shalev, MD

Larry B. Silver, MD

Lauren Swineford, Ph.D.

Michael Von Aster, MD

Personalidade e Transtornos da Personalidade

Patricia R. Cohen, Ph.D.

Jaime L. Derringer, Ph.D.

Lauren Helm, MD

Christopher J. Patrick, Ph.D.

António Pinto, Ph.D.

Transtornos Psicóticos

Scott W. Woods, MD

Transtornos Sexuais e de Identidade de Gênero

Alan J. Riley, M.Sc.

Ray C. Rosen, Ph.D.

Distúrbios do sono-vigília

Jack D. Edinger, Ph.D.

David Gozal, MD

Hochang B. Lee, MD

Tore A. Nielsen, Ph.D.

Michael J. Sateia, MD

Jamie M. Zeitzer, Ph.D.

Distúrbios de Sintomas Somáticos

Chuck V. Ford, MD

Patricia I. Rosebush, M.Sc.N., MD

Transtornos Relacionados a Substâncias

Sally M. Anderson, Ph.D.

Julie A. Kable, Ph.D.

Christopher Martin, Ph.D.

Sarah N. Mattson, Ph.D.

Edward V. Nunes Jr., MD

Mary J. O'Connor, Ph.D.

Heather Carmichael Olson, Ph.D.

Blair Paley, Ph.D.

Edward P. Riley, Ph.D.

Tulshi D. Saha, Ph.D.

Wim van den Brink, MD, Ph.D.

George E. Woody, MD

Espectros de diagnóstico e harmonização DSM/ICD Bruce

Cuthbert, Ph.D.

Abordagens de desenvolvimento ao longo da

vida Aartjan Beekman, Ph.D.

Alistair Flint, MB

David Sultzer, MD

Ellen Whyte, MD

Questões de gênero e interculturais

Sergio Aguilar-Gaxiola, MD, Ph.D.

Kavoos G. Bassiri, MS

Venkataramana Bhat, MD

Caldeira Marit, MPH

Paul Brodwin, Ph.D.

Denise Canso, M.Sc.

Richard J. Castillo, Ph.D.

Smita N. Deshpande, MD, DPM

Ravi De Silva, MD

Esperanza Diaz, MD

Byron J. Good, Ph.D.

Simon Groen, MA

Peter J. Guarnaccia, Ph.D.

Devon E. Hinton, MD, Ph.D.

Ladson Hinton, MD

Lincoln I. Khasakhala, Ph.D.

Francis G. Lu, MD

Athena Madan, MA

Anne W. Mbwayo, Ph.D.

Oanh Meyer, Ph.D.

Victoria N. Mutiso, Ph.D., D.Sc.

David M. Ndetei, MD

Andel V. Nicasio, MSEd.

Vasudeo Paralikar, MD, Ph.D.

Kanak Patil, MA

Filipa I. Santos, HBSc.

Sanjeev B. Sarmukaddam, Ph.D., M.Sc.

Monica Z. Scalco, MD, Ph.D.

Katie Thompson, MA

Hendry Ton, MD, M.Sc.

Rob CJ van Dijk, M.Sc.

988

William A. Vega, Ph.D.

Johann M. Vega-Dienstmaier, MD

Sergio J. Villaseñor-Bayardo, MD, Ph.D.

Joseph Westermeyer, MD, Ph.D.

Interface Psiquiátrica/Médica Geral Daniel

J. Balog, MD

Charles C. Engel, MD, MPH

Charles D. Motsinger, MD

Deficiência e Incapacidade

Cille Kennedy, Ph.D.

Instrumentos de Avaliação Diagnóstica

Paul J. Pikonis, Ph.D.

Outras condições que podem ser um foco de atenção clínica

William E. Narrow, MD, MPH, *Presidente* Roger Peele, MD

Lawson R. Wulsin, MD

Charles H. Zeanah, MD

Prudence W. Fisher, Ph.D.,

Conselheiro Stanley N. Caroff, MD, *Colaborador*/

Consultor James B. Lohr, MD, *Colaborador*/

Consultor Marianne Wambolt, Ph.D., *Colaborador/Consultor*

Grupo de Pesquisa DSM-5

Allan Donner, Ph.D.

Revisores de pares do CPHC

Kenneth Altshuler, MD

Pedro G. Alvarenga, MD

Diana J. Antonacci, MD

Richard Balon, MD
David H. Barlow, Ph.D.
L. Jarrett Barnhill, MD
Katja Beesdo-Baum, Ph.D.
Marty Boman, Ed. D.
James Bourgeois, MD
David Braff, MD
Harry Brandt, MD
Kirk Brower, MD
Rachel Bryant-Waugh, Ph.D.
Jack D. Burke Jr., MD, MPH
Brenda Bursch, Ph.D.
Joseph Camilleri, MD
Patrícia Casey, MD
F. Xavier Castellanos, MD
Eran Chemerinski, MD
Wai Chen, MD
Elie Cheniaux, MD, D.Sc.
Cheryl Chessick, MD
J. Richard Ciccone, MD
Anita H. Clayton, MD
Tihalia J. Coleman, Ph.D.
John Csernansky, MD
Manuel J. Cuesta, MD, Ph.D.
Joanne L. Davis, MD
David L. Delmonico, Ph.D.
Ray J. DePaulo, MD
Dimitris Dikeos, MD
Ina E. Djondagic, MD
C. Neill Epperson, MD
Javier I. Escobar, MD, M.Sc.
Spencer Eth, MD
David Fassler, MD
Giovanni A. Fava, MD
Robert Feinstein, MD
Molly Finnerty, MD
Mark H. Fleisher, MD
Alessio Florentini, MD

Laura Fochtmann, MD
Marechal Forstein, MD
William French, MD
Maximillian Gahr, MD
Cynthia Geppert, MD
Ann Germaine, Ph.D.
Márcia Goin, MD
David A. Gorelick, MD, Ph.D.
David Graeber, MD
Cynthia A. Graham, Ph.D.
Andreas Hartmann, MD
Victoria Hendrick, MD
Merrill Herman, MD
David Herzog, MD
Mardi Horowitz, MD
Ya-fen Huang, MD
Anthony Kales, MD
Niranjan S. Karnik, MD, Ph.D.
Jeffrey Katzman, MD
Bryan King, MD
Cecilia Kjellgren, MD
Harold W. Koenigsberg, MD
Richard B. Krueger, MD
Steven Lamberti, MD
Ruth A. Lanius, MD
John Lauriello, MD
Anthony Lehman, MD
Michael Linden, MD
Mark W. Mahowald, MD
Marsha D. Marcus, Ph.D.
Stephen Marder, MD
Wendy Marsh, MD
Michael S. McCloskey, Ph.D.

989

Jeffrey Metzner, MD
Robert Michels, MD
Laura Miller, MD

Michael C. Miller, MD
Frederick Moeller, MD
Peter T. Morgan, MD, Ph.D.
Madhav Muppa, MD
Philip Muskin, MD
Joachim Nitschke, MD
Abraham Nussbaum, MD
Ann Olincy, MD
Mark Onslow, Ph.D.
Sally Ozonoff, Ph.D.
John R. Peteet, MD
Ismene L. Petrakis, MD
Christophe M. Pfeiffer, MD
Karen Pierce, MD
Belinda Plattner, MD
Franklin Putnam, MD
Stuart F. Quan, MD
John Racy, MD
Phillip Resnick, MD
Michele Riba, MD
Jerold Rosenbaum, MD
Stephen Ross, MD
Lawrence Scahill, MSN, Ph.D.
Daniel Schechter, MD
Mary V. Seeman, MD
Alessandro Serretti, MD
Jianhua Shen, MD
Ravi Kumar R. Singareddy, MD
Ingmar Skoog, MD, Ph.D.
Gary Small, MD
Paul Soloff, MD
Christina Stadler, MD, Ph.D.
Nada Stotland, MD
Neil Swerdlow, MD
Kim Tillery, Ph.D.
David Tolin, Ph.D.
Jayne Trachman, MD
Luke Tsai, MD

Ming T. Tsuang, MD, Ph.D.

Richard Tuch, MD

Johan Verhulst, MD

B. Timothy Walsh, MD

Michael Weissberg, MD

Godehard Weniger, MD

Keith Widaman, Ph.D.

Thomas Wise, MD

George E. Woods, MD

Kimberly A. Yonkers, MD

Alexandre Young, MD

Ensaios de Campo DSM-5 em Centros Clínicos Acadêmicos - Amostras de Adultos

Escola de Medicina David Geffen, Universidade da Califórnia, Los Angeles

Investigadora

Helen Lavretsky, MD, Investigadora Principal

Referenciar e entrevistar médicos Jessica

Brommelhoff, Ph.D.

Xavier Cagigas, Ph.D.

Paul Cernin, Ph.D.

Linda Ercoli, Ph.D.

Randall Espinoza, MD

Helen Lavretsky, MD

Jeanne Kim, Ph.D.

David Merrill, MD

Karen Miller, Ph.D.

Christopher Nunez, Ph.D.

Coordenadores de Pesquisa

Natalie St. Cyr, MA, coordenadora principal de pesquisa

Nora Nazarian, BA

Colin Shinn, MA

Centro de Dependência e Saúde Mental, Toronto, Ontário, Canadá

Investigadores

Bruce G. Pollock, MD, Ph.D., Investigador Principal R. Michael

Bagby, Ph.D., Investigador Principal Kwame J. McKenzie, MD,

Investigador Principal

Tony P. George, MD, Co-investigador
Lena C. Quilty, Ph.D., Co-investigador
Peter Voore, MD, Co-investigador

Encaminhar e entrevistar médicos Donna

E. Akman, Ph.D.
R. Michael Bagby, Ph.D.
Wayne CV Baici, MD
Crystal Baluyut, MD
Eva WC Chow, MD, JD, MPH
ZJ Daskalakis, MD, Ph.D.
Pablo Diaz-Hermosillo, MD
George Foussias, M.Sc., MD

990

Paul A. Frewen, Ph.D.
Ariel Graff-Guerrero, MD, M.Sc., Ph.D.
Margaret K. Hahn, MD
Lorena Hsu, Ph.D.
Justine Joseph, Ph.D.
Sean Kidd, Ph.D.
Kwame J. McKenzie, MD
Mahesh Menon, Ph.D.
Romina Mizrahi, MD, Ph.D.
Daniel J. Mueller, MD, Ph.D.
Lena C. Quilty, Ph.D.
Anthony C. Ruocco, Ph.D.
Jorge Soni, MD
Aristóteles N. Voineskos, MD, Ph.D.
George Voineskos, MD
Peter Voore, Ph.D.
Chris Watson, Ph.D.

Médicos de referência

Ofer Agid, MD
Ash Bender, MD
Patrícia Cavanagh, MD
Sarah Colman, MD
Vincenzo Deluca, MD
Justin Geagea, MD

David S. Goldbloom, MD

Daniel Greben, MD

Malati Gupta, MD

Ken Harrison, MD

Imraan Jeeva, MD

Joel Jeffries, MB

Judith Laposa, Ph.D.

Jan Malat, MD

Shelley McMain, Ph.D.

Bruce G. Pollock, MD, Ph.D.

Andriy V. Samokhvalov, MD, Ph.D.

Martin Strassnig, MD

Albert HC Wong, MD, Ph.D.

Coordenadores de Pesquisa

Gloria I. Leo, MA, Coordenadora Líder de Pesquisa

Anissa D. Bachan, BA

Bahar Haji-Khamneh, MA

Olga Likhodi, M.Sc.

Eleanor J. Liu, Ph.D.

Sarah A. McGee Ng, BBA

Outros funcionários de pesquisa

Susan E. Dickens, MA, Gerente de Pesquisa Clínica Sandy

Richards, B.Sc.N., Gerente de Pesquisa de Esquizofrenia

Centro Médico Dallas VA, Dallas, Texas

Investigadores

Carol S. North, MD, MPE, Investigadora Principal Alina

Suris, Ph.D., ABPP, Investigadora Principal

Encaminhar e entrevistar médicos Barry Ardolf,

Psy.D.

Abila Awan, MD

Joel Baskin, MD

John Black, Ph.D.

Jeffrey Dodds, Ph.D.

Gloria Emmett, Ph.D.

Karma Hudson, MD

Jamylah Jackson, Ph.D., ABPP

Lynda Kirkland-Culp, Ph.D., ABPP

Heidi Koehler, Ph.D., ABPP

Elizabeth Lewis, Psy.D.

Aashish Parikh, MD

Reed Robinson, Ph.D.

Jheel Shah, MD

Geetha Shivakumar, MD

Sarah Espanha, Ph.D., ABPP

Lisa Thoman, Ph.D.

Lia Thomas, MD

Jamie Zabukovec, Psy.D.

Mustafa Zaidi, MD

Andrea Zartman, Ph.D.

Fontes gerais de referência

Robert Blake, LMSW

Evelyn Gibbs, LMSW

Michelle King-Thompson, LMSW

Coordenadores de Pesquisa

Jeannie B. Whitman, Ph.D., coordenadora principal de pesquisa

Sunday Adewuyi, MD

Elizabeth Anderson, BA

Solaleh Azimipour, BS

Carissa Barney, BS

Kristie Cavazos, BA

Robert Devereaux, BS

Dana Downs, MS, MSW

Sharjeel Farooqui, MD

Julia Smith, Psy.D.

Kun-Ying H. Sung, BS

991

Faculdade de Medicina, Universidade do Texas San Antonio, San Antonio,
Texas

Investigador

Mauricio Tohen, MD, Dr.PH, MBA, Investigador Principal

Encaminhar e entrevistar médicos Suman

Baddam, Psy.D.

Charles L. Bowden, MD

Nancy Diazgranados, MD, MS

Craig A. Dike, Psy.D.

Dianne E. Dunn, Psy.D., MPH

Elena Gherman, MD

Jodi M. Gonzalez, Ph.D.

Pablo Gonzalez, MD

Phillip Lai, Psy.D.

Natalie Maples-Aguilar, MA, LPA

Marlon P. Quinones, MD

Jeslina J. Raj, Psy.D.

David L. Roberts, Ph.D.

Nancy Sandusky, RN, FNP-C, DNP-C.

Donna S. Stutes, MS, LPC

Mauricio Tohen, MD, Dr.PH, MBA

Dawn I. Velligan, Ph.D.

Weiran Wu, MD, Ph.D.

Médicos de referência

Albana Dassori, MD

Megan Frederick, MA

Robert Gonzalez, MD

Uma Kasinath, MD

Camis Milam, MD

Vivek Singh, MD

Peter Thompson, MD

Coordenadores de Pesquisa

Melissa Hernandez, BA, coordenadora principal de pesquisa

Fermin Alejandro Carrizales, BA

Martha Dahl, RN, BSN

Patrick M. Smith, BA

Nicole B. Watson, MA

**Michael E. DeBakey VA Medical Center e Menninger Clinic, Houston, Texas
(Local de estudo conjunto)**

Centro Médico Michael E. DeBakey VA

Investigadora

Laura Marsh, MD, Investigadora Principal

Encaminhar e entrevistar médicos

Shalini Aggarwal, MD
Su Bailey, Ph.D.
Minnete (Helen) Beckner, Ph.D.
Crystal Clark, MD
Charles De John, MD
Roberto Garza, MD
Aruna Gottumakkla, MD
Janet Hickey, MD
James Irlanda, MD
Mary Lois Lacey, APRN
Wendy Leopoulos, MD
Laura Marsh, MD
Deleene Menefee, Ph.D.
Brian I. Miller, Ph.D.
Candy Smith, Ph.D.
Ávila Steele, Ph.D.
Jill Wanner, Ph.D.
Rachel Wells, Ph.D.
Kaki York-Ward, Ph.D.

Médicos de referência

Sara Allison, MD
Leonard Denney, LCSW
Catherine Flores, LCSW
Nathalie Marie, MD
Christopher Martin, MD
Sanjay Matthew, MD
Erica Montgomery, MD
Gregory Scholl, PA
Jocelyn Ulanday, MD, MPH

Coordenadores de Pesquisa

Sarah Neely Torres, BS, Coordenadora de Pesquisa Líder
Kathleen Grout, MA
Lea Kiefer, MPH
Jana Tran, MA

Assistentes Voluntários de Pesquisa

Catherine Clark
Linh Hoang

Clínica Menninger

Investigador

Efrain Bleiberg, MD, Investigador Principal

Referenciando e entrevistando médicos

Jennifer Baumgardner, Ph.D.

Elizabeth Dodd Conaway, LCSW, BCD

Warren Christianson, DO

Wesley Clayton, LMSW

J. Christopher Fowler, Ph.D.

Michael Groat, Ph.D.

Edythe Harvey, MD

Denise Kagan, Ph.D.

Hans Meyer, LCSW

Segundo Robert-Ibarra, MD

Sandhya Trivedi, MD

Rebecca Wagner, Ph.D.

Harrel Woodson, Ph.D.

Amanda Yoder, LCSW

Médicos de referência

James Flack, MD

David Ness, MD

Coordenadores de Pesquisa

Steve Herrera, BS, MT, Coordenador de Pesquisa Principal

Allison Kalpakci, BA

Clínica Mayo, Rochester, Minnesota

Investigadores

Mark A. Frye, MD, Investigador Principal Glenn

E. Smith, Ph.D., Investigador Principal Jeffrey P.

Staab, MD, MS, Investigador Principal

Encaminhar e entrevistar médicos Osama

Abulseoud, MD

Jane Cerhan, Ph.D.

Julie Fields, Ph.D.

Mark A. Frye, MD

Manuel Fuentes, MD

Yonas Geda, MD
Maria Harmandayan, MD
Reba King, MD
Simon Kung, MD
Mary Machuda, Ph.D.
Donald McAlpine, MD
Alastair McKean, MD
Juliana Moraes, MD
Teresa Rummans, MD
James R. Rundell, MD
Richard Seime, Ph.D.
Glenn E. Smith, Ph.D.
Christopher Sola, DO
Jeffrey P. Staab, MD, MS
Marin Veldic, MD
Mark D. Williams, MD
Maya Yustis, Ph.D.

Coordenadores de Pesquisa

Lisa Seymour, BS, Coordenadora de Pesquisa Principal
Scott Feeder, MS
Lee Gunderson, BS
Sherrie Hanna, MA, LP
Kelly Harper, BA
Katie Mingo, BA
Cynthia Stoppel, AS

Outros funcionários do estudo

Anna Frye
Andrea Hogan

Perelman School of Medicine, Universidade da Pensilvânia, Filadélfia,
Pensilvânia

Investigadores

Mahendra T. Bhati, MD, Investigador Principal Marna
S. Barrett, Ph.D., Co-investigador Michael E. Thase,
MD, Co-investigador

Encaminhar e entrevistar médicos Peter B.

Bloom, MD
Nicole K. Chalmers, LCSW

Torrey A. Creed, Ph.D.
Mário Cristancho, MD
Amy Cunningham, Psy.D.
John P. Dennis, Ph.D.
Josephine Elia, MD
Peter Gariti, Ph.D., LCSW
Philip Gehrmann, Ph.D.
Laurie Gray, MD
Emily AP Haigh, Ph.D.
Nora J. Johnson, MBA, MS, Psy.D.
Paulo Knapp, MD
Yong-Tong Li, MD
Bill Mace, Ph.D.
Kevin S. McCarthy, Ph.D.
Dimitri Perivoliotis, Ph.D.
Luke Schultz, Ph.D.

993

Tracy Steen, Ph.D.
Chris Tjoa, MD
Nancy A. Wintering, LCSW

Médicos de referência

Eleanor Ainslie, MD
Kelly C. Allison, Ph.D.
Rebecca Aspden, MD
Claudia F. Baldassano, MD
Vijayta Bansal, MD
Rachel A. Bennett, MD
Richard Bollinger, Ph.D.
Andrea Bowen, MD
Karla Campanella, MD
Antonio Carlino, MD
Noah Carroll, MSS
Alysia Cirona, MD
Samuel Collier, MD
Andreea Crauciuc, LCSW
Pilar Cristancho, MD
Traci D'Almeida, MD

Kathleen Diller, MD
Benoit Dubé, MD
Jon Dukes, MSW
Lauren Elliot, MD
Mira Elwell, BA
Mia Everett, MD
Lucy F. Faulconbridge, Ph.D.
Patrícia Furlan, Ph.D.
Joanna Goldstein, LCSW
Paul Grant, Ph.D.
Jillian Graves, LCSW
Tamar Gur, MD, Ph.D.
Alisa Gutman, MD, Ph.D.
Nora Hymowitz, MD
Sofia Jensen, MD
Tiffany King, MSW
Katherine Levine, MD
Alice Li, MD
Janet Light, LCSW
John Listerud, MD, Ph.D.
Emily Malcoun, Ph.D.
Donovan Maust, MD
Adam Meadows, MD
Michelle Moyer, MD
Rebecca Naugle, LCSW
Cory Newman, Ph.D.
John Northrop, MD, Ph.D.
Elizabeth A. Ellis Ohr, Psy.D.
John O'Reardon, MD
Abraham Pachikara, MD
Andrea Perelman, MSW
Diana Perez, MSW
Bianca Previdi, MD
J. Russel Ramsay, Ph.D.
Jorge Rivera-Colon, MD
Jan Smedley, LCSW
Katie Struble, MSW
Aita Susi, MD

Yekaterina Tatarchuk, MD

Ellen Tarves, MA

Allison Tweedie, MD

Holly Valério, MD

Thomas A. Wadden, Ph.D.

Joseph Wright, Ph.D.

Yan Xuan, MD

David Yusko, Psy.D.

Coordenadores de Pesquisa

Jordan A. Coello, BA, Coordenador de Pesquisa Principal

Eric Wang, BSE

Assistentes Voluntários de Pesquisa/Estagiários

Jeannine Barker, MA, ATR

Jacqueline Barão

Kelsey Bogue

Alexandra Ciomek

Martekuor Dodoo, BA

Julian Domanico

Laura Heller, BA

Leah Hull-Rawson, BA

Jacquelyn Klehm, BA

Cristina Lam

Dante Proetto, BS

Molly Roy

Casey Shannon

Stanford University School of Medicine, Stanford, Califórnia **Investigadores** Carl Feinstein, MD, Investigador Principal Debra Safer, MD, Investigador Principal

Referenciar e entrevistar médicos Kari Berquist,

Ph.D.

Eric Clausell, Ph.D.

Danielle Colborn, Ph.D.

Whitney Daniels, MD

Alison Darcy, Ph.D.

Krista Fielding, MD

Mina Fisher, MD

Kara Fitzpatrick, Ph.D.
Wendy Froehlich, MD
Grace Gengoux, Ph.D.
Anna Cassandra Golding, Ph.D.
Lisa Groesz, Ph.D.
Kyle Hinman, MD
Rob Holaway, Ph.D.
Matthew Holve, MD
Rex Huang, MD
Nina Kirz, MD

994

Megan Klabunde, Ph.D.
John Leckie, Ph.D.
Naomi Leslie, MD
Adrianne Lona, MD
Ranvinder Rai, MD
Rebecca Rialon, Ph.D.
Beverly Rodriguez, MD, Ph.D.
Debra Safer, MD
Mary Sanders, Ph.D.
Jamie Scaletta, Ph.D.
Norah Simpson, Ph.D.
Manpreet Singh, MD
Maria-Christina Stewart, Ph.D.
Melissa Vallas, MD
Patrick Whalen, Ph.D.
Sanno Zack, Ph.D.

Médicos de referência

Robin Apple, Ph.D.
Victor Carrion, MD
Carl Feinstein, MD
Christine Gray, Ph.D.
Antonio Hardan, MD
Megan Jones, Psy.D.
Linda Lotspeich, MD
Lauren Mikula, Psy.D.
Rua Brandy, Ph.D.

Violeta Tan, MD

Heather Taylor, Ph.D.

Jacob Towery, MD

Sharon Williams, Ph.D.

Coordenadores de Pesquisa

Kate Arnow, BA, coordenadora líder de pesquisa

Nandini Datta, BS

Stephanie Manasse, BA

Assistentes Voluntários de Pesquisa/Estagiários

Ariana Martin, MS

Adriana Nevado, BA

Hospital Infantil Colorado, Aurora, Colorado

Investigadora

Marianne Wamboldt, MD, Investigadora Principal

Encaminhar e entrevistar médicos Galia Abadi,
MD

Steven Behling, Ph.D.

Jamie Blume, Ph.D.

Adam Burstein, MD

Debbie Carter, MD

Kelly Caywood, Ph.D.

Meredith Chapman, MD

Paulette Christian, APPMHN

Mary Cook, MD

Anthony Cordaro, MD

Audrey Dumas, MD

Guido Frank, MD

Karen Frankel, Ph.D.

Darryl Graham, Ph.D.

Yael Granader, Ph.D.

Isabelle Guillemet, MD

Patrece Hairston, Ph.D.

Charles Harrison, Ph.D.

Tammy Herckner, LCSW

Cassie Karlsson, MD

Kimberly Kelsay, MD

David Kieval, Ph.D.

Megan Klabunde, Ph.D.
Jaimelyn Kost, LCSW
Harrison Levine, MD
Raven Lipmanson, MD
Susan Lurie, MD
Asa Marokus, MD
Idália Massa, Ph.D.
Christine McDunn, Ph.D.
Scot McKay, MD
Marissa Murgolo, LCSW
Alyssa Oland, Ph.D.
Lina Patel, Ph.D.
Rheena Pineda, Ph.D.
Gautam Rajendran, MD
Diane Reichmuth, Ph.D.
Michael Rollin, MD
Marlena Romero, LCSW
Michelle Roy, Ph.D.
Celeste St. John-Larkin, MD
Elise Sannar, Ph.D.
Daniel Savin, MD
Claire Dean Sinclair, Ph.D.
Ashley Smith, LCSW
Mindy Solomon, Ph.D.
Sally Tarbell, Ph.D.
Helen Thilly, LCSW
Sara Tlustos-Carter, Ph.D.
Holly Vause, APPMHN
Marianne Wamboldt, MD
Angela Ward, LCSW
Jason Williams, Ph.D.
Jason Willoughby, Ph.D.
Brennan Young, Ph.D.

Clínicos de referência

Kelly Bhatnagar, Ph.D.
Jeffery Dolgan, Ph.D.
Jennifer Eichberg, LCSW
Jennifer Hagman, MD

James Masterson, LCSW

995

Hy Gia Park, MD

Tami Roblek, Ph.D.

Wendy Smith, Ph.D.

David Williams, MD

Coordenadores de Pesquisa

Laurie Burnside, MSM, CCRC, coordenadora de pesquisa líder Darci

Anderson, BA, CCRC

Heather Kennedy, MPH

Amanda Millar, BA

Vanessa Waruinge, BS

Elizabeth Wallace, BA

Assistentes Voluntários de Pesquisa/Estagiários

Sabedoria Amouzou

Ashley Anderson

Michael Richards

Mateya Whyte

Baystate Medical Center, Springfield, Massachusetts

Investigadores

Bruce Waslick, MD, Investigador Principal Cheryl

Bonica, Ph.D., Co-investigador John Fanton, MD,

Co-investigador Barry Sarvet, MD, Co-investigador

Encaminhar e entrevistar médicos Julie

Berman, RN, MSN, NP

Cheryl Bonica, Ph.D.

Jodi Devine, LICSW

William Fahey, Ph.D.

John Fanton, MD

Stephane Jacobus, Ph.D.

Barry Sarvet, MD

Peter Thunfors, Ph.D.

Bruce Waslick, MD

Vicki Weld, LICSW

Sara Wiener, LICSW

Shadi Zaghloul, MD

Médicos de referência

Sarah Detenber, LICSW

Gordon Garrison, LICSW

Jacqueline Humpreys, LICSW

Noreen McGirr, LICSW

Sarah Marcotte, LCSW

Patricia Rogowski, RN, CNS

Coordenadores de Pesquisa

Julie Kingsbury, CCRP, coordenadora líder de pesquisa

Brenda Martin, BA

Assistente de Pesquisa Voluntária / Estagiária

Liza Detenber

Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova York, Nova York, NY, Weill Cornell Medical College, Payne Whitney e Westchester Divisions, Nova York e White Plains, NY, e North Shore Child and Family Guidance Center, Roslyn Heights, NY (Joint Study Site)

Investigadora

Prudence W. Fisher, Ph.D., Investigadora Principal

Coordenadores de Pesquisa

Julia K. Carmody, BA, Coordenadora Líder de Pesquisa Zvi

R. Shapiro, BA, Coordenadora Líder de Pesquisa

Voluntários

Preeya Desai

Samantha Keller

Jeremy Litfin, MA

Sarah L. Pearlstein, BA

Cedilla Sacher

Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova York

Referenciando e entrevistando médicos

Michele Cohen, LCSW

Eduvigis Cruz-Arrieta, Ph.D.

Miriam Ehrensaft, Ph.D.

Laurence Greenhill, MD

Schuylar Henderson, MD, MPH
Sharlene Jackson, Ph.D.
Lindsay Moskowitz, MD
Sweene C. Oscar, Ph.D.

996

Xenia Protopopescu, MD
James Rodríguez, Ph.D.
Gregory Tau, MD
Melissa Tebbs, LCSW
Carolina Velez-Grau, LCSW
Khadijah Booth Watkins, MD

Médicos de referência

George Alvarado, MD
Alison Baker, MD
Elena Baron, Psy.D.
Lincoln Bickford, MD, Ph.D.
Zachary Blumkin, Psy.D.
Colleen Cullen, LCSW
Chyristianne DeAlmeida, Ph.D.
Matthew Ehrlich, MD
Eve Friedl, MD
Clare Gaskins, Ph.D.
Alice Greenfield, LCSW
Liora Hoffman, MD
Kathleen Jung, MD
Karimi Mailutha, MD, MPH
Valentina Nikulina, Ph.D.
Tal Reis, Ph.D.
Moira A. Rynn, MD
Jasmine Sawhney, MD
Sarajbit Singh, MD
Katherine Estratigos, MD
Oliver Stroeh, MD
Russel Tobe, MD
Meghan Tomb, Ph.D.
Michelle Tricamo, MD

Coordenadores de Pesquisa

Angel A. Caraballo, MD
Erica M. Chin, Ph.D.
Daniel T. Chrzanowski, MD
Tess Dougherty, BA
Stephanie Hundt, MA
Moira A. Rynn, MD
Deborah Stedge, RN

Weill Cornell Medical College, Payne Whitney e divisões de Westchester

Referenciar e entrevistar médicos Archana

Basu, Ph.D.
Shannon M. Bennett, MD
Maria De Pena-Nowak, MD
Jill Feldman, LMSW
Dennis Gee, MD
Jo R. Hariton, Ph.D.
Lakshmi P. Reddy, MD
Margaret Yoon, MD

Médicos de referência

Margo Benjamin, MD
Vanessa Bobb, MD
Elizabeth Bochtler, MD
Katie Cave, LCSW
Maalobeeka Gangopadhyay, MD
Jodi Gold, MD
Tejal Kaur, MD
Aaron Krasner, MD
Amy Miranda, LCSW
Cynthia Pfeffer, MD
James Rebeta, Ph.D.
Sharon Skariah, MD
Jeremy Stone, Ph.D.
Dirk Winter, MD

Coordenadores de Pesquisa

Alex Eve Keller, BS, Coordenadora de Pesquisa Líder
Nomi Bodner (voluntária)
Barbara L. Flye, Ph.D.
Jamie S. Neiman (voluntário)

Rebecca L. Rendleman, MD

Centro de Orientação para Crianças e Famílias de North Shore

Encaminhar e entrevistar médicos Casye

Brachfeld-Launer, LCSW

Susan Klein Cohen, Ph.D.

Amy Gelb, LCSW-R.

Jodi Glasser, LCSW

Elizabeth Goulding-Tag, LCSW

Deborah B. Kasimir, LCSW

Margo Posillico Messina, LCSW

Andréa Moullin-Heddle, LMSW

Lisa Pineda, LCSW

Elissa Smilowitz, LCSW

Clínicos Referentes

Regina Barros-Rivera, LCSW-R. Diretora Executiva Adjunta Maria

Christiansen, BS

Amy Davies-Hollander, LMSW

Eartha Hackett, MSEd., M.Sc., B.Sc.

Bruce Kaufstein, LCSW-R., Diretor de Serviços Clínicos Kathy

Knaust, LCSW

John Levinson, LCSW-R., BCD

Andrew Maleckoff, LCSW, Diretora Executiva/CEO Sarah

Rosen, LCSW-R., ACSW

Abigail Rothenberg, LMSW

997

Christine Scotten, ACSW

Michelle Spatano, LCSW-R.

Diane Straneri, MS, RN, CS

Rosara Torrisi, LMSW

Rob Vichnis, LCSW

Coordenadores de Pesquisa

Toni Kolb-Papetti, LCSW

Sheena M. Dauro (voluntária)

**Estudo Piloto de Ensaios de Campo DSM-5, Instituição Médica Johns Hopkins,
Baltimore, Maryland**

Amostra para Adultos

Programa Ambulatorial de Psiquiatria Comunitária, Departamento de Psiquiatria e
Campus Principal de Ciências Comportamentais

Investigadores

Bernadette Cullen, MB, B.Ch., BAO, Investigadora Principal Holly C.

Wilcox, Ph.D., Investigadora Principal

Encaminhar e entrevistar médicos Bernadette

Cullen, MB, B.Ch., BAO

Shane Grant, LCSW-C.

Charee Green, LCPC

Emily Lorenzen, LCSW-C.

Kathleen Malloy, LCPC

Gary Pilarchik, LCSW-C.

Holly Slater, LCPC

Stanislav Spivak, MD

Tarcia Spencer Turner, LCPC

Nicholas Seldes Windt, LCSW-C.

Coordenadores de Pesquisa

Mellisha McKitty, BA

Alison Newcomer, MHS

Amostra Pediátrica

Programa Ambulatorial da Criança e do Adolescente, Departamento de Psiquiatria e
Centro Médico de Ciências Comportamentais Bayview

Investigadores

Joan P. Gerring, MD, Investigadora Principal Leslie

Miller, MD, Investigadora Principal Holly C. Wilcox,

Ph.D., Co-investigadora

Encaminhar e entrevistar médicos Shannon

Barnett, MD

Gwen Condon, LCPC

Brijan Fellows, LCSW-C.

Heather Garner, LCSW-C.

Joan P. Gerring, MD

Anna Gonzaga, MD

Debra Jenkins, LCSW-C.

Paige N. Johnston, LCPC

Brenda Memel, DNP, RN

Leslie Miller, MD

Ryan Moore, LCSW-C.

Shauna Reinblatt, MD

Monique Vardi, LCPC

Coordenadores de Pesquisa

Mellisha McKitty, BA

Alison Newcomer, MHS

**Ensaios de campo do DSM-5 em ambientes de prática clínica de rotina: colaborando
Investigadores**

Archil Abashidze, MD

Francis R. Abueg, Ph.D.

Jennifer Louise Accuardi, MS

Balkozar S. Adam, MD

Miriam E. Adams, Sc.D., MSW, LICSW

Suzanna C. Adams, MA

Lawrence Adler, MD

Rownak Afroz, MD

Khalid I. Afzal, MD

Joseph Alimasuya, MD

Emily Allen, MS

Katherine A. Allen, LMFT, MA

William D. Allen, MS

Jafar Al Mashat, MD

998

Anthony T. Alonso, DMFT

Guillermo Alvarez, BA, MA

Angela Amoia-Lutz, LMFT

Krista A. Anderson, MA, LMFT

Lisa R. Anderson, M.Ed., LCPC

Pamela M. Anderson, LMFT

Shannon N. Anderson, MA, LPC, NCC

Eric S. Andrews, MA

Vicki Arbuckle, MS, Enfermagem (NP)

Namita K. Arora, MD

Darryl Arrington, MA

Bearlyn Y. Ash, MS
Wylie J. Bagley, Ph.D.
Kumar D. Bahl, MD
Deborah C. Bailey, MA, MS, Ph.D.
Carolyn Baird, DNP, MBA, RN-BC, CARN-AP, ICCDPD
Joelle Bangsund, MSW
Maria Baratta, MSW, Ph.D.
Stan Barnard, MSW
Débora Barnes, MS
Margaret L. Barnes, Ph.D.
David Barnum, Ph.D.
Raymond M. Baum, MD
Edward Wescott Beal, MD
Michelle Beaudoin, MA
Ernest E. Beckham, Ph.D.
Lori L. Beckwith, M.Ed.
Emmet Bellville, MA
Randall E. Bennett, MA
Lynn Benson, Ph.D.
Robert Scott Benson, MD
Linda Benton, MSW
Ditza D. Berger, Ph.D.
Louise I. Bertman, Ph.D.
Robin Bieber, MS, LMFT
Diana M. Bigham, MA
David R. Blackburn, Ph.D.
Kelley Blackwell, LMFT
Lancia Blatchley, BA, LMFT
Stacey L. Block, LMSW, ACSW
Karen J. Bloodworth, MS, NCC, LPC
Lester Bloomenstiel, MS
Christine M. Blue, DO
Marina Bluvstein, Ph.D.
Callie Gray Bobbitt, MSW, LCSW
Moses L. Boone Jr., LMSW, BCD
Steffanie Boudreau-Thomas, MA-LPC
Jay L. Boulter, MA
Aaron Daniel Bourne, MA

Helen F. Bowden, Ph.D.
Aryn Bowley-Safranek, BS, MS
Elizabeth Boyajian, Ph.D.
Beth K. Boyarsky, MD
Gail M. Boyd, Ph.D.
Jeffrey M. Brandler, Ed.S., CAS, SAP
Sandra L. Branton, Ed. D.
Karen J. Brocco-Kish, MD
Kristin Brooks, PMHNP
Ann Marie Brown, MSW
Philip Brown, MSW
Kellie Buckner, Ed. S.
Richard Bunt, MD
Neil F. Buono, D.Min.
Janice Bureau, MSW, LCSW
Kimlee Butterfield, MSW
Claudia Byrne, Ph.D.
Quinn Callicott, MSW, LCSW
Álvaro Camacho, MD, MPH
Sandra Cambra, Ph.D.
Heather Campbell, MA
Nancy Campbell, Ph.D., MSW
Karen Ranee Canadá, LMFT
Joseph P. Cannavo, MD
Catherine F. Caporale, Ph.D.
Frederick Capps, Ph.D., MS
Rebecca J. Carney, MBA, MA, LMHC
Kelly J. Carroll, MSW
Richard W. Carroll, Ph.D., LPC, ACS
Sherry Casper, Ph.D.
Joseph A. Catania, LISWS, LCDC III Manisha P.
Cavendish, Ph.D.
Kenneth M. Certa, MD
Shambhavi Chandraiah, MD
Calvin Chatlos, MD
Daniel C. Chen, MD
Darlene Cheryl, MSW
Matthew R. Chirman, MS

Carole A. Chisholm, MSW
Shobha A. Chottera, MD
Joseph Logue Christenson, MD
Pamela Christy, Psy.D.
Sharon M. Freeman Clevenger, Ph.D., PMHCNS-BC
Mary Ann Cohen, MD
Mitchell J. Cohen, MD
Diego L. Coira, MD
Melinda A. Lawless Coker, Psy.D.
Carol Cole, MSW, LCSW
Caron Collins, MA, LMFT
Wanda Collins, MSN
Linda Cook Cason, MA
Ayanna Cooke-Chen, MD, Ph.D.
Heidi B. Cooperstein, DO
Ileana Corbelle, MSW
Kimberly Corbett, Psy.D.
Angelina Cordova, MAEd.
Jennifer Carol Cox, LPC
Sheree Cox, MA, RN, NCC, DCC, LMHC
William Frederick Cox, MD
Sally M. Cox, MSEd.
Debbie Herman Crane, MSW
Arthur Ray Crawford III, Ph.D.
Roula Creighton, MD
John R. Crossfield, LMHC

999

Sue Cutbirth, RN, MSN, CS, PMHNP
Marco Antonio Cuyar, MS
Rebecca Susan Daily, MD
Lori S. Danenberg, Ph.D.
Chan Dang-Vu, MD
Mary Hynes Danielak, Psy.D.
Cynthia A. Darby, M.Ed., Ed.S.
Douglas Darnall, Ph.D.
Christopher Davidson, MD
Doreen Davis, Ph.D., LCSW

Sandra Davis, Ph.D., LMHC, NCC
Walter Pitts Davis, M.Th.
Christian J. Dean, Ph.D.
Kent Dean, Ph.D.
Elizabeth Querida, MA
Shelby DeBause, MA
Rebecca B. DeLaney, MSSW, LCSW, BCD
John R. Delatorre, MA
Frank De Laurentis, MD
Eric Denner, MA, MBA
Mary Dennihan, LMFT
Kenny Dennis, MA
Pamela L. Detrick, Ph.D., MS, FNP-BC, PMHNP-BC, RN-BC, CAP, GCAC
Robert Detrinis, MD
Daniel A. Deutschman, MD
Tania Diaz, Psy.D.
Sharon Dobbs, MSW, LCSW
David Doreau, M.Ed.
Gayle L. Dosher, MA
D'Ann Downey, Ph.D., MSW
Beth Doyle, MA
Amy J. Driskill, MS, LCMFT
James Drury, MD
Brenda-Lee Duarte, M.Ed.
Shane E. Dulemba, MSN
Nancy RG Dunbar, MD
Cathy Duncan, MA
Rebecca S. Dunn, MSN, ARNP
Debbie Earnshaw, MA
Shawna Eddy-Kissell, MA
Momen El Nesr, MD
Jeffrey Bruce Elliott, Psy.D.
Leslie Ellis, Ph.D.
Donna M. Emfield, LCPC
Gretchen S. Enright, MD
John C. Espy, Ph.D.
Renuka Evani, MBBS, MD
Heather Evans, MSEd., LPCNCC

Cesar A. Fabiani, MD
Fahim Fahim, MD
Samuel Fam, MD
Edward H. Fankhanel, Ph.D., Ed.D.
Tamara Farmer, MSN, ARNP
Farida Farzana, MD
Philip Fast, MS
Patricia Feltrup-Exum, MAMFT
Hector J. Fernandez-Barillas, Ph.D.
Julie Ferry, MSW, LICSW
Jane Fink, Ph.D., MSSA
Kathy Finkle, LPCMH
Steven Finlay, Ph.D.
Rik Fire, MSW, LCSW
Ann Flood, Ph.D.
Jeanine Lee Foreman, MS
Thyra Fossum, Ph.D.
Karen S. Franklin, LICSW
Sherre K. Franklin, MA
Helen R. Frey, MA, ED
Michael L. Freytag, BS, MA
Beth Gagnon, MSW
Patrice LR Gallagher, Ph.D.
Angela J. Gallien, MA
Robert Gallo, MSW
Mário Galvarino, MD
Vladimir I. Gasca, MD
Joshua Gates, Ph.D.
Anthony Gaudioso, Ph.D.
Michelle S. Gauthier, APRN, MSN, PMHNP-BC
Rachel E. Gearhart, LCSW
Stephen D. Gelfond, MD
Nancy S. Gerow, MS
Michael J. Gerson, Ph.D.
Susan MA Geyer, LMSW
Lorrie Gfeller-Strouts, Ph.D.
Shubu Ghosh, MD
Richard Dorsey Gillespie, M.Div.

Stuart A. Gitlin, MSSA
Jeannette E. Given, Ph.D.
Frances Gizzi, LCSW
Stephen I. Glicksman, Ph.D.
Martha Glisky, Ph.D.
Sonia Godbole, MD
Howard M. Goldfischer, Psy.D.
Mary Jane Gonzalez-Huss, Ph.D.
Michael I. Bom, MD
Dawn Goodman-Martin, MA-LMHC
Robert Gorkin, Ph.D., MD
Jeff Gorski, MSW
Linda O. Graf, M.Ed., LCPC
Ona Graham, Psy.D.
Aubrie M. Graves, LMSW, CASAC
Howard S. Green, MD
Karen Torry Green, MSW
Gary Greenberg, Ph.D.
Marjorie Greenhut, MA
James L. Greenstone, Ed.D., JD
Raymond A. Griffin, Ph.D.
Joseph Grillo, Ph.D.
Janeane M. Grisez, AA, BA
Lawrence S. Gross, MD
Robert J. Gross, MD
Sally J. Grosscup, Ph.D.
Philip A. Grossi, MD

1000

Gabrielle Guedet, Ph.D.
Nicholas Guenzel, BA, BS, MSN
Mary G. Hales, MA
Tara C. Haley, MS, LMFT
John D. Hall, MD
Amy Hammer, MSW
Michael S. Hanau, MD
Linda KW Hansen, MA, LP
Genevieve R. Hansler, MSW

Mary T. Harrington, LCSW
Lois Hartman, LCPC
Steven Lee Hartsock, Ph.D., MSW
Victoria Ann Harwood, MSW, LCSW
Rossi A. Hassad, Ph.D., MPH
Erin V. Hatcher, MSN
Richard L. Hauger, MD
Kimberly M. Haverly, MA
Gale Eisner Heater, MS, MFT
Katlin Hecox, MA
Brenda Heideman, MSW
Melinda Heinen, M.Sc.
Marie-Therese Heitkamp, MS
Melissa B. Held, MA
Jessica Hellings, MD
Bonnie Helmick-O'Brien, MA, LMFT
MaLinda T. Henderson, MSN, FMHNP
Gwenn Herman, MSW
Martha W. Hernandez, MSN, APRN, PMHCNS
Robin L. Hewitt, MS
Kenneth Hoffman, Ph.D.
Patricia E. Hogan, DO
Peggy Holcomb, Ph.D.
Garland H. Holloman Jr., MD
Kimberly Huegel, MSW, LCSW
Jason Hughes, LPC-S., NCC
Jennifer C. Hughes, Ph.D., MSW, LISW-S.
Michelle K. Humke, MA
Judith G. Hunt, LMFT
Tasneem Hussainee, MD
Sharlene J. Hutchinson, MSN
Muhammad Ikram, MD
Domingo Ilechukwu, MD, D.Psy. Cl.
Douglas H. Ingram, MD
Marilynn Irvine, Ph.D.
Marjorie Isaacs, Psy.D.
Raymond Isackila, Ed.S., PCC-S., LICDC
Mohammed A. Issa, MD

John L. Jankord, MA
Barbara P. Jannah, LCSW
C. Stuart Johnson, MS
Dawn M. Johnson, MA
Deanna V. Johnson, MS, APRN, BC
Eric C. Johnson, MFT
Joy Johnson, Ph.D., LCSW
Willard Johnson, Ph.D.
Xenia Johnson-Bhembe, MD
Vann S. Joines, Ph.D.
Margaret Jones, Psy.D.
Patricia Jorgenson, MSW
Steven M. Joseph, MD
Tayler Joseph, MA
Jeanette M. Joyner-Craddock, MSSW
Melissa Kachapis, MA
Charles T. Kaelber, MD
Aimee C. Kaempf, MD
Peter Andrew Kahn, MD
Robert P. Kahn-Rose, MD
Maher Karam-Hage, MD
Todd H. Kasdan, MD
Karen Kaufman, MS, LMFT
Rhesa Kaulia, MA, MFT
Debbie Lynn Kelly, MSN, PMHNP-BC
W. Stephen Kelly, Ph.D.
Selena Kennedy, MA
Judith A. Kenney, MS, LPC
Mark Patrick Kerekes, MD
Alyse Kerr, MS, NCC, NADD-CC, LPC
Karen L. Kerschmann, LCSW
Márcia Kesner, MS
Ashan Khan, Ph.D.
Shaukat Khan, MD
Audrey Khatchikian, Ph.D.
Laurie B. Kimmel, MSW
Jason H. King, Ph.D.
Nancy Leigh King, MSW, LCSW, LCAS

Kyle Kinne, MSC

Cassandra M. Klyman, MD

David R. Knapp, LCSW

Margaret Knerr, MS

Michael R. Knox, Ph.D.

Carolyn Koblin, MS

Valerie Kolbert, MS, ARNP-BC

Heather Koontz, MSW

Faye Koop, Ph.D., LCMFT

Fern M. Kopakin, MSW, LCSW

Joel Kotin, MD

Sharlene K. Kraemer, MSE

Marjorie Vego Krausz, MA, Ed.D.

Nancy J. Krell, MSW

Mindy E. Kronenberg, Ph.D.

Dwayne Kruse, MS, MFT

Ajay S. Kuchibhatla, MD

Shubha N. Kumar, MD

Helen H. Kyomen, MD, MS

Rebecca M. Lachut, M.Ed., Ed.S.

Alexis Lake, MSS

Ramaswamy Lakshmanan, MD

Brigitta Lalone, LCSW-R

John W. Lancaster, Ph.D.

Paciência R. Land, LICSW, MSW, MPA

Amber Lange, MA, Ph.D.

Jeff K. Larsen, MA

Nathan E. Lavid, MD

Michelle Líder, Ph.D.

Stephen E. Lee, MD

1001

Cathryn L. Leff, Ph.D., LMFT

Rachael Kollar Leombruno, LMFT

Arlene I. Lev, MSW, LCSW-R

Gregory K. Lewis, MA-LMFT

Jane Hart Lewis, MS

Melissa S. Lewis, MSW, LICSW

Norman Gerald Lewis, FRANZCP
Robin Joy Lewis, Ph.D.
Ryan Michael Ley, MD
Tammy R. Lias, MA
Russell F. Lim, MD
Jana Lincoln, MD
Ted Lindberg, LMSW, LMFT, MSW
Peggy Solow Liss, MSW
Andrea Loeb, Psy.D.
William David Lohr, MD
Mary L. Ludy, MA, LMHC, LMFT
Nathan Lundin, MA, LPC
Veena Luthra, MD
Patti Lyerly, LCSW
Denise E. Maas, MA
Silvia MacAllister, LMFT
Nicola MacCallum, MS, Terapia MFC
Colin N. MacKenzie, MD
Cynthia Mack-Ernsdorff, Ph.D.
John R. Madsen-Bibeau, MS, M.Div
Christopher J. Maglio, Ph.D.
Deepak Mahajan, MD
Debra Majewski, MA
Harish Kumar Malhotra, MD
Pamela Marcus, RN, MS
Mary P. Marshall, Ph.D.
Flora Lynne Martin, MA, LPC, ADC
Robert S. Martin, MD
Jennifer L. Martinez, MS
Ninfa Martinez-Aguilar, MA, MFT
Emily Martinsen, MSW
Farhan A. Matin, MD
Janus Maybee, PMHNP
Karen Mazarin-Stanek, MA
Eben L. McClenahan, MD, MS
Jerlyn C. McCleod, MD
Susan E. McCue, MSW, LCSW
Kent D. McDonald, MS

Daniel McDonnell, MSN, PMH-NP
Robert McElhose, Ph.D.
Lisa D. McGrath, Ph.D.
Mark McGrosky, MSW
Katherine M. McKay, Ph.D.
Darren D. McKinnis, MSW
Mona McNelis-Broadley, MSW, LCSW
Rick McQuistion, Ph.D.
Susan Joy Mendelsohn, Psy.D.
Barbara S. Menninga, M.Ed.
Hindi Mermelstein, MD, FAPM
Rachel B. Michaelsen, MSW
Thomas F. Micka, MD
Tonya Miles, Psy.D.
Matthew Miller, MS
Michael E. Miller, MD
Noel Miller, LMSW, MBA, MPS
Kalpana Miriyala, MD
Sandra Moenssens, MS
Erin Mokhtar, MA
Robert E. Montgomery, M.Ed.
Susan Moon, MA
Theresa K. Moon, MD
David B. Moore, BA, M.Div., MSSW, Ph.D.
Joanne M. Moore, MS
Peter IM Moran, MBBCh.
Anna Moriarty, MPS, LPC, LMHC
Richard Dean Morris, MA
Michael M. Morrison, MA
Carlton E. Munson, Ph.D.
Timothy A. Murphy, MD
Beth L. Murphy, Psy.D.
Melissa A. Myers, MD
Stefan Nawab, MD
Allyson Matney Neal, DNP
Steven Nicholas, MA
Aureliano N. Niculescu, MD
Earl S. Nielsen, Ph.D.

Terry Oleson, Ph.D.
Julianne R. Oliver, BS, MS, Ph.D.
Robert O. Olsen, MD
Amy O'Neill, MD
Oscar H. Oo, Psy.D., ABPP
Laurie Orlando, JD, MA
Jill Osborne, MS, Ed.S.
Kimberly Overlie, MS
L. Kola Oyewumi, Ph.D.
Zachary J. Pacha, MSW
Suzette R. Papadakis, MS
Amanda C. Parsons, MA, LPCC
Lee R. Pate, BA, MA
Eric L. Patterson, LPC
Sherri Paulson, M.Ed., LSCW
Peter Dennis Pautz, BA, MSW
Jeanette Pelton, LISW-SUPV
Malinda J. Perkins, MSW, LCSW
Eleanor F. Perlman, MSW
Deborah K. Perry, MSW
Amanda Peterman, LMFT
Shawn Pflugardt, Psy.D.
Robert J. Dean Phillips, MS
Laura Pieper, MSW, LCSW
Lori D. Pink, MSW, BCD
Michael G. Pipich, MS, LMFT
Cynthia G. Pizzulli, MSW, Ph.D.
Kathy C. Points, MA
Marya E. Pollack, MD, MPH
Sanford E. Pomerantz, MD
Eva Ponder, MSW, Psy.D.
Ernest Poortinga, MD
David Post, MD
Laura L. Post, MD, Ph.D., JD

1002

Patrick W. Powell, Ed. D.
Beth M. Prewett, Psy.D.

Robert Price, DCC, M.Ed.
John Pruett, MD
Aneita S. Radov, MA
Dawn M. Raffa, Ph.D.
Kavitha Raja, MD
Ranjit Ram, MD
Mohamed Ibrahim Ramadan, MD, MS
Christopher S. Randolph, MD
Nancy Rappaport, M.Ed.
John Moir Rauenhorst, MD
Laurel Jean Rebenstock, LMSW
Edwin Renaud, Ph.D.
Heather J. Rhodes, MA
Jennifer S. Ritchie-Goodline, Psy.D.
Daniel G. Roberts, MA
Brenda Rohren, MA, MFS, LIMHP, LADC, MAC
Donna G. Rolin-Kenny, Ph.D., APRN, PMHCNS-BC
Sylvia E. Rosario, M.Ed.
Mindy S. Rosenbloom, MD
Harvey A. Rosenstock, MD
Thalia Ross, MSSW
Fernando Rosso, MD
Barry H. Roth, MD
Thomas S. Rue, MA, LMHC
Elizabeth Ruegg, LCSW
Diane Rullo, Ph.D.
Angie Rumaldo, Ph.D.
Eric Rutberg, MA, DHEd.
Joseph A. Sabella, LMHC
Kemal Sagduyu, MD
Adam H. Saltz, MSW
Jennifer A. Samardak, LISW-S.
George R. Samuels, MA, MSW
Carmen Sanjurjo, MA
John S. Saroyan, Ed.D.
Brigid Kathleen Sboto, MA, MFT
Lori Cluff Schade, MS
Joan E. Schaper, MSN

Rae J. Schilling, Ph.D.
Larry Schor, Ph.D.
Donna J. Schwartz, MSW, LICSW
Amy J. Schwarzenbart, PMH-CNS, BC, APNP
John V. Scialli, MD
Chad Scott, Ph.D., LPCC
Sabine Sell, MFT
Minal Shah, NS, NCC, LPC
Lynn Shell, MSN
Dharmesh Navin Sheth, MD
S. Christopher Shim, MD
Marta M. Shinn, Ph.D.
Andreas Sidiropoulos, MD, Ph.D.
Michael Siegell, MD
Michael G. Simonds, Psy.D.
Gagandeep Singh, MD
Melissa Rae Skrzypchak, MSSW, LCSW
Paula Slater, MD
William Bill Slaughter, MD, MA
Aki Smith, Ph.D.
Deborah L. Smith, Ed. M.
Diane E. Smith, MA, LMFT
James S. Sommer, MS
J. Richard Spatafora, MD
Judy Splittergerber, MSN, CS, NP
Thiruneermalai TG Sriram, MD
Martha W. St. John, MD
Sybil Stafford, Ph.D.
Timothy Stambaugh, MA
Laura A. Stamboni, MSW
Carol LR Stark, MD
Stephanie Steinman, MS
Claudia M. Stevens, MSW
Jennifer Boyer Stevens, Ps.D.
Dominique Stevens-Young, MSW, LCSW
Kenneth Stewart, Ph.D.
Daniel Storch, MD
Suzanne Straebler, APRN

Dawn Stremel, MA, LMFT
Emel Stroup, Psy.D.
John W. Stump, MS, LMFT
Thomas G. Suk, MA
Elizabeth Sunzeri, MS
Linnea Swanson, MA, Psy.D.
Patricia Swanson, MA
Fereidoon Taghizadeh, MD
Bonnie L. Tardif, LMHC, NCC, BCPCC
Joan Tavares, MSW
Ann Taylor, MSW
Dawn O'Dwyer Taylor, Ph.D.
Chanel V. Tazza, LMHC
Martha H. Teater, MA
Clark D. Terrell, MD
Mark R. Thelen, Psy.D.
Norman E. Thibault, MS, Ph.D.
Tojuana L. Thomason, Ph.D.
Paula Thomson, Psy.D.
D. Chadwick Thompson, MA
Susan Thorne-Devin, AM
Jean Eva Thumm, MAPC, MAT, LMFT, BCC
James E. Tille, Ph.D., D.Min.
Jacalyn G. Tippey, Ph.D.
Saraswathi Tirumalasetty, MD
Jacqueline A. Torrance, MS
Terrence Trobaugh, MS
Louisa V. Troemel, Psy.D., LMFT
Susan Ullman, MSW
Jennifer M. Underwood, MSW, LCSW
Rodney Dale Veldhuizen, MA
Michelle Voegels, BSN, MSN, BC
Wess Vogt, MD
R. Christopher Votolato, Psy.D.

1003

John W. Waid, Ph.D.
Christa A. Wallis, MA

Dominique Walmsley, MA
Bhupinder Singh Waraich, MD
Joseph Ward, NCC, LPCMEd.
Robert Ward, MSW
Marilee LM Wasell, Ph.D.
Gannon J. Watts, LPC-S., LAC, NCC, NCSC, AADC, ICAADC
Sheila R. Webster, MA, MSSA
Burton Weiss, MD
Dennis V. Weiss, MD
Jonathan S. Weiss, MD
Richard Wendel, Ph.D.
Paul L. West, Ed. D.
Kris Sandra Wheatley, MA, LCPC, NCC
Leneigh White, MA
Danny R. Whitehead, LICSW
Jean Whiting, MA
Peter D. Wilk, MD
Vanessa Wilkinson, LPC
Tim F. Willia, MS, MAEd., LPC
Cathy E. Willis, MA, LMFT, CADC
Jeffery John Wilson, MD
Jacquie Wilson, M.Ed.
David D. Vinhos, MSW
Barbara A. Wirebaugh, MSW
Daniel L. Wise, Ph.D.
Christina Wong, MSW, LCSW
Susanna Wood, MSW, LCSW
Linda L. Woodall, MD
Leoneen Woodard-Faust, MD
Sheryl E. Woodhouse, LMFT
Gregory J. Worthington, Psy.D.
Tanya Wozniak, MD
Kimberly Isaac Wright, MA
Peter Yamamoto, MD
Maria Ruiza Ang Yee, MD
Michael B. Zafrani, MD
Jafet E. Gonzalez Zakarchenco, MD
John Zibert, Ph.D.

Karen Zilberstein, MSW
Cathi Zillmann, CPNP, NPP
Gerald A. Zimmerman, Ph.D.
Michele Zimmerman, MA, PMHCNS-BC
Judith A. Zink, MA

Equipe REDCap da Universidade Vanderbilt

Paul Harris, Ph.D.
Sudah Kashyap, BE
Brenda Minor
Jon Scherdin, MA
Rob Taylor, MA
Janey Wang, MS

1004

Índice

Os números de página impressos em **negrito** referem-se a tabelas.

Radiografias abdominais e encoprese, **404**
Abstinência e uso de tabaco, **650** Acesso a cuidados de saúde, **190, 238, 354, 833** Acidentes TDAH e, **73** transtornos relacionados ao álcool e, **560, 562** transtorno por uso de maconha e, **581** ritmo circadiano do sono -distúrbios da vigília e, **446, 451** distúrbio de conduta e, **536** exposição a inalantes e, **605** narcolepsia e, **427** apnéia obstrutiva do sono hipopnéia e, **433** transtorno por uso de fenciclidina e, **589** transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e, **625** acomodação e TOC , **267** Estresse aculturativo e TEPT em imigrantes, **310** Síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), **718**. Veja também HIV Disfunções sexuais adquiridas, **477, 480, 486, 487, 491, 495, 503** Actigrafia e padrões de sono-vigília, **445, 447, 448, 449, 451, 473** Atividades da vida diária diferenças culturais em, **88** disforia de gênero e, **519** síndrome das pernas inquietas e, **467** Acatisia aguda, **816** Reação distônica aguda (RAM), **812-813, 816** Transtorno de estresse agudo, **250, 312, 313-319, 321-322, 460, 678** Funcionamento adaptativo , e transtornos do desenvolvimento intelectual, **42** Dependência e transtorno do jogo, **914**. Veja também vícios comportamentais Hipertrofia adenotonsilar, **432** Transtornos de adaptação e diagnóstico diferencial

de sintomas psicológicos ou comportamentais anormais em resposta a uma condição médica, **365, 366** de transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, **261** de transtorno de conduta, **537** de transtorno depressivo devido a outra condição médica, 208-209 de transtorno de ansiedade generalizada, **254** de doença transtorno de ansiedade, **359** de transtorno explosivo intermitente, **526** de transtorno desafiador opositivo, 525-526 de TEPT, **312** Vias de administração, para substâncias de abuso, **540** Adolescentes e adolescência. Veja também Idade; Crianças

TDAH e **71**
transtorno por uso de álcool e **556** transtorno dismórfico corporal e **273** transtorno de personalidade límítrofe e **755** transtornos relacionados à cafeína e **570, 573** transtorno por uso de cannabis e **579** ritmo circadiano transtorno sono-vigilia e **444** desinibição de transtorno de engajamento social e, **300** amnésia dissociativa e, **339** enurese e, **400** disforia de gênero e, 514-515

transtorno por uso de inalantes e, 603-604 transtorno de insônia e, 413 narcolepsia e, 427 uso indevido de óxido nitroso por, 654 TOC e, 268 transtorno de personalidade paranoide e, 739 transtorno disfórico pré-menstrual e, 198 transtorno de luto prolongado e, 325 transtorno de ansiedade social e, 232 transtorno específico de aprendizagem e, 82 transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por substância/medicamento e, 716 transtornos por uso de substâncias e, 549 pensamentos e comportamentos suicidas em transgêneros, 518 transtornos de tiques e, 95 Adoção e transtorno de engajamento social desinibido, 300 Adulto(s). *Veja também Idade; Adultos mais velhos TDAH em, 71, 73* transtorno do espectro do autismo e mau funcionamento psicosocial em, 65-66 disforia de gênero e, 514 transtorno específico de aprendizagem e, 79, 82 transtornos de tiques e, 95 adultos DSM-5 auto-avaliação nível 1 transversal Medidas de sintomas, 844 Tipo avançado de fase do sono, de distúrbio sono-vigília do ritmo circadiano, 446-447

1006

Experiências adversas na infância. *Veja também Abuso infantil;* Negligenciar transtorno bipolar I e 147 transtorno de ansiedade generalizada e 252 transtorno depressivo maior e 189 esquizofrenia e 118 instabilidade afetiva e transtorno de personalidade límitrofe, 754 psicose afetiva, 139 afro-americanos. *Veja também Raça;* Racismo transtornos relacionados ao álcool e, 556, 563 doença de Alzheimer em, 692, 693 uso de cannabis e, 578, 580, 585 delirium em, 677 enurese em crianças, 400 transtorno de jogo em, 663, 664 transtorno de dor/penetração genito-pélvica e, 497 transtorno explosivo intermitente e, 528 transtorno depressivo maior e, 190 diagnóstico errado de transtorno do espectro do autismo em crianças, 65 diagnóstico errado de esquizofrenia em, 18, 119, 124, 147 narcolepsia e, 426 transtornos neurocognitivos em, 686, 724 apnéia obstrutiva do sono e, 431 transtorno por uso de opióides em, 611 transtorno de pânico e, 238, 239 transtorno de luto prolongado e, 326 TEPT e, 308, 310 transtorno de ansiedade social e, 232 transtornos relacionados a estimulantes em, 636, 642 transtorno por uso de tabaco em, 647 demência vascular em, 705

Idade. *Veja também Adolescentes; Adultos; Idade de início; Crianças; Bebês; Idosos* intoxicação alcoólica e, 563 doença de Alzheimer e, 692

uso de cannabis e, 578
ejaculação retardada e, 480
transtorno de coordenação do desenvolvimento e,
86 transtorno de engajamento social desinibido e, 300
transtorno erétil e, 483 transtorno de interesse/excitação
sexual feminino e, 490, 491 transtorno de jogo e, 663
transtorno de linguagem e, 48 homem transtorno do desejo
sexual hipoativo e, 500 memória e, 342–343 transtorno
pedofílico e mínimo para diagnóstico, 794 prevalência de
transtornos neurocognitivos por, 686 enurese primária e
secundária e, 400 transtorno psicótico devido a outra
condição médica e, 132 taxas de suicídio por, 190 transtorno
de apego reativo e, 297 esquizofrenia e redução do volume
cerebral, 116 efeitos colaterais de medicamentos e, 623–624 transtorno
de comunicação social e, 55 transtorno específico de aprendizagem e,
79, 81 transtorno do som da fala e, 50-51 tempo de sono e, 411
transtorno voyeurístico e mínimo para diagnóstico, 781, 782 Agency.
Veja também Controle

transtorno de despersonalização/desrealização e, 344
transtorno dissociativo de identidade e, 331 Idade de
início. *Veja também* Idade do TDAH, 70 de agorafobia, 248
de transtorno por uso de álcool, 556 de doença de
Alzheimer, 692-693 de transtorno do espectro do autismo,
63 de transtorno bipolar I, 146 de transtorno bipolar II,
155 de transtorno psicótico breve, 110 de cannabis
transtorno de uso, 579 transtorno de fluência com início
na infância, 52 transtorno de sono-vigília do ritmo
circadiano, 444 transtorno de conduta, 534 transtorno
ciclotímico, 160 transtorno de despersonalização/
desrealização, 344 transtorno disruptivo da desregulação
do humor, 179 transtorno de sintoma neurológico
funcional , 362 de transtorno de ansiedade generalizada,
252 de transtorno de hipersonolência, 419 de transtorno
de ansiedade de doença, 358 de transtorno do
desenvolvimento intelectual, 43 de transtorno depressivo
maior, 189 de narcolepsia, 425 de transtornos
neurocognitivos, 687, 692, 724, 727 de auto-suicídio.
transtorno de lesão, 925 de TOC, 267-268 de ataques de
pânico, 243 de transtorno de pânico, 238 de piromania,
538 de síndrome das pernas inquietas, 466 de transtorno
de ruminação, 375 de transtorno esquizoafetivo, 123-1
24 de esquizofrenia, 117, 119 de transtorno de ansiedade
de separação, 219

de transtorno de masoquismo sexual, [789](#)
de transtorno de ansiedade social, 231-232
de fobia específica, [227](#) de transtornos de
tíques, [94](#)

Agressividade e comportamento agressivo
transtorno de conduta e, [533, 534, 535, 536](#)
transtorno do desenvolvimento intelectual e, [43, 45](#)

1007

transtorno explosivo intermitente e, [182, 527-528, 529](#) narcolepsia
e, [425](#) esquizofrenia e, [116](#) transtorno por uso de sedativos,
hipnóticos ou ansiolíticos e, [625](#) transtorno por uso de estimulantes
e, [635, 636](#)

Transtorno
depressivo maior de agitação e, [186](#) acatisia
aguda induzida por medicação e, [814](#) transtornos
neurocognitivos e, [684](#) transtorno bipolar e relacionado
induzido por substância/medicamento e, [164](#)
Agorafobia, [216, 220, 228, 233, 241, 246-250, 767](#) Acinesia e
parkinsonismo induzido por medicação, [809](#) nativos do Alasca
transtorno por uso de álcool e [556](#) uso de cannabis e [578](#)
transtorno por uso de estimulantes e [636, 638](#) transtorno por
uso de alprazolam, [547](#) Álcool. *Veja também* Intoxicação por
álcool; Transtorno por uso de álcool; Abstinência alcoólica;
Síndrome alcoólica fetal; Neurocomportamental

transtorno associado à exposição pré-natal ao álcool; Transtornos bipolares de abuso
de substâncias e, [159](#) desmaios induzidos por, [456](#) insônia e, [417](#) transtorno do
desejo sexual hipoativo masculino e, [500](#) transtorno depressivo induzido por
substância/medicamento e, [204](#) transtorno psicótico induzido por substância/
medicamento e, [129](#) transtorno sexual induzido por substância/medicamento
disfunção e, [507, 508](#) transtorno do sono induzido por substância/medicamento e,
[471, 473](#) transtornos mentais induzidos por álcool, [560-561, 564, 567-568, 716](#)
intoxicação por álcool, [560, 561-564, 614, 616, 628](#) álcool transtorno de uso. *Veja*
também Álcool; Transtornos por uso de substâncias

transtorno bipolar I e, [148](#)
comorbidade e, [24, 387, 396, 541, 567](#) problemas
de diagnóstico relacionados à cultura, [558](#)
desenvolvimento e curso de, 556-557 diagnóstico
e características associadas de, 555-556 critérios
diagnósticos para, 553-554 diferencial diagnóstico de,
[560-561, 626](#) transtorno exibicionista e, [785](#) kleptomania
e, [541](#) exames laboratoriais para, 558-559 transtornos
neurocognitivos e, [717](#) prevalência de, [556](#) piromania e,
[538](#) fatores de risco e prognóstico, 557-558 sedativo,
hipnótico ou intoxicação ansiolítica e, [629](#) questões de
diagnóstico relacionadas ao sexo e gênero, [558](#)
especificadores para, [555](#) pensamentos ou comportamento
suicida, [556, 559-560, 562, 563](#) discinesia tardia e, [615](#)

traumatismo crânioencefálico e, 710
Abstinência de álcool, 555, 560-561, 564-567, 631 Distúrbios algogânicos, 779 Alogia, 103, 119 Alopecia, 282, 283, 284 Medicamentos agonistas alfa-adrenérgicos e narcolepsia, 424 Alfa-interferon, e sintomas depressivos ou maniacos induzidos por medicamentos, 168 Alfa-metildopa e transtorno depressivo induzido por substâncias/medicamentos, 203 Práticas alternativas de cura e fatores psicológicos que afetam condições médicas, 366. Veja também Curandeiros tradicionais Altitude e apnéia central do sono, 436 Alzheimer doença. Veja também Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Alzheimer

idade de início, 687
afasia e 697 códigos de diagnóstico para, 22
diagnósticos diferenciais de, 281, 678, 706
transtornos do desenvolvimento intelectual e, 43
transtornos neurocognitivos e, 706, 726 amenorreia e transtornos alimentares, 385, 389 American Academy of Sleep Medicine , 409 Associação Americana de Deficiências Intelectuais e de Desenvolvimento (AAIDD), 46 índios americanos. Veja também nativos do Alasca; Nativos americanos; Raça; Racismo uso de cannabis e, 578 contexto cultural de transtorno de pesadelo e, 459 apnéia obstrutiva do sono em, 431 transtorno de pânico e ataques de pânico em, 237, 243 PTSD em, 308 transtorno por uso de estimulantes em, 636, 638 American Psychiatric Association (APA) e processo de revisão do DSM-5, 6-11 Amnésia. Veja também Amnésia dissociativa; Amnésia generalizada; Amnésia pós-traumática devido a lesão cerebral intoxicação alcoólica e 562 transtorno dissociativo de identidade e 332 transtorno factício e 337.342 formas localizadas ou generalizadas de 329 convulsões e 342 transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por substância/medicamento e 714 traumático lesão cerebral e, 708 Síndrome amotivacional e uso de cannabis, 581

1008

Transtornos

relacionados a estimulantes de anfetaminas e, 635 transtorno psicótico induzido por substância/medicamento e, 129 disfunção sexual induzida por substância/medicamento e, 508 transtorno do sono induzido por substância/medicamento e, 472

Gases de nitrito de amil-, butil- ou isobutil, 603, 654

Testes de diagnóstico à base de amiloide, 694

Transtorno do uso de esteróides anabolizantes, 547, 550

Analgesia e transtorno por uso de opióides, 614

Disforia anatômica, 516

Anemia e anorexia nervosa, 385

Raiva

transtorno de personalidade limítrofe e, 754
transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo e, 773
transtorno desafiador de oposição e, 523, 525 transtorno de personalidade paranoide e, 738

Angina e fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, 366, 367

Anedonia

transtorno depressivo devido a outra condição médica e, 209

transtorno depressivo maior e, 190
esquizofrenia e, 103 abstinência de estimulantes e, 643 acúmulo de animais, 279 reações de aniversário e eventos traumáticos, 335 preferências de atividade anômala, 778 teste de manometria anorrectal e encoprese, 404 anorexia nervosa, 373, 375, 379–380, 381–387, 390 Anosognosia e esquizofrenia, 116 “Outra condição médica”, uso do termo, 25–26 Antagonismo e traços de personalidade, 888, 893, 900 Antibióticos e transtorno de escoriação, 286 Ansiedade antecipatória e transtorno de ansiedade social, 230 Antidepressivos, 158, 164, 165, 424, 507–508, 818-819. Ver também Antidepressivos tricíclicos Síndrome de descontinuação de antidepressivos, 818-819 Medicamentos anti- hipertensivos e transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, 203 Encefalite do receptor anti-NMDA, 167 Medicamentos antipsicóticos, 507, 508, 726, 807-810. Ver também Distúrbios do movimento induzidos por medicamentos Terapia antirretroviral, 719, 720 Comportamento antisocial, codificação de, 835 Transtorno de personalidade antisocial TDAH e 73 Transtorno por uso de álcool e 560, 561 Transtorno por uso de cannabis e 579 classificação de, 537 comorbidade e 752 conduta transtorno e, 534 questões de diagnóstico relacionadas à cultura, 750-751 definição de, 733 desenvolvimento e curso de, 750 diagnóstico e características associadas de, 748-750, 883 critérios diagnósticos para, 748, 884-885 diagnóstico diferencial de, 751-752 transtorno por uso de álcool, 561 transtorno exibicionista, 785 transtorno frotteurístico, 787 transtorno explosivo intermitente, 529 cleptomania, 540 outros transtornos de personalidade, 741, 756, 759-760, 763, 775 transtorno pedofílico, 795 piromania, 539 uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos transtorno, 626 transtorno de sadismo sexual, 792 transtorno voyeurístico, 782 transtorno exibicionista e, 785 transtorno por uso de inalantes e, 605 fingimento e, 835 transtorno pedofílico e, 794 prevalência de, 750 risco e p fatores prognósticos para, 750 questões de diagnóstico relacionadas ao sexo e gênero, 751 especificadores para, 885 transtorno por uso de estimulantes e, 637 ansiedade. Veja também Transtornos de ansiedade; Transtorno de estresse agudo de angústia ansiosa e, 318 síndrome de psicose atenuada e, 907 transtorno bipolar e relacionado devido a outra condição de medicação e aguda, 168 definição de medo e, 215 transtorno de ansiedade generalizada e, 251 transtorno de dor/penetração genitopélvica e, 494

transtorno depressivo maior e [189](#)
transtornos neurocognitivos e [712](#)
transtorno de sintomas somáticos e [356](#)
transtorno por uso de estimulantes e [635](#)
transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento e
[257](#) abstinência de tabaco e [650](#) transtorno(s) de ansiedade. Veja
também Agorafobia; Distúrbio de ansiedade generalizada; Síndrome do pânico; Mutismo seletivo; Ansiedade de separação
transtorno; Transtorno de ansiedade social; Fobia específica; Transtorno de ansiedade induzido por substância/
medicamento transtorno do espectro do autismo e sintomas associados a, [67](#) comorbidade de, [159](#), [250](#), [271](#),
[347](#), [364](#), [387](#), [392](#), [768](#), [771](#)

1009

diagnóstico diferencial de
TDAH, [74](#) síndrome de
descontinuação do antidepressivo, [819](#) transtorno de
ingestão alimentar evitativa/restritiva, [379](#) transtorno
de ansiedade devido a outra condição médica, [260](#) transtorno
bipolar, [149](#) transtorno dismórfico corporal, [276](#) transtorno por
uso de cafeína, [913](#) transtorno depressivo, [182](#) transtorno de
ansiedade de doença, [359](#) TOC, [270](#) transtornos de
personalidade, [737](#) TEPT, [312](#) abstinência de sedativos,
hipnóticos ou ansiolíticos, [631](#) transtorno de ansiedade induzido
por substância/medicamento, [258](#) ataques de pânico e [241](#)
características compartilhadas de, 215–216 uso de substâncias
e [545](#) transtorno de ansiedade devido a outra condição médica,
[240–241](#), [245](#), [253](#), 258–261 Anxiolíticos e transtorno do sono
induzido por substância/medicamento, [472](#). Ver também
Transtornos relacionados a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
Sofrimento ansioso, como especificador, [169](#)–[170](#), 210–211 Afasia
e transtorno neurocognitivo frontotemporal maior ou leve, [697](#) Apatia
e transtornos neurocognitivos, [685](#), [696](#), [727](#) Apneia, definição de, [430](#) Apolipoproteína E4
(APOE*E4), [693](#) Aparência e histri transtorno de personalidade ônica, [758](#) Apetite e transtorno depressivo maior, [186](#). Veja também Apraxia da dieta
e transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Huntington, [727](#) malformação de Arnold-Chiari e apnéia central do sono, [438](#) transtorno
do pesadelo do despertar e, [458](#) não- distúrbios do despertar do sono com movimento rápido dos olhos e, [452](#), [453](#), [455](#) ataques de pânico e, 244–
245 TEPT e, [307](#) fobia específica e, [226](#) arritmias, [242](#), [245](#), [431](#) rotulagem de rotação arterial (ASL), [720](#) artrite e sexo feminino transtorno de interesse/
excitação, [493](#) americanos asiáticos. Veja também Ilhas do Pacífico; Raça; Racismo transtornos relacionados ao álcool e, [556](#), [563](#) uso de cannabis
e, [578](#), [580](#), [585](#) transtorno de jogo em, [664](#) transtornos neurocognitivos em, 686–687 transtorno por uso de opióides em, [611](#) transtorno de pânico
em, [239](#) transtornos relacionados a estimulantes em, [636](#), [642](#)

transtorno por uso de tabaco em,
[647](#) demência vascular em, [705](#)
Transtorno de Asperger, [36](#), [60](#)
Asfixiofilia, [789](#) Avaliação. Veja
também Diagnóstico avaliação
abrangente e uso de medidas, [20](#) medidas transversais de
sintomas, [841](#)-[842](#), 843-850 variação intra-étnica na interpretação
de, [688](#) de transtorno neurocognitivo maior ou leve com corpos
de Lewy, [700](#) Outline for Cultural Formulation e, 861- 862 abordagem cultural
centrada na pessoa para, [859](#), [862](#), [863](#) de sintomas psicóticos, [104](#) relevância
de conceitos culturais de angústia para, 871-873 medidas de gravidade e, [842](#)
gênero atribuído, [511](#) características associadas, uso de texto para auxiliar no
diagnóstico, [26](#). Veja *também* Recursos de diagnóstico; *transtornos específicos*
Asma, [239](#), [241](#), [242](#), [245](#), [365](#), [434](#) Comprometimento neurocognitivo
assintomático (ANI), [718](#) Ataque de nervos, [17](#), [239](#), [244](#), [317](#), [873](#), [874](#) Ataxia e
transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Huntington , [727](#) Atonia e distúrbio comportamental do sono de
movimento rápido dos olhos, [463](#) Convulsões atônicas e narcolepsia, [428](#) Apego. Veja *também* transtorno de apego reativo
transtorno do espectro autista e, [298](#) transtorno de ansiedade de separação e, 217-218 Atenção. Ver *também* Delírium de
desatenção e [675](#) transtorno de personalidade histriônica e 757-758 domínios neurocognitivos, [669](#) comorbidade transtorno de
déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e [35](#), [75](#), [88](#), [98](#), [537](#), [920](#) transtorno de conduta e [532](#) relacionados à cultura questões
diagnósticas, [72](#) características definidoras de, [36](#) transtorno de coordenação do desenvolvimento e, [88](#) desenvolvimento e
curso de, [71](#) características diagnósticas e associadas de, 70–71 critérios diagnósticos para, 68–70 marcadores diagnósticos
para, [72](#) diagnósticos diferenciais de, 73–75 atenuados síndrome de psicose, [907](#) transtorno de conduta, [536](#)

1010

transtornos depressivos, [182](#), [192](#)
transtorno do desenvolvimento da coordenação,
[88](#) transtorno de engajamento social desinibido, [301](#)
transtorno de hipersonolência, [421](#) transtorno explosivo
intermitente, [530](#) narcolepsia, [428](#) apneia obstrutiva
do sono hipopneia, [434](#) transtorno desafiador opositivo,
[526](#)
TEPT, [312](#)
esquizofrenia, [120](#)
transtorno de comunicação social, [55](#)
transtorno específico de aprendizagem,
[85](#) transtorno disruptivo da desregulação do humor e [180](#)
consequências funcionais de, 72-73

transtorno neurocomportamental associado à exposição pré-natal ao álcool e, 920 estrutura organizacional do DSM-5 e, 12 fatores de risco e prognóstico, 71-72 questões de diagnóstico relacionadas ao sexo e gênero, 19, 72 especificadores para, 37 transtorno específico de aprendizagem e, 83 suicídio pensamentos ou comportamento, 72

Síndrome de psicose atenuada, 903-907

Anorexia nervosa atípica, 396

Características atípicas, como especificador, 172-173, 212

Monitoramento audiovisual, de sonambulismo, 455

Alucinações auditivas, 102, 336, 641

Áustria e transtorno voyeurístico, 782

Austrália, prevalência de

transtorno de estresse agudo em,

316 transtornos de ajustamento em,

320 transtorno por uso de álcool em,

559 anorexia nervosa em, 384

transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva em, 377, 378

transtorno de compulsão alimentar periódica e, 394 bulimia nervosa

em, 390 ereção transtorno em, 483 transtorno de sintomas

neurológicos funcionais em, 362 transtorno do desenvolvimento

intelectual em crianças aborígenes em, 44

Transtorno de jogo na Internet em, 916

transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Huntington em, 727 outro transtorno

por uso de alucinógenos, 593 transtorno por uso de fenciclidina em, 589 transtorno de masoquismo

sexual em, 789 transtorno de sadismo sexual em, 791 transtorno de ansiedade social em, 231

Características do transtorno do

espectro do autismo de, 36

comorbidade e, 35, 67-68, 235, 373, 520 problemas de

diagnóstico relacionados à cultura, 65 desenvolvimento

e curso de, 63-64 diagnóstico e características

associadas de, 60-62 critérios diagnósticos para, 56 -57

diagnóstico diferencial de, 66-67

TDAH, 74

transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva, 379

transtornos depressivos, 182 transtorno de coordenação

do desenvolvimento, 88 disforia de gênero, 519-520

transtorno de desenvolvimento intelectual, 45 transtorno

explosivo intermitente transtorno de apego reativo, 297-298

esquizofrenia, 120 transtorno de personalidade esquizóide,

743 esquizotípico transtorno de personalidade, 747

transtorno de ansiedade social, 234 transtorno de

comunicação social, 55 transtorno de movimento

estereotipado , 66 a 67 , 91 consequências funcionais de

65 a 66 prevalência de 62 a 63 fatores de risco e

prognósticos, 64 questões de diagnóstico relacionadas a

sexo e gênero , 65 especificadores para, 37 pensamentos

ou comportamentos suicidas, 65

Informações autobiográficas e amnésia dissociativa, 338, 339, 340

Asfixia autoerótica, 800
Autoginefilia, 517, 799
Distúrbios autoimunes, 96, 132, 207
Hiperexcitação autonômica e transtorno de ansiedade generalizada, 251
Sistema nervoso autônomo e transtorno de hipersonolência, 419
Ataxia cerebelar autossômica dominante, surdez e narcolepsia (ADCA-DN), 423
Evitação
 transtorno de estresse agudo e, 315.316
 agorafobia e, 247 transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva e, 377 transtorno dismórfico corporal e, 276 transtorno dissociativo de identidade e, 332
 transtorno erétil e, 482.484 transtorno de dor/penetração genitopélvica e, 495 transtorno de luto prolongado e, 323, 327
PTSD e, 306, 309
transtorno de ansiedade social e, 230
 fobia específica e, 225-226
Transtorno de personalidade esquiva, 234-235, 733, 741, 744, 747, 764-768, 771, 883, 885-886
Transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva, 68, 373, 376-381, 387
Avolução e sintomas negativos, 103, 115, 120
Consciência e delírio, 675
Ayahuasca, 593

1011

Comportamento. *Veja também* Agressão; Agitação; Comportamento antisocial; Evitação; Fenótipo comportamental; Comportamento de coleta; Compulsões; Comportamento criminoso; Desinibição; Comportamentos de manutenção da saúde; Impulsividade; Irritabilidade; Comportamentos repetitivos; Comportamento sexual; Pensamentos ou comportamentos suicidas transtorno de estresse agudo e 316 anorexia nervosa e 387 transtorno do espectro autista e 60.297 transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva e 380 bulimia nervosa e 388.389.395 transtorno de conduta e 522.533 transtorno delirante e, 107 diagnósticos diferenciais de compulsivo, 270-271 transtorno de jogo e 662 transtorno de personalidade histrionica e 758 intoxicação por inalação e 605 narcolepsia e 424 transtornos neurocognitivos e 685, 727 transtorno de pesadelo e 458 intoxicação por opióides e 616 fenciclidina e, 595.596 fatores psicológicos que afetam outras condições médicas e, 365

TEPT e 307
transtorno comportamental do sono com movimentos rápidos dos olhos e 461 transtorno de apego reativo e 297 intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica e 627 transtorno de ansiedade social e 232 transtorno de sintomas somáticos e 352 transtorno de movimento estereotipado e 90 transtorno por uso de estimulantes e, 636

Vícios comportamentais, uso do termo, 543
Síndrome do sono insuficiente induzida por comportamento, 420
Fenótipo comportamental, de transtorno do desenvolvimento intelectual, 43

Variante comportamental, de transtorno neurocognitivo frontotemporal maior ou leve, 696, 698
Crenças. Veja também Religião; Espiritualidade; Crenças sobrenaturais transtorno de interesse/excitación sexual feminino e, 491 TOC e delirante ou disfuncional, 267 Benzodiazepínicos, 472, 507, 565, 622, 624, 626, 716 Benzoilecgonina, 638 Luto, 110, 177, 192, 322, 460, 834. Veja também Grief Betel nut, 654, 655 Bias, efeito do processo de avaliação diagnóstica, 16, 17, 688, 861-862. Veja Diferenças culturais; Discriminação; Opressão;

Racismo

Bilinguismo e distúrbios de comunicação, 48, 51, 53 Compulsão(s) e distúrbios relacionados a estimulantes, 637, 644 Transtorno de compulsão alimentar periódica, 388, 392-396 Validadores biológicos e classificação DSM-5 de distúrbios do sono-vigília, 407 Transtorno bipolar I. Ver também transtorno bipolar e transtorno(s) relacionado(s) transtorno bipolar II e, 154, 156 comorbidade e, 150 questões de diagnóstico relacionadas à cultura, 147 desenvolvimento e curso de, 146-147 características diagnósticas e associadas de, 143-146 critérios diagnósticos para, 139-142 diagnósticos diferenciais de, 148-150, 158, 161, 751, 910 consequências funcionais de, 148 sintomas hipomaníacos e, 155 prevalência de, 146 fatores de risco e prognóstico, 147 questões de diagnóstico relacionadas ao sexo e gênero, 147-148 suicidas pensamentos ou comportamento, 148 Transtorno bipolar I com características psicóticas, 149 Transtorno bipolar II, 150-158, 161, 910. Veja também Transtorno(s) bipolar(es) e relacionado(s)

Transtorno(s) bipolar(es) e relacionado(s). Veja também transtorno bipolar I; transtorno bipolar II; Transtorno bipolar e relacionado devido a outro condição médica; Distúrbio ciclotímico; Outro transtorno bipolar específico; Transtorno bipolar e relacionado induzido por substância/medicamento; Transtorno bipolar não especificado e transtorno relacionado; Transtorno de humor não especificado transtorno por uso de álcool e, 561 características de, 139 comorbidade e, 271, 392, 561 episódios depressivos e, 188 diagnóstico diferencial de

TDAH, 74

transtorno de compulsão alimentar periódica, 395-396 transtorno psicótico breve, 110 transtorno de conduta, 536 transtorno delirante, 108 transtorno depressivo, 191, 196, 200 transtorno disruptivo da desregulação do humor, 181 transtorno dissociativo de identidade, 335 opositor desafiador, 526 transtorno de personalidade, 756 transtorno esquizoafetivo, 125 esquizofrenia, 120 transtorno de ansiedade de separação, 221

sobrediagnóstico de em crianças, 177 piromania e, 539 especificadores para, 169-175 uso de substâncias e, 545

Transtorno bipolar e relacionado devido a outra condição médica, 149, 158, 161, 166-168, 196

Gênero atribuído ao nascimento, [511, 513](#)
Delírios bizarros, [101, 360](#)
Apagões
 intoxicação alcoólica e, [562](#) como
 conceito cultural de angústia, [874](#) intoxicação
 sedativa, hipnótica ou ansiolítica e, [627](#) transtornos induzidos por
 substância/medicamento e, [336](#)
Cegueira e distúrbios do sono-vigília, [449, 450](#)
Concentração de álcool no sangue, [559](#)
Fobia específica de lesão por injeção de sangue, [226, 228](#)
Comorbidade do transtorno
 dismórfico corporal e, [235, 271, 277](#)
 conceitos culturais de angústia e, [879](#) questões
 de diagnóstico relacionadas à cultura, [274](#)
 desenvolvimento e curso de, [274](#) diagnóstico e
 características associadas de, 272-273 critérios diagnósticos
 para, [264, 271-272](#) diferencial diagnóstico de, 275-277
 anorexia nervosa, [387](#) transtorno delirante, [108](#) transtorno de
 escoriação, [286](#) transtorno de sintomas neurológicos
 funcionais, [364](#) disforia de gênero, [519](#) transtorno de
 ansiedade de doença, [360](#)

TOC, [270](#)
esquizofrenia, [120](#)
 transtorno de ansiedade social, [234](#)
 transtorno de sintomas somáticos, [356](#)
 tricotilomania, [284](#) consequências
 funcionais, [275](#) prevalência de, [273](#) fatores de
 risco e prognóstico, [274](#) questões de
 diagnóstico relacionadas a sexo e gênero, [274](#)
 pensamentos ou comportamento suicida, 274 -275

Distúrbios de comportamento repetitivo focados no corpo, [97](#)
Disforia de integridade corporal, [276, 519](#)
"Linguagem corporal" e transtorno do espectro autista, [61](#)
Índice de massa corporal (IMC), [382, 432](#)
Bondage-dominação-sadismo-masoquismo (BDSM), [788, 791](#)
Massa óssea e anorexia nervosa, [385](#)
Funcionamento intelectual límitrofe, [836](#)
Comorbidade de transtorno de
 personalidade límitrofe e, [757](#)
 questões de diagnóstico relacionadas à cultura,
 755 definição de, [733](#) desenvolvimento e curso
 de, [755](#) características diagnósticas e associadas
 de, [753-754, 883](#) critérios diagnósticos para, [752-753, 886-887](#)
 diagnóstico diferencial de, 756-757 transtorno de compulsão
 alimentar periódica, [392, 396](#) transtorno bipolar, [150, 158](#) transtorno
 ciclotímico, [161](#) transtorno dissociativo de identidade, [336](#)
 transtorno factício, [369](#) transtorno explosivo intermitente,
 529-530 transtorno de autolesão não suicida, [925](#) outros
 transtornos de personalidade, [741, 747-748, 751, 759, 763,](#)
 770-771 transtorno de ansiedade de separação, [221](#) transtorno
 depressivo maior e [189](#) transtorno depressivo persistente e [194](#)

prevalência de, 754-755 fatores de risco e prognóstico, 755 questões de diagnóstico relacionadas ao sexo e gênero, 755-756 transtorno de masoquismo sexual e, 790 pensamentos ou comportamento suicida, 756 encefalopatia espongiforme bovina, 722 bradicardia e abstinência de estimulantes, 643 bradicinesia, e parkinsonismo induzido por medicamentos, 808, 809 Disfunções ou diferenças cerebrais. *Veja também* Neuroimagem; Traumatismo crâniano

transtorno de acumulação e, 280
transtorno do desenvolvimento intelectual e, 43
esquizofrenia e, 116
"Brain fag", como conceito cultural de angústia, 876 Sistema de recompensa cerebral e abuso de substâncias, 543 Tumores cerebrais, 110 Brasil, estudos de transtornos mentais em, 179, 269 Distúrbios do sono relacionados à respiração, 416, 420-421, 456. *Veja também* apneia central do sono; Hipopneia obstrutiva do sono; Hipoventilação relacionada ao sono
Transtorno psicótico breve, 108-111, 113, 120, 906
Bulimia nervosa, 375, 387-392, 395, 541
Bullying
transtorno dissociativo de identidade e, 333
TEPT e 305
transtorno de ansiedade de separação e 219
Buprenorfina, 507, 508, 610, 612
"Burnout", como expressão cultural de angústia, 859

Cafeína, 417, 471, 913. *Veja também* Transtorno por uso de cafeína
Transtornos mentais induzidos por cafeína, 571, 574 Intoxicação por cafeína, 569-571 Transtorno por uso de cafeína, 910-913. *Veja também* Cafeína Retirada de cafeína, 571-574, 911 Camboja

transtorno de estresse agudo e cultura de, 317
contexto cultural de transtorno de pesadelo, 459 síndromes culturais e ataques de pânico, 239, 244, 876
Camuflagem e transtorno dismórfico corporal, 273
Canadá, prevalência de
transtornos de adaptação em, 320
transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva em, 378
transtorno de compulsão alimentar periódica em, 394

1013

bulimia nervosa em, 390 apnéia do sono central em, 437 transtorno de coordenação do desenvolvimento em, 87 transtorno exibicionista em, 784 transtorno frotteurístico em, 786 transtorno de jogo e populações indígenas de, 664 disforia de gênero em, 516, 519 kleptomania em, 540 transtorno neurocomportamental associado a exposição pré-natal ao álcool em, 919 distúrbios do despertar do sono com movimentos oculares não rápidos em, 454 distúrbios de aprendizagem específicos e, 84 distúrbios de tiques em, 95 distúrbios voyeurísticos em, 781

Câncer, 365

Síndrome de hiperemese canabinóide, 582

Cannabis, 129, 147, 159, 471, 503. Ver também Distúrbios relacionados com Cannabis; Transtorno por uso de cannabis; Abuso de substâncias Transtornos mentais induzidos por cannabis, 581, 584, 586 Intoxicação por cannabis, 581, 582–584 Transtornos relacionados à cannabis. Veja Cannabis; Transtornos mentais induzidos por cannabis; Intoxicação por cannabis; Transtorno por uso de cannabis; Retirada de maconha; Transtorno não especificado relacionado à cannabis Transtorno por uso de cannabis, 128, 575–581. Veja também Cannabis; Transtornos por abuso de substâncias Abstinência de cannabis, 578, 581, 584–586 Transferrina deficiente em carboidratos (CDT), 559 Transtornos e sintomas cardiovasculares, 218, 245, 259, 415, 435, 467, 483, 555–556. Veja também Cuidados com a doença coronariana e cuidadores. Veja também Foster care; País)

Alzheimer e, 694 indivíduos
bilíngues com demência e comunicação, 668 transtorno de engajamento social
desinibido e, 300 transtorno de luto prolongado e, 325

Formulação de caso e uso de manual, 21
Cataplexia e narcolepsia, 423
Catatonia
transtorno do espectro do autismo e, 59, 60, 62
características definidoras de, 102, 134–135
diagnóstico diferencial de, 168 distonia aguda
induzida por medicação e, 813 como especificador
para transtornos bipolares e relacionados, 173 como
especificador para transtornos depressivos, 213 catatonia
associada com outro transtorno mental, 135–136 Transtorno catatônico
devido a outra condição de medicação, 136–137 Estupor catatônico e
mutismo, 342 Abordagem categórica e sistema DSM, 14–15 Catinonas, 635,
654 Calculadora de percentil de IMC do CDC para crianças e adolescentes,
382 Centros de Controle e Prevenção de Doenças, 23, 382, 719 Sistema
nervoso central. Veja também Distúrbios neurológicos; Sinais neurológicos
suaves

efeitos do álcool sobre, 556
transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a outra condição médica e, 730
Apneia central do sono, 434, 435–439, 442
Angiopatia amilóide cerebral, 705 Infarto
cerebral e sintomas obsessivo-compulsivos e relacionados, 292 Paralisia cerebral, 88
Doença cerebrovascular, 207, 639, 695, 702, 703–704, 726. Ver também AVC Dor no
peito e intoxicação por estimulantes, 639 respiração de Cheyne-Stokes e apnéia central do
sono, 436, 437, 438, 439 Abuso infantil. Veja também Experiências adversas na infância;
Negligência; Transtorno de ingestão alimentar restritiva e evitativa de abuso físico e, 378
transtorno por uso de cannabis e, 582 codificação de, 823–825 transtorno de sintomas
neurológicos funcionais e, 362 TEPT e, 308, 311 transtorno de ansiedade social e, 232
transtorno por uso de estimulantes e, 637

Apraxia da fala na infância, 50
Dispraxia na infância, 86 Fluência com
início na infância (gagueira), 36, 51–54 Crianças. Veja
também Adoção; Experiências adversas na infância; Idade; Abuso infantil; Desenvolvimento; Cuidados de acolhimento; Bebês; Negligência;
Transtorno
de estresse agudo dos pais em,
317 agorafobia em, 248 transtorno
de personalidade esquiva e, 766 transtornos
bipolares em, 146, 156, 159 transtornos
relacionados à cafeína e, 570, 573 apnéia
central do sono em, 437–438 transtorno de
conduta em, 533

delirium em, 677
transtorno disruptivo de desregulação do humor em, 149, 179, 181-182 amnésia dissociativa em, 339 transtorno dissociativo de identidade em, 333 enurese em, 400 disforia de gênero em, 513-514 transtorno de ansiedade generalizada em, 252 transtorno de insônia em, 413 episódios maníacos em, 144, 145 transtorno de pesadelo em, 458 distúrbios do despertar do sono sem movimento rápido dos olhos em, 454

TOC em, 268
apnéia obstrutiva do sono hipopnéia em, 432

1014

sobrediagnóstico de transtorno bipolar em, 177 acúmulo patológico em, 279 transtorno pedofílico e, 793 transtornos de personalidade em, 735-736, 743, 746, 776 TEPT em, 303-304, 305, 308, 309 transtorno de luto prolongado em, 325 apego reativo transtorno em, 296 síndrome das pernas inquietas em, 466 esquizofrenia em, 117-118 mutismo seletivo e, 222 transtorno de ansiedade de separação em, 218, 219 hipoventilação relacionada ao sono em, 442 transtorno de sintomas somáticos em, 353 fobia específica e, 226-227 traumático lesão cerebral em, 710 Chile e transtorno por uso de cannabis, 582 China, prevalência de transtorno por uso de álcool em, 558 transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva em, 378 conceitos culturais de angústia em, 354, 875, 877-878 jogos na Internet e, 914 enurese em, 400, 401 síndrome neuroléptica maligna em, 810 transtorno de pesadelo em, 459 transtorno de luto prolongado em, 324 transtorno de comportamento do sono de movimento rápido dos olhos em, 462 *Classificação Chinesa de Transtornos Mentais* (CCMD), 877-878 Coréia, 97, 428 Crônico transtorno de insônia, 417 Transtorno depressivo maior crônico, 194 Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 241, 242, 244, 245, 441, 442 Cibih, 878 Transtorno do sono-vigilia do ritmo circadiano, 416, 421, 443-451 Sexo cis, 511 Compulsões de limpeza, 264 , 266 Comitê de Saúde Pública e Clínica (CPHC) e processo de revisão do DSM, 9 Pesquisa clínica e conceitos culturais de angústia, 872-873 Dimensões classificadas pelo clínico da gravidade dos sintomas de psicose, 842, 851, 852-853 Síndrome da criança desajeitada, 86 Transtornos de personalidade do grupo A, 734. Veja também transtorno de personalidade paranóide; transtorno de personalidade esquizóide; esquizotípico

transtorno de personalidade Transtornos de personalidade do grupo B, 734. Veja também Transtorno de personalidade anti-social; Transtorno de personalidade límitrofe; transtorno de personalidade histrionica; Transtorno de personalidade narcisista

Transtornos de personalidade do Grupo C, 734. Veja também Transtorno de personalidade esquiva; Transtorno de personalidade dependente; Transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo
Cocaína. Veja também Transtorno por uso de cocaína; Humor disfórico de abuso de substâncias e, 205 transtorno de escoriação e, 287 prevalência de uso, 642 transtornos relacionados a estimulantes e, 635 transtorno psicótico induzido por substância/medicamento e, 129 transtornos de tique e, 94 transtorno por uso de cocaína, 128, 636. Veja também Cocaína ; Transtorno por uso de estimulantes; Códigos de transtornos por abuso de substâncias e codificação de. Veja também Especificadores declínio cognitivo relacionado à idade, 836 transtorno do espectro do autismo e, 57, 59 funcionamento intelectual limítrofe, 836 abuso infantil, 823–825 informações contextuais no DSM-5-TR em, 26 “sem diagnóstico ou condição”, 803, 805 delirium, 674-675 transtorno de hipersonolência, 418 transtorno de insônia, 410 *Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão, Modificação Clínica* e sistema oficial de, 13, 23-24 fingimento, 835 transtorno de pesadelo, 458 “outras condições que podem ser um foco de atenção clínica atenção”, 28 abuso físico e negligência, 822-823 transtorno disfórico pré-menstrual, 198 problemas psicosociais ou ambientais que afetam o diagnóstico, 821, 825-828, 830, 831-834 autolesão , 822 transtorno específico de aprendizagem, 78 transtorno por uso de estimulantes, 635 intoxicação ou abstinência de substância, 549-550 transtornos induzidos por substância/medicamento, 127-128, 163, 202-203, 256-257, 289, 469-470, 552-553, 714 transtornos por uso de substância, 547 subtipos e especificadores, 22 comportamento suicida e comportamento suicida ou desordem, 822, 920

Déficits cognitivos. Veja também Déficits neurocognitivos uso de álcool e, 556 transtornos bipolares e, 148, 157 Dimensões classificadas pelo clínico da gravidade dos sintomas de psicose, 851 codificação de relacionados à idade, 836 transtornos de insônia e 412 transtornos neurocognitivos e 685, 724, 727, 728 transtornos psicóticos transtorno devido a outra condição médica e, 133 esquizofrenia e, 115, 116, 117 transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e, 625

1015

efeitos colaterais de medicamentos e relacionados à idade, 623-624 transtorno específico de aprendizagem e, 80 Esquemas de desconexão cognitiva e transtorno de despersonalização/desrealização, 345 Domérios cognitivos e distúrbios neurocognitivos, 668, 669-671 Comportamento de coleta e transtorno de acumulação, 278 Colômbia, prevalência de transtorno de ansiedade de separação em, 219 Teste de trânsito colônico e encoprese, 404 Delírio de coma e 676 intoxicação por opióides e 616 outras intoxicações por alucinógenos e 597

Comunicação. Veja também Distúrbios da comunicação; Linguagem; Comunicação não verbal; A comunicação social atenuou a síndrome da psicose e desorganizada, 904 definição de, 47 mutismo seletivo e, 222 regras sociais de, 54

Distúrbios da comunicação, 35–36, 45, 120, 222, 223–224, 747. Ver também Transtorno da fluência com início na infância; Distúrbio de linguagem; Distúrbio da comunicação social; Distúrbio do som da fala; Transtorno de comunicação não especificado Fatores de risco em nível comunitário, para transtorno de conduta, 535 Comorbidade. Veja Diagnóstico diferencial; *transtornos específicos* Atenção complexa e domínios neurocognitivos, 669 Tiques motores complexos e tiques vocais complexos, 94 Avaliação abrangente, de transtorno específico de aprendizagem, 80 Compulsões e definição de comportamento compulsivo, 263 transtorno de ansiedade de doença e, 359 cleptomania e, 541 TOC e, 266 Tomografia computadorizada (TC) e distúrbios neurocognitivos, 698, 708 Concentração, 251, 415. Veja também Déficits cognitivos Domínio conceitual (acadêmico), de funcionamento adaptativo, 42 Estrutura conceitual, do DSM-5 e DSM-5-TR, 13-20 “Condições para estudo adicional”, 20 Transtorno de conduta TDAH e 73, 75 transtorno de personalidade antisocial e 749 transtorno por uso de cannabis e 579 comorbidade de 537 problemas diagnósticos relacionados à cultura, 535 desenvolvimento e curso de, 534 diagnóstico e características associadas de, 533 critérios diagnósticos para, 530–532 diagnóstico diferencial de, 536–537 transtorno por uso de álcool, 561 transtorno frotteurístico, 787 transtorno explosivo intermitente, 530 cleptomania, 540 oposição desafiadora d transtorno de ansiedade de separação , 525 transtorno de ansiedade de separação, 221 transtorno de sadismo sexual, 792 transtorno voyeurístico, 782 encoprese e, 403 consequências funcionais de, 536 genética de, 535 transtorno por uso de inhalantes e 605 transtorno neurocomportamental associado à exposição pré-natal ao álcool e 920 transtorno por uso de opióides e, 615 prevalência de, 534 piromania e, 539 fatores de risco e prognóstico, 534–535 questões de diagnóstico relacionadas ao sexo e gênero, 535 especificadores para, 532–533 transtorno por uso de estimulantes e, 637 subtipos de, 532 pensamentos ou comportamentos suicidas, 535 –536 Hipovenilação alveolar central congênita, 440 Insuficiência cardíaca congestiva e apnéia central do sono, 434 Constipação e encoprese, 402, 403, 404, 405 Obsessões por contaminação, 264 Hipotonía contínua e narcolepsia, 424 Controle. Veja também Agência

ataques de nervos e, 874
transtorno de compulsão alimentar periódica e, 393 bulimia nervosa e, 388 delírios e, 101 transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva e, 772 ejaculação precoce e, 502, 504
Distúrbio de conversão. *Consulte* Transtorno de sintomas neurológicos funcionais Coping e Outline for Cultural Formulation, 861 Coprolalia e copropraxia, 94 Síndrome de Cornelia de Lange, 91, 919 Doença coronariana, 365, 484. *Consulte* também Doença cardiovascular Insuficiência cardíaca congestiva Degeneração corticobasal, 699 Corticosteroides e substância/ transtorno bipolar induzido por medicamentos e transtorno relacionado, 165. Veja também Esteróides Tratamento cosmético e transtorno dismórfico corporal, 273 Conselho de Psiquiatria e Direito (APA), 9 Transtornos de namoro, 779 Crack cocaína, 635 Crash e abstinência de estimulantes, 644 Desejo e uso de substâncias distúrbios, 546, 555, 622, 643, 647, 650

1016

Criatividade e transtorno bipolar II, 155
doença de Creutzfeldt-Jakob, 721-722
Comportamento criminoso. Veja também transtorno por uso de álcool no sistema legal e, 560 transtorno de personalidade antissocial e, 749, 752 transtorno de conduta e, 534, 536 transtorno factício e, 368 transtorno por uso de opióides e, 611 transtorno de sadismo sexual e, 791, 792 transtorno por uso de estimulantes e, 639 Doença de Crohn, 59, 250 Comitê de Revisão Transversal sobre Questões Culturais, 18 Medidas de sintomas transversais, 5, 15, 841–842, 843–850 Cross-dressing. Veja Transtorno transvestíco Antecedentes culturais. Veja Contextos culturais; Etnia; países específicos Conceitos culturais de sofrimento. Veja também expressões culturais de angústia; Síndromes culturais transtorno de estresse agudo e, 317 definição de, 16-17, 871 exemplos de, 873-879 PTSD e, 311 relevância para avaliação diagnóstica, 871-873 Contexto cultural. Veja também Diferenças culturais; Problemas de diagnóstico relacionados à cultura; Síndromes culturais; Linguagem; Sócio cultural contexto de transtornos de ajustamento, 321 de transtornos de ansiedade, 215 avaliação de sintomas psicóticos e, 104 de transtorno bipolar I, 147 de ejaculação retardada, 480 de delírios, 101, 118 desenvolvimento de DSM-5-TR e, 16 de transtornos dissociativos, 329, 334 de transtorno de sintomas neurológicos funcionais, 363 de jogo, 662 de identidade de gênero, 518 de transtorno de ansiedade generalizada, 253 de transtorno do desenvolvimento intelectual, 44 de transtorno depressivo maior, 190 de pesadelo, 459 de obsessões e compulsões, 268

de transtornos de personalidade,
[197](#) de transtorno disfórico pré-menstrual, [198](#)
 de transtorno de ansiedade social, [230](#), [231](#) de
 transtorno de sintomas somáticos, [354](#) de
 transtorno de som da fala, [51](#) de transtorno de
 movimento estereotipado, [91](#) de transtorno por
 uso de substâncias, [544](#) de eventos traumáticos,
[311](#) uso de termos, [18](#), [859–860](#) Diferenças
 culturais. *Veja também* Conceitos culturais de
 angústia; Contexto cultural; Problemas de diagnóstico relacionados à cultura; Cultural
 síndromes
 nas atividades da vida diária, [88](#) no
 uso de álcool ou substâncias, [159](#), [165](#) no
 luto, [834](#) entre médico e paciente como fonte
 de viés, [16](#), [861–862](#) transtorno dismórfico corporal e [274](#) na capacidade
 cognitiva como parte do envelhecimento normal, [687–688](#) em graus de
 separação, [220](#) importância para avaliação de transtornos mentais, [16](#)
 em normas para interação social, [65](#) em TOC, [267](#) transtorno disfórico
 pré-menstrual e, [199](#) transtorno de luto prolongado e, [324](#) disfunções
 sexuais e, [477](#), [482](#), [487](#), [491](#), [495](#), [496](#), [499](#), [502](#) Explicação cultural ou
 causa percebida, uso da frase no DSM-5-TR, [17](#) Entrevista de formulação
 cultural, [20](#), [28](#), [104](#), [859](#), [862–863](#), [864–871](#) Identidade cultural, [17](#), [864](#).
Ver também Etnia Cultural idioms of distress. *Veja também* Ataque de
 nervos; Conceitos culturais de angústia; Síndromes culturais; Ataques de
Khyāl (vento); *Koro*; *Shenjing shuairuo*; *Shubo-kyofu*; “Perda de alma”; *Taijin kyofusho*;
Trúng gió transtorno dismórfico corporal e, [274](#) transtorno de sintomas somáticos e, [354](#)
 uso do termo no DSM-5-TR, [17](#), [859](#) síndromes culturais. *Veja também* Conceitos
 culturais de angústia; Expressões culturais de angústia

transtorno de pânico e, [239](#), [244](#)
 uso do termo no DSM-5-TR, [17](#)
 Cultura. *Veja também* Conceitos culturais de angústia; Contexto cultural; Diferenças culturais; Identidade cultural; expressões culturais de
 sofrimento; Definição de questões de diagnóstico
 relacionadas à cultura, [860](#) foco em questões de
 no DSM-5-TR, [18–19](#) Síndrome vinculada à
 cultura. Consulte Síndromes culturais Problemas de
 diagnóstico relacionados à cultura. *Veja também* Contexto cultural; Diferenças culturais; Cultura; *distúrbios específicos*
 transtornos de ansiedade e, [220](#), [223](#), [227](#), [232–233](#), [239](#), [244](#), [253](#)
 síndrome de psicose atenuada e, [906](#) transtornos bipolares e relacionados
 e, [147](#), [167](#) informações contextuais no DSM-5-TR sobre, [26](#) transtornos
 depressivos e, [180](#) [378](#), [385](#), [391](#), [395](#)
 transtorno de jogo e, [664](#) disforia de gênero e, [518](#)

transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados, 268, 274, 280, 283, 286
apneia obstrutiva do sono hipopneia e, 432 transtornos parafílicos e, 789,
791, 797 transtornos de personalidade e, 736, 740, 743, 746, 750-751, 755,
759, 763, 766, 770, 774 espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, 107, 110,
118-119, 124 disfunções sexuais e, 483, 487-488, 492, 496-497, 500, 503 distúrbios do sono-
vigília e, 414, 426, 432, 459, 462, 466 sintomas somáticos e transtornos relacionados e, 354,
359, 363, 366 transtornos por uso de substâncias e, 558, 563, 573, 580, 593, 604, 612, 624,
637-638, 648, 655, 912 transtorno de comportamento suicida e, 922 transtornos relacionados
a trauma e estressores e, 297, 300-301, 310-311 , 317, 321, 325-326

Maldições e contexto cultural de delírios, 118, 124

Doença de Cushing, 110, 149, 158, 167, 168, 207, 208

Corte e autolesão, 924

Ciclohexamina, 588-589

Distúrbio ciclotímico, 157, 159-162, 196, 910

Classificação Diária da Gravidade dos

Problemas, 199 "Dabbing" e transtorno por uso
de cannabis, 577 Sonolência diurna (excessiva), 412, 433, 445, 447, 450, 465, 467. Veja também
Cochilos e cochilos Surdez e transtorno do espectro do autismo, 63 Morte. Veja também Luto; Pesar;
Taxas de mortalidade intoxicação por álcool e 563-564 doença de Alzheimer e 692 transtorno de
personalidade limítrofe e 754 intoxicação por cafeína e 571 de crianças com transtorno do espectro
autista, 66 de crianças e transtorno de luto prolongado, 326 doença de Huntington e 728 transtornos
relacionados a inalação e, 604, 607 transtorno depressivo maior e pensamentos de, 185, 186
transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a lesão cerebral traumática e, 709 síndrome
neuroléptica maligna e, 811 Tomada de decisão e transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo,
773 Ejaculação retardada, 478 –481, 501 Expressão atrasada, de TEPT, 308 Tipo de fase do sono
atrasada, do distúrbio sono-vigília do ritmo circadiano, 416, 444–446 Transtornos relacionados ao
álcool delirium e, 471, 565–566, 568 codificação de, 674–675 comorbidade de, 209 desenvolvimento
e curso de, 677 características diagnósticas e associadas de, 675 critérios diagnósticos para,
672-674 marcadores de diagnóstico, 677 diagnósticos diferenciais de, 677-678 transtorno de
ansiedade devido a outro médico doença, 260 transtorno bipolar e relacionado devido a outra
condição médica, 167 transtorno catatônico devido a outra condição médica, 137 transtorno delirante,
108 transtorno depressivo devido a outra condição médica, 208 transtorno explosivo intermitente, 530
transtorno neurocognitivo, 689, 706, 721 transtorno obsessivo -transtorno relacionado compulsivo devido
a outra condição médica, 292-293 transtornos mentais induzidos por opióides e, 619 alteração de
personalidade devido a outra condição médica, 777 transtorno psicótico devido a outra condição médica,
133-134 transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, 258 transtorno do sono
induzido por substância/medicamento, 474 consequências funcionais de, 677

mudança de personalidade devido a outra condição médica e, 776
prevalência de, 676-677 fatores de risco e prognóstico, 677 abstinência
de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e, 630 questões de diagnóstico
relacionadas a sexo e gênero, 677 especificadores para, 675
substâncias/medicamentos- transtorno bipolar induzido e relacionado
e, 165, 168 transtornos mentais induzidos por substância/medicamento
e, 551 uso de substância e, 545 Delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), 576, 577, 583,
592 Delírio(s). Veja também delírios bizarros; Transtorno delirante; Delírios de
grandeza; Delírios de referência

1018

síndrome de psicose atenuada e, 904
transtorno dismórfico corporal e, 272 ender
disforia e, 520 transtorno de ansiedade de
doença e, 360 cleptomania e, 541 episódios
maníacos e, 144 narcolepsia e, 428
transtornos psicóticos e, 101, 128, 132, 229
esquizofrenia e, 115, 118 transtorno de
personalidade esquizotípica e, 745

Transtorno delirante, 104-108, 120, 191-192, 234, 276, 356, 879
Demência e transtorno depressivo maior, 186, 667. Ver também Doença de Alzheimer
Demência com corpos de Lewy (DLB), 700, 701, 725 Desmoralização, e transtorno
depressivo devido a outra condição médica, 209 Dinamarca, prevalência de transtornos de
adaptação em, 320 doença de Alzheimer em, 694 transtorno de sintomas somáticos em
crianças, 353 transtorno psicótico induzido por substância/medicamento em, 129

Esmalte dentário e bulimia nervosa, 391
Transtorno de personalidade dependente, 221, 733, 756-757, 760, 767, 768-771
Despersonalização, 308, 315, 318, 336. Veja também Desrealização Transtorno
de despersonalização/desrealização, 329, 335, 343 –347 Depressão. Veja
também Transtornos depressivos transtorno por uso de álcool e, 561 síndrome
de psicose atenuada e, 907 Dimensões classificadas pelo clínico da
gravidade dos sintomas de psicose, 842 transtorno erétil e, 485 transtorno
de hipersonolência e, 421 transtornos neurocognitivos e, 684, 712 apneia
obstrutiva do sono e hipopneia e, 435 transtorno por uso de estimulantes e,
635-636 transtorno(s) depressivo(s). Veja também Depressão; Transtorno
depressivo devido a outra condição médica; Transtorno depressivo devido a
doença cerebrovascular; Transtorno disruptivo da desregulação do humor;
Transtorno depressivo maior; Episódios depressivos maiores; Outro
transtorno depressivo especificado; Transtorno depressivo persistente; Transtorno disfórico pré-menstrual; Transtorno depressivo induzido por
substância/medicamento; Transtorno depressivo não especificado características comuns de, 177 comorbidade e, 250, 271, 343, 347, 356,
364, 392, 615, 768, 771 diagnóstico diferencial de TDAH, 74 transtorno de compulsão alimentar periódica, 395-396 transtorno psicótico
breve, 110 conduta transtorno, 536 transtorno delirante, 108 transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Huntington, 729

transtorno desafiador opositivo, [526](#)
transtornos de personalidade, [737](#), [756](#)
transtorno de luto prolongado, [327](#)
transtorno de apego reativo, [298](#)
transtorno esquizoafetivo, [125](#) transtorno
de ansiedade de separação, [221](#)
transtorno por uso de opióides e, [615](#)
piromania e, [539](#) especificadores para,
210-214 uso de substâncias e, [545](#)

Transtorno depressivo devido a doença cerebrovascular, [706](#)
Transtorno depressivo devido a outra condição médica, [191](#), [196](#), [205](#), 206-209 Episódios
depressivos com hipomania de curta duração, 907-910 Descarrilamento e pensamento
desorganizado, [102](#) Desrealização, [240](#), [315](#), [318](#). Veja também Despersonalização
Dermatite artefacta, [287](#) Dermoscopia e tricotilomania, [283](#) "drogas de design" e diagnóstico
diferencial de transtorno por uso de estimulantes, [639](#) Destino e contexto cultural de eventos
traumáticos, [311](#) Desapego e traços de personalidade, [893](#), [899-900](#) Desintoxicação , e
abstinência de álcool, [566](#) Desenvolvimento, de crianças e adolescentes transtorno do
espectro autista e, [60](#) transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva e, [380](#) transtorno de
engajamento social desinibido e, [299](#) enurese e atrasos, [402](#) transtorno neurocomportamental
associado à exposição pré-natal ao álcool e, [918](#) transtornos do neurodesenvolvimento e, [35](#)
estrutura organizacional do DSM-5 e, [12](#) alteração de personalidade devido a outra condição
médica e, [776](#) pr transtorno de luto prolongado e, [325](#), [326](#) PTSD e, [308](#) transtorno de
apego reativo e, [296](#) traumatismo crânio-encefálico em crianças e, [710](#) Desenvolvimento
e curso, de transtornos mentais. Veja Idade de início; Duração; *transtornos específicos*
Transtorno do desenvolvimento da coordenação, 85-88 Dextroanfetamina, [635](#) Síndrome
de *Dhat*, 874-875 Diabetes, [365](#), [384](#), [402](#), [483](#), [484](#), [485](#), [492](#), [501](#) Diagnóstico. Veja
também Avaliação; Problemas de diagnóstico relacionados à cultura; Marcadores
diagnósticos; Diagnóstico diferencial; Diagnóstico errado;

Sobrediagnóstico; Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero; Subdiagnóstico; *distúrbios específicos*

1019

abordagens categóricas e dimensionais para, 14-15
declaração de advertência para uso forense do DSM-5, [29](#)
informações contextuais no DSM-5-TR para auxiliar, 26-27
conceitos culturais de angústia e precisão de, [873](#) componentes
essenciais de, [14](#), [21](#) impacto do racismo e discriminação sobre,
17-18 provisório como modificador, [24](#) motivo da visita e
principal, [24](#) critérios diagnósticos. Veja Idade de início;
Diagnóstico; Sofrimento; *transtornos específicos* Características
diagnósticas. Veja Comportamento; Diagnóstico; Critérios de duração; *distúrbios específicos*
Marcadores diagnósticos. Veja também Testes laboratoriais para TDAH, [72](#) para doença de
Alzheimer, 693-694 para anorexia nervosa, 385-386 para bulimia nervosa, [391](#)

informações contextuais no DSM-5-TR sobre, 27
para delirium, 677 para transtorno depressivo
devido a outra condição médica, 208 para encoprese, 404 para
transtornos neurocognitivos, 698, 701, 710, 720, 723, 725, 728 para
transtorno de pânico, 240 para transtorno pedofílico, 795 para pica,
373 para transtorno disfórico pré-menstrual, 199 para disfunções
sexuais, 484, 504 para transtornos do sono-vigília, 414-415, 419-420,
426-427, 433, 438, 441, 455, 459 , 463, 467 para transtornos por uso
de substâncias, 130, 205, 257, 293, 473, 638, 648, 716 para transtorno
de comportamento suicida, 922 para tricotilomania, 283 Diazepam, 630
Dieta e dieta, 394, 395, 403. Veja também Apetite; Preferências alimentares; Desnutrição; Deficiências
minerais Diferenças de desenvolvimento sexual (DSDs), 511, 517, 518 Diagnóstico diferencial. Veja
também distúrbios específicos

explicações alternativas para patologia de personalidade e, 883
informações contextuais no DSM-5-TR, 27 conceitos culturais de
angústia e, 873 diagnósticos provisórios e, 24 transtornos mentais
induzidos por substâncias/medicamentos e, 552 Abordagem
dimensional para diagnóstico, 14-15, 35 , 734 a traços de
personalidade, 892–893 Expressão emocional diminuída e sintomas
negativos, 102–103 Início da melatonina à luz fraca (DLMO), 445
Incapacidade. Ver também Transtorno de ansiedade generalizada
de angústia e, 253 transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença
de Huntington e, 728-729 alteração de personalidade devido a outra condição
médica e, 777 Cronograma de Avaliação de Incapacidade da Organização
Mundial da Saúde e, 854 Descontinuação de antidepressivos, 818
Discriminação. Veja também Viés; Opressão; Racismo transtorno por uso de álcool e, 556,
557 codificação para, 832 transtorno de conduta e, 535 transtorno disruptivo de
desregulação do humor e, 180 foco no DSM-5-TR, 18-19 disforia de gênero e, 519
transtorno de ansiedade generalizada e, 253 impacto de no diagnóstico psiquiátrico, 17-18
transtorno depressivo maior e, 189, 190 diagnóstico incorreto de esquizofrenia e, 18, 116, 118,
119, 147 transtorno do pânico e, 238 delírios paranóides e, 101 transtorno de personalidade
paranóide e, 739 TEPT e, 308, 310 processo de revisão para DSM-5 e, 11 transtorno de
ansiedade social e, 232 transtornos relacionados ao tabaco e, 648 transtorno de
engajamento social desinibido, 295, 298–301 desinibição, transtorno de uso de cannabis
comportamental e, 579 disruptivo, controle de impulsos e conduta transtornos, 522
transtorno por uso de inalantes e, 604 transtorno neurocognitivo frontotemporal maior ou
leve e, 696 como traço de personalidade, 893, 900-901 transtorno de engajamento social
e, 299

Distúrbios do desenvolvimento intelectual, [46](#)
Pensamento e fala desorganizados, [102, 119](#)
Disparidade e atenção à cultura, racismo e discriminação no DSM-5-TR, [18](#) Distúrbios disruptivos, de controle de impulsos e conduta, características de, [521–522](#). Veja também Transtorno de personalidade antissocial; Transtorno de conduta; Transtorno explosivo intermitente; Cleptomania; Transtorno desafiador opositivo; Outros transtornos especificados disruptivos, de controle de impulsos e de conduta; Piromania; Transtorno disruptivo, de controle de impulsos e conduta não especificado Transtorno disruptivo da desregulação do humor, [74, 75, 149, 178–182, 191, 526, 526, 529](#) Amnésia dissociativa, [307, 315, 329–330, 331, 335, 336, 337 –343, 456](#)

1020

Distúrbios dissociativos. Veja também Transtorno de despersonalização/desrealização; Amnésia dissociativa; Transtorno dissociativo de identidade; Sintomas dissociativos; Outro transtorno dissociativo especificado; Características de transtorno dissociativo não especificado de, 329-330 diagnóstico diferencial de, [313, 318, 346, 364](#) relacionados ao sono, [460](#) Fuga dissociativa, [332, 338, 456](#) Transtorno de identidade dissociativa, [330–337](#), 340-341 Sintomas dissociativos ataques de nervos e, [874](#) de transtorno de sintomas neurológicos funcionais, [362](#) de uso de fenciclidina e, [589](#) de TEPT, [306, 308, 335](#) como fator de risco para suicídio, [334](#) Distração e episódios maníacos, [144](#) Distress, como critérios diagnósticos. Veja também Aflição ansiosa; Expressões culturais de angústia; Incapacidade

transtornos de adaptação e, [322](#)
transtornos relacionados ao álcool e, [565, 568](#) síndrome de psicose atenuada e, [904](#)
transtorno de compulsão alimentar e, [394](#)
transtorno dismórfico corporal e, [273](#) como critério de significância clínica, [23](#) conceitos culturais de, [239](#) transtorno ciclotímico e, [160](#)
despersonalização /desrealização e, [344](#)
transtorno de escoriação para, [285](#) transtorno fetichista e, [797](#) disforia de gênero e, [513, 515–516, 519](#) transtorno de ansiedade generalizada e, [251, 253](#) transtorno de acumulação e, 278-279 acatisia aguda induzida por medicação e, [813](#) TOC e, [267](#) abstinência de opióides e, [618](#) Outline for Cultural Formulation e, [861](#) transtorno de pânico e ataques de pânico, [244](#) transtornos parafílicos e, [780, 781, 799](#) alteração de personalidade devido a outra condição médica e, [776](#) transtorno de luto prolongado e, [324](#) disfunções sexuais e, [198, 486, 490, 491](#) transtornos do sono-vigília e, [420, 455, 470](#) transtorno de sintomas somáticos e, [352](#) fobia específica e, [226](#)
transtornos por uso de substâncias e, [551, 585, 570, 572](#) tricotilomania e, [282](#) Desconfiança e transtorno de personalidade paranoide, [738, 739](#). Veja também Desconfiança Diuréticos e bulimia nervosa, [389](#)
Subtipo somente diurno, de enurese, [399, 400](#) Diversidade de abuso e dependência de álcool em comunidades indígenas americanas e nativas do Alasca, [556](#)

de gênero e transtorno do espectro do autismo, 515 revisão do DSM-5-TR e, 9 Dizocilpina, 589 violência doméstica. Veja também Abuso físico; Codificação de violência de 825-828 transtorno dissociativo de identidade e 334 transtorno de interesse/excitação sexual feminino e 493 transtorno disfórico pré-menstrual e 199 transtorno específico de aprendizagem e 84 transtorno por uso de estimulantes e 637

Agentes bloqueadores do receptor de dopamina. Consulte Medicamentos antipsicóticos Varreduras do transportador de dopamina e distúrbios neurocognitivos, 725 Doppler ultrassonografia, 484 Síndrome de Down, 43, 45, 51, 59, 432, 693, 919 Doxepin, 472 Dreams. Veja também Pesadelo(s)

distúrbios do despertar do sono com movimentos oculares não rápidos e, 453 PTSD e, 306, 311 distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos e, 461 Toxicodependência, uso do termo, 543 DSM-II, e histórico do sistema DSM, 6 DSM-III história do sistema DSM e, 6 prevalência de transtorno de ansiedade de doença e, 358 transtornos mentais induzidos por substâncias em, 25 DSM-III-R e histórico do sistema DSM, 6 Categorias DSM-IV de depressão crônica maior e distimia em, 177, 194 transtorno alimentar da primeira infância em, 376 transtorno de identidade de gênero em, 512 história do sistema DSM e, 6 sistema multiaxial, 15-16

Outline for Cultural Formulation, 860 prevalência de transtornos bipolares e 155 prevalência de TEPT e 308 transtornos somatoformes em, 349, 357, 358 uso do termo "condição médica geral" em, 25 uso do termo "transtornos mentais induzidos por substância" em, 25

DSM-5 modelo alternativo para transtornos de personalidade, 881-883, 893, 894 ferramentas de avaliação e monitoramento em, 20 declaração de advertência para uso forense de, 29 mudanças na estrutura organizacional de, 11-13 classificação de distúrbios do sono-vigília em, 407, 443

1021

classificação de sintomas somáticos e transtornos relacionados em, 349-350 desenvolvimento de critérios para transtornos neurocognitivos, 667 transtornos dissociativos em, 329 guia para uso de, 21-28 conjuntos de critérios propostos, 903 reclassificação de transtorno disfórico pré-menstrual em, 177 referência ao DSM, DSM-5-TR, e, xxi retenção de online, 28 processo de revisão para, 6-11 uso do termo *transtorno bipolar* em, 179 uso do termo *demência* em, 667

DSM-5-TR

estrutura conceitual e abordagem de, 13-20
“Condições para Estudo Adicional” e direção futura de, [20](#) informações contextuais para auxiliar na tomada de decisão de diagnóstico, 26-27 conceitos culturais de sofrimento, [16-17](#), 871-879 desenvolvimento de, [5](#) versão expandida do Esboço para Formulação Cultural, [861](#) aprimoramentos on-line de, [28](#) referências ao DSM, DSM-5 e, [xxi](#) processo de revisão para, [6-11](#) pontuação e interpretação do WHODAS, [855](#)

Abordagem

categórica do sistema DSM para diagnóstico e, 14-15

definição de, [11](#)

Critérios de duração

transtornos de ajustamento e, [320](#), [321](#)
agorafobia e, [247](#) intoxicação alcoólica e, [562](#) doença de Alzheimer e, [692](#) transtorno delirante e, [108](#) transtorno disruptivo da desregulação do humor e, [149](#) transtorno orgâsmico feminino e, [486](#) transtorno de interesse/exitação sexual feminino e, [490](#), [491](#) transtorno do desejo sexual hipoativo masculino e, [499](#) transtorno de luto prolongado e, [326](#) diagnóstico provisório e, [24](#) TEPT e, 307-308 transtorno esquizoafetivo e, [124](#) transtorno esquizofreniforme e, [112](#), [113](#) transtorno de ansiedade de separação e, [218](#) transtorno de ansiedade social e, [231](#) substância uso e, [549](#) transtornos de tiques e, [94](#) transtornos relacionados ao tabaco e, [649](#) traumatismo crânio-encefálico e, [708](#) Cavernosografia de infusão dinâmica, [484](#) Disartria, [51](#), [727](#) Dislexia, [79](#), [84](#), [120](#) Dismenorreia e transtorno disfórico pré-menstrual, [200](#) Preocupação dismórfica, e transtorno dismórfico corporal, [277](#) Dismorfofobia, [272](#) Dispareunia e transtorno de dor/penetração genitopélvica, [494](#) Disforia transtorno de personalidade antisocial e, [752](#) luto e, [142](#), [152](#), [184](#) abstinência de outra substância (ou desconhecida) e, [659](#) abstinência de estimulantes e, [643](#) Transtorno de personalidade dissocial, [748](#) Transtorno distímico, [194](#) Distorção, [97](#). Veja também distonia aguda induzida por medicação

Distúrbios alimentares. Veja Distúrbios alimentares e alimentares; Comportamento alimentar relacionado ao sono E-book, do DSM-5-TR, [28](#) Ecolalia e ecopraxia, [61](#), [94](#) cigarros eletrônicos, [647](#) Economia. Veja o status socioeconômico Educação. Veja também a codificação das escolas de problemas relacionados a, [830](#) recuperação do transtorno bipolar II e, [156](#) transtorno específico de aprendizagem e habilidades acadêmicas, [78-79](#), [84](#)

Eletroconvulsoterapia, [164](#), [165](#), [342](#)
Eletroencefalografia anorexia nervosa e, [385](#)
delírio e, [677](#) transtorno de sintomas
neurológicos funcionais e, [361](#) insônia e,
[415](#) distúrbios do despertar do sono sem movimento
rápido dos olhos e, [455](#) transtorno por uso de estimulantes
e, [638](#) substância/medicamento- distúrbio do sono induzido e,
[473](#) Distúrbios de eliminação, definição de, [399](#). *Veja também*
Encoprese; Pronto Socorro de Enurese. *Ver também*
Hospitalização intoxicação por cafeína e [570](#) transtorno por uso de cannabis e
[582](#) delirium e [676](#) transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a lesão
cerebral traumática e [708](#), [709](#) transtorno por uso de opióides e [614](#)
intoxicação por outra substância (ou desconhecida) e [657](#) pânico transtorno
e, [240](#) transtorno por uso de estimulantes e, [639](#) transtorno alimentar ou
alimentar não especificado e, [397](#) transtorno do neurodesenvolvimento não especificado
e, [99](#)

1022

Emoção(ões). *Veja também* Raiva; Regulação emocional; Emotividade negativa
transtorno de despersonalização/desrealização e, [345](#)
transtorno de personalidade histrionica e, [757](#)
transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo e, [774](#)
transtorno pedofílico e congruência de, [794](#) transtorno de
personalidade esquizóide e, [742](#) regulação emocional
TDAH e, [70](#) cataplexia e, [423](#) delírio e distúrbios de, [676](#)
transtorno desafiador opositivo e, [524](#) transtorno de luto
prolongado e, [323](#) transtorno de apego reativo e, [296](#)
reconhecimento e transtorno dismórfico corporal, [273](#)
empatia transtorno de personalidade antissocial e,
749-750 transtorno de personalidade narcisista e 761-762
funcionamento da personalidade e, [883](#), [895 –898](#)
Encoprese, 402–405 Distúrbios endócrinos, [132](#), [259](#),
[385](#), [432](#), [500](#) Bebidas energéticas e cafeína, [570](#), [573](#), [912](#)
Direito e distúrbio de personalidade narcisista, [761](#)
Enurese, [399](#)–[402](#), [405](#), [432](#) Epidemiologia e conceitos
culturais de angústia, [873](#). *Veja também* Prevalência
Epilepsia, [64](#), [65](#), [71](#), [133](#), [361](#) Transtorno erítıl, [481](#)–[485](#),
[501](#) Subtipo de erotomania, de transtorno delirante, [101](#), [106](#)
Espan a, [879](#) Tremor essencial e abstinência de sedativos,
hipnóticos ou ansiolíticos, [631](#) Estrogênio e esquizofrenia,
[119](#) Eszopiclona, [472](#) Etnia. *Veja também* Discriminação;
Raça; países específicos bulimia nervosa e, [391](#) transtorno por uso de cannabis
e, [578](#) risco cardiovascular e apneia obstrutiva do sono, [435](#)

transtorno de conduta e, 534
definição de, 860 foco em
questões do DSM-5-TR, 18 transtorno de
ansiedade generalizada e, 253 transtorno
de dor/penetração genitopélvica e, 497 transtorno
depressivo maior e 188 transtorno neurocomportamental
associado à exposição pré-natal ao álcool e, 919 transtornos neurocognitivos e, 686-687
transtorno do pânico e, 239 TEPT e , 308.310 taxas de esquizofrenia e, 118.119
transtorno de ansiedade social e, 232 variações na linguagem e, 49 etnoraciais, uso do
termo no DSM-5 -TR , 18 Grupo de Trabalho de Equidade e Inclusão Etnoracial, 18
Euforia e transtornos relacionados a estimulantes, 636, 641, 642 Mau-olhado e conceitos
culturais de angústia, 124, 877 Aquisição excessiva e transtorno de acumulação, 264,
278, 281 Escoriação desordem, 264, 271, 276, 284-287, 373, 926 Funções executivas.
Veja também Déficits cognitivos Transtorno do espectro do autismo e, 62 Transtornos
neurocognitivos e, 669, 697, 727 Exercício, transtornos alimentares e excessivos, 384, 389
Transtorno exibicionista, 779, 783-785, 788 Expectativas e transtorno de interesse/excitação
sexual feminino, 490 –491 Capacidade expressiva e déficits de linguagem, 47

Dermatite factícia, 287

Transtorno factício. Veja também Simulação de
codificação de, 368 desenvolvimento e
curso de, 369 características diagnósticas
e associadas de, 368 critérios diagnósticos para,
367 diagnóstico diferencial de, 369–370
transtorno de ingestão alimentar evitativa/
restritiva, 380 transtorno psicótico breve, 111 delírio,
678 identidade dissociativa transtorno, 337 amnésia
fingida e dissociativa, 342 transtorno de sintomas
neurológicos funcionais, 364 transtornos
neurocognitivos, 711 pica, 373 transtorno de
sintomas somáticos, 356 quedas e idosos, 228, 252,
625, 677, 809 quedas, como conceito cultural de
aflição, 874 Família. Veja também História da família;
Casado; Pais)

TDAH e 73

codificação de problemas relacionados a,
829-830 transtorno de conduta e 535
transtorno disruptivo de desregulação do humor e 180
história familiar. Ver também Genética do transtorno por uso
de álcool, 557 do transtorno de personalidade antissocial,
750 do transtorno bipolar, 156 do transtorno dismórfico
corporal, 274 do transtorno de personalidade limitrofe,
755 do transtorno de conduta, 535 dos episódios
depressivos com hipomania de curta duração, 909 do
humor disruptivo transtorno de desregulação, 180 de
transtorno de insônia, 414

de transtorno explosivo intermitente, [529](#) de
transtorno depressivo maior, [189](#) de transtorno
neurocognitivo, [697](#) de transtorno de pesadelo,
[458](#) de TOC, [268](#) de apneia obstrutiva do
sono hipopneia, [432](#) de transtorno por uso de
opioides, [612](#) de transtorno de personalidade
esquizotípica, [746](#) de sonambulismo, [454](#) de
transtorno específico de aprendizagem, 82-83 de
transtorno de movimento estereotipado, [91](#)

Fan não, [879](#)

Fantasias e transtorno de interesse/exitação sexual feminino, [490](#)

Fadiga

transtorno de ansiedade generalizada e, [251](#)
transtorno de hipersonolência e, [420](#)
transtorno depressivo maior e, [186](#)

Temer

agorafobia e, [247](#)
definição de, [215](#) distúrbio
de dor/penetração genito-pélvica e, [494](#) distúrbios do
despertar do sono sem movimento rápido dos olhos e, [453](#) fobia
específica e, [225](#)

Transtornos alimentares e alimentares, características de, [371](#). Ver também Anorexia nervosa; Transtorno alimentar evitativo/restritivo;

Transtorno de compulsão alimentar; Bulimia nervosa; Pica; Transtorno de
ruminação Transtorno orgâsmico feminino, 485-489 Transtorno de interesse/
exitação sexual feminino, [489-493](#), [495](#) Fentanil, [610](#), [612](#) Transtorno do espectro
alcoólico fetal (FASD), [919](#) Síndrome alcoólica fetal, [59](#), 917-918 Rubéola fetal, [59](#)
Valproato fetal síndrome, [59](#) Transtorno fetichista, [779](#), [796-798](#), [800](#) Fibromialgia,
[355](#), [498](#) Ensaios de campo e processo de revisão para DSM-5, 7-8 Finlândia,
prevalência de delirium em, [676](#) transtorno delirante em, [107](#) transtorno de pesadelo
em, [459](#) transtorno psicótico devido a outra condição médica em, [132](#) piromania
em, [538](#) transtorno esquizoafetivo em, [123](#) transtorno de sadismo sexual em, [791](#),
[792](#) transtornos relacionados ao tabaco em, [649](#) armas de fogo, uso e posse de
álcool, [560](#) socorristas e eventos traumáticos, [306](#) Modelo de cinco fatores de
personalidade (FFM), [893](#) Flashbacks transtorno de estresse agudo e, [318](#)
transtorno dissociativo de identidade e, [332](#) PTSD e, [306](#), [313](#), [318](#) transtorno
psicótico induzido por substância/medicamento e, [130](#) Vôo de ideias e episódios
maníacos, [144](#) Fluência. Veja Transtorno da fluência com início na infância
Efeito Flynn e transtornos do desenvolvimento intelectual, [38](#) Transtorno
emocional de evitação alimentar, [377](#)

Preferências alimentares e transtorno do espectro autista, [62](#), [68](#). Veja também Apetite; Dieta Psiquiatria forense, declaração de advertência para uso do DSM-5, [29](#). Veja também Sistema legal Foster care e transtorno de engajamento social desinibido, [300](#) mutação do gene *FoxP2*, [51](#) síndrome do X frágil, [59](#), [71](#) França, apneia central do sono, [437](#) Frequência, de ocorrência. Veja também Critérios de duração

de sintomas depressivos no transtorno depressivo maior, [188](#) de transtorno de insônia, [413](#) de ataques de pânico, [236](#), [237](#) de uso de medidas transversais de sintomas, [846](#), [851](#), [855](#)

Friendships, [61](#), [233](#). Veja também Relações interpessoais Transtorno neurocognitivo frontotemporal. Consulte Transtorno neurocognitivo frontotemporal maior ou leve Transtorno Froteurístico, [779](#), 786–788 Consequências funcionais. Consulte Funcionamento adaptativo; Déficits cognitivos; Funções executivas; distúrbios específicos Movimentos funcionais (de conversão) e distúrbio de movimento estereotípado, [92](#) Disfagia funcional, [376](#) Transtorno de sintomas neurológicos funcionais, [239](#), [313](#), [356](#), [360-364](#), [369](#), [336](#), [428](#) Transtorno de tique funcional, [97](#) Rituais funerários e transtorno de luto prolongado, [326](#)

Anormalidades da marcha, [724](#), [809](#). Veja também Queda(s)
Distúrbio de jogo, [543](#), [661-665](#), [914](#) Gama-glutamiltransferase (GGT), [559](#) Distúrbios gastrointestinais, [375](#), [555](#) Gênero. Veja também Disforia de gênero; Questões diagnósticas relacionadas a sexo e gênero; Indivíduos transgêneros transtorno de interesse/exitação sexual feminino e crenças sobre papéis, [491](#) atividades de jogo e, [663](#) transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a lesão cerebral traumática e, [709](#) transtorno de autolesão não suicida e, 924-925 expectativas de papéis e transtorno orgástico feminino, [487](#) uso de prazo, [19](#)

1024

Tratamentos de afirmação de gênero, [511](#), [518](#)
Atribuição de gênero, [511](#), [518](#) Atípico de gênero, uso do termo, [511](#) Indivíduos de gênero diverso e experiências de disfunção sexual, [478](#) Disforia de gênero, [276](#), [511-520](#), [800](#) Amnésia generalizada, [338](#), [339](#), [340](#) Comorbidade de transtorno de ansiedade generalizada e, [159](#), [221](#), 254 questões de diagnóstico relacionadas à cultura, [253](#) desenvolvimento e curso de, [252](#) características diagnósticas e associadas de, [26](#), [216](#), [251](#) critérios diagnósticos para, 250-251 diagnóstico diferencial de, [149](#) - - - - - disfunções sexuais, [477](#) Genética(s). Veja também História da família; Aconselhamento genético; Teste genético; Estudos de associação de todo o genoma

de TDAH, [71](#) de doença de Alzheimer, [693](#) de anorexia nervosa, [385](#)

de transtorno do espectro do autismo, 64
de transtorno bipolar, 147 de transtorno
de sono-vigília do ritmo circadiano, 445, 447 de transtorno de
conduta, 535 de transtorno dissociativo de identidade, 333 de
disforia de gênero, 517-518 de transtorno de ansiedade
generalizada, 252 de transtorno do desenvolvimento intelectual ,
44 de transtorno de linguagem, 49 de narcolepsia, 426 de
transtornos neurocognitivos, 698, 728 de doenças de príons,
722-723 de esquizofrenia, 118 de transtorno de ansiedade social,
232 de fobia específica, 227 de transtornos por uso de substâncias,
557-558, 580 , 604, 648, 912 de transtorno de comportamento
suicida, 922 de transtornos de tiques, 96 Aconselhamento genético,
833-834 Testes genéticos, 694, 728, 729 Transtorno de dor/
penetração genitopélvica, 493-498 Genocídio constructo de raça
e 860 TEPT e, 310 estudos de associação de todo o genoma
(GWAS), 71, 310 Alemanha, prevalência de transtorno dismórfico corporal
em, 273, 275 transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à infecção
por HIV em, 719 transtorno de ansiedade de doença em, 358 transtorno
de autolesão não suicida em, 925 pré- menstruais transtorno disfórico em, 198
Glasgow Coma Scale, 708 Global Assessment of Functioning (GAF), 16 Global
Burden of Disease Study, 613 Global developmental delay, 35, 46, 56 Globus
hystericus, 376 Glossolalia, 102 "Erupção cutânea do farejador de cola", 603,
607 Atividade dirigida por metas e episódios maníacos, 145 Gramática e
transtorno de linguagem, 47-48 Delírios de grandeza, 101, 144, 904
Grandiosidade e transtorno de personalidade narcisista, 761, 764 Dor e
transtorno depressivo maior, 142, 152 , 184, 192. Ver também Bereavement;
Transtorno de luto prolongado Comportamento motor grosseiramente
desorganizado, 102 Demência de Guam, 725 Culpa

transtorno de compulsão alimentar
periódica e, 394 transtorno depressivo maior e, 186
Credulidade e transtorno do desenvolvimento intelectual, 43

Perda de cabelo e tricotilomania, 282 Amostras
de cabelo e transtorno por uso de estimulantes, 638 Haiti e
conceitos culturais de angústia, 874, 876-877 Alucinações. Veja
também Alucinações auditivas; Alucinações hipnagógicas e hipnopômpicas abstinência de álcool e, 565 síndrome de psicose
atenuada e, 904 intoxicação por cannabis e, 584 transtorno dissociativo de identidade e, 331, 336 kleptomania e, 541
narcolepsia e, 424, 428

transtornos neurocognitivos e, 654
transtorno de luto prolongado e, 324, 327
transtornos psicóticos e, 102, 128, 132
esquizofrenia e, 115, 118 abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e, 629-630 uso de "outros especificados" e "não especificados" opções, 22
Alucinógeno(s) e flashbacks, 130
Transtornos mentais induzidos por alucinógenos, 594, 598, 600
Intoxicação por alucinógenos, 594
Transtorno de percepção persistente por alucinógenos, 598-600

1025

Distúrbios relacionados a alucinógenos. Veja Alucinógeno(s); Transtornos mentais induzidos por alucinógenos; transtorno de percepção persistente por alucinógenos; Outras intoxicações por alucinógenos; Outros transtornos por uso de alucinógenos; Transtornos mentais induzidos por fenciclidina; intoxicação por fenciclidina; transtorno do uso de fenciclidina; Transtorno relacionado a alucinógenos não especificado; Distúrbio não especificado relacionado à fenciclidina

Dano, TOC e medos de, 264, 266
Tireoidite de Hashimoto, 96 Haxixe, 577
Dor de cabeça e abstinência de cafeína, 572-573, 574 Traumatismo crâniano e narcolepsia, 423, 426. Veja também Traumatismo crânio-encefálico Saúde. Veja também Cuidados de saúde; Comportamentos de manutenção da saúde; Condições médicas; Determinantes sociais da saúde
transtorno do jogo e, 665
transtorno do desenvolvimento intelectual e, 46
isolamento social e problemas de comunicação em idosos, 66

Cuidados de saúde. Veja também Acesso; Práticas alternativas de cura; Sala de emergência; Saúde; Comportamentos de manutenção da saúde; Hospitalização; Medicamento(s); Instalações residenciais; Curandeiros tradicionais codificando problemas com 832, 833-834, 835 formulação cultural e 862 transtorno factício e 368 transtorno de ansiedade de doença e 358 transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a lesão cerebral traumática e 708 transtorno por uso de opióides em profissionais médicos, 611 transtorno de sintomas somáticos e utilização de, 352, 354 eventos traumáticos e, 305 Health Care Financing Administration, 24 comportamentos de manutenção da saúde

transtorno de luto prolongado e, 324
fatores psicológicos que afetam outras condições médicas e, 365 esquizofrenia e, 121 deficiência auditiva, 49, 51, 344. Veja também Surdez Insuficiência cardíaca e padrão respiratório de Cheyne-Stokes, 437, 438, 439. Veja também Congestive insuficiência cardíaca; Doença coronária Frequência cardíaca

intoxicação por cafeína e, 570
abstinência de tabaco e, 650 metais pesados. Veja Toxinas Hepatite A, B e C infecções, 612-613 Heroína e distúrbios relacionados a opióides, 610, 611, 618 Abstinência de heroína, 550 Alto ganho de alça e apnéia central do sono, 436 *Hikikomori*, 875 Hinduísmo e síndrome *dhat*, 874 doença de Hirschsprung, 442 hispano-americanos. Veja também Latim; mexicanos-americanos; Transtorno por uso de álcool racial e, 556 transtorno por uso de cannabis e, 580 transtorno de dor/penetração genito-pélvica em, 496 diagnóstico errôneo de transtorno esquizoafetivo em, 124

apneia obstrutiva do sono em, 431
transtorno de pânico em, 239 transtornos
relacionados a estimulantes em, 642
Transtorno de personalidade histriônica, 733, 741, 752, 756-760, 763, 771 HIV e uso
de drogas, 613. Ver também Síndrome de imunodeficiência adquirida; Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido ao HIV infecção
Transtorno de acumulação, 264, 270, 277-281, 774
Transtornos relacionados ao álcool e 566 codificação
de, 831 transtorno por uso de inhalantes e 604 sinal
de Hoover e transtorno de sintomas neurológicos
funcionais, 361 Tratamentos hormonais e transtorno
disfórico pré-menstrual, 200. Veja também Estrogênio; Hospitalização de testosterona.
Veja também Sala de Emergência; Cuidados de saúde

abstinência de álcool e, 566 anorexia
nervosa e, 384 delírio e, 676
transtorno por uso de opióides e, 614
Hostilidade e transtorno de
personalidade paranoide, 739 Hungria e transtorno por uso de
cafeína, 911, 912 doença de Huntington, 207, 292. Veja também
Maior ou leve transtorno neurocognitivo devido à doença de Huntington *Hwa byung*, 876 Hiperatividade e TDAH, 70. Veja também Hiper ou
hiporreatividade Hiperalgesia e transtorno por uso de opióides, 614 Hipercapnia e hipoventilação relacionada ao sono, 442 Hiper ou
hiporreatividade e transtorno do espectro do autismo, 62. Ver também Hipereatividade Hiperparatiroidismo, 240, 241 Hipersensibilidade e
transtorno de personalidade esquiva, 765-766 Hipersonia, 154, 186. Ver também Sonolência diurna Transtorno de hipersonolência, 75, 417-
421, 427 Hipertensão e apneia obstrutiva do sono hipopneia, 430 Hipotermia , e síndrome neoléptica maligna, 810

1026

Hipertireoidismo, 161, 242, 245, 730. Ver também Distúrbios da tireoide Hiperventilação
e transtorno do pânico, 240 Hipnótico(s) e distúrbio do sono induzido por substância/
medicamento, 472. Ver também Transtornos mentais induzidos por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
distúrbios
Capacidade hipnótica e transtorno dissociativo de identidade, 336
Transtorno do desejo sexual hipoativo, 490 Hipocondria, 350, 357, 358
Deficiência de hipocretina e narcolepsia, 423, 424, 426-427 Hipomania e
episódios hipomaníacos. Veja também Episódios depressivos com hipomania
de curta duração
transtorno bipolar II e, 153-155, 158 transtorno
ciclotímico e, 160 transtorno de personalidade
narcisista e, 764 Hipopneia, definição de, 430 Eixo
hipotálamo-hipófise-adrenal e transtorno depressivo maior,
187 Hipotireoidismo, 207, 245. Veja também Distúrbios da tireoide Hipoxemia e hipoventilação
relacionada ao sono, 442

Identidade. Veja também Identidade cultural; Transtorno dissociativo de identidade; Etnia; Transtorno de
personalidade self borderline e, 221, 753, 757 transtorno dissociativo de identidade e, 331, 333, 335,
337 gênero e, 511, 520 transtorno de ansiedade de doença e, 358 Esboço para Formulação Cultural
e, 861 funcionamento da personalidade e, 883, 895– 898

transtorno de luto prolongado e ruptura de, [323, 324, 325](#)
racialização e construção sociocultural de, [17](#)
Apneia do sono central idiopática, [436](#)
Hipovenitalação idiopática, [440, 443](#)
Classificação e
características do transtorno de ansiedade de
doença, [350](#) comorbidade e [360](#) questões de
diagnóstico relacionadas à cultura, [359](#)
desenvolvimento e curso de, [358](#) características
diagnósticas e associadas de, [357-358](#) critérios
diagnósticos para, [357](#) diagnóstico diferencial de,
[359-360](#) transtorno de ansiedade devido para outra
condição médica, [260-261](#) transtorno dismórfico corporal, [276](#)
transtorno de despersonalização/desrealização, [346](#) transtorno factício,
[367](#) transtorno de ansiedade generalizada, [254](#) transtorno obsessivo-
compulsivo e relacionados, [293](#) transtorno de ansiedade de separação,
[221](#) transtorno de sintomas somáticos, [356](#)

consequências funcionais de, [359](#)
prevalência de, [358](#) fatores de risco e
prognóstico, [358-359](#)
Defesas imaturas e transtorno de despersonalização/desrealização, [345](#) Imigração
e imigrantes. Veja também Discriminação; Etnia; Transtornos de ajuste racial e, [321](#)
transtorno por uso de álcool e, [558](#) transtorno de personalidade esquiva e, [766](#)
transtorno de conduta e, [535](#) transtorno de pesadelo e, [459](#) Esboço para
Formulação Cultural e, [861](#) transtornos de personalidade em, [743](#) TEPT e, [310](#)
transtorno de apego reativo e, [297](#) esquizofrenia e, [116, 118](#) mutismo seletivo
e, [223](#) transtorno de ansiedade social e, [232-233](#) transtorno específico de
aprendizagem e, [84](#)

Medicamentos imunossupressores e transtorno bipolar induzido por substância/medicamento e transtorno relacionado,
[165](#) Comprometimento. Veja também Déficits cognitivos; Sofrimento; Transtorno de insônia de funções executivas e,
[411](#) TOC e, [269](#) Transtorno de controle de impulsos, [271](#) Impulsividade TDAH e, [70](#) Transtorno por uso de álcool e,
[558](#) Transtorno de personalidade antisocial e, [749](#) Transtorno bipolar II e, [155](#) Transtorno de personalidade límitrofe
e, [753-754](#) Desatenção, e ADHD, [70, 74](#) Índia, e conceitos culturais de angústia, [875, 878](#) Grupos indígenas. Veja
nativos do Alasca; Índios americanos; Nativos americanos; Insulares do Pacífico Exposição indireta a eventos
traumáticos, [305](#) Individualismo e categorias de transtornos mentais, [15](#) Indolaminas, [592](#) Indonésia e contexto
cultural de transtorno de pesadelo, [459](#) bebês. Veja Idade; Crianças; Síndrome alcoólica fetal; Transtorno de
ingestão alimentar restritiva/evitativa da gravidez em, [377, 378](#) dependência de opióides em, [614](#) transtorno de
ruminação em, [374, 375](#)

Infecções. *Veja também Hepatite; HIV; Infecções estreptocócicas*
 enurese e, 402 transtorno de dor/penetração genito-pélvica e, 495
 narcolepsia e, 426 transtorno por uso de opióides e, 615

1027

Infertilidade e disfunções sexuais, 481, 483, 484, 504, 517 Processamento de informações e transtorno dismórfico corporal, 273 Fontes de informação, para diagnóstico de transtorno de conduta, 533 Inhalante, uso do termo, 603. *Veja também Transtorno por uso de inhalantes* Exposição a inhalantes (não intencional), 605 Transtornos mentais induzidos por inhalantes, 605, 607-608, 715 Intoxicação por inhalantes, 605-607 Transtornos relacionados a inhalantes. *Veja transtornos mentais induzidos por inhalantes; Intoxicação por inalação; Transtorno por uso de inhalantes; Não especificado* transtorno relacionado a inhalantes Transtorno por uso de inhalantes, 601-605, 717 Lesões. *Veja Accidents* Insight anorexia nervosa e 383 transtorno dismórfico corporal e 272 transtorno neurocognitivo frontotemporal maior ou leve e 696 transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados e 265, 266 transtorno esquizoafetivo e 123 insônia e transtorno de insônia, 154, 186, 409-417, 427-428, 434, 444, 450, 458 Instituições. *Veja Cuidados adotivos; Asilo; Instalações residenciais* Síndrome do sono insuficiente, 421 Características de transtorno do desenvolvimento intelectual de, 35 comorbidade e, 45-46, 373 problemas de diagnóstico relacionados à cultura, 44 desenvolvimento e curso de, 43-44 características de diagnóstico e associadas de, 38-43 critérios diagnósticos para, 37-38 diagnóstico diferencial de, 45

transtorno do espectro do autismo,
 66 transtorno do desenvolvimento da coordenação, 88 transtorno exibicionista, 785 transtorno froturístico, 787 transtorno de linguagem, 49 transtorno desafiador opositivo, 526 piromania, 539 transtorno de comunicação social, 56 transtorno voyeurístico, 782 prevalência de, 43 fatores de risco e prognóstico, 44 auto -lesão e, 90 questões de diagnóstico relacionadas ao sexo e gênero, 44 pensamentos ou comportamento suicida, 44 deficiência intelectual, 46. *Veja também transtorno do desenvolvimento intelectual; Transtorno do desenvolvimento intelectual não especificado* Testes de inteligência (QI), 38, 42 Intensidade dos sintomas no transtorno de despersonalização/desrealização, 345 Transtorno explosivo intermitente, 73, 182, 526-530, 536 Sintomas internalizantes e transtornos relacionados a traumas e estressores, 295, 298 *Classificação Internacional de Doenças*, 10ª Revisão (CID-10), 6, 13, 23-24, 25, 505, 878. *Veja também Códigos Classificação Internacional de Doenças*, 11ª Revisão (CID-11), 6, 11, 13, 46, 914 *Classificação Internacional de Distúrbios do Sono*, Terceira Edição (ICSD-3), 407, 417, 421, 429, 435, 439, 443, 451, 457, 461, 468,

Distúrbio de jogos na Internet, 663, 913-916
Relações interpessoais. Veja também Amizades; Relações sociais
transtorno do espectro do autismo e, 61-62
disforia de gênero e, 519 disfunções sexuais
e, 488, 493, 497, 499, 500, 501, 502 transtorno de ansiedade social e,
233
Interseccionalidade e Esboço para Formulação Cultural, 861 Fontes de
entrevista, de informações sobre transtorno do desenvolvimento intelectual, 42 Intimidade e
funcionamento da personalidade, 883, 895-898 **Intoxicação**, uso do termo, 548. Veja também
Intoxicação por substância Sintomas de intrusão transtorno de estresse agudo e, 315, 318
transtorno de ansiedade de doença e, 359 transtorno de identidade dissociativa e, 337 TEPT
e, 306 Invalidismo e transtorno de ansiedade de doença, 358 Irã, prevalência de
encoprese em, 403 deficiência de ferro e síndrome das pernas inquietas, 466, 467. Veja
também Dieta Tipo irregular de sono-vigília de ritmo circadiano distúrbios sono-vigília,
447-448 Irresponsabilidade e transtorno de personalidade antisocial, 749 Síndrome do
intestino irritável e transtorno de interesse/exitação sexual feminino, 493 Irritabilidade
transtorno bipolar II e 156 transtorno disruptivo da desregulação do humor e, 178, 179, 181
transtorno de ansiedade generalizada e, 251 transtorno desafiador de oposição e, 525
abstinência de tabaco e, 650

Síndrome do intestino irritável, 355
Israel, prevalência de
transtorno de ansiedade generalizada em,
252 narcolepsia em, 425 mutismo seletivo
em, 222
Itália, transtorno por uso de opióides em, 612
Pontuação baseada em “teoria de resposta ao item” (IRT) e WHODAS, 854

1028

Japão, prevalência de
transtorno por uso de álcool em,
558 transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva
em, 378 transtorno dismórfico corporal em, 274 conceitos
culturais de angústia em, 875, 878, 879 transtorno de
sintomas neurológicos funcionais em, 362 narcolepsia em,
425 demência vascular em , 705

Subtipo ciumento, de transtorno delirante, 106
Ciúme e transtorno de personalidade paranóica, 739
Jet lag e distúrbios do sono-vigília do ritmo circadiano, 446
Jimsonweed, 592
Síndrome de hiperatividade articular, 88
Doença de Huntington juvenil, 727

Karma e contexto cultural de eventos traumáticos, 311
Cava, 654
Cetamina, 588-589, 595
Khât, 635, 654
Cap Khyâl (ataques de vento), 239, 244, 317, 875-876
Síndrome de Kleine-Levin, 373, 392, 421

Cleptomania, 539-541
Coréia, prevalência de
conceitos culturais de angústia em, 879
transtornos de tiques em, 96
Koro, 276-277, 875
Kratom (*Mitragyna speciosa*), 713
Kufungisia, 876
Kuru (Nova Guiné), 722

La belle indifférence, e transtorno de sintomas neurológicos funcionais, 362 exames laboratoriais. Consulte Marcadores diagnósticos transtorno por uso de álcool e 558-559 uso de cannabis e 580 transtorno factício e 368 transtornos relacionados a alucinógenos e 593 transtorno por uso de inhalantes e 604 transtorno de insônia e 415 transtorno por uso de opióides e 612 uso de fenciclidina e 589, 595 uso de substâncias e, 549 síndrome de Landau-Kleffner, 49, 63 linguagem. Veja também Comunicação; Fala

transtorno do espectro do autismo e déficits de, 59, 60
grupos culturais e desenvolvimento de, 47 questões culturais em transtorno específico de aprendizagem e, 83 definição de, 46-47 demência e perda de bilinguismo, 688

Testes de QI e, 38
domínios neurocognitivos e, 670 mutismo seletivo e não nativo, 222, 223
Transtorno de linguagem, 47-49, 50, 66, 526
Variante de linguagem, de transtorno neurocognitivo frontotemporal maior ou leve, 696, 697 Hipoventilação central de início tardio com disfunção hipotalâmica, 443 Comunidade latina. Veja também hispano-americanos; mexicano-americanos transtorno de estresse agudo e 317 transtornos relacionados ao álcool e 563 doença de Alzheimer e 692,693 transtorno de jogo e 663,664 transtornos neurocognitivos e 687 transtorno por uso de opióides e 611 TEPT e 308,310 síndrome das pernas inquietas e, 466 transtorno de ansiedade social e 232-233 transtorno por uso de tabaco e 647 uso do termo no DSM-5-TR, 18 laxantes e bulimia nervosa, 389 L-dopa e transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, 204 Aprendizagem, e domínios neurocognitivos, 670 Sistema legal. Veja também Comportamento criminoso; Psiquiatria forense

uso de cannabis e, 577, 579–580
codificação e, 832–833 transtorno factício e responsabilidade, 369 transtorno explosivo intermitente e, 529 transtorno pedofílico e, 795
Indivíduos lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT). Veja também indivíduos transgêneros transtorno de dor/penetração genitopélvica e, 498 transtornos relacionados ao tabaco e, 648

Síndrome de Lesch-Nyhan, 43, 89, 91
Leucoencefalopatia e transtorno neurocognitivo vascular maior ou leve, 705
Levamisol, 640

Escala de Funcionamento do Nível de Personalidade, [882](#), [891](#), [892](#), [895-898](#)
corpos de Lewy. Veja Demência com corpos de Lewy; Transtorno neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy Tempo de vida.

Veja também Taxas de mortalidade

codificação de problemas de fase da vida, [834](#)
estrutura organizacional do DSM-5 e, [12](#) variação no
sono, [408](#)

Estilo de vida, codificação de problemas relacionados a, [833](#)

Exposição à luz e distúrbio do sono-vigília do ritmo circadiano, [447](#)

Ceceio e distúrbio do som da fala, [51](#)

Lítio, tremor induzido por, [817](#)

Testes de função hepática, [559](#)

Amnésia localizada, [338](#)

Solidão e transtorno de luto prolongado, [324](#)

Dorminhocos longos e transtorno de hipersonolência, [420](#)

LSD (dietilamida do ácido lisérgico), [599](#)

1029

Pensamento mágico e distúrbios psicóticos, [115](#), [907](#)

Ressonância magnética (RM) e distúrbios neurocognitivos, [698](#), [704](#), [708](#), [710](#), [716](#), [720](#)

Características do transtorno

depressivo maior de, [177](#)
comorbidades e, [192](#), [241](#), [250](#), [277](#), [396](#), [541](#) problemas
diagnósticos relacionados à cultura, 189-190 desenvolvimento
e curso de, 188-189 características diagnósticas e
associadas de, 185-187 critérios diagnósticos para, 183-
184 diagnóstico diferencial de, 191-192 transtornos de
ajustamento, [321](#) anorexia nervosa, [386](#) transtornos
bipolares, [148](#), [157](#) transtorno dismórfico corporal, [276](#)
bulimia nervosa, [392](#) transtorno de despersonalização/
desrealização, [346](#) episódios depressivos com
hipomania de curta duração e, [910](#) transtorno disruptivo
de desregulação do humor, [182](#) transtorno dissociativo
de identidade, [335](#) transtorno de ansiedade de doença,
[360](#) parkinsonismo induzido por medicamentos, [810](#) narcolepsia, [428](#)
transtornos neurocognitivos, [689](#), [695](#), [706](#)

TOC, [270](#)

transtorno depressivo persistente, 195-196
transtorno disfórico pré-menstrual, [200](#) transtorno
de luto prolongado, [327](#)
TEPT e, [312](#)
esquizofrenia, [120](#)
disfunções sexuais, [484](#), [492](#), [501](#) transtorno
de ansiedade social, [234](#) transtorno de
sintomas somáticos, [356](#)
consequências funcionais de, [190](#)
transtorno de insônia e, [415](#) kleptomania
e, [541](#) prevalência de, 187-188 fatores
de risco e prognóstico, [189](#) transtorno de
personalidade esquizóide e, [744](#) questões
de diagnóstico relacionadas a sexo e gênero,
[190](#) transtorno de ansiedade social e, [235](#)

pensamentos ou comportamento suicida,

190 Episódios depressivos maiores. Ver também Episódios depressivos com hipomania de curta duração transtornos relacionados ao álcool e 568 luto e 834 transtorno bipolar II e 154 episódios depressivos com hipomania de curta duração e 909 diagnósticos diferenciais de, 280 luto distinto de, 142, 152, 184, 192 transtorno esquizoafetivo e, 124 sonambulismo e, 457

Transtorno neurocognitivo frontotemporal maior ou leve, 682, 695-699 Transtorno(s)

neurocognitivo(s) maior(es) ou leve(s). Veja também Distúrbio neurocognitivo vascular maior ou leve; Distúrbios neurocognitivos;

Codificação de transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por substância/ medicamento de, 682-683 comorbidade e, 689-690 problemas de diagnóstico relacionados à cultura, 687-688 desenvolvimento e curso de, 687 características diagnósticas e associadas de, 685-686 critérios diagnósticos para, 679-680 marcadores de diagnóstico para, 688-689 diagnóstico diferencial de, 108, 539, 541, 689, 782, 785, 787 consequências funcionais de, 689 prevalência de, 686-687 fatores de risco e prognóstico, 687 relacionados ao sexo e gênero problemas de diagnóstico, 688 especificadores para, 684-685 subtipos de, 654, 687 pensamentos ou comportamentos suicidas, 689 Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Alzheimer, 682, 690-695, 726 Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a outra condição médica, 683, 729-730 Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à infecção pelo HIV, 682, 717-721 Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Huntington, 683, 726-729 Transtorno neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy, 682, 699-702, 706, 725 Neurocognição maior ou leve transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a múltiplas etiologias, 683, 731 Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Parkinson, 682, 702, 723-726 Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a doença de príon, 682, 721-723 lesão cerebral, 682, 706-712 Transtorno neurocognitivo vascular maior ou leve, 682, 702-706, 726 *Maladi dyab*, 876-877 Dor genitopélvica masculina, 497 Transtorno do desejo sexual hipoativo masculino, 498-501 Catatonía maligna e neuroléptico maligno síndrome, 811 Simulação. Veja também descrição e diagnóstico de transtorno factício, 835 diagnóstico diferencial de transtorno psicótico breve, 111 delírio, 678 amnésia dissociativa, 342 transtorno dissociativo de identidade, 337 transtorno de escoriação, 287 transtorno factício, 369

1030

distúrbio de sintomas neurológicos funcionais, 342

cleptomania, 540 distúrbios neurocognitivos, 711 distúrbios de despertar do sono não REM, 456

distúrbio comportamental do sono REM, 464

transtorno de sintomas somáticos,
356 Desnutrição. Veja também Dieta; Nutrição
anorexia nervosa e 383 transtorno de
ingestão alimentar evitativa/restritiva e 377 transtorno de
ruminação e 374, 375 mania e episódios maníacos. Veja
também Hipomania TDAH e 149 transtorno bipolar I e 143–
144 Dimensões classificadas pelo clínico da escala de
gravidade dos sintomas de psicose e 851 transtorno
exibicionista e 785 transtorno frotteurístico e 787 transtorno de jogo e 665 kleptomania
e 544 transtorno depressivo maior e , 191 transtorno de personalidade narcisista e, 764
transtorno voyeurístico e, 782 transtorno maníaco-depressivo, 139 marginalização. Veja
também Discriminação; Esboço de Opressão para Formulação Cultural e 861 transtorno
de personalidade paranoide e 739 maconha. Veja Casamento de maconha. Ver também
Transtornos bipolares familiares e, 147, 156 codificação de problemas relacionais e, 829
ejaculação precoce e formas arranjadas de, 503 Mate (yerba mate), 912 MDMA, 472,
508, 592, 593, 594, 597, 635 Volume corporcular médio (MCV), 559 Condições médicas.
Veja também Asma; Distúrbios autoimunes; Benzodiazepinas; Câncer; Distúrbios
cardiovasculares; Crônica

doença pulmonar obstrutiva; Doença cardíaca; Diabetes; Distúrbios endócrinos; Saúde; Doença de Huntington; Infecções;
Distúrbios metabólicos; Esclerose múltipla; Mal de Parkinson; Derrame; Distúrbios da tireoíde
agorafobia e, 250 transtorno do espectro do autismo e, 59 transtornos bipolares e, 150, 159 cannabis
e, 577 catatonia e, 136–137 codificação de, 24 ejaculação retardada e, 480, 481 diagnóstico
diferencial de

TDAH, 75
transtornos de ajustamento,
322 anorexia nervosa, 386
transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva,
379 transtorno psicótico breve, 110 transtorno de
despersonalização/desrealização, 347 transtorno de
coordenação do desenvolvimento, 88 encoprese,
405 enurese, 401-402 transtorno de hipersonolência,
421 transtorno de ansiedade de doença , 359
transtornos neurocognitivos, 706, 711, 726
transtornos de personalidade, 737, 740, 743-744,
757, 760, 767, 770, 771, 775, 777 transtorno
esquizoafetivo, 125 transtorno esquizofreniforme, 113 disfunções sexuais, 485, 488,
492 , 497, 501 hipoventilação relacionada ao sono, 442 transtorno de sintomas
somáticos, 355 transtorno de movimento estereotipado, 92 transtornos por uso de
substâncias, 130, 474, 564, 566-567, 574, 596, 607, 626, 630-631, 658 transtornos de
tiques, 97

tricotilomania, [284](#)
transtorno de escoriação e, [286, 287](#)
transtorno factício e, 369-370 transtorno
orgâsmico feminino e, [487](#) transtorno
de interesse/excitação sexual feminino e, [492](#)
transtorno de jogo e, [665](#) transtorno de acumulação
e, [280](#) insônia e, [416](#) transtorno depressivo maior e ,
[187, 189](#) sintomas maníacos e, [145](#) transtornos
neurocognitivos e, [712](#) transtorno do pânico e, [242](#)
transtorno disfórico pré-menstrual e, [200](#) transtorno
do luto prolongado e, [326](#) fatores psicológicos que
afetam, [322](#) esquizofrenia e comorbidade, [121](#) turnos
do tipo de ritmo circadiano transtorno da vigília e , [451](#)
transtorno de ansiedade social e, [235](#) fobia específica
e, [227](#) transtorno depressivo induzido por substância/
medicamento e, [205](#) discinesia tardia e, [815](#)
terminologia em edições anteriores do DSM, 25–26 uso de tabaco e,
[647, 649](#) prontuários e factícios transtorno, [368](#) sistema Medicare e uso
de códigos CID-10-CM, [24](#) Medicamento(s). Veja também Antibióticos;
Antidepressivos; Antipsicóticos; Ansiolíticos; Benzodiazepinas; Distúrbios
induzidos por medicamentos; Inibidores da monoamina oxidase;
Estabilizadores de humor; Contraceptivos orais; Overdoses; Polifarmácia;
Sedativos; Inibidores seletivos da recaptação da serotonina;
Automedicação; Efeitos colaterais; Estimulantes; Distúrbios induzidos por
substâncias medicamentosas; *distúrbios específicos*

1031

Sintomas de TDAH induzidos por, [75](#)
anorexia nervosa e uso indevido de, [384](#)
transtorno do espectro do autismo e exposição in utero a, [64](#)
abstinência de cafeína e, [574](#) catatonía e, [137](#) enurese e,
[402](#) transtorno do jogo e dopamínérigo, [665](#) insônia e, [417](#)
episódios maníacos e, [145](#) obesidade como efeito colateral
de, [371](#) disfunções sexuais e, [480, 481, 484, 492, 501, 508](#)
distúrbios do sono-vigília e, [456, 460, 463](#) gagueira como
efeito colateral de, [53](#) transtorno psicótico induzido por
substância/medicamento e, [129](#) tolerância ou abstinência do
uso apropriado do prescrito, [547, 548–549](#) Acatisia aguda
induzida por medicação, 813–814 Distonia aguda induzida
por medicação, 812–813 Distúrbio agudo do movimento
induzido por medicação, [816](#) Delirium induzido por medicação,
[675](#) Induzido por medicação transtorno depressivo, [208](#) Sintomas depressivos ou
maníacos induzidos por medicamentos, [168](#) Transtornos induzidos por medicamentos,
tipos de condições e informações incluídas no texto sobre, [27](#) Transtornos do movimento
induzidos por medicamentos e antipsicóticos ou outro bloqueio do receptor de dopamina
agentes de ing, [807](#). Veja também

Síndrome de descontinuação de antidepressivos; Síndrome maligna neuroléptica; Acatisia tardia; Discinesia tardia; Distonia tardia

Parkinsonismo induzido por medicamentos (MIP), [807-810, 816](#)

Tremor postural induzido por medicação, [817](#)

Meditação e despersonalização/desrealização, 345
Características melancólicas, como especificador, 171–172,
211–212 Memória. Veja também Déficits cognitivos amnésia
dissociativa e, 329, 338, 339, 342–343 transtorno depressivo
maior e, 186 transtornos neurocognitivos e, 670, 685 TEPT
e perda de, 307 intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica
e, 627 lesão cerebral traumática e, 313 Transtorno de dor/
penetração genitopélvica na menopausa e, 497 transtorno de
insônia e, 413 apnéia obstrutiva do sono e, 432 esquizofrenia e,
119

Transtornos Mentais, Desordem Mental). Veja também definição de *transtornos específicos* de, 13–14, 29 reagrupamento de na revisão do DSM-5, 11–12
Transtorno mental devido a outra condição médica, 366 Transtornos metabólicos, 132, 391 Metadona e terapia de manutenção com metadona, 436, 508, 612
Metanfetamina (MDMA), 472, 508, 592, 594, 597, 635, 642, 714–715 Transtorno por uso de metanfetamina, 547, 550 Metilfenidato e transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, 257 mexicanos-americanos. Veja também hispano-americanos; Latim

transtorno de compulsão alimentar
periódica em, 394 demência
vascular em, 705 no México, e uso religioso ou espiritual de alucinógenos, 593 Meyer, Adolf, 5 Microagressões e racismo, 17
Transtorno neurocognitivo leve. Consulte Transtornos neurocognitivos maiores ou leves; Distúrbios neurocognitivos Desdobramento militar e códigos, 830–831. Veja também Veteranos Deficiências minerais e pica, 372. Veja também Minorização por deficiência de ferro. Veja Discriminação; Etnia; Diagnóstico errôneo de opressão. Consulte também Sobrediagnóstico; Subdiagnóstico de TDAH como transtorno bipolar II, 158 de transtorno de personalidade antissocial, 751 de transtorno do espectro autista, 63, 65 de transtorno bipolar, 148, 150, 335 de transtorno de conduta, 535 conceitos culturais de angústia e, 873 de transtorno explosivo intermitente, 528 de transtorno depressivo maior, 190 de transtorno desafiador de oposição, 525 de esquizofrenia, 18, 116, 119, 147 Desconfiança. Veja também Desconfiança

Entrevista de Formulação Cultural e, 863
transtorno de personalidade paranoide e, 740
Características mistas, como especificador, 170–
171, 211 Inibidores da monoamina oxidase e disfunção sexual induzida por substância/medicamento, 507
Humor. Veja também Transtornos do humor
transtornos bipolares em comparação com transtorno disruptivo de desregulação do humor, 181 bulimia nervosa e, 392
Escala de gravidade dos sintomas de psicose avaliada pelo clínico, 851 transtorno de insônia e 412 episódios maníacos e 143–144 transtornos neurocognitivos e 684

PTSD e alterações negativas em, 306–307, 311

transtorno esquizoafetivo e, 122-123, 124
esquizofrenia e, 115 Transtornos do humor e
discinesia tardia, 815. Ver também transtorno de humor não especificado Estabilizadores do humor e disfunção sexual induzida por substância/medicamento, 507 Marrocos, transtornos de eliminação em, 400, 404 Mortalidade cotações. Veja também Morte; TDAH ao longo da vida e 73 transtorno por uso de álcool e 558 anorexia nervosa e 384 transtorno do espectro autista e 66 transtorno bipolar I e 150 bulimia nervosa e 390 delírio e 677 transtorno depressivo maior e 187 transtorno por uso de opióides e 614 esquizofrenia e, 121 Atividade motora e catatonia, 135 Déficits motores e transtorno do espectro do autismo, 62 Transtornos motores. Veja também Transtorno do desenvolvimento da coordenação; Distúrbio de movimento estereotipado; Distúrbios de tiques característicos de 36-37 narcolepsia e 428 distúrbios neurocognitivos e 716, 729 doença do neurônio motor, 699 estereotipias motoras, 97 sintomas motores, de distúrbio de sintomas neurológicos funcionais, 351. Ver também Distúrbio psicomotor Tiques motores, 94 Distúrbios do movimento. Consulte Distúrbios do movimento induzidos por medicamentos MPTP (1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetrahidropiridina), 657 Sistema multiaxial, do DSM-IV, 15-16 Esclerose múltipla, 149, 158, 167, 196, 361, 730 Teste de latência múltipla do sono (MSLT), 409, 419, 420, 423, 424, 426, 427, 428, 433 Atrofia de múltiplos sistemas, 462, 464 Dismorfia muscular, 264, 272, 274, 277 Tensão muscular e generalizada transtorno de ansiedade, 251 Mutismo e comportamento catatônico, 102, 342. Ver também Mutismo seletivo Infarto do miocárdio e transtorno de sintomas somáticos, 351 Mioclonia, 97 Distrofia miotônica, 423

Naloxona, 616
Cochilos e cochilos e distúrbios do sono-vigília, 418, 419, 420, 423, 425, 448
Transtorno de personalidade narcisista, 733, 741, 747, 751-752, 760-764, 775, 883, 887-888
Narcolepsia , 416, 420, 422-429, 433, 460 National Center for Health Statistics (NCHS), 23
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 6 National Institute on Drug Abuse (NIDA), 6 National Institute of Mental Health (NIMH), 6 nativos americanos. Veja também índios americanos; Raça; Racismo transtornos relacionados ao álcool em 556, 563 transtorno bipolar I em, 146 diversidade e limitações de dados sobre, 19 transtorno por uso de opióides em, 611 transtorno por uso de tabaco em, 647

Igreja Nativa Americana, 593
Havaianos nativos
uso de cannabis por, 585
transtorno por uso de estimulantes em, 638
Afetividade negativa e traços de personalidade, 885, 888, 889, 893, 899
Emotividade negativa e transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta, 522
Reforço negativo e transtorno de autolesão não suicida, 924

Sintomas negativos, de esquizofrenia e transtornos psicóticos, [102–103, 117, 123](#) Negativismo e comportamento catatônico, [102](#) Negligência. *Veja também* Experiências adversas na infância; Abuso infantil; Transtorno de ingestão alimentar restritiva e evitativa de abuso físico e, [378](#) codificação de, [824](#), 826-827 transtorno de despersonalização/desrealização e, [345](#) transtorno de engajamento social desinibido e, [299, 300](#) transtorno de sintomas neurológicos funcionais e, [362](#) transtorno de apego reativo e, [297, 298](#) transtorno de ruminação e, [375](#) Nervios ("nervos"), [877](#) "colapso nervoso", como expressão cultural de angústia, [859](#) Holanda, prevalência de transtornos de eliminação em, [400, 404](#) disforia de gênero em, [516](#) transtorno de acumulação em, [279](#) transtorno de pânico em, [238](#)

Neurastenia, [877, 878](#)

Transtorno neurocomportamental associado à exposição pré-natal ao álcool (ND-PAE), 916–920 Déficits neurocognitivos. *Veja também* Déficits cognitivos

TDAH e [70](#)

transtorno por uso de estimulantes e [639](#)

Distúrbios Neurocognitivos (DNTs). *Veja também* doença de Alzheimer; Delírio; Demência; Transtorno(s) neurocognitivo(s) maior(es) ou leve(s);

Transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por substância/medicamento; Características de transtorno neurocognitivo não especificado de, [667](#) domínios cognitivos, [668, 669-671](#)

1033

diagnóstico diferencial de

transtorno de estresse agudo,

[319](#) TDAH, [75](#) transtorno de

acumulação, [281](#) outros

transtornos neurocognitivos, [678, 694, 698, 706, 726, 729, 730](#) TEPT, [313](#)

transtorno específico de aprendizagem, [85](#) memória e, 342-343 sono de

movimento rápido dos olhos transtorno de comportamento e, [462, 464](#)

intoxicação sedativa, hipnótica ou ansiolítica e, [628](#) uso de substância e, [545](#) uso de termo, [667](#) condições neurodegenerativas, [421, 463, 464](#) transtorno do

neurodesenvolvimento associado à exposição pré-natal ao álcool, [99](#) transtornos do neurodesenvolvimento. *Veja também* Transtorno de déficit de atenção/

hiperatividade; Transtorno do espectro do autismo; Distúrbios da comunicação;

Distúrbios do desenvolvimento intelectual; Distúrbios motores; Outros distúrbios do neurodesenvolvimento; Distúrbio específico de aprendizagem

características de, 35–37

diagnóstico diferencial de, [73, 85, 167, 224, 280, 286, 689, 747](#)

Imaturidades do neurodesenvolvimento, [87](#) Neurofibromatose tipo 1, [83](#)

Neuroimagem. *Veja também* ressonância magnética TDAH e [72](#) síndrome

de psicose atenuada e [905](#) transtorno de insônia e [415](#) transtorno depressivo

maior e [187](#) transtorno neurocognitivo vascular principal ou leve e [704](#)

síndrome neuroléptica maligna, [809, 810-811](#) transtornos neurológicos.

Veja também Transtorno de sintoma neurológico funcional transtorno

de ansiedade devido a outra condição médica e, [259](#)

diagnóstico diferencial de, 49, 84-85, 92, 363, 658, 811 acatisia aguda induzida por medicação e, 814 discinesia tardia e, 815 sinais neurológicos leves, 87, 116 distúrbios neuromusculares, 88, 441 sintomas neuropsiquiátricos, de TNC devido a Doença de Alzheimer, 691-692 Testes neuropsicológicos e distúrbios neurocognitivos, 685-686, 688, 701, 725 Neuroticismo. Ver também Traços de personalidade transtorno de estresse agudo e 317 transtorno depressivo maior e 189 transtorno depressivo persistente e 195 TEPT e 309-310 mutismo seletivo e 223 transtorno de sintomas somáticos e 353 Nova Zelândia prevalência de anorexia nervosa em 384 compulsão alimentar -transtorno alimentar em, 394 bulimia nervosa em, 390 fase atrasada do sono tipo de ritmo circadiano sono-vigília em, 444 transtorno de jogo em, 664 nicotina. Veja Tabaco

Nigéria, transtorno explosivo intermitente em, 529 Síndrome do comer noturno, 396 Pesadelo(s), 218, 325, 458. Veja também Transtorno de pesadelo dos sonhos, 421, 455, 457-461 Óxido nitroso, 603, 654, 655 Subtipo somente noturno, de enurese, 399, 400, 401 Ataques de pânico noturnos, 237, 243 Teste de tumescência peniana noturna, 484 "Sem diagnóstico ou condição", como código, 803, 805 Não adesão a tratamento médico, 835 Não alimentar, uso de termo, 372 Enurese não monossintomática , 399 Sono sem movimentos oculares rápidos (NREM) e distúrbios do despertar do sono com movimentos oculares não rápidos, 408, 452-457 Sono não reparador, 411 Transtorno de autolesão não suicida , 923-926 Tipo sono-vigília não 24 horas, de distúrbios sono-vigília do ritmo circadiano, 448-450 Comunicação não verbal e distúrbio do espectro do autismo, 61 Noruega, prevalência de distúrbios sono-vigília em, 413, 444 delirium em lares de idosos e 676 transtorno neurocognitivo frontotemporal maior ou leve e, 698 Nutrição, e transtorno de ingestão alimentar evitativo/restritivo, 376, 377. Veja também Dieta

Obesidade. Veja também índice de massa corporal; Associações de ganho ou perda de peso entre transtornos mentais e, 371 transtorno de compulsão alimentar e, 394, 395 transtorno bipolar I e, 150 codificação de, 835 transtornos do sono-vigília e, 421, 425, 431, 432, 440, 441

Obsessões, 263, 266. Veja também obsessões de contaminação comorbidade de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 271, 356, 387, 775 questões de diagnóstico relacionadas à cultura, 268 desenvolvimento e curso de, 267-268 características diagnósticas e associadas de, 266- 267 critérios diagnósticos para, 265-266 diagnóstico diferencial de, 270-271 transtorno de estresse agudo, 318 anorexia nervosa, 387

transtorno do espectro do autismo,
[67](#) transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva,
[380](#) transtorno delirante, 107-108 transtorno de
 despersonalização/desrealização, [346](#) transtorno de
 ansiedade generalizada, [254](#) transtorno de
 acumulação, 280-281 transtorno de ansiedade de
 doença, 359-360 transtorno de personalidade
 obsessivo-compulsiva, [774](#) transtorno pedofílico, [796](#)
 PTSD, [312](#) esquizofrenia, [120](#) transtorno de ansiedade
 social, [235](#) transtorno de sintomas somáticos, [356](#) fobia
 específica, [229](#) transtorno de movimento estereotipado,
[92](#) transtornos de tiques, [97](#) consequências funcionais
 de, 269-270 prevalência de, [267](#) fatores de risco
 prognóstico, [268](#) questões de diagnóstico relacionadas a
 sexo e gênero, 268-269 sonambulismo e, [457](#)
 especificadores para, [266](#) uso de substâncias e, [545](#)
 pensamentos ou comportamentos suicidas, [269](#) características
 obsessivo-compulsivas, de anorexia nervosa, [383](#) transtorno
 de personalidade obsessivo-compulsivo, [271](#), [733](#), [744](#), [764](#),
[771](#)-[775](#), [884](#), 888-889 Transtornos obsessivo-compulsivos e
 relacionados. *Veja também* Transtorno dismórfico corporal;
 Distúrbio de escoriação; Distúrbio de acumulação;

Transtorno obsessivo-compulsivo; Outro transtorno obsessivo-compulsivo especificado e transtorno relacionado; Transtorno obsessivo-compulsivo induzido por substância/medicamento; Tricotilomania; Características de transtorno obsessivo-compulsivo não especificado e transtorno relacionado de, 263-265 diagnóstico diferencial de, [270](#), [284](#), [286](#), [290](#), [379](#)

Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado devido a outra condição médica, 291-293 Apneia obstrutiva do sono e hipopneia, [429](#)-[434](#), [438](#), [442](#), [464](#) Comprometimento ocupacional. *Veja também*

Desemprego

TDAH em adultos e [73](#)
 transtorno por uso de álcool e [560](#)
 transtorno de personalidade antissocial e [749](#)
 transtorno de personalidade esquiva e 765-766
 transtorno bipolar I e [148](#) códigos para 830-831
 transtorno de personalidade dependente e [769](#)
 amnésia dissociativa e [340](#) escoriação transtorno e,
[286](#) transtorno por uso de inhalantes, [603](#) transtorno
 neurocognitivo maior ou leve devido à doença de
 Huntington e, [728](#) apneia obstrutiva do sono
 hipopneia e, [433](#) transtorno de personalidade esquizóide e, [742](#)

Adultos mais velhos. *Veja também*

Adultos; Idade agorafobia em, [247](#)
 transtorno bipolar II em, [156](#) uso de
 cannabis e, [579](#) distúrbios do sono-
 vigília do ritmo circadiano em, [446](#), [450](#) transtorno de
 despersonalização/desrealização em, [347](#) delírio e, [677](#)
 consequências para a saúde do isolamento social e problemas
 de comunicação em, [66](#) HIV infecção em, [720](#)

transtorno de insônia em, 413-414
memória e, 342-343 apneia obstrutiva do sono hipopneia e, 431-432 ataques de pânico em, [243](#) transtorno de pânico em, [238](#) transtorno de luto prolongado em, [324](#) transtorno psicótico devido a outra condição médica e, [133, 134](#) esquizofrenia em, [118](#) transtorno de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e, [625](#) efeitos colaterais de medicamentos e, [624](#) transtorno de ansiedade social em, [231, 232, 233](#) transtorno de sintomas somáticos em, [353](#) fobia específica em, [227, 228](#) discinesia tardia em, 815 –816 Transtorno de referência olfativa, [276, 879](#) Ormã, transtorno de sintomas neurológicos funcionais em, [362](#) Aprimoramentos online, do DSM-5-TR, [28](#) Opioide(s). Veja também Transtorno por uso de opióides; Apneia central do sono por abstinência de opióides e, [436, 438](#) ejaculação precoce e, [504](#) síndrome das pernas inquietas e, [466](#) disfunção sexual e, [508](#) transtorno do sono induzido por substância/medicamento e, [471](#)

Transtornos mentais induzidos por opioides, [614, 617, 619](#)
Intoxicação por opioides, [614](#), 615–617 Transtornos relacionados a opioides. Consulte Opióide(s); Transtornos mentais induzidos por opioides; intoxicação por opióides; Transtorno por uso de opióides; opióide cancelamento; Transtorno relacionado a opioides não especificado Transtorno por uso de opioides, [608–615](#). Veja também Opióides
Abstinência de opioides, [614](#), 617-619
Comorbidade de transtorno desafiador opositivo e, [75, 82, 526–527, 537, 920](#) transtorno de conduta e, [532, 534](#) questões de diagnóstico relacionadas à cultura, [525](#)

1035

desenvolvimento e curso de, [524](#)
diagnósticos e características associadas de, 523-524 critérios diagnósticos para, 522-523 diagnósticos diferenciais de, [73, 181–182, 221, 235, 525–526, 530, 536](#) encopresie e, [403](#) consequências funcionais de, [525](#) transtorno neurocomportamental associado à exposição pré-natal ao álcool e, [920](#) prevalência de, [524](#) características de risco e prognóstico de, 524-525 questões de diagnóstico relacionadas ao sexo e gênero, [525](#) especificadores para, [523](#) Opressão. Veja também Discriminação; Racismo transtorno de conduta e, [534](#) transtorno dissociativo de identidade e, [334](#) enurese e, [400](#) categorias e sistemas raciais de, [860](#) esquizofrenia em grupos socialmente oprimidos e, [118](#) consequências sociais do racismo e, [18](#)

Contraceptivos orais, [200, 204, 573](#)
Saúde bucal e transtorno por uso de estimulantes, [639](#)
Movimentos orofaciais e discinesia tardia, [815](#)
Outro efeito adverso de medicação, [819](#)
Outras condições que podem ser foco de atenção clínica, [28](#)

Outras intoxicações alucinógenas, 596-598
Outro transtorno por uso de alucinógenos, 590-594
Outros distúrbios de insônia, 417
Outros distúrbios do movimento induzidos por medicamentos, 818
Parkinsonismo induzido por outros medicamentos, 807
Outros transtornos do neurodesenvolvimento, 99
Outros transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados, 275-276
Outro transtorno de ansiedade especificado, 261
Outro transtorno de déficit de atenção/hiperatividade especificado, 76
Outros transtornos bipolares e relacionados especificados, 168-169, 196
Outro delírio especificado, 678
Outro transtorno depressivo especificado, 196, 209-210
Outros conceitos culturais de
 transtorno especificados de angústia e, 873 uso
 de como opção diagnóstica, 21, 22
Outros transtornos especificados disruptivos, de controle de impulsos e de conduta, 541
Outros transtornos dissociativos especificados, 244, 330, 342, 347-348, 464 Outros
transtornos de eliminação especificados, 405 Outros transtornos especificados de
alimentação ou alimentação, 396 Outros disforia de gênero especificada, 520 Outros
transtorno de hipersonolência especificado, 475 Outro transtorno de insônia especificado,
416, 475 Outro transtorno mental especificado devido a outra condição médica, 803-804
Outro transtorno do neurodesenvolvimento especificado, 99 Outro transtorno obsessivo-
compulsivo especificado e relacionado, 264, 293-294 Outro transtorno parafílico especificado .
 — 93, 95, 98 Outro transtorno especificado relacionado a trauma e estressor,
327-328 Outro (ou desconhecido) mento induzido por substância transtornos al., 655-656, 660
Intoxicação por outra substância (ou desconhecida), 655, 656-658 Transtorno por uso de outra
substância (ou desconhecida), 547, 652-656 Abstinência de outra substância (ou desconhecida),
655-656, 658-660 Teste de sono fora do centro (OCST), 430 Outline for Cultural Formulation,
860-862 Esquemas de sobreconexão e transtorno de despersonalização/desrealização, 345
Overdiagnosis. Veja também Diagnóstico incorreto

de transtorno de personalidade antissocial, 751
de transtorno bipolar em crianças, 177 de
transtorno explosivo intermitente, 528 de
transtorno desafiador de oposição, 525 de
esquizofrenia, 116
Overdoses, de medicamentos ou substâncias de abuso, 611, 614, 616, 625
Oxicodona, 612

Ilhas do Pacífico

 transtornos relacionados ao álcool em,
 563 uso de cannabis e, 578, 585 transtorno
 por uso de opióides e, 611

Dor

 uso de cannabis e, 577
 transtorno de escoriação e, 285
 transtorno de dor/penetração genito-pélvica e, 494,496 transtorno
 por uso de opióides e, 610 alteração de personalidade devido a outra
 condição médica e, 777 transtorno de sintomas somáticos e , 351,353

Paquistão e síndrome *dhat*, 875 Palilalia, 94 ataques de pânico. Veja também transtorno de pânico transtorno de estresse agudo e, 316, 318 agorafobia e, 246 definição de, 215, 236

1036

transtorno de despersonalização/desrealização e, 346 diagnósticos diferenciais de, 245 transtorno de sintomas neurológicos funcionais e, 364 apnéia e hipopnênia obstrutiva do sono e, 434 transtorno de pânico e, 216 transtorno de ansiedade social e, 234 fobia específica e, 225, 229 especificadores para, 242-245

Comorbidade do

transtorno do pânico e, 241-242 questões de diagnóstico relacionadas à cultura, 239 descrição de, 216 desenvolvimento e curso de, 238 características diagnósticas e associadas de, 236-237 critérios diagnósticos para, 235-236 marcadores diagnósticos de, 240 diagnóstico diferencial de, 240-241 transtorno de estresse agudo, 318 agorafobia, 249 transtorno bipolar I, 149 transtorno de despersonalização/desrealização, 346 transtorno de sintomas neurológicos funcionais, 364 transtorno de ansiedade generalizada, 254 transtorno de ansiedade de doença, 359 pesadelo transtorno, 460

TEPT, 312

transtorno de ansiedade de separação, 229 transtorno de sintomas somáticos, 355 consequências funcionais de, 240 prevalência de, 237 fatores de risco e prognóstico, 238-239 questões de diagnóstico relacionadas ao sexo e gênero, 239-240 Ideação paranóide e intoxicação estimulante, 641 Transtorno de personalidade paranóide, 733, 737-742, 747, 756, 764, 767 Parafilia, definição de, 779 Transtornos parafílicos. Veja também Transtorno exibicionista; Transtorno fetichista; Distúrbio frotteurístico; Transtorno de masoquismo sexual; Transtorno de sadismo sexual; Transtorno transvestítico; Características do transtorno voyeurístico de, 779-780 comorbidade de, 783 diagnóstico diferencial de, 795, 798

Parassonias, 402, 416, 421, 451, 456, 464. Ver também Distúrbios do despertar do sono com movimentos oculares não rápidos; Movimento rápido dos olhos do sono Pai(s) e parentalidade. Veja também Cuidados; Codificação familiar de problemas relacionais, 829 transtorno de ansiedade generalizada e 252 transtorno de pesadelo e 459 TOC e 269 transtorno de pânico e 239 mutismo seletivo e 223 transtorno de ansiedade de separação e 219

Medida de Sintomas Transversais de Nível 1 do DSM-5 com Classificação dos Pais/Responsáveis, [845](#), [846](#), [849–850](#)
Parkinsonismo, [700](#). Veja também Parkinsonismo induzido por medicamentos Doença de Parkinson, [207](#), [423](#), [462](#), [464](#), [808](#),
[809](#). Veja também Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Parkinson Paroxetina, [818](#) Discinesias paroxísticas, [97](#) Traços patológicos de personalidade, [882](#), [891](#), [899–901](#) Síndrome neuropsiquiátrica de início agudo pediátrico (PANS), [292](#), [379](#) Transtornos neuropsiquiátricos autoimunes pediátricos associados a infecções estreptocócicas (PANDAS) [também](#) Transtorno de percepção persistente por alucinógenos Perfeccionismo e transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo, [772](#), [774](#) Tipo apenas de desempenho, de transtorno de ansiedade social, [230](#) Perimenopausa e transtorno bipolar II, [157](#) Movimentos periódicos das pernas durante o sono (PLM S), [465](#) Início periparto. Veja também Gravidez de TOC, [269](#) como especificador para transtornos bipolares e relacionados, 173-174 como especificador para transtornos depressivos, [213](#) Subtipo persecutório, de transtorno delirante, [101](#) Persistência. Veja também Critérios de duração

transtorno de acumulação e, [278](#) de
dificuldades de aprendizagem, [79](#)
como especificador para transtornos de adaptação, [320](#)
Transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico), 93-98
Transtorno de luto complexo persistente, [903](#)
Transtorno depressivo persistente, [177](#), [191](#), [193–197](#), [200](#), [327](#), [764](#)
Mudança de personalidade devido a outra condição médica, [775–778](#), [782](#), [785](#), [787](#)
Transtorno de personalidade devido a outra condição médica, [733](#)

1037

Distúrbios de personalidade. Veja também Transtorno de personalidade antissocial; Transtorno de personalidade esquiva; Transtorno de personalidade limitrofe; Transtorno de personalidade dependente; transtorno de personalidade histriônica; Transtorno de personalidade narcisista; Transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo; Outro transtorno de personalidade especificado; transtorno de personalidade paranoíde; Traços de personalidade; transtorno de personalidade esquizóide; Transtorno de personalidade esquizotípica; Modelo alternativo de transtorno de personalidade não especificado para no DSM-5, [881–883](#), [891](#), [893](#), [894](#) agrupamentos e classificação de, [734](#) comorbidade e, [197](#), [343](#), [347](#), [364](#) questões de diagnóstico relacionadas à cultura, [736](#) definição de, [733](#) desenvolvimento e curso de, 735–736 critérios diagnósticos para, [734–735](#), 881–883 características diagnósticas de, [735](#) diagnóstico diferencial de, 736–737 transtornos de adaptação, [322](#) TDAH, [75](#) transtorno do espectro do autismo, [67](#) transtornos bipolares, [150](#), [158](#) transtorno psicótico breve, [111](#) bulimia nervosa, [392](#) transtorno dissociativo de identidade, [336](#) transtorno de jogo, [665](#) pica, [373](#) TEPT, [312](#) transtorno de ansiedade de separação, [221](#), 234-235

modelos dimensionais para, 734
questões de diagnóstico relacionadas ao sexo e gênero, 736 Transtorno de personalidade – traço especificado (PD-TS), 881, 890, 891 Personalidade Psicopatologia Cinco (PSY-5), 893 Traços de personalidade intoxicação por álcool e, 563 definição e descrição de, 892-894, 899-901 transtornos disruptivos, de controle de impulsos e conduta, 522, 532 transtorno dissociativo de identidade e, 331, 332-333 Escala de Funcionamento de Nível de Personalidade, 895-898 patológico, 882, 883, 899- 901 transtornos de personalidade e padrões de, 735 TEPT e 309-310 transtorno de personalidade esquizóide e 744 transtorno de ansiedade social e, 232 abrangência, de traços patológicos de personalidade, 882 Peiote, 593 Fenciclidina, 165. Veja também Transtorno por uso de fenciclidina Mental induzido por fenciclidina transtornos, 590, 596, 600 Transtorno psicótico induzido por fenciclidina, 128, 129 Intoxicação por fenciclidina, 584, 590, 594-596, 639 Transtorno por uso de fenciclidina, 587-590 Fenilalquilaminas , 592 Estímulo fóbico e fobia específica, 225 Abuso físico. Veja também Abuso infantil; Código de abuso sexual de 822-823 transtorno de despersonalização/desrealização e 345 amnésia dissociativa e 339 transtorno dissociativo de identidade e 334 transtorno factício e 369 TOC e 268

Sintomas físicos. Veja também Distúrbios e sintomas cardiovasculares; Sintomas somáticos anorexia nervosa e, 385-386 transtorno do pânico e, 240 transtorno de ansiedade de separação e, 218 Pica, 371-373 síndrome de Pisa, 812 Brincar e TEPT em crianças, 309 Pneumotórax e transtorno por uso de estimulantes, 639 Polifarmácia e substâncias/medicamentos transtorno psicótico induzido, 129 Polissonografia e transtornos do sono-vigília, 408-409, 414-415, 419, 421, 426, 430, 432, 433, 438, 441, 455, 463, 473, 701 Pornografia e transtornos parafílicos, 779, 788 Período pós-parto e transtorno bipolar II, 156-157 Psicose pós-parto, 148 Amnésia pós-traumática devido a lesão cerebral, 336, 341-342 Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

comorbidade e, 313, 324, 327, 343, 356 problemas de diagnóstico relacionados à cultura, 310-311 desenvolvimento e curso de, 308-309 diagnóstico e características associadas de, 305-308 critérios diagnósticos para, 301-304 diagnóstico diferencial de, 312 –13 transtorno de estresse agudo, 318 TDAH, 74 transtornos de ajuste, 321-322

agorafobia, 250
transtorno bipolar I, 149
transtorno dissociativo de identidade,
335 transtorno erétil, 485

1038

transtorno de ansiedade generalizada,
254 transtorno de pesadelo, 460
transtorno desafiador de oposição, 526
transtorno de personalidade, 737
transtorno de luto prolongado, 327
esquizofrenia, 120 transtorno de
ansiedade de separação, 221 transtorno
de ansiedade social, 229 consequências
funcionais de, 311-312 transtorno explosivo
intermitente e 529 neurocognitivo transtornos
e, 712 transtorno de pesadelo e, 459
prevalência de, 308 fatores de risco e
prognóstico, 309-310 questões de diagnóstico
relacionadas ao sexo e gênero, 311
pensamentos ou comportamento suicida, 311
Instabilidade postural e distúrbio da marcha (PIGD),
724 Pobreza. Consulte *Diretrizes práticas de status*
socioeconômico para a avaliação psiquiátrica de adultos
(American Psychiatric Association), 5, 15 Síndrome de Prader-Willi, 286, 423 Pragmática, definição de, 54. Consulte
também Transtorno de comunicação social Gravidez e complicações no parto. Veja também Síndrome alcoólica fetal;
Bebês; Período pós-parto; Psicose pós-parto transtorno por uso de álcool e, 558, 559 abstinência de cafeína e, 573 uso
de maconha e, 580 uso de cocaína e, 639 TOC e, 268 pica e, 372, 373 síndrome das pernas inquietas e, 467 esquizofrenia e, 118
preconceito. Veja Ejaculação Precoce Viés, 501-504 Transtorno disfórico pré-menstrual, 159, 191, 197-200 Síndrome pré-menstrual,
159, 199-200 Escala de classificação de síndrome de tensão pré-menstrual, 199 Transtorno de ansiedade de doença de preocupação
e, 357, 359 transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados e, 263 transtorno de luto prolongado e, 323, 325

Disforia de gênero de início pré-puberal, 516
Prevalência. Veja também informações
contextuais sobre transtornos específicos no DSM-5-
TR, 26, 27 inclusão de dados sobre grupos etnoraciais específicos, 18-19
Transtorno mental primário, uso do termo no DSM-IV, 25
Doença priônica. Consulte Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a doença de
prión Sintomas prodromicos, de esquizofrenia, 115 Revisão profissional e processo de
revisão para DSM-5, 8-9 Paralisia supranuclear progressiva, 699 Transtorno de luto
prolongado, 221, 295, 308, 322-327, 903 Propofol, 654 Hipertrofia prostática, 485 Prostatite
e ejaculação precoce, 503, 504

Diagnóstico provisório, uso de como modificador, 24
Transtorno de tique provisório, 93-98 Pseudocatplexia, 428 Psilocibina, 592, 593 Transtorno de ansiedade indexado por psilocibina, 257 Psychiatric Genomics Consortium, 922 PsychiatryOnline.org, 28 Abuso psicológico, 825, 827 Sofrimento psicológico, e disfunções sexuais, 481, 497. Veja também Fatores psicológicos de angústia que afetam outras condições médicas, 364-367 *Psychological Medicine* (journal), 11 Psychomotor disorder , 135, 186. Consulte também Sintomas motores Psychopathy, 748, 885 Psychosocial stressors. Veja também Status socioeconômico; Transtorno dismórfico corporal de estresse e, 275 ejaculação retardada e, 480 transtorno de dor/penetração genitopélvica e, 496 transtorno de ruminação e, 375

Transtorno(s) psicótico(s). Ver também Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos síndrome de psicose atenuada e, 904 uso de cannabis e, 582 sintomas catatônicos de, 137 diagnóstico diferencial de transtorno de estresse agudo, 318 TDAH, 75 transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva, 380 transtorno dismórfico corporal, 276 delírio, 677-678 transtorno de despersonalização/desrealização, 346 transtorno de coordenação do desenvolvimento, 85 transtorno dissociativo de identidade, 335-336 transtorno de ansiedade de doença, 360 transtorno depressivo maior, 191-192 TOC, 270 transtorno depressivo persistente, 196 transtorno de personalidade, 737, 743, 747 prolongado transtorno de luto, 327 transtorno psicótico devido a outra condição médica, 134 TEPT, 313 mutismo seletivo, 224 transtorno de ansiedade de separação, 221 tricotilomania, 284

1039

heterogeneidade e avaliação clínica, 104 transtorno de personalidade paranoide e 739 transtorno por uso de estimulantes e 636 uso de substâncias e 545

Transtorno psicótico devido a outra condição médica, 108, 125, 131-134 Características psicóticas, como especificador, 173, 212-213 Psicoticismo, como traço de personalidade, 887, 889, 893, 901 Disforia de gênero de início puberal/pós-puberal, 517 Revisão pública e processo de revisão para DSM-5, 8-9 Comportamentos purgativos e bulimia nervosa, 389 Desordem de purga, 396 Piromania, 537-539

Qualidade de vida

transtorno dismórfico corporal e, 275
encoprese e, 404 transtorno de acumulação e, 280 transtorno de ansiedade de doença e, 359 transtorno de insônia e, 415 apneia obstrutiva do sono hipopneia e, 433 TOC e, 269 transtorno do pânico e, 240 síndrome das pernas inquietas e, 467 transtorno de sintomas somáticos e, 352

Raça. Veja também afro-americanos; Nativos do Alasca; Índios americanos; asiático-americanos; Nativos americanos; Havaianos nativos; Ilhas do Pacífico; Racialização; Racismo transtorno por uso de álcool e, 556 uso de maconha e, 578 definição de, 860 PTSD e, 308 como construção social, 17

Racialização e grupos racializados. Veja também Etnia; Raça; Racismo bulimia nervosa e, 391 risco cardiovascular e apneia obstrutiva do sono hipopneia, 435 transtorno de dor/penetração genitopélvica e, 497 TEPT e, 308 esquizofrenia e, 118, 119 construção sociocultural de identidade e, 17 uso do termo no DSM-5-TR , 18 Racismo. Veja também Discriminação; Opressão; Raça

transtorno de conduta e, 535
transtorno disruptivo da desregulação do humor e, 180 foco no DSM-5-TR, 18-19 transtorno de ansiedade generalizada e, 253 impacto nos transtornos mentais, 860 impacto no diagnóstico psiquiátrico, 17-18 transtorno explosivo intermitente e , 528 transtorno depressivo maior e, 189, 190 transtorno de pânico e, 238, 239 transtorno de personalidade paranoide e, 739, 740

TEPT e 310
processos de revisão para o DSM-5 e 11
transtorno de ansiedade social e 232
transtornos relacionados ao tabaco e 648
Ramelteon e distúrbio do sono induzido por substância/medicamento, 472 Ciclagem rápida, como especificador, 146, 155, 161, 171 Sono de movimento rápido dos olhos (REM), 408 Desordem comportamental do sono de movimento rápido dos olhos, 456, 460, 461–464 Fenômeno de Raynaud , 419 Reação, uso de termo e história do sistema DSM, 5 Transtorno de apego reativo, 74, 295-298, 379 Reatividade transtorno de estresse agudo e, 316 TEPT e, 307 Leitura e transtorno específico de aprendizagem, 83-84 Distorções da realidade e síndrome de psicose atenuada, 906–907 Teste de realidade intoxicação por fenciclidina e, 596 abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e, 629 Motivo da visita e diagnóstico principal, 24 Habilidade receptiva e déficits de linguagem, 47 Procedimentos de registro. Consulte Recuperação de codificação. Veja também Recorrência; Recaída; Remissão

transtorno depressivo maior e, 188
transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a traumatismo crânioencefálico e, 709
síndrome neuroléptica maligna e, 811 esquizofrenia e, 117 recorrência. Veja também
Recaída de transtorno bipolar II, 155 de transtorno exibicionista, 784 de transtorno
frotteurístico, 786 de transtorno depressivo maior, 188 de TEPT, 309 de transtorno de sadismo
sexual, 791 de transtorno voyeurístico, 781 Reexperiência. Veja também Flashbacks
transtorno de estresse agudo e, 317 transtorno de percepção persistente de alucinógenos
e, 598 transtorno de luto prolongado e, 327 de eventos traumáticos, 306, 309, 313

Delírios de referência, 101, 745
Encaminhamento para especialista em saúde mental para transtorno de sintomas
somáticos, 352 Refugiados. Veja Imigração e imigrantes

1040

Regurgitação e transtorno de ruminação, 374
Recaída. Veja também Recorrência; Remissão de
agorafobia, 248 de transtorno por uso de
álcool, 557 de transtorno psicótico breve, 110
de transtorno de jogo, 663 de transtorno do
sono induzido por substância/medicamento,
473 Religião. Veja também Diferenças culturais; Hinduísmo;
Rituais; Espiritualidade uso de álcool e, 563 transtorno de ingestão alimentar
evitativa/restritiva e, 378 transtorno psicótico breve e, 110 codificação de
problemas com, 834-835 delírios e, 101 transtorno de despersonalização/
desrealização e, 345 pensamento e fala desorganizados, 102 alucinações e,
119 uso de alucinógenos e, 593 obsessões relacionadas a, 268 transtornos
parafílicos e, 789 perseguição por e TEPT, 310 transtornos de personalidade
e, 746 transtorno disfórico pré-menstrual e, 198 disfunções sexuais e, 480,
482, 487, 491, 495, 499, 502, 503 transtorno de comportamento suicida e,
922 Remissão. Veja também Recuperação; Recaída de agorafobia, 248 de
transtorno por uso de álcool, 557 de transtorno de personalidade antissocial,
750 de transtorno de personalidade límitrofe, 755 de bulimia nervosa, 390 de
transtornos depressivos, 214 de transtorno de jogo, 663 de transtornos de
humor e especificadores para, 175, 214 de transtorno de ansiedade social,
232 de transtornos por uso de substâncias e especificadores para, 547
comportamentos repetitivos

transtorno do espectro do autismo e, 58, 59, 60, 61-62, 65, 67, 298 vícios comportamentais e, 543 transtorno dismórfico corporal e, 272-273 transtorno de escoriação e, 287 transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados, 263 transtorno de movimento estereotipado e , 89-90, 92

Agenda de Pesquisa para DSM-V, A (2002), 6

Instalações residenciais e transtorno do movimento estereotipado, 90 Sintomas residuais, de esquizofrenia, 115 Resiliência e Esboço para formulação cultural, 861 Distúrbios respiratórios, 239, 240, 259, 582. Ver também doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) Gasto energético em repouso e anorexia nervosa, 385 Síndrome das pernas inquietas, 402, 416, 464-468 Inquietação e acatisia aguda induzida por medicação, 813, 814 Ejaculação retrógrada, 481 Deficiências de memória retrospectiva e amnésia dissociativa, 338 Síndrome de Rett, 43, 59, 63, 67, 91 Parkinsonismo induzido por medicação de rigidez e, 808-809, 810 síndrome neuroléptica maligna e, 810 transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo e, 773

Fatores de risco e prognóstico, uso de informações contextuais em, 26-27. Veja também pensamentos e comportamentos suicidas; distúrbios específicos

Rituais. Veja também Espiritualidade

consumo de cafeína e, 572
transtornos de sintomas neurológicos funcionais e, 353
transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados e, 263
transtornos parafílicos e, 789

Romênia, prevalência de transtornos mentais em, 219, 529

Transtorno de ruminação, 374-375

Fugitivos e desordem de conduta, 533

Tristeza e transtorno depressivo maior, 185

Transtorno de ansiedade induzido por salbutamol, 257

Salvia divinorum, 592

Síndrome de Sanfilippo, 43

Sarna, 287

Transtorno esquizoafetivo, 108, 120, 121-125, 149, 158, 192, 271

Transtorno de personalidade esquizóide, 733, 741-744, 747, 775

Esquizofrenia

transtorno por uso de álcool e, 24.561
uso de cannabis e, 582 catatonía e, 136
comorbidade e, 121.271.561 problemas
de diagnóstico relacionados à cultura, 118-119 desenvolvimento e curso de, 117-118
características diagnósticas e associadas de, 26 .
----- 785 transtornos
relacionados a alucinógenos e 594 transtorno
depressivo maior, 191-192

narcolepsia, 428
transtornos de personalidade,
751 transtorno esquizoafetivo, 125
mutismo seletivo, 224 transtorno
de ansiedade social, 235 transtorno
voyeurístico, 782 consequências
funcionais de, 119 diagnósticos errados
de, 18, 116, 119, 147 sintomas negativos
de, 102 prevalência de, 116–117 fatores
de risco e prognóstico, 118 questões de
diagnóstico relacionadas ao sexo e
gênero, 119 pensamentos ou comportamentos
suicidas, 119 espectro da esquizofrenia e outros
transtornos psicóticos. Veja também Transtorno psicótico breve; Catatonia; Transtorno delirante;
Transtorno psicótico devido a outra condição médica; Transtorno esquizoafetivo; Esquizofrenia; Diagnóstico diferencial de transtorno psicótico
induzido por substância/medicamento de, 229, 280, 380, 520 características-chave que definem, 101-103

Transtorno esquizofreniforme, 24, 108, 110, 111-113, 120, 191
Classificação de transtorno de personalidade esquizotípica de, 104
questões de diagnóstico relacionadas à cultura, 746 definição de,
733 diagnóstico e características associadas de, 745-746, 884
critérios diagnósticos para, 744 –745, 889–890 diagnóstico
diferencial de, 67, 120, 747–748, 756, 764, 906 prevalência de, 746
fatores de risco e prognóstico, 746 escolas. Veja também Educação

transtorno de conduta e, 533
transtorno disruptivo de desregulação do humor e, 180
transtorno por uso de inalantes e, 603 transtorno de
ansiedade de separação e, 218, 221 transtorno de
ansiedade social e, 233 transtorno específico de
aprendizagem e, 84 Comitê de Revisão Científica (SRC),
9 Escócia, neurológico funcional transtorno de sintomas em,
362 Padrão sazonal, como especificador, 174–175, 214, 335 Ganho
secundário e transtorno de sintomas neurológicos funcionais, 362
Características sexuais secundárias e disforia de gênero, 514 Sigilo e compulsão
alimentar, 388 Sedativo(s), 472, 560 Transtornos mentais induzidos por
sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 625-626, 628, 631-632, 716. Veja também
Sedativo não especificado,
transtorno relacionado a hipnótico ou ansiolítico
Intoxicação por sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 564, 584, 614, 616, 626-628
Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 561, 620-626 Abstinência de
sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 567, 619, 625-626, 628 –631 Convulsões e distúrbios
convulsivos. Ver também Epilepsia transtorno por uso de álcool e 559 amnésia
dissociativa e 342 transtorno dissociativo de identidade e 337 transtorno de sintomas
neurológicos funcionais e 361 abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e
629, 630-631 relacionados ao sono, 456, 460, 464 lesão cerebral traumática e, 708,
709 Amnésia seletiva, 338 Mutismo seletivo, 51, 66, 215, 222–224, 234 Inibidores
seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs), 487, 814, 818 Auto. Veja também
Transtorno de despersonalização/desrealização de identidade e, 343-344

transtorno dissociativo de identidade e senso de, 331

Auto estima

anorexia nervosa e 383

transtorno de personalidade esquiva e 765-766

encoprese e 403 transtorno erétil e 482 episódio

depressivo maior e 142, 152, 184 episódios maníacos

e 144 transtorno de personalidade narcisista e 761.764

ejaculação precoce e 504

Autoimolação e contexto cultural de transtorno de ajustamento, 321 Autolesão.

Veja também Transtorno de autolesão não suicida

anorexia nervosa e 386

transtorno do espectro do autismo e 60, 62

transtorno de personalidade borderline e 754

catatonia e 135 codificação de 822 transtorno

dissociativo de identidade e 332 transtorno factício

e 369 transtorno do desenvolvimento intelectual

e 45 pica e 373 olho rápido distúrbio de

comportamento do sono de movimento e, 462, 463

distúrbio de movimento estereotipado e, 37, 89, 90

Automedicação e transtorno do pânico, 241

Autorrelatos, de transtorno de conduta, 533

Sensibilização e transtorno por uso de estimulantes, 636

Fenômenos sensoriais e TOC, 267

Sintomas sensoriais, de transtorno de sintomas neurológicos funcionais, 361

Transtorno de ansiedade de separação, 215, 217-221, 228, 234, 241, 249, 254, 327, 756, 770

Doença mental grave, definição de, 615

Anormalidades serotoninérgicas e transtorno explosivo intermitente, 528

1042

Química sérica e anorexia nervosa, 385 Transtorno

grave de substância desconhecida, 547 Gravidade,

medidas e avaliação de, 842. Ver também Dimensões classificadas pelo clínico da gravidade dos sintomas de psicose; Especificadores Sexo, uso do

termo, 19 Problemas de diagnóstico relacionados ao sexo e gênero, 19. Veja também transtornos específicos transtornos de ansiedade e, 228, 233,

239-240, 244, 249, 253 transtornos bipolares e relacionados e, 147-148, 156-157, 167 transtornos depressivos e, 180, 190, 208 transtornos disruptivos, de

controle de impulsos e conduta e, 525, 535, 537 transtornos dissociativos e, 334 transtornos de eliminação e, 401, 404 transtornos alimentares e, 373,

378, 391 transtorno do jogo e, 664 disforia de gênero e, 518 transtorno do jogo na Internet e, 915 transtornos neurocognitivos maiores e leves, 688-689,

693 transtornos do neurodesenvolvimento e, 44, 65, 72, 84, 96 transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados e, 268-269, 274, 280 transtornos

parafílicos e, 782, 797 transtornos de personalidade e, 736, 740, 755-756, 759, 763, 766, 770 piromania e, 538 espectro da esquizofrenia e outros

transtornos psicóticos e, 119 disfunções sexuais e, 497, 501, 503, 508 distúrbios do sono-vigília e, 414, 433, 441, 454, 459, 462, 466-467 somat

sintomas ic e transtornos relacionados e, 354-355, 363

transtornos por uso de substâncias e, 558, 563, 573, 580, 593, 612, 638, 645
transtorno de comportamento suicida e, 922 transtornos relacionados a trauma e
estressores e, 311, 317-318, 326

Cirurgia de redesignação sexual, 512

Sexsônia, 453

Abuso sexual

anorexia nervosa e 386
transtorno de personalidade antissocial e 751
transtorno de personalidade borderline e 755
codificação de 823-824 transtorno de
despersonalização/desrealização e 345 amnésia dissociativa
e 339 transtorno dissociativo de identidade e 334 transtorno
por uso de opióides e 612 transtorno disfórico pré-menstrual
e, 199

PTSD e, 305, 311

Comportamento sexual e episódios maníacos, 145

Disfunções sexuais. Veja também Ejaculação retardada; Distúrbio erétil; Distúrbio orgâsmico feminino; Interesse/excitação sexual feminina
transtorno; Transtorno do desejo sexual hipoativo masculino; Outra disfunção sexual especificada; Ejaculação precoce; Disfunção
sexual induzida por substância/medicamento; Características de disfunção sexual não especificadas de 477-478 transtorno fetichista
e 797-798 transtorno por uso de opióides e 614 uso de substâncias e 545 História sexual e transtorno erétil, 482 transtorno de
masoquismo sexual, 779, 788-790, 798 transtorno de sadismo sexual, 779, 790-792 *Shenjing shuairuo*, 354, 877-878 *Shen-k'uei*,
875 Trabalho por turnos e distúrbios do sono-vigília, 416, 427, 450-451 Distúrbio de insônia de curto prazo, 417 *Shubo-kyofu*, 274
Timidez esquiva transtorno de personalidade e, 766 mutismo seletivo e, 223 transtorno de ansiedade social e, 233 efeitos colaterais,
de medicamentos aumentam com a idade, 623-624 transtornos mentais induzidos por substância/medicamento e, 551 tiques motores
simples e tiques vocais simples, 94 útomo tomografia computadorizada por emissão de fótons (SPECT), 701 Situação/insônia aguda,
413, 415-416 Pele e distúrbios de escoriação, 285 “estouros de pele” e uso de opióides, 613 Escravidão, raça e história de, 860 Sono.
Ver também Transtornos do sono-vigília transtorno de estresse agudo e, 315 definição de termos, 409 delírium e, 676 transtorno
depressivo maior e, 186 episódios maníacos e, 144 enurese noturna e movimento rápido dos olhos, 400 TEPT e, 307, 311 transtorno
de ansiedade de separação e, 218 Síndromes de apneia do sono e narcolepsia, 427, 429. Consulte também Hipopneia de apneia
obstrutiva do sono “Ataques do sono” e narcolepsia, 427 Privação do sono, 427, 459 Diários do sono, 411, 420, 445, 447, 448, 449,
451, 473 Inércia do sono e transtorno de hipersonolência, 318 Insônia no início do sono e insônia de manutenção do sono, 411

Paralisia do sono, [424-425, 426, 458](#)

Comportamento alimentar relacionado ao sono, [453, 454, 455, 456](#)

1043

Hipoventilação relacionada ao sono, 439–443

Comportamento sexual relacionado ao sono, [453](#)

Tipo terror noturno, de movimentos oculares não rápidos Distúrbios do despertar do sono, [452, 453, 454, 455, 460](#) Distúrbios do sono-vigília. *Consulte também* Distúrbios do sono relacionados à respiração; Distúrbios do sono-vigília do ritmo circadiano; Hipersonolência transtorno; transtorno de insônia; Narcolepsia; Transtorno de pesadelo; Distúrbios do despertar do sono com movimentos oculares não rápidos; Distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos; Síndrome das pernas inquietas; Distúrbio do sono induzido por substância/medicamento TDAH e, [75](#)

abordagens para classificação de, [407](#)

associação com pensamentos ou comportamento suicida, [409](#)

induzido por cafeína, [574](#) comorbidade e, [408](#) diagnóstico diferencial

de, [408, 445, 474](#) conceitos e termos-chave, 408-409 transtornos

neurocognitivos e, [702, 712](#) uso de substâncias e, [545](#)

Sonambulismo e distúrbios do despertar do sono com movimentos oculares não rápidos, [452–453, 454, 457](#) Doença

de pequenos vasos, [704](#) Tabagismo. *Consulte Uso de tabaco Ronco e apneia do sono hipopneia, 431, 432, 433, 434*

Inalação e uso de opioides ou cocaína, [614, 635](#) Ansiedade social e transtorno de personalidade esquizotípica, 745–74

Características do transtorno de ansiedade social de, [216](#) comorbidade e, [159, 768](#) conceitos culturais de sofrimento e [879](#) características de diagnóstico relacionadas à cultura, 232-233 desenvolvimento e curso de, 231-232 características de diagnóstico e associadas de, 230-231 critérios de diagnóstico para, 229-230 diagnóstico diferencial de, 233-235

transtorno de personalidade esquiva, [767](#)

agorafobia, [249](#) anorexia nervosa, [387](#)

transtorno de ingestão alimentar evitativa/

restritiva, [379](#) transtorno dismórfico corporal, [276](#) transtorno

de ansiedade generalizada, [254](#)

TOC, [254](#)

transtorno desafiador de oposição, [526](#)

transtorno de pânico, [241](#) mutismo seletivo,

[224](#) transtorno de ansiedade de separação,

[221](#) transtorno de comunicação social, [55](#)

fobia específica, [228](#) consequências funcionais

de, [233](#) genética de, [232](#) ejaculação precoce

e, [503](#) prevalência de, [231](#) risco e fatores

prognósticos, [232](#) questões de diagnóstico

relacionadas ao sexo e gênero, [233](#) especificadores

para, [230](#) pensamentos ou comportamentos

suicidas, [233](#)

Cognição social e domínios neurocognitivos, [671](#)

Comunicação social e transtorno do espectro do autismo, [58, 59, 60](#)

Distúrbio de comunicação social, [35-36, 54-56, 66](#)

Costumes sociais e consumo de cafeína, [572](#)
Determinantes sociais da saúde. *Veja também Acesso;*
Desenvolvimento de cuidados de saúde de DSM-5-TR e, [16](#)
narcolepsia e exposição diferencial a, [426](#) Outline for Cultural
Formulation e, [861](#) raça e exposição diferencial a, [18.431](#)
[fatores](#) de risco para distúrbios neurocognitivos, [687](#)

Domínio social, de funcionamento adaptativo, [42](#)
Reciprocidade socioemocional e transtorno do espectro autista, 60–61
Função social. *Veja Relações sociais Isolamento social anorexia nervosa e,*
[386](#) consequências para a saúde de adultos mais velhos, [66](#) narcolepsia e,
[427](#) distúrbios do despertar do sono com movimentos oculares não
rápidos e, [455](#) taxas de esquizofrenia e, [118](#) transtorno de ansiedade
social e crônica, [235](#)

Mídia social e transtorno de conduta, [533](#)
Redes sociais e formulação cultural, [861](#). *Veja também Apoio às relações*
sociais. *Veja também Amizades; Relações interpessoais; Isolação social; Apoie transtorno de personalidade*
esquiva e [765-766](#) transtorno dismórfico corporal e [276](#) transtorno de personalidade limítrofe e [753](#)
codificação para problemas relacionais, [828-830](#) transtorno de escoriação e [286](#) transtorno de interesse/
excitação sexual feminino e [491](#) transtorno de dor/penetração genito-pélvica e, [498](#) transtorno explosivo
intermitente e, [529](#) transtorno desafiador opositivo e, [525](#) transtorno de personalidade esquizóide e, [742](#)
mutismo seletivo e, [223](#) transtorno de ansiedade social e, [234](#) regras sociais, de comunicação, [54](#)
retraimento social e conceitos culturais de angústia, [875](#) sociocultural contexto. *Veja também Contexto*
cultural de agorafobia, [247](#) de comorbidades no transtorno bipolar II, [159](#) desenvolvimento de DSM-5-TR
e [16](#) de transtorno disruptivo de desregulação do humor, [180](#)

1044

de transtorno orgástico feminino, [487](#)
transtorno do desenvolvimento intelectual e, [44](#)
de transtorno disfórico pré-menstrual, [199](#) de
TEPT, [310](#) de transtorno de ansiedade social, [231](#)
de fobia específica, [226](#) status socioeconômico
transtorno por uso de álcool e [557](#) codificação de,
[831-832](#) transtorno depressivo maior e, [190](#) transtorno
neurocomportamental associado à exposição pré-
natal ao álcool e, [919](#) transtorno específico de
aprendizagem e, [82](#) transtorno por uso de
estimulantes e, [637](#) transtornos relacionados ao tabaco e, [649](#) sociopatia, [748](#) subtipo
somático, de transtorno delirante, [101](#) sintoma(s) somático(s). *Veja também Sintomas*
físicos; Sintomas somáticos e distúrbios relacionados

de transtorno de despersonalização/desrealização, [344](#)

de transtorno de luto prolongado, [324](#)
de PTSD, [311](#)
Características de transtorno de
sintomas somáticos de, [349](#)
comorbidade e, [356, 364](#)
conceitos culturais de sofrimento e, [878](#)
problemas de diagnóstico relacionados à
cultura, [354](#) desenvolvimento e curso de,
[353](#) características diagnósticas e associadas de,
351-352 critérios diagnósticos para, [351](#) diagnóstico
diferencial de, [254, 355-356, 359, 363-364, 366-367, 498](#) consequências funcionais
de, [355](#) prevalência de, 352-353 fatores de risco e prognóstico, 353-354 questões
de diagnóstico relacionadas ao sexo e gênero, 354-355 suicídio pensamentos ou
comportamento, [355](#)

Sintoma somático e transtornos relacionados. *Veja também* Transtorno factício; Distúrbio de sintomas neurológicos funcionais; Transtorno de ansiedade de doença; Outro sintoma somático especificado e transtorno relacionado; Transtorno de sintomas somáticos; Sintoma somático não especificado e transtorno relacionado
classificação e características de, 349-351 diagnóstico
diferencial de, [369](#)
Transtorno de somatização, [350, 353](#)
Distúrbios somatoformes, [349](#)
"Perda da alma", como síndrome cultural, [239, 879](#)
Coreia do Sul, prevalência de
transtorno por uso de álcool em,
[558](#) encoprese em, [403](#) jogos na
Internet em, [914](#) transtorno de
comportamento do sono com movimentos rápidos dos olhos
em, [462](#) síndrome das pernas inquietas em, [465](#) Espanha,
prevalência de ataques de pânico em, [243](#) Interesses especiais e
transtorno do espectro do autismo, [62](#) Desenvolvimento específico
transtorno da função motora, [86](#) Transtorno específico da
aprendizagem, [36, 45, 53, 76-85, 689](#) Fobia específica, [159, 216,](#)
[221, 224-229, 234, 241, 249, 270, 379](#) Especificadores. *Veja também*
Codificação para transtornos de ajuste, [320](#) para fase avançada do sono do
tipo de transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, [446](#) para transtorno
do espectro do autismo, [36, 59-60](#) para transtornos bipolares e relacionados, [169-175](#) para
transtorno dismórfico corporal, [272](#) para sono central apnéia, [436](#) para transtorno de
conduta, [532-533](#) informações contextuais no DSM-5-TR sobre, [26](#) para transtornos
depressivos, [210-214](#) para amnésia dissociativa, [338](#) como elemento de diagnóstico, [21](#)
para transtorno exibicionista, [783](#) para transtorno fetichista, [796](#) para transtorno frotteurístico,
[786](#) para transtorno do jogo, [662](#) para disforia de gênero, [513](#) para transtorno de acumulação,
[278](#) para transtornos do desenvolvimento intelectual, [38](#) para transtornos neurocognitivos
maiores e leves, [684](#) para transtornos do neurodesenvolvimento, [37](#) para apnéia e hipopnéia
obstrutiva do sono, [429-430](#) para TOC, [266](#) para transtorno desafiador de oposição, [523](#)
para ataques de pânico, [242-245](#)

para transtornos de personalidade, [555](#), [565](#), [886](#), [887](#), [888](#), 889-890
para transtorno de ansiedade social, [230](#) para fobias específicas, [225](#)
para transtornos por uso de substâncias, [470](#), [547](#), [555](#), [565](#), [576](#), [588](#),
[592](#), [602](#), [622](#), [634](#), [646](#), [653](#) para transtornos de tiques, [93](#) para transtorno transvéstico, [790](#) uso de
manual e, [22](#) transtorno voyeurístico e, [781](#) Spectrum, uso de termo, [60](#) Speech. Veja também
Comunicação; Pensamento desorganizado da linguagem e, [102](#) transtorno de sintomas neurológicos
funcionais e, [361](#), [362](#) transtorno de personalidade histriônica e, [758](#) episódios maníacos e, [144](#) transtorno
de personalidade esquizotípica e, [745](#) transtorno de som da fala, 50-51 lesão medular e transtorno erétil,
[485](#) espíritos, e interpretações culturais de delírios, [118](#), [124](#). Veja também Crenças sobrenaturais

1045

Espiritalidade. Veja também Religião; Crenças sobrenaturais
codificando problemas com, 834-835 conteúdo de
obsessões e compulsões, [268](#) transtorno de
despersonalização/desrealização e [345](#) transtorno de
pesadelo e [459](#) transtornos parafílicos e [789](#) transtorno de
luto prolongado e [326](#) fatores psicológicos que afetam outras
condições médicas e [366](#) TEPT e, [311](#) Sri Lanka, e
prevalência de encoprese, [403](#) *Srog rlung gi nad*, Estabilidade, de traços
patológicos de personalidade, [882](#) Medidas padronizadas

de funcionamento adaptativo, [42](#)
para transtorno do espectro do autismo,
[62](#) de desenvolvimento da linguagem,
[47](#) para transtorno disfórico pré-menstrual, [199](#)
taxa de mortalidade padronizada (SMR) e suicídios relacionados a opióides, [613](#)
respostas de sobressalto transtorno de estresse agudo e, [316](#) transtorno de
ansiedade generalizada e, [251](#) TEPT e, [307](#) Estereótipo(s). Veja também
Distúrbio de movimento estereotípico

abordagem centrada na pessoa para avaliação cultural e, [862](#) racismo
como determinante social da saúde e, [18](#) transtorno específico de
aprendizagem e, [84](#) movimentos estereotipados e TOC, [270](#) transtorno
de movimento estereotipado, [37](#), [66-67](#), [89-92](#), [284](#), [286](#), [926](#) Estereótipias
e transtorno do espectro do autismo, [61](#) Esteróides, [168](#), [203](#), [277](#). Veja também
Transtorno do uso de esteróides anabolizantes; Corticosteróides Estigma e
estigmatização

contexto cultural de respostas familiares e comunitárias à doença mental, [16](#) disforia de
gênero e, [519](#) transtorno de dor/penetrção genitopélvica e, [496](#) transtorno de pânico e,
[238](#) autolesão e, [924](#) transtorno de sintomas somáticos e [354](#) estimulante(s). Veja
também Distúrbios relacionados a estimulantes

bulimia nervosa e, 392 insônia
e, 417 narcolepsia e, 424
ataques de pânico e, 241
transtornos induzidos por
substâncias/medicamentos e, 165, 203, 204, 472, 715 transtornos mentais induzidos
por estimulantes, 639–640, 642, 644 intoxicação por estimulantes , 639, 640–642 Distúrbios
relacionados a estimulantes, 632–640, 913. Veja também Estimulante(s); Transtornos
mentais induzidos por estimulantes; Transtorno relacionado a estimulantes não especificado

Abstinência de estimulantes, 639-640, 643-644, 818
Infecções estreptocócicas e transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados, 292 Estresse. Veja
também Transtornos de ajuste de estressores psicossociais e 320, 322 anorexia nervosa e 384
transtorno de personalidade borderline e 754 transtorno de despersonalização/desrealização
e 345 amnésia dissociativa e 342 transtorno de sintomas neurológicos funcionais e 362
transtorno de insônia e 413 Esboço para formulação cultural e 861 transtorno de pânico e
238 transtorno de personalidade paranoide e 740, 741 transtorno de personalidade esquizoide
e 744 transtorno de personalidade esquizotípica e 748 transtorno de ansiedade de separação
e 219 disfunções sexuais e 485, 491, 495, 499, 502 transtorno por uso de estimulantes e,
637 transtornos de tiques e, 96 AVC, 167, 437, 439, 704 testes Stroop, 714 Racismo
estrutural, 18 Estupor comportamento catatônico e, 102 delírio e, 676 síndrome neuroléptica
maligna e, 810 Gagueira. Veja Transtorno da fluência com início na infância Alterações
isquêmicas subcorticais, 704 Relatos subjetivos, de transtorno de insônia, 411 Abuso de
substâncias. Veja também Cannabis; Cocaína; Metanfetamina; Opióides; Overdoses;
Transtornos por uso de substâncias; Tabaco

sistema de recompensa cerebral e,
543 transtorno de despersonalização/desrealização e, 345
transtorno erétil e, 484 transtorno de interesse/exitação sexual
feminino e, 492 transtorno depressivo maior e, 189 transtorno
de desejo sexual hipoativo masculino e, 501 episódios
maníacos e, 145 transtorno de pesadelo e, 460–461 piromania
e 539 distúrbios do sono induzidos por substâncias/
medicamentos e 473–474 distúrbios induzidos por substâncias.
Veja Abuso de substâncias; Intoxicação por substância;
Transtornos mentais induzidos por substâncias/medicamentos;

Transtornos por uso de substâncias; Retirada de substância
Intoxicação por substância, 545, 548-550, 674, 717, 782, 785, 787, 796
Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, 216, 241, 245, 254, 255-258, 260
Transtorno bipolar e relacionado induzido por substância/medicamento, 149, 158, 161, 162-165, 196

Transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por substância/medicamento, [682](#), 712-717
Transtornos mentais induzidos por substância/medicamento, [25](#), [287](#), [336](#), [346-347](#), [544](#), [548](#), 550-553
Transtorno neurocognitivo induzido por substância/medicamento, [556](#) Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por substância/medicamento, [264](#), [287-291](#), [293](#) Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento, [108](#), [121](#), [126-131](#), [134](#), [584](#), [907](#) Disfunção sexual induzida por substância/medicamento, [488](#), 504- 509 Distúrbios do sono induzidos por substâncias/medicamentos, 468-474 Distúrbios relacionados a substâncias. Veja também Distúrbios relacionados ao álcool; Distúrbios relacionados à cafeína; Distúrbios relacionados à cannabis; Transtorno por uso de cocaína; Distúrbios relacionados a alucinógenos; Distúrbios relacionados a inalantes; Distúrbios não relacionados a substâncias; Distúrbios relacionados a opióides; Outros transtornos (desconhecidos) relacionados a substâncias; Distúrbios relacionados a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; Distúrbios relacionados a estimulantes; Distúrbios induzidos por substâncias; Transtornos por uso de substâncias; Transtorno relacionado ao tabaco Transtornos por uso de substâncias. Veja também comorbidade de abuso de substâncias e, [159](#), [250](#), [271](#), [392](#), [581](#) características diagnósticas de, [544](#), [545](#), 546-547 diagnóstico diferencial de TDAH, 74-75 anorexia nervosa, [386](#) transtorno psicótico breve, [110](#) transtornos de personalidade, [737](#), [739](#), [744](#), [747](#), [751](#), [757](#), [760](#), [764](#), [767](#), [771](#), [775](#), [777](#) transtorno por uso de fenciclidina, [590](#) transtorno de hipersonolência e, [421](#) transtorno explosivo intermitente e, [530](#) jogos na Internet e, [914](#) transtornos neurocognitivos e, [712.717](#) opositor desafiador transtorno e, 526-527 transtorno por uso de outra substância (ou desconhecido) e, [655](#) fatores psicológicos que afetam outras condições médicas e, [366](#) piromania e, [539](#) transtornos mentais induzidos por substância/medicamento distintos de, [550](#) lesão cerebral traumática e, [710](#) abstinência de substância, [545](#), [548](#)-[550](#), [675](#) Subtipos de anorexia nervosa, [382](#) de apneia central do sono, [436](#) de transtorno de conduta, [532](#) informações contextuais no DSM-5-TR sobre, [26](#) de transtorno delirante, [106](#) como elemento de diagnóstico, [21](#) de encoprese, 402 –403 de enurese, [399](#) de transtorno exibicionista, [783](#) de transtornos neurocognitivos maiores e leves, [684](#), [687](#) de narcolepsia, [423](#) de alteração de personalidade devido a outra condição médica, [776](#) de transtorno de personalidade - traço especificado, [890](#) de disfunções sexuais, [477](#), [479](#), [482](#), [486](#), [487](#), [491](#) de hipoventilação relacionada ao sono, [440](#)

“Súbita cheirando morte”, [604](#), [607](#)
Sugestibilidade e transtorno de personalidade histriônica, [758](#)
Transtorno de comportamento suicida, [920-923](#), [926](#) Pensamentos ou comportamento suicida. Veja também distúrbios específicos
Doença de Alzheimer e, [694](#)
transtornos de ansiedade e, [220](#), [228](#), [233](#), [240](#), [245](#), [249](#), [263](#)
transtornos bipolares e relacionados e, [148](#), [157](#) transtorno de personalidade limítrofe e, [754](#) codificação de, [822](#) informações contextuais no DSM-5-TR, [27](#) transtornos depressivos e, [190](#), [195](#), [199](#), [205](#), [208](#) episódios depressivos com hipomania de curta duração e, [909](#) transtornos dissociativos e, [334](#), [340](#)

transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta e, [535-536](#), 538-539
transtornos de alimentação e alimentação e, [386](#), [395](#) transtorno de jogo e, [664](#) disforia
de gênero e, 518-519

Transtorno de jogos na Internet e [916](#)
transtorno de personalidade narcisista e [763](#)
transtorno neurocomportamental associado à exposição pré-natal ao álcool e [919](#)
transtornos neurocognitivos e [689](#), [710-711](#), [728](#) como nova seção no DSM-5-TR, 19-20
transtornos do neurodesenvolvimento e, [44](#), [65](#), [72](#), [84](#), [96](#) transtorno de autolesão não
suicida e, [925](#), [926](#) transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados e, [269](#), 274-275
piromania e, 538-539 espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos e, [119](#),
[125](#), [133](#) transtornos do sono-vigília e, [409](#), [415](#), [459](#) disfunções sexuais e, [488](#), [492](#),
[504](#) sintomas somáticos e transtornos relacionados e, [355](#), [363](#) transtornos por uso de
substâncias e, [556](#), [559-560](#), [562](#), [563](#), [580](#), [597](#), [604](#), [613](#), [625](#), [638-639](#), [649](#) transtornos
relacionados a trauma e estressores e, [311](#), [321](#)

1047

Tentativas de suicídio,
[921](#) crenças sobrenaturais e explicações culturais. Veja também Posse; Conteúdo do
espírito de obsessões e compulsões, [268](#) delírios e, [101](#) transtorno de
despersonalização/desrealização e, [345](#) transtorno do desenvolvimento intelectual,
[44](#) narcolepsia e paralisia do sono, [426](#) transtornos de personalidade e, [76](#) TEPT
e, [310](#) alimentação complementar e transtorno alimentar evitativo/restritivo , [377](#)
Módulos suplementares, para Entrevista de formulação cultural, [863](#) Apoio e redes
de apoio, [58](#), [310](#). Veja também Relações sociais Cirurgia e transtorno dismórfico
corporal, [273](#) Suspeita e transtorno de personalidade paranoide, [738](#), [739](#) Susto,
878-879 Suvorexant, [472](#) Suécia, prevalência de fase tardia do sono do tipo de ritmo
circadiano transtorno sono-vigília em, [444](#) transtorno de coordenação do desenvolvimento
em, [87](#) transtorno exibicionista em, [784](#) transtorno de jogo em, [664](#) transtorno psicótico
devido a outra condição médica em, [132](#) comportamento suicida em pacientes com
TOC , [269](#) transtornos de tique em, [96](#) transtorno transvestítico em, [799](#) transtorno
voyeurístico em, [781](#)

Suíça, prevalência de síndrome
de psicose atenuada em, [905](#) ejaculação
precoce em, [503](#) distúrbio comportamental
do sono com movimentos rápidos dos olhos em, [462](#)
Síncope e transtorno de sintomas neurológicos funcionais, [361](#)
Coreia de Sydenham, [96](#), [292](#)
Obsessões de simetria, [264](#), [266](#)
Síncope e narcolepsia, [428](#)
Canabinóides sintéticos, [577](#), [583](#)
Opioides sintéticos, [610](#)
Amméssia sistematizada, [338](#)

Racismo sistêmico, 17-18

Taquipneia e síndrome neuroléptica maligna, 810

Taijin kyofusho, 233, 274, 879

Taiwan, prevalência de

transtorno de conduta em, 535-536

transtorno de coordenação do desenvolvimento em, 87

Distúrbio de jogos na Internet em, 916

distúrbio de comportamento do sono de movimento rápido dos olhos,

462 distúrbio de ansiedade de separação em, 220

Cardiomiopatia de Takotsubo, 365 Acatisia

tardia, 816 Discinesia tardia, 92, 814-816

Distonia tardia, 816 Preferências de alvo e

transtornos parafílicos, 779 Fatores

temperamentais. Veja Traços de personalidade Explosões de

temperamento e transtorno desafiador de oposição, 523 Epilepsia

do lobo temporal e transtorno psicótico devido a outra condição médica, 132 de

transtorno esquizoafetivo, 124 Terminologia, uso de no DSM-5-TR, xxi, 25-26 Testosterona e transtorno de desejo

sexual hipoativo masculino, 500 THC. Veja Delta-9-tetrahidrocannabinol Temas, de obsessões e compulsões,

264, 266 Déficits de teoria da mente e transtorno do espectro do autismo, 62 Eficácia terapêutica e conceitos

culturais de angústia, 872 "Pensando demais", como conceito cultural de angústia, 876 Pensamentos e

pensamentos. Veja também Pensamento desorganizado; Pensamento mágico; Pensamentos ou comportamentos

suicidas

delírios e, 101 transtorno

de jogo e, 662 luto e, 142, 152, 184

transtorno depressivo maior e, 186

transtornos obsessivo-compulsivos e

relacionados e, 264, 266

Distúrbios da tireóide e disfunções sexuais, 493, 501, 503, 504. Ver também Hipertireoidismo; Hipotireoidismo Distúrbios de tiques. Veja também transtorno de Tourette

características de, 37

comorbidades e, 97-98, 271 problemas

de diagnóstico relacionados à cultura, 96

desenvolvimento e curso de, 95 critérios

diagnósticos para, 93 características diagnósticas

de, 93-95 diagnóstico diferencial de, 91-92,

97, 270 consequências funcionais de, 96-97 TOC e,

266 prevalência de, 95 fatores de risco e prognóstico,

95-96 questões de diagnóstico relacionadas a sexo

e gênero, 96 especificador relacionado a tiques para

TOC e, 264 Tempo. Veja também Padrões temporais

compulsão alimentar e, 393 consumidos por obsessões e

compulsões, 267 fase atrasada do sono tipo de distúrbio

sono-vigília do ritmo circadiano e, 444

TDAH e [71](#)

transtorno de pânico e ataques de pânico, [239, 244](#)

esquizofrenia e [121](#) disfunção sexual induzida por

substância/medicamento e [508](#) transtorno do sono induzido por substância/

medicamento e [472](#)

Transtornos mentais induzidos pelo tabaco, [651](#)

Transtornos relacionados ao tabaco. Veja Transtornos mentais induzidos pelo tabaco; Transtorno por uso de tabaco; Abstinência do tabaco; Não especificado
transtorno relacionado ao

tabaco Transtorno por uso de tabaco. Veja também Tabaco

transtorno por uso de cafeína e, [912](#)

transtorno por uso de cannabis e, [582](#)

comorbidade e, [649](#) problemas de

diagnóstico relacionados à cultura, [648](#)

desenvolvimento e curso de, 647-648

características diagnósticas e associadas de, 646-647

critérios diagnósticos para, 645-646 marcadores

diagnósticos para, [648](#) consequências funcionais de, [649](#)

transtorno de jogo e, [665](#) prevalência de, [647](#) fatores de

risco e prognóstico, [648](#) questões de diagnóstico

relacionadas ao sexo e gênero, [648](#) especificadores para,

[646](#) pensamentos ou comportamentos suicidas, [649](#)

Retirada do tabaco, 649-651

Tolerância

cafeína e [570](#) uso de

inalantes e [603](#) transtorno

por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos e [622.623](#) transtornos por

uso de substâncias, [546.547](#) uso de tabaco e [647](#)

Distúrbio de Tourette, [37, 53, 93-98, 286](#)

Toxinas

transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento e, [257](#)

transtorno psicótico induzido por substância/medicamento e, [129, 134](#)

Curandeiros tradicionais e fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, [366](#). Veja também Práticas alternativas de cura Resposta transativa (TAR) Patologia relacionada à proteína de ligação ao DNA 43 (TDP-43), [702](#) Indivíduos transgêneros. Veja também Gênero; Indivíduos lésbicas, gays,

bissexuais e transgêneros (LGBT) experiências de disfunção sexual e, [478](#) pensamentos ou comportamentos suicidas, [518, 519, 922](#) uso de termo, [511](#)

Transsexual, uso de termo, 511-512 Transtorno transvestico, [779, 798-800](#) Travestismo, [517, 519](#) Trauma e eventos traumáticos. Veja também

Experiências adversas na infância; Transtorno de estresse pós-traumático

transtornos dissociativos e, [329, 340](#)

transtorno de sintomas neurológicos funcionais e, [362](#) pesadelos

e, [458](#) fobia específica e, [226](#)

Traumatismo crânio-encefálico (TCE). Veja também Traumatismo craniano; Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a lesão cerebral traumática;

Amnésia pós-traumática devido a lesão cerebral

transtorno de estresse agudo e, [316, 319](#) transtorno

bipolar e relacionado devido a outra condição de medicação e, [167](#) classificação de

gravidez, [708](#) definição de, [707](#) transtorno depressivo devido a outra condição médica e,

[207](#) diagnóstico diferencial e, [313, 347](#) transtorno de hipersonolência e, [419](#) transtorno

neurocognitivo principal ou leve devido à doença de Alzheimer e, [693](#) transtornos relacionados

a trauma e estresse, [229, 295](#). Ver também transtorno de estresse agudo; Distúrbios de

ajustamento; Social desinibido

transtorno de engajamento; Transtorno de estresse pós-traumático; Transtorno de luto prolongado; Transtorno de apego reativo
Síndrome de Treacher Collins, 432
Apneia do sono central emergente de tratamento, 436
Tremor e parkinsonismo induzido por medicação, 808, 809. Veja também Tremor postural induzido por medicação Teste de arrastamento de tremor e transtorno de sintomas neurológicos funcionais, 361 Tricobezoares, 283 Tricotilomania, 264, 270, 271, 276, 281–284, 373, 926 Antidepressivos tricíclicos, 507, 818 Trung gió, 239, 244 Trust e Outline for Cultural Formulation, 862. Veja Desconfiança; Desconfiança Tuberculose, 613–614 Complexo de esclerose tuberosa e transtorno do espectro do autismo, 59 Turquia, prevalência de transtornos de adaptação em, 321 transtorno disruptivo de desregulação do humor em, 179 transtornos de eliminação em, 400, 404 transtorno de sintomas neurológicos funcionais em, 363 ejaculação precoce em, 503

síndrome de deleção 22q, 51, 71

1049

Subdiagnóstico. Consulte também Diagnóstico incorreto;
Sobrediagnóstico de transtorno de personalidade antissocial,
751 de transtorno do espectro autista, 63 de transtorno
depressivo maior, 185 transtorno somatoform indiferenciado,
353 desemprego. Ver também Transtorno Bipolar II de
Comprometimento Ocupacional e, 157 Transtorno de Pânico e 240
Transtorno de Ansiedade Social e, 233 “Inesperado Insuficiência
Acadêmica”, e Transtorno Específico de Aprendizagem, 79–
80 Reino Unido, prevalência de transtorno de estresse agudo
em, 316 transtorno de despersonalização/desrealização em, 344 transtorno do desenvolvimento da
coordenação em, 87 transtorno de engajamento social desinibido em, 299, 300 transtorno do
despertar do sono sem movimento rápido dos olhos em, 454 transtorno não especificado
relacionado ao álcool, 568 transtorno de ansiedade não especificado, 261 transtorno de déficit
de atenção/hiperatividade não especificado, 76 Transtorno bipolar não especificado e transtorno
relacionado, 169 Transtorno não especificado relacionado à cafeína, 574 Transtorno não
especificado relacionado à cannabis, 586 Catatonía não especificada, 137 Transtorno de
comunicação não especificado, 56 Delirium não especificado, 678 Transtorno depressivo não
especificado, 210 Transtorno não especificado, uso de como opção diagnóstica, 21, 22–23 Distúrbio
disruptivo, de controle de impulsos e conduta não especificado, 541 Dissociação não especificada
348 Transtorno de eliminação não especificado 405 Transtorno alimentar ou alimentar não
especificado 397 Disforia de gênero não especificada 520 Transtorno não especificado relacionado
a alucinógenos 601 Transtorno de hipersonolência não especificado 476 Transtorno não especificado
relacionado a inalantes 608 Transtorno de insônia não especificado 416, 475

Transtorno do desenvolvimento intelectual não especificado (deficiência intelectual), 46
Transtorno mental não especificado devido a outra condição médica, 803, 804, 805
Transtorno de humor não especificado, 169, 210
Transtorno neurocognitivo não especificado, 683, 732
Transtorno do neurodesenvolvimento não especificado, 99
Transtorno obsessivo-compulsivo não especificado e transtorno relacionado, 293, 294
Transtorno relacionado a opioides não especificado, 619
Transtorno relacionado a outra substância não especificado (ou desconhecido), 660-661
Transtorno parafílico não especificado, 801
Transtorno de personalidade não especificado, 733-734, 778
Transtorno relacionado à fenciclidina não especificado, 600
Espectro de esquizofrenia não especificado e outro transtorno psicótico, 138
Transtorno não especificado relacionado a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, 632
Disfunção sexual não especificada, 509
Distúrbio sono-vigília não especificado, 476
Sintoma somático não especificado e transtorno relacionado, 370
Transtorno relacionado a estimulantes não especificado, 644
Transtorno de tique não especificado, 93, 98
Transtorno relacionado ao tabaco não especificado, 651
Transtorno não especificado relacionado a um trauma e estressor, 328
Incontinência urinária, 399, 400, 493

Vaginismo e transtorno de dor/penetração genito-pélvica, 494-495 Vaping e transtorno por uso de cannabis, 577 Vata, 876 Venlafaxina, 818 Dispraxia verbal, 50 Veteranos. Veja também Distúrbio por uso de cannabis de implantação militar e, 580 transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a lesão cerebral traumática em, 711 transtorno por uso de opioides em, 612, 613 prevalência de TEPT em, 308

Veterans Health Administration (VHA), 580, 613, 649 Vitimização e disforia de gênero, 519 Monitoramento de vídeo, de distúrbio comportamental do sono com movimentos rápidos dos olhos, 463 Vietnã, transtorno do pânico em, 239, 244 Violência. Veja também Comportamento criminoso; Violência doméstica transtornos relacionados ao álcool e 560.562 transtorno de conduta e 533.534 conteúdo de obsessões e compulsões, 268 transtorno neurocomportamental associado à exposição pré-natal ao álcool e 920 transtorno por uso de opioides e 612 transtorno por uso de fenciclidina e 589 transtorno de luto prolongado e, 326 PTSD e, 305, 311 sonambulismo e, 454 transtorno por uso de estimulantes e, 635

Escalas Análogas Visuais para Sintomas de Humor Pré-Menstruais, 199 Anormalidades de processamento visual e transtorno dismórfico corporal, 273 Sintomas visuais. Veja também alucinações de transtorno de despersonalização/desrealização, 34 de transtorno de sintomas neurológicos funcionais, 362 transtorno de percepção persistente de alucinógenos e, 598-599 Deficiências de vitaminas e pica, 372

Serviços de reabilitação profissional e transtorno do espectro autista, [64](#)
Hidrocarbonetos voláteis, [602, 604](#)
Vômitos e bulimia nervosa, [389, 391](#)
Distúrbio voyeurístico , [779, 780-783, 788](#)
Vulnerabilidade, características culturais de, [861](#)
Vulvodynia e transtorno de dor/penetração genito-pélvica, [495](#)
Atrofia vulvovaginal e transtorno orgástico feminino, [487](#)

Vagabundagem, associada a transtorno mental, [834](#) Ganho ou perda de peso. Veja também Índice de massa corporal; Obesidade evitante/transtorno de ingestão alimentar restritiva e, [376](#)
transtorno dismórfico corporal e, [275](#) condições médicas e, [386](#)
abstinência de tabaco e, [650](#) síndrome de Wernicke-Korsakoff, [556](#) encefalopatia de Wernicke, [714](#) WHODAS (WHO Disability Assessment Schedule), [16, 842, 854, 856-857](#) Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS, [842](#)
Wisconsin Card Sort, [714](#) Transtornos por abstinência e uso de substâncias, [546-547, 548](#). Ver também Abstinência de Substâncias; substâncias específicas Eventos testemunhados e traumas, [305](#) Word salad, [102](#) World Health Assembly (2019), [13](#) World Health Organization (WHO), [6, 11, 13, 382](#). Veja também a Classificação Internacional de Doenças; WHODAS World Mental Health Surveys, [237, 308](#)
Associação Mundial de Psiquiatria, [6](#) Transtorno de ansiedade generalizada por preocupação e, [251, 253](#) ataques de pânico e, [237](#)
transtorno de sintomas somáticos e, [352](#) Síndrome de Worster-Drought, [51](#)

Códigos Z, [16, 28, 821](#) e
disfunções sexuais, [478](#)
Zimbábue e conceitos culturais de angústia, [876](#)
Zolpidem, [472](#)