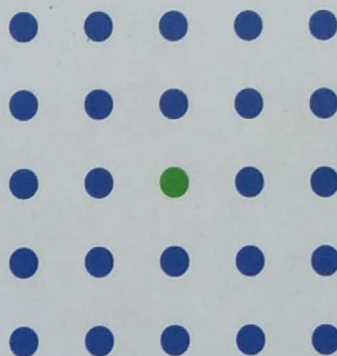


ALLEN FRANCES

FUNDAMENTOS DO

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

**RESPONDENDO ÀS
MUDANÇAS DO DSM-5®**



Material destinado à classe médica.



CAPÍTULO 2

■ Transtornos Diagnosticados Geralmente na Infância e na Adolescência

NESTE CAPÍTULO:

- Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
- CUIDADO! TDAH e Idade
- Transtorno da Conduta e Transtorno de Oposição Desafiante
 - Transtorno da Conduta
 - Transtorno de Oposição Desafiante
 - Transtorno do Comportamento Disruptivo Não Especificado
- Transtorno do Espectro Autista
- Transtorno de Ansiedade de Separação
- Transtorno do Desenvolvimento Intelectual
- Transtorno Específico da Aprendizagem
- Transtornos Alimentares
 - Pica
 - Transtorno de Ruminação
- Transtornos da Eliminação
 - Encoprese
 - Enurese

■ TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

314.01/F90.1	Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Predominantemente Hiperativo-Impulsivo
314.00/F90.0	Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Predominantemente Desatenta
314.01/F90.2	Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Combinado
314.9/F90.9	Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade Não Especificado

Pergunta de Rastreamento

Se o paciente for uma criança: "O seu filho é inquieto, está sempre ativo, é impulsivo e/ou incapaz de se concentrar na tarefa atual?"

Se o paciente for um adulto: "Hiperatividade e distração têm sido problemas para você?"

Protótipo Diagnóstico

Algumas crianças com TDAH (em especial os meninos) simplesmente são hiperativas e impulsivas. Outras (sobretudo as meninas) são apenas desatentas. A maioria apresenta uma combinação de ambos, com a hiperatividade gradualmente deixando de ser um problema conforme elas crescem. Cerca de dois terços continuam a exibir sintomas quando adultas, normalmente de forma atenuada. Os sintomas devem ser inerentes ao indivíduo e vistos em diferentes situações (p. ex., em casa, na escola, no consultório); não devem ser reações a uma situação específica.

Hiperatividade-Impulsividade

A criança é agitada, voltada para a ação, impaciente, apreensiva e inquieta – um tipo de máquina em movimento perpétuo. Ela vive em um ritmo acelerado: um beija-flor que quase nunca para, fica quieto, relaxa ou se tranquiliza. Se outras pessoas ficarem no caminho, elas serão atingidas, atropeladas, interrompidas, frequentemente aos berros e insensivelmente. Há mudanças rápidas de uma atividade a outra, sem jamais completar a tarefa anterior. É aparentemente impossível adiar a gratificação imediata ou resistir à tentação. As decisões são tomadas rápida e impulsivamente, sem planejamento, pensamento ou consideração suficientes acerca dos riscos ou das consequências.

Desatenção

A criança é incapaz de se concentrar; ela se distrai facilmente, além de ser desatenta e esquecida. Ela costuma se atrasar e perder prazos, é descuidada, propensa a erros e sempre perde suas coisas. Seu trabalho é bagunçado, desorganizado e muito aquém de suas capacidades.

CUIDADO! TDAH e Idade

Idade de Início

O DSM-5 comete o erro de permitir que o TDAH tenha uma idade de início até os 12 anos. Em vez disso, eu sugiro não realizar esse diagnóstico a menos que haja sinais claros e fortes de que o TDAH tenha se manifestado aos 7 anos ou antes. Crianças com diagnósticos adequados de TDAH praticamente nascem com o problema, exibindo-o logo cedo. Permitir o início tardio confunde ainda mais o TDAH com muitas outras causas psiquiátricas da hiperatividade, da impulsividade e da distração. Inícios tardios possivelmente terão outras causas. Tenha muito cuidado ao diagnosticar TDAH pela primeira vez em um adulto, visto que existe grande probabilidade de os sintomas estarem dentro de limites normais ou de se deverem a outros fatores, além de que os medicamentos estimulantes podem ser buscados para recreação, melhora no desempenho ou revenda.

TDAH Adulto

O DSM-5 reduziu o requerimento de sintomas para o TDAH adulto, além de ter afrouxado a idade requerida de início. Essas mudanças podem encorajar os "modismos" diagnósticos de TDAH adulto, levando à prescrição excessiva de medicamentos estimulantes, frequentemente para melhoras no desempenho ou para recreação. Não se junte ao modismo. Antes de fazer um diagnóstico, certifique-se de que os sintomas remontam à infância – não sendo características associadas de outro transtorno psiquiátrico – e de que são tão graves a ponto de serem considerados um transtorno psiquiátrico. Tome cuidado também com as possíveis simulações para obter medicamentos para uso impróprio ou revenda.

Diagnóstico Diferencial: Considere as Seguintes Condições

- **Imaturidade normal.** O que é adequado ao nível de desenvolvimento e completamente normal aos 4 anos pode ser TDAH aos 7.
- **Diferença individual.** Não existe comprometimento clinicamente significativo.
- **Transtorno de Oposição Desafiante (TOD).** Os comportamentos surgem de uma recusa obstinada a seguir regras ou autoridade.
- **Transtorno da Conduta.** Há um padrão de grave violação de regras.

- **Transtorno do Desenvolvimento Intelectual.** A criança parece desatenta ou desorganizada apenas porque não consegue acompanhar o trabalho.
- **Transtorno de Adaptação.** Os sintomas são respostas a um ambiente escolar caótico, a estresse familiar ou a mudanças nas circunstâncias de vida.
- **Outro transtorno mental.** Lembre-se de que a hiperatividade, a impulsividade e a desatenção são sintomas comuns em toda a psiquiatria (uso de substância, mania, demência, etc.)
- **Simulação.** O paciente deseja uma prescrição de medicamentos estimulantes para melhora do desempenho, recreação ou revenda.

Dicas Diagnósticas

- **Prevalência crescente.** Os índices de TDAH triplicaram em anos recentes; atualmente, ele é diagnosticado em impressionantes 10% das crianças. Uma parte disso se deve à melhor identificação de casos anteriores, mas ainda há excessos diagnósticos – por pressão do *marketing* das companhias farmacêuticas e porque o TDAH costuma ser um pré-requisito para se obter benefício escolar, como mais tempo para realizar provas.
- **Diferenças de desenvolvimento.** O TDAH também é excessivamente diagnosticado porque diferenças normais e esperadas no desenvolvimento normal foram demasiadamente medicadas e tratadas com remédios. O exemplo mais marcante é que nascer em dezembro, em vez de janeiro, é um forte fator de risco para TDAH quando 1º de janeiro é a data de corte para a matrícula em cada série. As crianças mais novas e menos maduras na turma (sobretudo os meninos) correm grave risco de ser equivocadamente diagnosticadas com TDAH e de receber medicamentos desnecessários.
- **Não especificidade dos sintomas de TDAH.** Hiperatividade, impulsividade e distração são todos amplamente distribuídos na população e são sintomas de muitos transtornos psiquiátricos.
- **Requerimentos além da presença dos sintomas.** Lembre-se de que não basta ter os sintomas na atualidade; também é necessário que eles tenham início cedo, que sejam inadequados ao desenvolvimento e persistentes, que estejam presentes em mais de uma situação (p. ex., na escola e em casa), que causem problemas funcionais ou sofrimentos significativos e que não se devam a outro transtorno psiquiátrico. Atender a todos esses requerimentos irá reduzir o excesso de diagnóstico do TDAH.
- **Diagnóstico por passos.** No caso do TDAH, isso inclui observação atenta, treinamento dos pais, readaptação das expectativas de pais e professores e intervenções ambientais.

- **Persistência dos sintomas.** Os comportamentos do TDAH devem ter estado presentes há pelo menos 6 a 12 meses. As crianças frequentemente estão apenas passando por uma fase de desenvolvimento ou por um período estressante em suas vidas.
- **Papel do ambiente.** O excesso de diagnóstico do TDAH nas crianças é ainda mais provável se os pais e/ou os professores estiverem estressados ou tiverem muito trabalho; se os adultos tiverem expectativas muito elevadas; e/ou se o ambiente em casa ou em sala de aula for muito perturbador.
- **Informantes.** A informação deve vir de tantas fontes quanto possível, para identificar o grau em que o problema está no ambiente, em vez de na criança.
- **Possível papel do uso de substâncias psicoativas.** Algumas substâncias podem causar todos os sintomas do TDAH. Fique muito atento se os problemas tiverem um início tardio (frequentemente por volta da puberdade).
- **Desvio de comprimidos.** Existe um grande mercado para estimulantes desviados de seu uso prescrito para comercialização, para que outros possam usá-los recreativamente ou para melhorar o desempenho. Cerca de 30% de estudantes universitários e de 10% de estudantes do ensino médio têm obtido medicamentos estimulantes dessa forma.

■ TRANSTORNO DA CONDUTA E TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE

- 312.81 / F91.1** **Transtorno da Conduta com Início na Infância**
312.82 / F91.2 **Transtorno da Conduta com Início na Adolescência**
312.89 / F91.9 **Transtorno da Conduta, Início Não Especificado**

Pergunta de Rastreamento

"O seu filho se mete em muitos problemas?"

Protótipo Diagnóstico

A criança (normalmente um menino) parece demonstrar pouco ou nenhum respeito pelos pais, pela lei ou pelos direitos ou sentimentos dos outros. Isso resulta em um padrão persistente de maus comportamentos variados e repetidos que envolvem agressão física e verbal; roubo e destruição de proprieda-

de; engano, trapaça e manipulação; e violação das regras e das leis. A criança atrapalha a família, se mete em confusões na escola e pode ter contatos periódicos com o sistema da Justiça. Os problemas são sempre "culpa dos outros".

Diagnóstico Diferencial: Considere as Seguintes Condições

- **Sem transtorno mental.** Os maus comportamentos não são graves nem causam comprometimento clinicamente significativo.
- **Transtorno de Adaptação.** O mau comportamento não excede as normas culturais no ambiente da criança, ou ela está reagindo a uma situação familiar caótica ou abusiva.
- **Transtorno de Oposição Desafiante (TOD).** O TOD também tem um padrão de desafio à autoridade, mas sem a grave e constante falta de respeito pela lei e pelos direitos dos outros.
- **Transtornos por Uso de Substância.** A má conduta pode ocorrer apenas em relação à Intoxicação ou Dependência de Substância Psicoativa.
- **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.** O TDAH pode causar problemas de comportamento, mas não na mesma grandeza e frequência.
- **Transtornos Bipolar ou Depressivo.** A má conduta ocorre no contexto de sintomas depressivos ou maníacos claros.
- **Comportamento Antissocial de Criança ou Adolescente.** Qualquer ato isolado de mau comportamento, por mais grave que seja, não constitui um transtorno mental. Codifique como V71.02/Z72.810.

Dicas Diagnósticas

- **A criança ou o ambiente?** O diagnóstico de Transtorno da Conduta traz à tona a difícil questão sobre a melhor forma de separar um transtorno psiquiátrico de problemas familiares ou sociais.
 - **Contribuição da criança.** O conceito de transtorno mental implica que maus comportamentos repetitivos surgem de problemas dentro do indivíduo, não se tratando do resultado da criação em um ambiente caótico ou hostil, onde o mau comportamento é a norma. A definição do DSM para Transtorno da Conduta não ajuda muito; ela se baseia em uma lista estritamente descritiva de maus comportamentos e não realiza inferências causais sobre a contribuição relativa que surge da interação entre criança e ambiente.
 - **Contribuição do ambiente.** Tenha cuidado antes de aplicar o termo psiquiátrico "Transtorno da Conduta" a crianças que estão crescendo em ambientes conturbados impossíveis. O diagnóstico pode prestar

atenção demais à contribuição da criança e de menos à necessidade de fazer o que for possível para proporcionar um ambiente mais equilibrado. Quando em dúvida, diagnostique Transtorno de Adaptação, e não Transtorno da Conduta.

- **A criança ou a substância psicoativa?** Uma questão semelhante de causa e efeito vem do fato de que Abuso de Substância Psicoativa é uma manifestação do Transtorno da Conduta, além de ser, por si mesmo, causa de mau comportamento. O que se acreditava ser Transtorno da Conduta pode desaparecer completamente se o problema com substância for tratado com sucesso.
- **Fatores de risco.** Quanto mais cedo se dá o mau comportamento, e quanto maior sua agressividade e gravidade, maior a probabilidade de persistir até a vida adulta. Quanto menos grave o comportamento, e quanto mais tardio seu início, maior a probabilidade de que seja transitório e de que se deva a uso de substância, a pressão dos pares, a problemas de desenvolvimento e/ou a problemas familiares.
- **Taxas de conversão.** Cerca de um terço das crianças com Transtorno da Conduta persiste com seu mau comportamento e passa a se qualificar como adultos com o diagnóstico de Transtorno da Personalidade Antissocial. Todos os que sofrem de Transtorno da Personalidade Antissocial apresentam evidências de Transtorno da Conduta na infância. Se não houvesse essa exigência, praticamente todos os criminosos seriam diagnosticados com um transtorno mental, e o termo perderia significado.
- **Relação com o TOD.** O Transtorno da Conduta e o TOD representam um *continuum* de gravidade do mau comportamento, sem um limite claro separando os dois diagnósticos. Em caso de incerteza, dê à criança o benefício da dúvida e escolha o diagnóstico menos grave do TOD, especialmente se ela está crescendo em um ambiente rude e estressante.

313.81 / F91.3 Transtorno de Oposição Desafiante

Pergunta de Rastreamento

“Você tem muitas disputas de poder com seu filho?”

Protótipo Diagnóstico

A criança é difícil para os pais: tem raiva a maior parte do tempo, discute muito, fala “Não!” rapidamente a tudo e é relutante em obedecer a regras ou seguir instruções. Facilmente irritado, o menino (às vezes são meninas) também

parece gostar de ser irritante. Todos os limites são testados; tudo é culpa dos outros. A criança consegue se sentir sempre mal compreendida e abusada.

Diagnóstico Diferencial: Considere as Seguintes Condições

- **Teimosia normal para o nível de desenvolvimento.** Parte do crescer se dá no estabelecimento da independência e de uma identidade separada.
- **Problemas de Relacionamento entre Pais-Filhos.** Isso não é considerado um transtorno mental para qualquer dos envolvidos. Codifique como V61.20/Z62.820.
- **Transtorno de Adaptação.** O desafio se dá em reação a um estressor da vida, como divórcio, expectativas excessivamente altas na escola ou nascimento de um irmão.
- **Transtorno da Conduta.** O mau comportamento é mais grave e constante.
- **TDAH.** A criança também tem hiperatividade, impulsividade e/ou desatenção.
- **Transtornos Bipolar ou Depressivo.** A irritabilidade provém de sintomas claramente depressivos ou maníacos.
- **Transtorno de Ansiedade de Separação.** A oposição surge como resistência a separações.

Dicas Diagnósticas

- **Cuidado ao usar o diagnóstico.** As crianças quase sempre desapontam os pais em um ou outro momento. O TOD não deve ser diagnosticado casualmente só porque a criança não está se dando bem com um ou ambos os pais. Seu comportamento deve persistir e ocorrer em ambientes diversos.
- **Papel das expectativas familiares.** A “rebeldia” da criança pode ser uma reação esperada ao perfeccionismo dos pais e a exigências excessivas.
- **Relação com o Transtorno da Conduta.** O TOD, em algumas crianças, pode ser uma forma mais moderada ou um pródromo do Transtorno da Conduta. Mas muitas crianças com TOD nunca desenvolvem Transtorno da Conduta, sendo o TOD um fator de risco ainda menor para o Transtorno da Personalidade Antissocial adulto.
- **Drogas e rebeldia.** Sempre faça perguntas em relação ao uso de substâncias psicoativas em adolescentes, visto se tratar da fonte mais comum de confronto entre pais e filhos.
- **Dando prioridade a outros transtornos.** O TOD não costuma ser um acréscimo significativo se os confrontos com autoridades forem uma

complicação do TDAH, do Transtorno Bipolar ou Depressivo ou do Transtorno de Ansiedade.

312.9 / F90.9 Transtorno do Comportamento Disruptivo Não Especificado

Não use o Transtorno do Comportamento Disruptivo Não Especificado como uma “porta de entrada” para o Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, que provavelmente seria um excesso de diagnóstico em crianças com ataques normais de temperamento (veja o quadro de Cuidado no fim do Capítulo 3 sobre esse último diagnóstico).

■ 299.00 / F84.0 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Pergunta de Rastreamento

“O seu filho evita contato interpessoal, não compreende situações sociais, repete comportamentos estereotipados estranhos ou tem problemas de linguagem?”

Protótipo Diagnóstico

O DSM-5 misturou em um único Transtorno do Espectro Autista categorias separadas anteriormente para o Transtorno Autista (autismo grave clássico) e o moderado Transtorno de Asperger, que não incluía comprometimento da linguagem. A seguir, vemos os protótipos para cada um.

Transtorno Autista (Autismo Grave Clássico)

O autismo grave clássico é inconfundível. Os problemas surgem no início da infância e empobrecem gravemente a interação social, o desenvolvimento linguístico e o repertório comportamental da criança. Ela não tem uma habilidade inerente e automática de compreender e responder a situações e interações sociais. O contato visual comum, sorrisos, abraços e expressões de emoção que enriquecem nossas vidas interpessoais são ausentes. A linguagem demora a se desenvolver, é extremamente limitada, peculiar, estereotipada e não comunicativa. Os comportamentos são ritualísticos, inflexivelmente repetitivos, preocupantes e dispersos.

Transtorno de Asperger

O Transtorno de Asperger é uma forma moderada de autismo que não requer a presença de deficiência de linguagem. Foi acrescentado como um diagnóstico separado pelo DSM-IV, mas abandonado como termo pelo DSM-5. Em vez disso, o que se chamava de Asperger foi incluído como parte do Espectro Autista no DSM-5.

O Espectro Autista

O Transtorno do Espectro Autista inclui os dois protótipos anteriores, mas também descreve um grupo heterogêneo de pessoas que não incorporam mais um protótipo claro. Os problemas incluem comunicação não verbal peculiar; excentricidade nos interesses e nos maneirismos; comportamentos ritualísticos, repetitivos e restritos; sensibilidade sensorial forte e preferências inflexíveis; falta de intimidade interpessoal, reciprocidade e prazer; e isolamento/estranhamento social grave. Eles ocorrem em combinações e gravidades variadas, dificultando o diagnóstico. Essa utilização frouxa ajuda a explicar, em parte, o recente aumento em 20 vezes do índice de diagnóstico de Autismo.

Diagnóstico Diferencial: Considere as Seguintes Condições

- **Doenças neurológicas com início na primeira ou na segunda infância.** Uma dessas doenças é o Transtorno de Rett, que foi incluído no DSM-IV, mas retirado do DSM-5.
- **Transtorno do Desenvolvimento Intelectual.** A criança tem baixo QI, mas sem a desconexão social e o comportamento ritualístico.
- **Transtorno Específico da Aprendizagem.** Há déficits específicos da aprendizagem, mas sem os comportamentos autistas característicos.
- **TOC.** A criança pode apresentar rituais estranhos, mas o TOC costuma ter um início mais tardio, apego normal e linguagem intacta.
- **Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social).** Há estranhamento social, mas sem outras idiosincrasias sociais, comportamentais ou de linguagem.
- **Esquizofrenia.** Há um início posterior, e ilusões ou alucinações estão presentes.
- **Transtorno da Personalidade Esquizotípica.** Normalmente tem início posterior, mas há sobreposição considerável.
- **Excentricidade normal.** Os comportamentos refletem diferenças individuais e não causam sofrimento ou comprometimento clinicamente significativos.

Dicas Diagnósticas

- **Explosão nas taxas de prevalência.** O Transtorno do Espectro Autista costuma ser extremamente raro, mas aumentou 20 vezes em anos recentes, sendo diagnosticado, portanto, em mais de 1% da população em geral.
- **Razões para a epidemia.** Essas alterações rápidas nos índices de prevalência devem-se à reclassificação, e não a uma mudança real no índice de comportamentos autistas. Uma parte do aumento na prevalência se deve ao aumento da consciência, à redução do estigma e ao diagnóstico de casos muito mais moderados. Muito se deve a diagnóstico frouxo/classificação imprecisa, visto que o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista é um pré-requisito para ter acesso a benefícios escolares extras. É muito difícil distinguir o autismo moderado da excentricidade normal e do estranhamento social, assim como de outras causas de comportamento perturbado e problemas de aprendizagem. Com tanto em risco, os médicos frequentemente se sentem pressionados, em casos limítrofes e duvidosos, a realizar um diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista.
- **Evitando o excesso de diagnóstico.** O Espectro Autista não tem limites claros entre excentricidade normal, Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social), TOC e transtornos relacionados, Transtorno da Personalidade Esquizotípica, Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e problemas neurológicos. Os sintomas devem ser graves e persistentes, devem causar comprometimento clinicamente significativo e não podem ser mais bem explicados por outra condição.
- **Estabilidade do diagnóstico.** O Transtorno do Espectro Autista serve para descrever problemas persistentes e constantes, mas, devido ao seu diagnóstico frouxo, metade das crianças que foram classificadas como autistas está "superando" o problema.
- **Estigma.** Apesar de o estigma do Espectro Autista estar muito reduzido, certamente não desapareceu; aqueles que foram mal classificados frequentemente se sentem estigmatizados.
- **Expectativas reduzidas.** Classificar pessoas erroneamente com o Transtorno do Espectro Autista pode reduzir o que elas se consideram capazes de realizar e barrar oportunidades que poderiam se abrir a elas.
- **Preservando diferenças individuais.** Ser diferente é o tempero da vida, e não necessariamente um sintoma de doença psiquiátrica. O autismo grave clássico talvez seja o transtorno mental mais comprometedor, mas as formas mais moderadas do Transtorno do Espectro Autista fazem parte das diferenças individuais normais (e imperceptíveis) que devemos abraçar, e não patologizar.
- **Desconexão dos serviços.** Muitas crianças precisam desesperadamente de programas de educação especial, disponíveis apenas com o diagnóstico de

Transtorno do Espectro Autista. Seria melhor para elas, e levaria a diagnósticos mais precisos, se o acesso a serviços escolares necessários se baseasse mais em uma avaliação individual das suas necessidades educacionais do que em uma definição vaga, inclusiva e pouco preditiva do Autismo. Os serviços certamente são necessários, mas um diagnóstico do DSM não é necessariamente uma maneira útil ou específica de consegui-los.

- **Proporção de riscos-benefícios.** O diagnóstico frouxo do Transtorno do Espectro Autista resolve alguns problemas, mas cria seus próprios riscos para quem for erroneamente classificado.

■ 309.21 / F93.0 **TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO**

Pergunta de Rastreamento

“O seu filho tem medo excessivo de separação?”

Protótipo Diagnóstico

A criança entra em pânico quando é deixada para trás e tem pavor de ficar sozinha. A preocupação de ter de ir à escola no dia seguinte começa quase na mesma hora em que ela chega da escola no dia corrente. Prendendo-se a um dos pais, ela reclama de dor de barriga, diarreia ou dor de cabeça e começa a implorar e barganhar persistentemente por um dia de folga. À medida que a hora de dormir se aproxima, a criança inventa desculpas intermináveis para ficar de pé e se recusa a deixar que saiam do quarto até que ela durma. A criança tem medo de pesadelos, acorda frequentemente por causa deles e acaba passando a noite na cama dos pais. Quando a manhã chega, ela se preocupa, reclama, chuta, grita e se recusa a levantar antes de finalmente ser forçada a sair. Ela não tem amigos, porque não sai de casa para brincar, e seus colegas chamam-na de “bebê” e de “chorona”.

Diagnóstico Diferencial:

Considere as Seguintes Condições

- **Ansiedade normal do desenvolvimento.** Ansiedade de separação que é transitória e não causa comprometimento.
- **Transtorno de Adaptação.** Ansiedade que é uma reação esperada ao estresse (p. ex., divórcio, hospitalização de um dos pais), mas causa sofrimento ou comprometimento clinicamente significativos.

- **Outro transtorno mental.** Problemas de separação que fazem parte de uma apresentação clínica mais geral (p. ex., um Transtorno Depressivo, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Pânico e Transtorno do Espectro Autista).

Dicas Diagnósticas

- **Evolução.** Medos de separação têm grande valor para a sobrevivência: crianças que não reclamavam da separação eram deixadas para trás ou comidas por tigres. Nossos ancestrais eram "chorões" que mantinham os pais por perto; é por isso que medo de separação é tão comum e normal.
- **Fatores de desenvolvimento.** Existe ampla variedade de medos normais, e o diagnóstico só deve ser feito quando os medos não forem adequados à idade e houver comprometimento significativo.
- **Fatores culturais.** Normas relacionadas ao valor relativo da independência *versus* dependência variam muito entre as culturas. Medos de separação devem exceder consideravelmente o esperado em determinada cultura.
- **Estresse.** Problemas transitórios de separação que ocorrem após estresse não constituem um transtorno mental.
- **Diagnóstico em adultos.** O Transtorno de Ansiedade de Separação costuma ser um transtorno infantil, mas raramente pode ser diagnosticado em adultos se o início se der antes dos 18 anos e se os medos de separação não puderem ser explicados como parte de outro transtorno.
- **Curso.** A maioria das crianças acaba superando seu medo excessivo de separação, mas, para algumas, trata-se de um prelúdio para um Transtorno de Ansiedade adulto.

■ **TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL**

317 / F70	Leve
318.0 / F71	Moderada
318.1 / F72	Grave
318.2 / F73	Profunda

Pergunta de Rastreamento

"O seu filho aprende devagar?" "Isso está causando problemas?"

Protótipo Diagnóstico

Um teste de QI revela um escore baixo (a pontuação de corte do DSM-IV era 70), e o indivíduo também apresenta pontuação baixa em testes de funcionamento adaptativo.

Diagnóstico Diferencial: Considere as Seguintes Condições

- **Funcionamento Intelectual Borderline.** O QI está acima de 70. Codifique como V62.89/R41.83.
- **Transtorno do Espectro Autista.** Há também problemas graves em interações sociais e comportamentos estereotípicos.
- **Transtorno Específico da Aprendizagem.** O problema é específico à aprendizagem, em vez de geral a todas as funções intelectuais.
- **Transtorno Neurocognitivo Maior (Demência).** Início após os 18 anos.
- **Simulação.** A pessoa busca evitar responsabilidades legais ou de outra ordem fingindo incapacidade intelectual.
- **Outros transtornos mentais.** Transtornos Depressivos, Transtornos de Ansiedade e muitos outros interferem no funcionamento intelectual.

Dicas Diagnósticas

- **Teste de QI.** O Transtorno do Desenvolvimento Intelectual não é um diagnóstico que possa ser unicamente baseado em uma entrevista clínica, requerendo um teste individualizado de QI e um teste individualizado de funcionamento adaptativo, cada um realizado por um especialista na área e familiarizado com a origem linguística e cultural da criança.
- **Erro de mensuração.** Existe um erro inerente de mensuração em qualquer procedimento de teste. Novamente, a pontuação de corte de QI do DSM-IV para Transtorno do Desenvolvimento Intelectual era de 70, mas isso precisa ser interpretado no contexto de toda a situação clínica.
- **QI acima de 70.** Pontuações de QI ligeiramente elevadas (mais 5 pontos) podem ser consistentes com o diagnóstico de Transtorno do Desenvolvimento Intelectual se também houver problemas de funcionamento adaptativo.
- **QI enganosamente baixo.** QI abaixo de 70 pode ser não compatível com qualquer diagnóstico, caso não haja problemas de funcionamento adaptativo e/ou se a pessoa tiver se recusado a cooperar, tiver sido desatenta, ansiosa, deprimida, exausta ou se estiver sofrendo de outro transtorno mental durante o período do teste.

- **Outros motivos para pontuação baixa.** Os escores de QI podem não ser muito informativos se a pessoa não for fluente na língua do teste, tiver sido privada dos estudos, não estiver familiarizada com o conteúdo do teste, tiver graves deficiências de aprendizagem ou estiver simulando.
- **Consistência do teste.** O padrão dos escores é mais importante do que a pontuação em cada teste. Os escores em testes repetidos devem se aproximar de uma pontuação real. Quando há variação evidente, os escores mais altos tendem a ser mais indicativos, visto que há muitos motivos para um escore subestimar a inteligência de uma pessoa, embora não haja motivos para um escore superestimá-la.
- **Idade de início.** Deve ser antes dos 18 anos. Problemas intelectuais semelhantes com início após os 18 anos seriam classificados como Transtorno Neurocognitivo Maior (Demência).
- **Gravidade.** A maioria das pessoas com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual seria classificada na variação de gravidade leve e normalmente não apresentaria uma etiologia claramente definida. Quanto mais grave o problema, maior a probabilidade de se encontrar uma causa por meio do exercício.
- **Transtornos mentais comórbidos.** Costumam se apresentar de maneira atípica, sendo difíceis de diagnosticar adequadamente na presença do Transtorno do Desenvolvimento Intelectual. A avaliação também é limitada, porque a pessoa pode não se expressar particularmente bem. Utilizar um diagnóstico Não Especificado, conforme descrito no Capítulo 1, é preferível a fazer um diagnóstico mais específico baseado em inferências não sustentadas. Por exemplo, o Transtorno Psicótico Não Especificado pode ser mais preciso do que um diagnóstico de Esquizofrenia para alguém com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual que desenvolva ilusões ou alucinações.
- **Relação com o Autismo.** Tanto o Transtorno do Desenvolvimento Intelectual quanto o Transtorno do Espectro Autista podem ser diagnosticados quando ambos estão presentes.
- **Transtorno Específico da Aprendizagem.** Esse diagnóstico também pode ser feito se o problema de aprendizagem for desproporcional ao que seria esperado do QI da pessoa.

■ TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM

315.00 / F81.0 **Leitura (problemas especiais de compreensão, velocidade ou acerto da leitura)**

- 315.1 / F81.2** **Matemática (problemas especiais em aritmética, cópia de números ou sinais ou em reconhecê-los)**
- 315.2 / F81.81** **Expressão Escrita (problemas especiais com gramática, estrutura de frases ou organização)**
- 315.9 / F81.9** **Não Especificado**

Pergunta de Rastreamento

"O seu filho tem algum problema de leitura, escrita ou matemática?"

Protótipo Diagnóstico

O desempenho na área específica do teste acadêmico está muito abaixo do esperado para a idade e o escore global de QI, ou para o nível de escolaridade alcançado. Os comprometimentos interferem na escola, no trabalho ou em outros aspectos do funcionamento diário.

Diagnóstico Diferencial: Considere as Seguintes Condições

- **Transtorno do Desenvolvimento Intelectual.** Os problemas específicos de desenvolvimento não são maiores do que seria esperado do QI geral da pessoa.
- **Transtorno do Espectro Autista.** Essa é a causa do funcionamento comprometido, mas ambos os diagnósticos podem ser feitos juntos se uma área acadêmica específica estiver desproporcionalmente comprometida.
- **Déficit sensorial.** Explica os problemas de aprendizagem.
- **TDAH.** Causa a pontuação baixa nos testes, mas ambos os diagnósticos podem ser feitos juntos quando apropriado.

Dicas Diagnósticas

- **Necessidade de um especialista em diagnósticos.** A maioria dos psiquiatras não sabe realizar testes ou tem conhecimento especializado para diagnosticar Transtorno Específico da Aprendizagem. Encaminhamento a um especialista, bem como levar em conta testes realizados no passado, quase sempre serão necessários.
- **Teste individualizado.** Necessário para garantir que as dificuldades de aprendizagem não sejam causadas por barreiras culturais ou linguísticas, falta de cooperação ou pela presença de outro transtorno (p. ex., TDAH).

- **Problemas combinados.** Uma pessoa com um tipo de Transtorno Específico da Aprendizagem frequentemente tem mais de um. Codifique todos os que se apliquem.
- **Idade de descoberta.** O Transtorno Específico da Aprendizagem costuma ser notado nas séries iniciais em crianças com QI abaixo da média. Crianças que tenham um desempenho razoável podem não ser identificadas inicialmente com o transtorno até entrarem em séries mais avançadas, quando o trabalho fica mais difícil.

■ TRANSTORNOS ALIMENTARES

307.52 / F98.3 **Pica (em crianças)**

Pergunta de Rastreamento

“O seu filho come coisas estranhas, como tinta ou terra?”

Protótipo Diagnóstico

A criança persistentemente come coisas sem valor nutritivo.

Diagnóstico Diferencial: Descarte Estas Condições

- **Comportamento normal.** O comportamento é normal em bebês com até 2 anos.
- **Ritual culturalmente aceito.**
- **Transtornos Psicóticos.** A pessoa come coisas estranhas em resposta a alucinações ou ilusões.
- **Deficiência nutricional ou fome.**

Dicas Diagnósticas

- **Estágio de desenvolvimento.** Não diagnostique Pica em bebês. O transtorno pode ocorrer em crianças mais velhas com QI mais baixo.
- **Frequência.** O comportamento deve ocorrer com frequência o bastante para ser um problema.
- **Preferências.** Terra e tinta são duas das coisas mais comuns a serem ingeridas.
- **Compensação nutricional.** Algumas pessoas com anemia ferropriva desenvolvem desejo por terra rica em ferro.

307.53/F98.21 Transtorno de Ruminação

Pergunta de Rastreamento

"O seu filho tem dificuldades para engolir alimentos do jeito comum?"

Protótipo Diagnóstico

A criança tem problemas persistentes para engolir o alimento, regurgitando, mascando novamente, para depois cuspir ou engolir outra vez.

Diagnóstico Diferencial: Descarte Estas Condições

- Um problema gastrointestinal.
- Transtorno do Desenvolvimento Intelectual.

Dicas Diagnósticas

- Problemas de desenvolvimento. O Transtorno de Ruminação normalmente ocorre em bebês ou em crianças mais velhas com baixo QI.
- Riscos. Verifique desnutrição, perda de peso ou problemas de desenvolvimento.

■ TRANSTORNOS DA ELIMINAÇÃO

307.7/F98.1 Encoprese

Pergunta de Rastreamento

"O seu filho tem problemas para usar o banheiro?"

Protótipo Diagnóstico

Uma criança considerada desenvolvida o bastante para usar o banheiro defeca repetidamente nas calças ou em algum outro lugar.

Diagnóstico Diferencial: Descarte Estas Condições

- Variação individual normal. Há uma variação bastante ampla dentro da qual as pessoas aprendem a usar o banheiro.

- **Transtorno do Desenvolvimento Intelectual ou Transtorno do Espectro Autista.** Podem causar atrasos na aprendizagem do uso do banheiro.

Dicas Diagnósticas

- **Idade mental.** O diagnóstico provavelmente não deve ser feito para crianças com idade mental mais baixa do que 4 anos.
- **Variação cultural.** Leve em conta diferenças culturais quanto a expectativas para o uso do banheiro.

307.6 / F98.0 Enurese

Pergunta de Rastreamento

"O seu filho tem problemas em usar o banheiro ou molhar a cama?"

Protótipo Diagnóstico

Uma criança considerada desenvolvida o bastante para usar o banheiro urina repetidamente à noite ou nas calças durante o dia. Acidentes ocasionais não contam. Urinar na cama deve ser frequente e persistente ao longo dos meses.

Diagnóstico Diferencial: Descarte Estas Condições

- **Variação individual normal.** Há uma variação bastante ampla dentro da qual as pessoas aprendem a usar o banheiro.
- **Transtorno do Desenvolvimento Intelectual ou Transtorno do Espectro Autista.** Podem causar atrasos na aprendizagem do uso do banheiro.

Dicas Diagnósticas

- **Idade mental.** Uma idade mental de cerca de 5 anos é o mínimo antes de o diagnóstico de Enurese ser apropriado.
- **Variação cultural.** Leve em conta diferenças culturais quanto a expectativas para o uso do banheiro.

Veja o Capítulo 3 para Cuidado: Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor.

Veja o Capítulo 4 para Cuidado: O Modismo do Transtorno Bipolar Infantil.

Veja o Capítulo 6 para Transtornos de Tique.