

SEÇÃO II

Critérios Diagnósticos e Códigos

Transtornos do Neurodesenvolvimento.....	35
Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos.....	101
Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados.....	139
Transtornos Depressivos	177
Transtornos de Ansiedade	215
Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados.....	263
Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores	295
Transtornos Dissociativos	329
Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados	349
Transtornos Alimentares	371
Transtornos da Eliminação.....	399
Transtornos do Sono-Vigília	407
Disfunções Sexuais	477
Disforia de Gênero.....	511
Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta.....	521
Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos	543
Transtornos Neurocognitivos.....	667
Transtornos da Personalidade	735
Transtornos Parafilicos.....	781
Outros Transtornos Mentais e Códigos Adicionais	805
Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos	809
Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica.....	823

Esta seção contém os critérios diagnósticos aprovados para uso clínico de rotina juntamente com os códigos da CID-10-MC. Em cada transtorno mental, os critérios diagnósticos são seguidos por um texto descritivo para auxiliar na tomada de decisão diagnóstica. Sempre que necessário, há notas e procedimentos de registro para facilitar a seleção adequada do código da CID-10-MC.

A Seção II também inclui dois capítulos de outras condições que não são transtornos mentais, mas com as quais os profissionais podem se deparar. Em “Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos” são descritas condições frequentemente importantes no manejo de medicações para tratamento de transtornos mentais ou outras condições médicas e os diagnósticos diferenciais com transtornos mentais (p. ex., transtorno de ansiedade *versus* acatisia aguda induzida por medicamentos). “Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica” incluem condições e problemas psicossociais ou ambientais que não são considerados transtornos mentais, mas que também afetam o diagnóstico, o curso, o prognóstico ou o tratamento do transtorno mental de um indivíduo.

Esses três componentes – os critérios com texto correspondente, os transtornos do movimento induzidos por medicamentos e outros efeitos adversos de medicamentos e as descrições de outras condições que podem ser foco da atenção clínica – representam os elementos fundamentais do processo diagnóstico clínico e, portanto, são apresentados juntos.

Transtornos do Neurodesenvolvimento

Os transtornos do neurodesenvolvimento são um grupo de condições com início no período do desenvolvimento. Os transtornos tipicamente se manifestam cedo no desenvolvimento, em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento ou diferenças nos processos cerebrais, o que acarreta prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência. Recentes abordagens dimensionais para medir sintomas demonstraram diferentes graus de gravidade, com frequência sem ligação clara com o desenvolvimento típico, para algo que antes se pensava ser categoricamente definido. Portanto, para o diagnóstico de um transtorno é necessária a presença tanto de sintomas quanto de funções prejudicadas.

É frequente a ocorrência de mais de um transtorno do neurodesenvolvimento concomitantemente; por exemplo, indivíduos com transtorno do espectro autista frequentemente apresentam o transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual), e muitas crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) também têm algum transtorno específico da aprendizagem. Os transtornos do neurodesenvolvimento com frequência também são comórbidos a outros transtornos mentais e comportamentais com início na infância (p. ex., transtornos da comunicação e o transtorno do espectro autista podem estar associados a transtornos de ansiedade; o TDAH pode estar associado a transtorno de oposição desafiante; tiques podem estar associados a transtorno obsessivo-compulsivo). Em alguns transtornos do neurodesenvolvimento, a apresentação clínica inclui comportamentos que são mais frequentes ou intensos se comparados com os de crianças da mesma idade de desenvolvimento e gênero sem transtornos, além de incluir déficits e atrasos para alcançar certos marcos esperados na infância. Por exemplo, o transtorno do espectro autista é diagnosticado apenas quando os déficits característicos na comunicação social são acompanhados de comportamentos excessivamente repetitivos, interesses restritos e insistência nas mesmas coisas.

O transtorno do desenvolvimento intelectual é caracterizado por déficits em capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, julgamento, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência. Os déficits resultam em prejuízos no funcionamento adaptativo, de modo que o indivíduo não consegue atingir padrões de independência pessoal e responsabilidade social em um ou mais aspectos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento acadêmico ou profissional e independência pessoal em casa ou na comunidade. O atraso global do desenvolvimento, como o próprio nome sugere, é diagnosticado quando um indivíduo não atinge os marcos de desenvolvimento esperados em várias áreas do funcionamento intelectual. O diagnóstico se aplica a indivíduos com menos de 5 anos que são incapazes de passar por avaliações sistemáticas do funcionamento intelectual e, portanto, não podem ter o nível de gravidade clínica da condição confiavelmente avaliada. O transtorno do desenvolvimento intelectual pode resultar de alguma lesão ocorrida durante o período de desenvolvimento, como, por exemplo, um traumatismo craniano grave, situação na qual um transtorno neurocognitivo também pode ser diagnosticado.

Os transtornos da comunicação incluem o transtorno da linguagem, o transtorno da fala, o transtorno da comunicação social (pragmática) e o transtorno da fluência com início na infância (gagueira). Os três primeiros transtornos são caracterizados por déficits no desenvolvimento e no uso da linguagem, da fala e da comunicação social, respectivamente. O transtorno da comunicação social é caracte-

rizado por déficits tanto nas habilidades de comunicação verbal quanto nas de comunicação não verbal que resultam em prejuízos sociais e que não são mais bem explicados por falta de domínio da linguagem estrutural, transtorno do desenvolvimento intelectual ou transtorno do espectro autista. O transtorno da fluência com início na infância é caracterizado por perturbações da fluência normal e da produção motora da fala, incluindo sons e sílabas repetidas, prolongamento dos sons de consoantes ou vogais, interrupção de palavras, bloqueio ou palavras pronunciadas com tensão física excessiva. Como outros transtornos do neurodesenvolvimento, os transtornos da comunicação iniciam-se precocemente e podem acarretar prejuízos funcionais durante toda a vida.

O transtorno do espectro autista caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação e na interação sociais em múltiplos contextos, incluindo déficits em reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Considerando que os sintomas mudam com o desenvolvimento, podendo ser mascarados por mecanismos compensatórios, os critérios diagnósticos podem ser preenchidos com base em informações retrospectivas, mesmo que a condição presente esteja causando prejuízos significativos.

No diagnóstico do transtorno do espectro autista, as características clínicas individuais são registradas por meio do uso de especificadores (com ou sem comprometimento intelectual concomitante; com ou sem comprometimento da linguagem concomitante; associado a uma condição genética conhecida ou outra condição médica ou fator ambiental; associado a uma alteração do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental), bem como especificadores que descrevem os sintomas autistas. Esses especificadores fornecem aos clínicos a oportunidade de individualização do diagnóstico e a possibilidade de comunicar de maneira mais rica a descrição clínica dos indivíduos afetados. Por exemplo, muitos indivíduos anteriormente diagnosticados com transtorno de Asperger atualmente receberiam um diagnóstico de transtorno do espectro autista sem comprometimento linguístico ou intelectual.

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. A desatenção e a desorganização estão relacionadas à incapacidade de permanecer em uma única tarefa, a aparentar não ouvir e à perda de materiais necessários para alguma tarefa em níveis inconsistentes com a idade ou com o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou para o nível de desenvolvimento. Na infância, o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos geralmente considerados “de externalização”, tais como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno da conduta. O TDAH costuma persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional.

Um transtorno específico da aprendizagem, como o nome implica, é diagnosticado quando há déficits específicos na capacidade do indivíduo de perceber ou processar informações para aprender eficiente ou precisamente questões acadêmicas. Esse transtorno do neurodesenvolvimento manifesta-se, inicialmente, durante os anos de escolaridade formal, caracterizando-se por dificuldades persistentes e prejudiciais nas habilidades básicas acadêmicas de leitura, escrita e/ou matemática. O desempenho individual nas habilidades acadêmicas afetadas é bastante abaixo da média para a idade, ou os níveis de desempenho aceitáveis são atingidos somente com esforço extraordinário. O transtorno específico da aprendizagem pode ocorrer em pessoas identificadas como apresentando altas habilidades intelectuais e manifestar-se apenas quando as demandas de aprendizagem ou procedimentos de avaliação (p. ex., testes cronometrados) impõem barreiras que não podem ser superadas pela inteligência inata ou por estratégias compensatórias. Para todas as pessoas, o transtorno específico da aprendizagem pode acarretar prejuízos duradouros em atividades que dependam dessas habilidades, inclusive no desempenho profissional.

Os transtornos motores incluem o transtorno do desenvolvimento da coordenação, o transtorno do movimento estereotipado e transtornos de tiques. O transtorno do desenvolvimento da coordenação é caracterizado por déficits na aquisição e execução de habilidades motoras coordenadas, manifestando-se por meio da efetuação dessas habilidades motoras de forma desastrada, lenta ou imprecisa em um

grau que interfira nas atividades do cotidiano. O transtorno do movimento estereotipado é diagnosticado quando um indivíduo apresenta comportamentos motores repetitivos, aparentemente involuntários e sem propósito, como agitar as mãos, balançar o corpo, sacudir a cabeça, morder-se ou machucar-se. Os movimentos interferem com atividades sociais, acadêmicas ou de outras áreas. Se os comportamentos causam lesões, isso deve ser especificado como parte da descrição diagnóstica. Os transtornos de tique caracterizam-se pela presença de tiques motores ou vocais, que são movimentos ou vocalizações motores estereotípicos imprevisíveis, rápidos, recorrentes e sem ritmo. Duração, etiologia presumida e apresentação clínica definem o transtorno de tique específico a ser diagnosticado: transtorno de Tourette, transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico), transtorno de tique transitório, 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, presentes por ao menos um ano e que apresentam sintomas que aumentam e diminuem no decorrer do tempo.

O uso de especificadores para diagnósticos de transtornos do neurodesenvolvimento enriquece a descrição do curso clínico e da sintomatologia atual do indivíduo. Dentre esses especificadores estão os especificadores de gravidade, que estão disponíveis para transtorno do desenvolvimento intelectual, TDAH, transtorno específico da aprendizagem e transtorno do movimento estereotipado. Especificadores indicativos de sintomas atuais estão disponíveis para TDAH, transtorno específico da aprendizagem e transtorno de tique motor ou vocal persistente. O transtorno do espectro autista e o transtorno do movimento estereotipado também incluem o especificador “associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental”. Esse especificador oportuniza aos clínicos a documentação de fatores que podem ter desempenhado um papel na etiologia do transtorno, bem como daqueles capazes de afetar o curso clínico dele.

Transtornos do Desenvolvimento Intelectual

Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (Deficiência Intelectual)

Critérios Diagnósticos

O transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) é um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático. Os três critérios a seguir devem ser preenchidos:

- A. Déficits em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados.
- B. Déficits em funções adaptativas que resultam em falha em atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação a independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os déficits de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade.
- C. Início dos déficits intelectuais e adaptativos durante o período de desenvolvimento.

Nota: O termo *transtorno do desenvolvimento intelectual* é usado para clarificar sua relação com o sistema de classificação da CID-11, da OMS, 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 mais comumente usado por educadores e outros profissionais, por grupos de defesa dos direitos desses indivíduos e pelo público leigo. Além disso, a Lei Federal dos Estados Unidos (Public Law 111-256, Rosa's Law) substituiu todas as referências ao termo *retardo mental* em leis federais pelo termo *deficiência intelectual*.

Especificar a gravidade atual (ver Tabela 1):

F70 Leve

F71 Moderada

F72 Grave

F73 Profunda

Especificadores

Os vários níveis de gravidade são definidos com base no funcionamento adaptativo, e não em escores de QI, uma vez que é o funcionamento adaptativo que determina o nível de apoio necessário. Além disso, medidas de QI são menos válidas na extremidade mais inferior da variação desse coeficiente.

Características Diagnósticas

As características essenciais do transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) incluem déficits em capacidades mentais gerais (Critério A) e prejuízo na função adaptativa diária na comparação com indivíduos com a mesma idade, gênero e aspectos socioculturais (Critério B). O início ocorre durante o período do desenvolvimento (Critério C). O diagnóstico de transtorno do desenvolvimento intelectual baseia-se tanto em avaliação clínica quanto em testes padronizados de funções intelectuais, testes padronizados neuropsicológicos e testes padronizados de funcionamento adaptativo.

O Critério A refere-se a funções intelectuais que envolvem raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acompanhada de instrução e por meio da experiência e compreensão prática. Os componentes críticos incluem compreensão verbal, memória de trabalho, raciocínio perceptivo, raciocínio quantitativo, pensamento abstrato e eficiência cognitiva. O funcionamento intelectual é tipicamente mensurado com testes de inteligência abrangentes e adequados do ponto de vista psicométrico e cultural, aplicados de forma individual. Indivíduos com transtorno do desenvolvimento intelectual apresentam escores em torno de dois desvios-padrão ou mais abaixo da média populacional, incluindo uma margem de erro de medida (em geral, ± 5 pontos). Em testes com desvio-padrão de 15 e média de 100, isso significa um escore de 65-75 (70 ± 5). Treinamento e julgamento clínicos são necessários para a interpretação dos resultados dos testes e a avaliação do desempenho intelectual.

Fatores que podem influenciar os escores dos testes incluem efeitos de prática (i. e., aprendizado por testes repetidos) e o “efeito Flynn” (i. e., escores excessivamente elevados devido a normas desatualizadas dos testes). Escores inválidos podem resultar do uso de testes ou grupos de triagem limitados; escores de subtestes individuais altamente discrepantes podem invalidar um escore geral de QI. Há necessidade de normatização dos instrumentos em termos de contexto sociocultural e idioma nativo do indivíduo. Transtornos concomitantes que influenciem a comunicação, a linguagem e/ou a função motora ou sensorial podem afetar os escores do teste. Perfis cognitivos individuais baseados em testes neuropsicológicos, assim como a avaliação intelectual cruzada (que usa múltiplos testes de QI ou outros testes cognitivos para criar um perfil), são mais úteis para o entendimento de capacidades intelectuais do que o escore de um único teste de QI.

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

Nível de gravidade	Domínio conceitual	Domínio social	Domínio prático
Leve	<p>Em crianças pré-escolares, pode não haver diferenças conceituais óbvias. Para crianças em idade escolar e adultos, existem dificuldades em aprender habilidades acadêmicas que envolvam leitura, escrita, matemática, tempo ou dinheiro, sendo necessário apoio em uma ou mais áreas para o alcance das expectativas associadas à idade. Nos adultos, pensamento abstrato, função executiva (i. e., planejamento, estabelecimento de estratégias, fixação de prioridades e flexibilidade cognitiva) e memória de curto prazo, bem como uso funcional de habilidades acadêmicas (p. ex., leitura, controle do dinheiro), estão prejudicados. Há uma abordagem um tanto concreta a problemas e soluções em comparação com indivíduos na mesma faixa etária.</p>	<p>Comparado a indivíduos na mesma faixa etária com desenvolvimento típico, o indivíduo mostra-se imaturo nas relações sociais. Por exemplo, pode haver dificuldade em perceber, com precisão, pistas sociais dos pares. Comunicação, conversação e linguagem são mais concretas ou imaturas do que o esperado para a idade. Podem existir dificuldades na regulação da emoção e do comportamento de uma forma adequada para a idade; tais dificuldades são percebidas pelos pares em situações sociais. Há compreensão limitada do risco em situações sociais; o julgamento social é imaturo para a idade, e a pessoa corre o risco de ser manipulada pelos outros (credulidade).</p>	<p>O indivíduo pode funcionar de acordo com a idade nos cuidados pessoais. Precisa de algum apoio nas tarefas complexas da vida diária em comparação com os pares. Na vida adulta, o apoio costuma envolver compras de itens para a casa, transporte, organização do lar e dos cuidados com os filhos, preparo de alimentos nutritivos, atividades bancárias e controle do dinheiro. As habilidades recreativas assemelham-se às dos companheiros de faixa etária, embora o juízo relativo ao bem-estar e à organização da recreação precise de apoio. Na vida adulta, pode conseguir emprego em funções que não enfatizem habilidades conceituais. Os indivíduos em geral necessitam de apoio para tomar decisões de cuidados de saúde e decisões legais, bem como para aprender a desempenhar uma profissão de forma competente. Apoio costuma ser necessário para criar uma família.</p>

(Continua)

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

Nível de gravidade	Domínio conceitual	Domínio social	Domínio prático
Moderada	<p>Durante todo o desenvolvimento, as habilidades conceituais do indivíduo ficam destacadamente atrás das dos pares. Em crianças pré-escolares, a linguagem e as habilidades pré-acadêmicas desenvolvem-se lentamente. Nas crianças em idade escolar, ocorre lento progresso em leitura, escrita, matemática e na compreensão de tempo e do dinheiro ao longo dos anos escolares, com marcadas limitações em comparação com os colegas. Nos adultos, o desenvolvimento de habilidades acadêmicas costuma mostrar-se em um nível elementar, havendo necessidade de apoio para todo emprego de habilidades acadêmicas no trabalho e na vida pessoal. Assistência contínua diária é necessária para a realização de tarefas conceituais cotidianas, sendo que outras pessoas podem assumir integralmente essas responsabilidades pelo indivíduo.</p>	<p>O indivíduo mostra diferenças marcadas em relação aos pares no comportamento social e na comunicação durante o desenvolvimento. A linguagem falada costuma ser um recurso primário para a comunicação social, embora com muito menos complexidade que a dos companheiros. A capacidade de relacionamento é evidente nos laços com família e amigos, e o indivíduo pode manter amizades bem-sucedidas na vida e, por vezes, relacionamentos românticos na vida adulta. Pode, entretanto, não perceber ou interpretar com exatidão sinais sociais. O julgamento social e a capacidade de tomar decisões são limitados, com cuidadores tendo que auxiliar a pessoa nas decisões. Amizades com companheiros com desenvolvimento normal costumam ser afetadas pelas limitações de comunicação e sociais. Há necessidade de apoio social e de comunicação significativo para o sucesso nos locais de trabalho.</p>	<p>O indivíduo é capaz de dar conta das necessidades pessoais envolvendo alimentar-se, vestir-se, eliminações e higiene como adulto, ainda que haja necessidade de um período prolongado de ensino e de tempo para que se torne independente nessas áreas, talvez com necessidade de lembretes. Da mesma forma, participação em todas as tarefas domésticas pode ser alcançada na vida adulta, ainda que seja necessário longo período de aprendizagem e que um apoio continuado tenha que ocorrer para um desempenho adulto. Emprego independente em tarefas que necessitem de habilidades conceituais e comunicacionais limitadas pode ser conseguido, embora com necessidade de apoio considerável de colegas, supervisores e outras pessoas para o manejo das expectativas sociais, complexidades de trabalho e responsabilidades auxiliares, como horário, transporte, benefícios de saúde e controle do dinheiro. Uma variedade de habilidades recreacionais pode ser desenvolvida. Essas costumam demandar apoio e oportunidades de aprendizagem por um longo período de tempo. Comportamento mal-adaptativo está presente em uma minoria significativa, causando problemas sociais.</p>

(Continua)

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

Nível de gravidade	Domínio conceitual	Domínio social	Domínio prático
Grave	<p>A aquisição de habilidades conceituais é limitada. Geralmente, o indivíduo tem pouca compreensão da linguagem escrita ou de conceitos que envolvam números, quantidade, tempo e dinheiro. Os cuidadores proporcionam grande apoio para a solução de problemas ao longo da vida.</p>	<p>A linguagem falada é bastante limitada em termos de vocabulário e gramática. A fala pode ser composta de palavras ou frases, com possível suplementação por meios aumentativos. A fala e a comunicação têm foco no aqui e agora dos eventos do cotidiano. A linguagem é usada para comunicação social mais do que para explicações. Os indivíduos entendem discursos e comunicação gestual simples. As relações com familiares e pessoas conhecidas constituem fonte de prazer e ajuda.</p>	<p>O indivíduo necessita de apoio para todas as atividades cotidianas, inclusive refeições, vestir-se, banhar-se e eliminação. O indivíduo precisa de supervisão em todos os momentos. O indivíduo não é capaz de tomar decisões responsáveis quanto a seu bem-estar e o dos demais. Na vida adulta, há necessidade de apoio e assistência contínuos nas tarefas domésticas, recreativas e profissionais. A aquisição de habilidades em todos os domínios envolve ensino prolongado e apoio contínuo. Comportamento mal-adaptativo, incluindo autolesão, está presente em uma minoria significativa.</p>
Profunda	<p>As habilidades conceituais costumam envolver mais o mundo físico do que os processos simbólicos. A pessoa pode usar objetos de maneira direcionada a metas para o autocuidado, o trabalho e a recreação. Algumas habilidades visuoespaciais, como combinar e classificar, baseadas em características físicas, podem ser adquiridas. A ocorrência concomitante de prejuízos motores e sensoriais, porém, pode impedir o uso funcional dos objetos.</p>	<p>O indivíduo apresenta compreensão muito limitada da comunicação simbólica na fala ou nos gestos. Pode entender algumas instruções ou gestos simples. Há ampla expressão dos próprios desejos e emoções pela comunicação não verbal e não simbólica. A pessoa aprecia os relacionamentos com membros bem conhecidos da família, cuidadores e outras pessoas conhecidas, além de iniciar interações sociais e reagir a elas por meio de pistas gestuais e emocionais. A ocorrência concomitante de prejuízos sensoriais e físicos pode impedir muitas atividades sociais.</p>	<p>O indivíduo depende de outros para todos os aspectos do cuidado físico diário, saúde e segurança, ainda que possa conseguir participar também de algumas dessas atividades. Aqueles sem prejuízos físicos graves podem ajudar em algumas tarefas diárias de casa, como levar os pratos para a mesa. Ações simples com objetos podem constituir a base para a participação em algumas atividades profissionais com níveis elevados de apoio contínuo. Atividades recreativas podem envolver, por exemplo, apreciar ouvir música, assistir a filmes, sair para passear ou participar de atividades aquáticas, tudo isso com apoio de outras pessoas. A ocorrência concomitante de prejuízos físicos e sensoriais é barreira frequente à participação (além da observação) em atividades domésticas, recreativas e profissionais. Comportamento mal-adaptativo está presente em uma minoria significativa.</p>

Esses testes podem identificar áreas de pontos fortes e fracos, sendo uma avaliação importante para o planejamento acadêmico e profissional. Escores de QI são aproximações do funcionamento conceitual, mas podem ser insuficientes para a avaliação do raciocínio em situações da vida real e do domínio de tarefas práticas. Por exemplo, uma pessoa com déficits em funções intelectuais com um escore de QI um tanto acima de 65-75 pode ter problemas de comportamento adaptativo tão graves relativos a julgamento social ou outras áreas do funcionamento adaptativo que seu funcionamento real é comparável ao de pessoas com um escore de QI mais baixo. Portanto, o julgamento clínico é necessário para a interpretação dos resultados dos testes de QI e o uso dos testes como único critério para diagnóstico de um transtorno do desenvolvimento intelectual é insuficiente.

Déficits no funcionamento adaptativo (Critério B) referem-se a quão bem uma pessoa alcança os padrões de sua comunidade em termos de independência pessoal e responsabilidade social em comparação a outros com idade e antecedentes socioculturais similares. O funcionamento adaptativo envolve raciocínio adaptativo em três domínios: conceitual, social e prático. O *domínio conceitual (acadêmico)* envolve competência em termos de memória, linguagem, leitura, escrita, raciocínio matemático, aquisição de conhecimentos práticos, solução de problemas e julgamento em situações novas, entre outros. O *domínio social* envolve percepção de pensamentos, sentimentos e experiências dos outros; empatia; habilidades de comunicação interpessoal; habilidades de amizade; julgamento social; entre outros. O *domínio prático* envolve aprendizagem e autogestão em todos os cenários de vida, inclusive cuidados pessoais, responsabilidades profissionais, controle do dinheiro, recreação, autocontrole comportamental e organização de tarefas escolares e profissionais, entre outros. Capacidade intelectual, educação, motivação, socialização, aspectos de personalidade, oportunidade vocacional, experiência cultural e condições médicas gerais e transtornos mentais coexistentes influenciam o funcionamento adaptativo.

O funcionamento adaptativo é investigado mediante o uso tanto da avaliação clínica quanto da aplicação individualizada de instrumentos adequados do ponto de vista psicométrico e cultural. Instrumentos padronizados são empregados com informantes (p. ex., pais ou outros membros da família; professor; conselheiro; provedor de cuidados) e com o indivíduo, na medida do possível. Outras fontes de informação incluem avaliações educacionais, desenvolvimentais, médicas e de saúde mental. Escores de medidas padronizadas e fontes de entrevista devem ser interpretados com uso de julgamento clínico. Quando a realização de um teste padronizado é difícil ou impossível por uma variedade de fatores (p. ex., prejuízo sensorial, comportamento problemático grave), o indivíduo pode ser diagnosticado com um transtorno do desenvolvimento intelectual não especificado. O funcionamento adaptativo pode ser de difícil investigação em um cenário controlado (p. ex., prisões, centros de detenção); se possível, informações corroborativas que reflitam o funcionamento fora desses locais devem ser obtidas.

O Critério B é preenchido quando pelo menos um domínio do funcionamento adaptativo – conceitual, social ou prático – está suficientemente prejudicado a ponto de ser necessário apoio contínuo para que a pessoa tenha desempenho adequado em um ou mais de um local, tais como escola, local de trabalho, casa ou comunidade. O Critério C, com início durante o período do desenvolvimento, refere-se ao reconhecimento da presença de déficits intelectuais e adaptativos durante a infância ou adolescência.

Uma análise abrangente inclui a avaliação da capacidade intelectual e do funcionamento adaptativo do indivíduo, identificação de etiologias genéticas e não genéticas, avaliação da existência ou não de condições médicas associadas (p. ex., paralisia cerebral, epilepsia) e avaliação de comorbidade de transtornos mentais, emocionais e comportamentais. Os componentes da avaliação podem incluir histórico médico pré-natal e perinatal, genograma familiar incluindo três gerações, exames físicos, avaliação genética (p. ex., cariótipo ou análise cromossômica por *microarray* e testes para detecção de síndromes genéticas específicas), bem como triagem metabólica e investigação por neuroimagem.

Características Associadas

O transtorno do desenvolvimento intelectual é uma condição heterogênea com múltiplas causas. Pode haver dificuldades associadas ao julgamento social; à avaliação de riscos; ao autocontrole do comportamento, emoções ou relações interpessoais; ou à motivação na escola ou nos ambientes de trabalho. Em de-

corrência da falta da consciência de riscos e perigos, taxas de lesões acidentais podem aumentar. A falta de habilidades de comunicação pode predispor a comportamentos disruptivos ou agressivos. A credulidade costuma ser uma característica, envolvendo ingenuidade em situações sociais e tendência a ser facilmente conduzido pelos outros. Credulidade e falta de consciência sobre riscos podem resultar em exploração por outros e possível vitimização, fraude, envolvimento criminal não intencional, falsas confissões e risco de abuso físico e sexual. Esses aspectos associados podem ser importantes em casos criminais, incluindo audiências do tipo Atkins, envolvendo pena de morte.

Além de déficits no funcionamento adaptativo, os indivíduos também podem ficar aflitos com suas limitações intelectuais. Mesmo que essa aflição nem sempre tenha um impacto no funcionamento, ela pode representar uma característica relevante do cenário clínico.

Prevalência

O transtorno do desenvolvimento intelectual tem uma prevalência geral na população de aproximadamente 10 por 1.000; porém, a prevalência global varia de acordo com o país e seu nível de desenvolvimento, sendo de cerca de 16 por 1.000 em países de renda média e de 9 por 1.000 em países de renda alta. A prevalência também varia com a idade, sendo mais alta em jovens do que em adultos. Nos Estados Unidos, a prevalência por 1.000 habitantes não varia significativamente entre os diferentes grupos étnico-raciais.

Desenvolvimento e Curso

O início do transtorno do desenvolvimento intelectual ocorre no período de desenvolvimento. Idade e aspectos característicos no início dependem da etiologia e da gravidade da disfunção cerebral. Atrasos em marcos motores, linguísticos e sociais podem ser identificáveis nos primeiros dois anos de vida entre aqueles com transtorno do desenvolvimento intelectual mais grave, ao passo que níveis leves podem não ser identificados até a idade escolar, quando ficam aparentes as dificuldades de aprendizagem acadêmica. Todos os critérios (inclusive o Critério C) devem ser atendidos pela história ou pela apresentação atual. Algumas crianças com menos de 5 anos de idade, cuja apresentação atenderá, em última análise, aos critérios de transtorno do desenvolvimento intelectual, têm déficits que satisfazem os critérios de atraso global do desenvolvimento.

Quando o transtorno do desenvolvimento intelectual está associado a uma síndrome genética, pode haver uma aparência física característica (p. ex., como na síndrome de Down). Algumas síndromes têm um *fenótipo comportamental*, o que se refere a comportamentos específicos, característicos de determinado transtorno genético (p. ex., síndrome de Lesch-Nyhan). Nas formas adquiridas, o aparecimento pode ser abrupto, após doenças como meningite ou encefalite ou traumatismo encefálico durante o período do desenvolvimento. Quando o transtorno do desenvolvimento intelectual decorre de perda de habilidades cognitivas previamente adquiridas, como em lesões cerebrais traumáticas, pode ser atribuído tanto diagnóstico de transtorno do desenvolvimento intelectual quanto de um transtorno neurocognitivo.

Embora o transtorno do desenvolvimento intelectual em geral não seja progressivo, em algumas doenças genéticas (p. ex., síndrome de Rett) há períodos de piora seguidos de estabilização, e, em outras (p. ex., síndrome de Sanfilippo, síndrome de Down), ocorre piora progressiva da função intelectual em diversos graus. Em alguns casos, a piora progressiva das funções intelectuais pode representar uma camada do transtorno neurocognitivo a ser desenvolvido na idade adulta (i. e., pessoas com síndrome de Down têm um alto risco de desenvolver transtorno neurocognitivo devido à doença de Alzheimer na idade adulta). Nessa situação, ambos os diagnósticos, de transtorno do desenvolvimento intelectual e transtorno neurocognitivo, são dados.

O transtorno geralmente perdura por toda a vida, ainda que os níveis de gravidade possam variar ao longo do tempo. O curso do transtorno pode ser influenciado por condições médicas ou genéticas subjacentes e por condições comórbidas (p. ex., deficiências auditivas ou visuais, epilepsia). Intervenções precoces e continuadas podem melhorar o funcionamento adaptativo na infância e na vida adulta. Em alguns casos, ocorre melhora significativa da função intelectual, até tornando o diagnóstico de transtorno do desenvolvimento intelectual não mais apropriado. Desse modo, é prática comum ao avaliar bebês e

crianças pequenas postergar o diagnóstico de transtorno do desenvolvimento intelectual para até depois de um curso apropriado de intervenção ter sido proporcionado. Em crianças mais velhas e adultos, o nível de apoio oferecido é capaz de possibilitar a completa participação em todas as atividades cotidianas e melhora na função adaptativa. As avaliações diagnósticas devem determinar se uma melhora nas habilidades de adaptação é resultado da aquisição de uma nova habilidade estável e generalizada (caso em que o diagnóstico de transtorno do desenvolvimento intelectual pode não ser mais apropriado) ou contingência da presença de apoios e intervenções ininterruptas (caso em que o diagnóstico de transtorno do desenvolvimento intelectual pode ainda ser apropriado).

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. Etiologias pré-natais incluem síndromes genéticas (p. ex., variações na sequência ou variações no número de cópias envolvendo um ou mais genes; alterações cromossômicas), erros inatos do metabolismo, malformações encefálicas, doença materna (inclusive doença placentária) e influências ambientais (p. ex., álcool, outras drogas, toxinas e teratógenos). Causas perinatais incluem uma gama de eventos no trabalho de parto e no nascimento que levam a encefalopatia neonatal. Causas pós-natais incluem lesão isquêmica hipóxica, lesão cerebral traumática, infecções, doenças desmielinizantes, doenças convulsivas (p. ex., espasmos infantis), privação social grave e crônica, síndromes metabólicas tóxicas e intoxicações (p. ex., chumbo e mercúrio).

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O transtorno do desenvolvimento intelectual ocorre em todos os grupos étnico-raciais. As diferenças de prevalência do transtorno de acordo com os contextos sociais e culturais podem ser devidas à variação dos riscos ambientais (p. ex., lesões durante o nascimento ou privação social crônica) para os transtornos que sejam associados com *status* socioeconômico e acesso a assistência médica de qualidade. Por exemplo, na Austrália Ocidental, a prevalência populacional de transtorno do desenvolvimento intelectual entre crianças aborígenes é de 39 por 1.000, em contraste com a de 16 por 1.000 do restante da população jovem não aborígene. Sensibilidade e conhecimento culturais das condições socioestruturais são necessários durante a avaliação, devendo ser considerados os contextos socioeconômicos, étnicos, culturais e linguísticos dos indivíduos, além de experiências disponíveis e funcionamento adaptativo de sua comunidade e ambiente cultural. Explicações culturais para o transtorno do desenvolvimento intelectual variam e podem incluir crenças culturais sobre influência ou punição sobrenatural por erros cometidos (tanto presumidamente quanto de fato) pela mãe ou ambos os pais, o que pode ser associado a vergonha e a falta de notificação de casos desse transtorno.

Questões Diagnósticas Relativas ao Sexo e ao Gênero

Indivíduos do sexo masculino, em geral, têm mais propensão do que os do sexo feminino para receber diagnóstico tanto de quadro leve (razão média masculino/feminino 1,6:1) quanto grave (razão média masculino/feminino 1,2:1) de transtorno do desenvolvimento intelectual. As proporções de sexo, todavia, variam muito nos relatos de estudos. Fatores genéticos associados ao sexo, diferenças entre sexos em outros fatores genéricos, como variantes do número de cópias específicas, e a vulnerabilidade do sexo masculino a lesões no cérebro podem ser fatores responsáveis por algumas dessas diferenças de prevalência.

Associação com Pensamentos ou Comportamentos Suicidas

Indivíduos com transtorno do desenvolvimento intelectual podem apresentar risco de suicídio associado a transtorno mental comórbido, função intelectual e adaptativa mais altas e estressores passados imediatos. O transtorno mental comórbido pode se manifestar atipicamente no transtorno do desenvolvimento intelectual; portanto é importante no processo de avaliação que se reconheçam comorbidades e se faça uma triagem para identificar a possível presença de pensamentos suicidas, com atenção especial às mudanças de comportamento do indivíduo.

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico de transtorno do desenvolvimento intelectual deve ser feito sempre que atendidos os Critérios A, B e C. O diagnóstico de transtorno do desenvolvimento intelectual jamais deve ser pressuposto em razão de determinada condição genética ou médica. Uma síndrome genética associada ao transtorno do desenvolvimento intelectual deve ser registrada como um diagnóstico concorrente com o transtorno do desenvolvimento intelectual.

Transtornos neurocognitivos maiores e leves. O transtorno do desenvolvimento intelectual é definido como um transtorno do neurodesenvolvimento e é diferente dos transtornos neurocognitivos, que se caracterizam por perda do funcionamento cognitivo. Um transtorno neurocognitivo maior pode ocorrer concomitantemente com transtorno do desenvolvimento intelectual (p. ex., uma pessoa com síndrome de Down que desenvolve doença de Alzheimer ou uma pessoa com transtorno do desenvolvimento intelectual que perde um pouco mais a capacidade cognitiva após um traumatismo encefálico). Em casos assim, podem ser feitos diagnósticos de transtorno do desenvolvimento intelectual e transtorno neurocognitivo. Além disso, quando há a estabilização das funções cognitivas após lesão cerebral traumática ou não traumática ocorrida no período de desenvolvimento (infância e adolescência) e não há declínio cognitivo continuado, tanto o diagnóstico de transtorno neurocognitivo quanto o de transtorno do desenvolvimento intelectual podem ser utilizados, contanto que os critérios diagnósticos para o transtorno do desenvolvimento intelectual sejam preenchidos.

Transtornos da comunicação e transtorno específico da aprendizagem. Esses transtornos do neurodesenvolvimento são específicos do domínio da comunicação e da aprendizagem, não exibindo déficits no comportamento intelectual e adaptativo. Podem ser comórbidos com transtorno do desenvolvimento intelectual. Ambos os diagnósticos são feitos se a totalidade dos critérios para transtorno do desenvolvimento intelectual e para transtorno da comunicação ou específico da aprendizagem for preenchida.

Transtorno do espectro autista. O transtorno do desenvolvimento intelectual é comum entre pessoas com transtorno do espectro autista. Sua investigação pode ser complicada por déficits sociocomunicacionais e comportamentais, inerentes ao transtorno do espectro autista, que podem interferir na compreensão e no engajamento nos procedimentos dos testes. Uma investigação adequada da função intelectual no transtorno do espectro autista é fundamental, com reavaliação ao longo do período do desenvolvimento, uma vez que escores do QI no transtorno do espectro autista podem ser instáveis, particularmente na primeira infância.

Comorbidade

A ocorrência concomitante de condições do neurodesenvolvimento e outras condições mentais e médicas é frequente no transtorno do desenvolvimento intelectual, com taxas de algumas condições (p. ex., transtornos mentais, paralisia cerebral e epilepsia) 3 a 4 vezes mais altas que na população geral. O prognóstico e o resultado de diagnósticos comórbidos podem ser influenciados pela presença do transtorno do desenvolvimento intelectual. Os procedimentos de avaliação podem demandar mudanças em função dos transtornos associados, tais como transtornos da comunicação, transtorno do espectro autista e transtornos motores, sensoriais e outros. Informantes familiarizados com o assunto são essenciais para a identificação de sintomas como irritabilidade, desregulação do humor, agressividade, alterações alimentares e do sono, bem como para a avaliação da função adaptativa em locais variados na comunidade.

Os transtornos do neurodesenvolvimento e outros transtornos mentais comórbidos mais comuns são o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, os transtornos depressivo e bipolar, os transtornos de ansiedade, o transtorno do espectro autista, o transtorno do movimento estereotipado (com ou sem comportamento autolesivo), os transtornos do controle de impulsos e o transtorno neurocognitivo maior. Um transtorno depressivo maior pode ocorrer nos diferentes níveis de gravidade do transtorno do desenvolvimento intelectual. Comportamento autolesivo requer imediata atenção diagnóstica, podendo gerar um diagnóstico separado de transtorno do movimento estereotipado. Indivíduos com transtorno do desenvolvimento intelectual, em especial os com uma apresentação mais grave do transtorno, podem também evidenciar agressividade e comportamentos disruptivos, inclusive causando danos a outros ou destruindo propriedades.

Indivíduos com transtorno do desenvolvimento intelectual têm desproporcionalmente mais problemas de saúde, incluindo obesidade, do que a população geral. Eles com frequência não conseguem expressar verbalmente os sintomas físicos que sentem e isso pode fazer com que problemas de saúde não sejam diagnosticados e tratados.

Relação com Outras Classificações

A CID-11 utiliza o termo *transtornos do desenvolvimento intelectual* para indicar que se está falando de transtornos que envolvem função cerebral prejudicada precocemente na vida. Esses transtornos estão descritos na CID-11 como uma metassíndrome que ocorre no período do desenvolvimento análoga à demência ou ao transtorno neurocognitivo maior em fases posteriores da vida. Existem quatro subtipos de transtornos do desenvolvimento intelectual na CID-11: leve, moderado, grave e profundo.

A American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) usa o termo *deficiência intelectual*. A classificação da AAIDD é mais multidimensional que categórica, baseada no construto da incapacidade. Mais do que listar especificadores, como está sendo feito no DSM-5, a AAIDD salienta um perfil de apoio com base na gravidade.

Atraso Global do Desenvolvimento

F88

Este diagnóstico está reservado a indivíduos *com menos* de 5 anos de idade, quando o nível de gravidade clínica não pode ser avaliado de modo confiável durante a primeira infância. Esta categoria é diagnosticada quando um indivíduo fracassa em alcançar os marcos do desenvolvimento esperados em várias áreas da função intelectual, sendo aplicada a pessoas que não são capazes de passar por avaliações sistemáticas do funcionamento intelectual, incluindo crianças jovens demais para participar de testes padronizados. É uma categoria que requer reavaliações após um período de tempo.

Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (Deficiência Intelectual) Não Especificado

F79

Esta categoria está reservada a pessoas *com mais* de 5 anos de idade, quando a investigação do grau de transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual), por meio de procedimentos disponíveis localmente, fica difícil ou impossível devido a prejuízos sensoriais ou físicos associados, como na cegueira ou na surdez pré-linguística, na deficiência locomotora ou na presença de comportamentos problemáticos graves ou nos casos de comorbidade com transtorno mental. É uma categoria que somente deve ser usada em circunstâncias excepcionais e que requer reavaliações após um período de tempo.

Transtornos da Comunicação

Os transtornos da comunicação incluem déficits na linguagem, na fala e na comunicação. *Fala* é a produção expressiva de sons e inclui a articulação, a fluência, a voz e a qualidade da ressonância de um indivíduo. *Linguagem* inclui a forma, a função e o uso de um sistema convencional de símbolos (i. e., palavras faladas, linguagem de sinais, palavras escritas, figuras), com um conjunto de regras para a comunicação.

Comunicação inclui todo comportamento verbal e não verbal (intencional ou não) que tem o potencial de influenciar o comportamento, as ideias ou as atitudes de outro indivíduo. A investigação das capacidades de fala, linguagem e comunicação deve levar em consideração o contexto cultural e linguístico do indivíduo, em especial para aqueles que crescem em ambientes bilíngues. As medidas padronizadas de desenvolvimento da linguagem e da capacidade intelectual não verbal devem ser relevantes para o grupo cultural e linguístico (i. e., testes desenvolvidos e padronizados para um grupo podem não oferecer normas apropriadas para outro). A categoria diagnóstica dos transtornos da comunicação inclui os seguintes transtornos: transtorno da linguagem, transtorno da fala, transtorno da fluência com início na infância (gagueira), transtorno da comunicação social (pragmática) e transtornos da comunicação não especificados. Diferenças entre os sexos no desenvolvimento inicial da comunicação podem ser a causa de uma prevalência maior de transtornos da comunicação em meninos do que em meninas. Dadas as características associadas aos transtornos da comunicação e a relação da comunicação com outras áreas do desenvolvimento, os transtornos da comunicação têm altas taxas de comorbidade com outros transtornos do neurodesenvolvimento (p. ex., transtorno do espectro autista, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade [TDAH], transtorno específico da aprendizagem e transtorno do desenvolvimento intelectual [deficiência intelectual]), transtornos mentais (p. ex., transtornos de ansiedade) e com algumas outras condições médicas (p. ex., epilepsia e anomalias cromossômicas específicas).

Transtorno da Linguagem

Critérios Diagnósticos

F80.2

- A. Dificuldades persistentes na aquisição e no uso da linguagem em suas diversas modalidades (i. e., falada, escrita, linguagem de sinais ou outra) devido a déficits na compreensão ou na produção, inclusive:
 1. Vocabulário reduzido (conhecimento e uso de palavras).
 2. Estrutura limitada de frases (capacidade de unir palavras e terminações de palavras de modo a formar frases, com base nas regras gramaticais e morfológicas).
 3. Prejuízos no discurso (capacidade de usar vocabulário e unir frases para explicar ou descrever um tópico ou uma série de eventos, ou ter uma conversa).
- B. As capacidades linguísticas estão, de forma substancial e quantificável, abaixo do esperado para a idade, resultando em limitações funcionais na comunicação efetiva, na participação social, no sucesso acadêmico ou no desempenho profissional, individualmente ou em qualquer combinação.
- C. O início dos sintomas ocorre precocemente no período do desenvolvimento.
- D. As dificuldades não são atribuíveis a deficiência auditiva ou outro prejuízo sensorial, a disfunção motora ou a outra condição médica ou neurológica, não sendo mais bem explicadas por transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento.

Características Diagnósticas

As características diagnósticas centrais do transtorno da linguagem incluem dificuldades na aquisição e no uso da linguagem por déficits na compreensão ou na produção de vocabulário, na estrutura das frases e no discurso. Esses déficits linguísticos ficam evidentes na comunicação falada, escrita ou na linguagem de sinais. A aprendizagem e o uso da linguagem dependem de habilidades receptivas e expressivas. *Capacidade expressiva* refere-se à produção de sinais vocálicos, gestuais ou verbais, enquanto *capacidade receptiva* refere-se ao processo de receber e compreender mensagens linguísticas. As habilidades linguísticas precisam ser investigadas nas modalidades expressiva e receptiva, uma vez que podem diferir quanto à gravidade.

O transtorno da linguagem costuma afetar vocabulário e gramática, e esses efeitos passam a limitar a capacidade para o discurso. As primeiras palavras e expressões da criança possivelmente surgem com atraso; 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, em especial as que descrevem o passado. Déficits na compreensão da linguagem

costumam ser subestimados, uma vez que as crianças podem se sair bem em utilizar contexto para inferir sentido. Pode haver problemas para encontrar palavras, definições verbais pobres ou compreensão insatisfatória de sinônimos, múltiplos significados ou jogo de palavras apropriado à idade e à cultura. Problemas para recordar palavras e frases novas ficam evidentes por dificuldades em seguir instruções com mais palavras, dificuldades para ensaiar encadeamentos de informações verbais (p. ex., recordar um número de telefone ou uma lista de compras) e dificuldades para lembrar sequências sonoras novas, uma habilidade que pode ser importante para o aprendizado de palavras novas. As dificuldades com o discurso são evidenciadas pela redução da capacidade de fornecer informações adequadas sobre eventos importantes e de narrar uma história coerente.

A dificuldade na linguagem fica clara por capacidades que de forma substancial e quantificável estão aquém do esperado para a idade, interferindo, de forma significativa, no sucesso acadêmico, no desempenho profissional, na comunicação eficaz ou na socialização (Critério B). Um diagnóstico de transtorno da linguagem pode ser feito com base na síntese da história do indivíduo, na observação clínica direta em contextos variados (i. e., casa, escola ou trabalho) e em escores de testes padronizados de capacidade linguística, que podem ser empregados para orientar estimativas da gravidade.

Características Associadas

As pessoas, inclusive as crianças, podem optar por uma acomodação a seus limites linguísticos. Podem parecer tímidas ou reticentes em falar. Os indivíduos afetados podem preferir comunicar-se somente com membros da família ou com outras pessoas conhecidas. Ainda que tais indicadores sociais não diagnostiquem um transtorno da linguagem, se perceptíveis e persistentes, justificam encaminhamento para uma avaliação completa da linguagem.

Desenvolvimento e Curso

A aquisição da linguagem é marcada por mudanças que se iniciam na infância e vão até o nível adulto de competência, que surge na adolescência. Elas aparecem nas dimensões de linguagem (sons, palavras, gramática, narrativas/textos expositivos e habilidades de conversação), em incrementos e sincronias em graus relativos à idade. O transtorno da linguagem surge durante o período inicial de desenvolvimento, porém, há uma variação considerável na aquisição e combinação de vocabulário nesse período. Diferenças individuais no início da infância não são, se considerados indicadores únicos, bons preditores de desfechos posteriores, apesar de um início tardio do uso da linguagem, aos 24 meses de idade, em uma amostra baseada na população, ter sido o melhor preditor de desfechos aos 7 anos de idade. Por volta dos 4 anos de idade, as diferenças individuais na capacidade linguística ficam mais estáveis, mais fáceis de serem medidas, e são muito mais preditivas dos desfechos futuros. Um transtorno da linguagem diagnosticado em crianças de 4 anos de idade ou mais tende a ficar estável com o tempo e tipicamente persiste na vida adulta, ainda que o perfil particular dos pontos fortes e fracos em termos linguísticos possivelmente mude ao longo do desenvolvimento.

Transtornos da linguagem podem causar consequências sociais ao longo da vida. Crianças com transtornos da linguagem correm o risco de serem vitimizadas pelos seus pares. Para mulheres que tiveram transtornos da linguagem na infância, pode haver um risco até três vezes maior de abuso sexual na idade adulta em relação àquelas que não tiveram esses transtornos.

Fatores de Risco e Prognóstico

Crianças com prejuízos na linguagem receptiva têm pior prognóstico que aquelas em que predominam prejuízos expressivos. Prejuízos na linguagem receptiva são mais resistentes ao tratamento e frequentemente acompanham dificuldades de compreensão de leitura.

Ambientais. Ser bilíngue não causa ou agrava um transtorno da linguagem, mas crianças que são bilíngues podem demonstrar atrasos ou diferenças no desenvolvimento da linguagem. Um transtorno da linguagem em crianças bilíngues afeta ambas as línguas; portanto, é importante considerar uma avaliação nas duas línguas.

Genéticos e fisiológicos. Os transtornos da linguagem são altamente herdáveis, e membros da família têm maior propensão a apresentar história de prejuízos na linguagem. Estudos com gêmeos baseados na população reportaram consistentemente uma herdabilidade substancial para transtornos da linguagem, e estudos moleculares sugerem a interação de múltiplos genes nas vias causais desses transtornos.

Diagnóstico Diferencial

Variações normais na linguagem. O transtorno da linguagem deve ser diferenciado das variações normais do desenvolvimento, distinção esta que pode ser difícil antes dos 4 anos de idade. Variações regionais, sociais ou culturais/étnicas da linguagem (p. ex., dialetos) devem ser consideradas quando a pessoa está sendo avaliada para prejuízo da linguagem.

Deficiência auditiva ou outra deficiência sensorial. Deficiência auditiva deve ser excluída como a principal causa das dificuldades linguísticas. Os déficits de linguagem podem estar associados a deficiência auditiva, a outro déficit sensorial ou a déficit motor da fala. Quando os déficits linguísticos excedem os déficits geralmente associados a essas alterações, um diagnóstico de transtorno da linguagem pode ser feito.

Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual). Deficiência linguística é uma característica frequentemente presente no transtorno do desenvolvimento intelectual. Porém, o diagnóstico definitivo do transtorno do desenvolvimento intelectual não deve ser feito até que a criança seja capaz de completar avaliações padronizadas. O transtorno da linguagem pode ocorrer com graus variáveis de habilidade intelectual, e uma discrepância entre habilidades verbais e não verbais não é necessária para um diagnóstico desse transtorno.

Transtorno do espectro autista. O transtorno do espectro autista frequentemente se manifesta com o atraso do desenvolvimento da linguagem. Porém, o transtorno do espectro autista é muitas vezes acompanhado por comportamentos que não estão presentes no transtorno da linguagem, como falta de interesse social ou interações sociais incomuns (p. ex., puxar as pessoas pela mão sem nenhuma tentativa de olhar para elas), padrões incomuns de brincadeiras (p. ex., carregar brinquedos, mas nunca brincar com eles), padrões incomuns de comunicação (p. ex., conhecer o alfabeto, mas não responder ao próprio nome), aderência rígida às rotinas e comportamentos repetitivos (p. ex., balançar-se, ecolalia).

Distúrbios neurológicos. O transtorno da linguagem pode ser adquirido em associação a doenças neurológicas, inclusive epilepsia (p. ex., afasia adquirida ou síndrome de Landau-Kleffner).

Regressão da linguagem. Perda da fala e da linguagem em crianças de qualquer idade exige uma avaliação metódica para determinar se há alguma condição neurológica específica, como a síndrome de Landau-Kleffner. A perda da linguagem pode ser sintoma de convulsões, havendo necessidade de avaliação diagnóstica para excluir a presença de epilepsia (p. ex., eletroencefalograma de rotina e em sono). A deterioração de comportamentos sociais e comunicacionais críticos durante os dois primeiros anos de vida é evidente na maioria das crianças que apresentam transtorno do espectro autista e deve indicar a necessidade de avaliação para esse transtorno.

Comorbidade

O transtorno da linguagem pode estar associado a outros transtornos do neurodesenvolvimento em termos de transtorno específico da aprendizagem (leitura, escrita e aritmética), transtorno do desenvolvimento intelectual, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno do espectro autista e transtorno do desenvolvimento da coordenação. Está, ainda, associado a transtorno da comunicação social (pragmática). Em amostras clínicas, transtorno da linguagem pode ocorrer em comorbidade com transtorno da fluência, apesar de os dados de uma grande amostra populacional de crianças de 6 anos de idade dos Estados Unidos sugerirem que essa comorbidade pode ser rara (1,3%). História familiar positivo de transtornos da fala e da linguagem costuma estar presente.

Transtorno da Fala

Critérios Diagnósticos

F80.0

- A. Dificuldade persistente para produção da fala que interfere na inteligibilidade da fala ou impede a comunicação verbal de mensagens.
- B. A perturbação causa limitações na comunicação eficaz, que interferem na participação social, no sucesso acadêmico ou no desempenho profissional, individualmente ou em qualquer combinação.
- C. O início dos sintomas ocorre precocemente no período do desenvolvimento.
- D. As dificuldades não são atribuíveis a condições congênicas ou adquiridas, como paralisia cerebral, fenda palatina, surdez ou perda auditiva, lesão cerebral traumática ou outras condições médicas ou neurológicas.

Características Diagnósticas

A produção da fala descreve a articulação clara de fonemas (i. e., sons individuais), que, combinados, formam as palavras faladas. Essa produção exige tanto o conhecimento fonológico dos sons da fala quanto a capacidade de coordenar os movimentos dos articuladores (i. e., mandíbula, língua e lábios) com a respiração e a vocalização para a fala. Crianças com dificuldades para produzir a fala podem apresentar dificuldade no reconhecimento fonológico dos sons da fala ou na capacidade de coordenar os movimentos para falar, nos mais variados graus. Um transtorno da fala é diagnosticado quando a produção da fala não ocorre como esperado, de acordo com a idade e o estágio de desenvolvimento da criança, e quando as deficiências não são consequências de prejuízo físico, estrutural, neurológico ou auditivo. Entre crianças com desenvolvimento típico, aos 3 anos de idade a fala geral deve ser inteligível, enquanto aos 2 anos, somente 50% podem ser passíveis de compreensão. Meninos são mais propensos (em uma proporção de 1,5–1,8 para 1) a ter transtorno da fala do que meninas.

Características Associadas

É comum a comorbidade de transtorno da linguagem com transtorno da fala, mesmo que ela seja rara até os 6 anos de idade. História familiar positiva de transtornos da fala ou da linguagem costuma estar presente.

Se a capacidade de coordenar os articuladores com rapidez constitui um aspecto particular da dificuldade, pode existir história de atraso ou descoordenação na aquisição das habilidades que também utilizam os articuladores e a musculatura facial relacionada; essas habilidades incluem, entre outras, mastigação, manutenção do fechamento da boca e ato de assoar o nariz. Outras áreas da coordenação motora podem estar prejudicadas, como no transtorno do desenvolvimento da coordenação. São usados os termos *apraxia da fala na infância* e *dispraxia verbal* para problemas na produção de fala com componentes motores.

Desenvolvimento e Curso

Aprender a produzir sons da fala de maneira clara e precisa e aprender a produzir fala fluente conectada são habilidades do desenvolvimento. A articulação da fala segue um padrão ao longo do desenvolvimento, o qual se reflete nas normas etárias dos testes padronizados. Não raro, crianças com desenvolvimento normal encurtam palavras e sílabas ao aprender a falar, mas sua progressão no domínio da produção da fala deve resultar em discurso predominantemente inteligível por volta dos 3 anos de idade. Crianças com transtorno da fala continuam a empregar processos imaturos de simplificação fonológica além da idade, quando a maior parte das crianças consegue produzir sons com clareza.

A maior parte dos sons da fala deve ser produzida de maneira clara, e a maioria das palavras, pronunciada com precisão, conforme a idade e as normas da comunidade, por volta dos 5 anos de idade.

Os sons que com mais frequência são mal articulados também tendem a ser aprendidos mais tarde, o que os leva a receber o nome de “os oito atrasados” (*l, r, s, z, th, ch, dzh* e *zh*) na língua inglesa. A articulação errada de qualquer um desses sons por si só pode ser considerada dentro de limites normais até os 8 anos de idade, porém, quando esse é o caso com múltiplos sons, é importante abordar alguns deles com planos para melhorar a inteligibilidade, em vez de esperar até uma idade em que quase todas as crianças possam produzi-los com precisão para interferir. O ceceo (i. e., a má articulação das sibilantes) é especialmente comum e pode envolver padrões frontais ou laterais da direção da corrente de ar. Ele pode estar associado a um padrão anormal de projeção lingual na deglutição.

A maior parte das crianças com transtorno da fala responde bem ao tratamento, e as dificuldades de fala melhoram com o tempo; assim, o transtorno pode não ser persistente. Quando, no entanto, um transtorno da linguagem também está presente, o transtorno da fala tem pior prognóstico, podendo estar associado a transtornos específicos da aprendizagem.

Diagnóstico Diferencial

Variações normais na fala. Variações regionais, sociais ou culturais/étnicas da fala devem ser consideradas antes que seja feito o diagnóstico. Crianças bilíngues, quando avaliadas apenas em inglês, podem demonstrar, em geral, uma menor taxa de inteligibilidade, errar com mais frequência o som de consoantes e vogais e produzir erros de padrão mais incomuns do que crianças monolíngues falantes de inglês.

Deficiência auditiva ou outra deficiência sensorial. Surdos ou deficientes auditivos podem apresentar erros na produção da fala. Quando déficits da fala ultrapassam os que costumam estar associados a essas alterações, um diagnóstico de transtorno da fala pode ser feito.

Déficits estruturais. Problemas da fala podem ser ocasionados por déficits estruturais (p. ex., fenda palatina).

Disartria. Problemas da fala podem ser atribuídos a uma alteração motora, como a paralisia cerebral. Sinais neurológicos, bem como características distintivas de voz, diferenciam a disartria do transtorno da fala, ainda que em crianças pequenas (menos de 3 anos) a distinção possa ser difícil, em especial quando não existe comprometimento motor corporal geral ou quando ele existe em pequeno grau (p. ex., na síndrome de Worster-Drought).

Mutismo seletivo. Uso limitado da fala pode ser um sinal de mutismo seletivo, um transtorno de ansiedade caracterizado por ausência da fala em um ou mais contextos ou cenários. O mutismo seletivo pode aparecer em crianças com algum transtorno da fala devido ao constrangimento causado por suas limitações. Muitas crianças com mutismo seletivo, todavia, apresentam fala normal em locais “seguros”, como em casa ou junto dos amigos mais próximos.

Comorbidade

A fala também pode ser afetada de maneiras diferentes por certas condições genéticas (p. ex., síndrome de Down, síndrome de deleção 22q ou mutação do gene *FoxP2*). Quando presentes, estas também devem ser codificadas.

Transtorno da Fluência com Início na Infância (Gagueira)

Critérios Diagnósticos

F80.81

- A. Perturbações na fluência normal e no padrão temporal da fala inapropriadas para a idade e para as habilidades linguísticas do indivíduo persistentes e caracterizadas por ocorrências frequentes e marcantes de um (ou mais) entre os seguintes:
1. Repetição de som e sílabas.
 2. Prolongamentos sonoros das consoantes e das vogais.

3. Palavras interrompidas (p. ex., pausas em 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 de palavras monossilábicas (p. ex., “Eu-eu-eu-eu vejo”).
- B. A perturbação causa ansiedade em relação à fala ou limitações na comunicação efetiva, na participação social ou no desempenho acadêmico ou profissional, individualmente ou em qualquer combinação.
- C. O início dos sintomas ocorre precocemente no período do desenvolvimento. (**Nota:** Casos de início tardio são diagnosticados como F98.5 - transtorno da fluência com início na idade adulta.)
- D. A perturbação não é passível de ser atribuída a um déficit motor da fala ou sensorial, a disfluência associada a lesão neurológica (p. ex., acidente vascular cerebral, tumor, trauma) ou a outra condição médica, não sendo mais bem explicada por outro transtorno mental.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno da fluência com início na infância (gagueira) é uma perturbação na fluência normal e no padrão temporal da fala inapropriada à idade do indivíduo. Essa perturbação caracteriza-se por repetições frequentes ou prolongamentos de sons ou sílabas e por outros tipos de disfluências da fala, incluindo palavras interrompidas (p. ex., pausas no meio de uma palavra), bloqueio audível ou silencioso (i. e., pausas preenchidas ou não preenchidas na fala), circunlocuções (i. e., substituições de palavras para evitar palavras problemáticas), palavras produzidas com excesso de tensão física e repetições de palavras monossilábicas (p. ex., “Eu-eu-eu-eu vejo”). A perturbação na fluência pode interferir no sucesso acadêmico ou profissional ou na comunicação social. A gravidade da perturbação varia conforme a situação e costuma ser mais grave quando há pressão especial para se comunicar (p. ex., apresentar um trabalho na escola, entrevista para emprego). A disfluência está frequentemente ausente durante a leitura oral, o ato de cantar ou conversar com objetos inanimados ou animais de estimação.

Características Associadas

Pode surgir um temor antecipatório do problema. O falante pode tentar evitar disfluências por meio de mecanismos linguísticos (p. ex., alterando a velocidade da fala, evitando algumas palavras ou sons) ou por esquia de determinadas situações de discurso, como telefonar ou falar em público. Além de constituírem características da condição, estresse e ansiedade aparecem como elementos que exacerbam a disfluência.

O transtorno da fluência com início na infância pode ser também acompanhado por movimentos motores (p. ex., piscar de olhos, tiques, tremores labiais ou faciais, movimentos descontrolados da cabeça, movimentos respiratórios, mãos em punho). Crianças com esse transtorno apresentam capacidades linguísticas variáveis, e a relação entre o transtorno da fluência e as capacidades linguísticas ainda não está clara.

Estudos mostraram diferenças neurológicas estruturais e funcionais em crianças que gaguejam. Meninos são mais propensos a gaguejar do que meninas, com estimativas que variam de acordo com a idade e a 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 até os 6 anos de idade para 80 a 90% dos indivíduos afetados, com a idade de início variando dos 2 aos 7 anos. O início pode ser insidioso ou mais repentino. Normalmente, as disfluências têm início gradativo, com repetição das consoantes iniciais, das primeiras palavras de uma frase ou de palavras longas. A criança pode não perceber as disfluências. Com a progressão, elas ficam mais frequentes e causam interferência, ocorrendo nas palavras ou frases mais significativas dos enunciados. À medida que a criança percebe a dificuldade da fala, ela pode desenvolver mecanismos de esquia das disfluências e reações emocionais, incluindo

esquiva de falar em público e uso de enunciados curtos e simples. Pesquisas longitudinais mostram que 65 a 85% das crianças recuperam-se da disfluência, com a gravidade desse transtorno aos 8 anos sendo um preditor de recuperação ou persistência na adolescência ou após.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. O risco de gagueira entre parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com o transtorno da fluência com início na infância é mais de três vezes maior do que o risco na população geral. Até hoje, mutações em quatro genes que estão ligados a alguns casos de gagueira foram identificados.

Consequências Funcionais do Transtorno da Fluência com Início na Infância (Gagueira)

Além de serem características da condição, o estresse e a ansiedade podem exacerbar a disfluência. Prejuízo no funcionamento social pode ser uma consequência dessa ansiedade. Atitudes comunicacionais negativas podem ser uma consequência funcional da gagueira, começando nos anos de pré-escola e aumentando com a idade.

Diagnóstico Diferencial

Déficits sensoriais. Disfluências da fala podem estar associadas a deficiência auditiva ou a outro déficit sensorial ou motor da fala. Quando as disfluências da fala excedem as comumente associadas a esses problemas, pode ser feito um diagnóstico de transtorno da fluência com início na infância.

Disfluências normais da fala. O transtorno deve ser diferenciado das disfluências normais que ocorrem frequentemente em crianças pequenas, incluindo repetições de palavras ou expressões inteiras (p. ex., “Quero, quero sorvete”), frases incompletas, interjeições, pausas silenciosas e comentários parentéticos. Se essas dificuldades aumentam em frequência ou complexidade durante o crescimento da criança, um diagnóstico de transtorno da fluência com início na infância pode ser adequado.

Transtorno específico da aprendizagem com dificuldades na leitura. Crianças que têm disfluências quando leem em voz alta podem ser diagnosticadas erroneamente como tendo um transtorno da leitura. A fluência de leitura oral é normalmente medida por avaliações cronometradas. Taxas mais lentas de velocidade de leitura podem não refletir com precisão a verdadeira habilidade de leitura de crianças com gagueira.

Bilinguismo. É necessário diferenciar disfluências que resultam de tentativas de aprender uma nova língua e disfluências que indicam um transtorno da fluência, o que geralmente aparece em ambas as línguas.

Efeitos colaterais de medicamentos. A gagueira pode ocorrer como um efeito colateral de medicamentos, podendo ser detectada por uma relação temporal com a exposição à medicação.

Disfluências com início na idade adulta. Quando o aparecimento das disfluências se dá durante ou após a adolescência, trata-se de uma “disfluência com início na idade adulta”, e não um transtorno do neurodesenvolvimento. Disfluências com início na idade adulta estão associadas a lesões neurológicas específicas e a uma variedade de condições médicas e transtornos mentais, podendo ser especificadas com eles, ainda que não constituam um diagnóstico do DSM-5.

Transtorno de Tourette. Tiques vocais e vocalizações repetitivas do transtorno de Tourette devem ser passíveis de distinção dos sons repetitivos do transtorno da fluência com início na infância por sua natureza e momento do aparecimento.

Comorbidade

O transtorno da fluência com início na infância pode ocorrer em comorbidade com outros transtornos, como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno do espectro autista, transtorno do de-

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

Transtorno da Comunicação Social (Pragmática)

Critérios Diagnósticos

F80.82

- A. Dificuldades persistentes no uso social da comunicação verbal e não verbal como manifestado por todos os elementos a seguir:
 - 1. Déficits no uso da comunicação com fins sociais, como em saudações e compartilhamento de informações, de forma adequada ao contexto social.
 - 2. Prejuízo da capacidade de adaptar a comunicação para se adequar ao contexto ou às necessidades do ouvinte, tal como falar de forma diferente em uma sala de aula do que em uma pracinha, falar de forma diferente a uma criança do que a um adulto e evitar o uso de linguagem excessivamente formal.
 - 3. Dificuldades de seguir regras para conversar e contar histórias, tais como aguardar a vez, reconstituir o que foi dito quando não entendido e saber como usar sinais verbais e não verbais para regular a interação.
 - 4. Dificuldades para compreender o que não é dito de forma explícita (p. ex., fazer inferências) e sentidos não literais ou ambíguos da linguagem (p. ex., expressões idiomáticas, humor, metáforas, múltiplos significados que dependem do contexto para interpretação).
- B. Os déficits resultam em limitações funcionais na comunicação efetiva, na participação social, nas relações sociais, no sucesso acadêmico ou no desempenho profissional, individualmente ou em combinação.
- C. O início dos sintomas ocorre precocemente no período inicial do desenvolvimento (embora os déficits possam não se tornar plenamente manifestos 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 capacidades nos domínios da estrutura da palavra e da gramática, não sendo mais bem explicados por transtorno do espectro autista, transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual), atraso global do desenvolvimento ou outro transtorno mental.

Características Diagnósticas

O transtorno da comunicação social (pragmática) caracteriza-se por uma dificuldade primária com a *pragmática*, ou o uso social da linguagem e da comunicação, conforme evidenciado por déficits em compreender e seguir regras sociais de comunicação verbal e não verbal em contextos naturais, adaptar a linguagem conforme as necessidades do ouvinte ou da situação e seguir as regras para conversar e contar histórias. Déficits na comunicação social resultam em limitações funcionais na comunicação efetiva, na participação social, no desenvolvimento de relações sociais, no sucesso acadêmico ou no desempenho profissional. Esses déficits não são mais bem explicados por baixas capacidades nos domínios da linguagem estrutural, capacidade cognitiva ou por transtorno do espectro autista.

Características Associadas

A característica associada mais comum do transtorno da comunicação social (pragmática) é o comprometimento na linguagem, caracterizado por história de atraso na aquisição dos marcos linguísticos, bem como uma história prévia, se não atual, de problemas na linguagem estrutural (ver “Transtorno da Linguagem”, no começo deste capítulo). Indivíduos com déficits na comunicação social podem evitar as in-

terações sociais. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), alterações comportamentais e transtornos específicos da aprendizagem são também mais comuns entre pessoas afetadas.

Desenvolvimento e Curso

Uma vez que a comunicação social (pragmática) depende de um progresso adequado do desenvolvimento da fala e da linguagem, o diagnóstico de transtorno da comunicação social (pragmática) é raro entre crianças com menos de 4 anos de idade. Por volta dos 4 ou 5 anos, a maioria das crianças deve apresentar capacidades de fala e linguagem suficientes para permitir a identificação de déficits específicos na comunicação social. Formas mais moderadas do transtorno podem não ficar aparentes antes do início da adolescência, quando a linguagem e as interações sociais ficam mais complexas.

A evolução do transtorno da comunicação social (pragmática) é variável, com algumas crianças apresentando melhoras substanciais com o tempo e outras mantendo dificuldades até a idade adulta. Mesmo entre as que têm melhoras significativas, os primeiros déficits na pragmática podem causar prejuízos duradouros nas relações sociais e no comportamento, bem como na aquisição de outras habilidades relacionadas, como a expressão escrita.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. História familiar de transtorno do espectro autista, transtornos da comunicação ou transtorno específico da aprendizagem parece aumentar o risco de transtorno da comunicação social (pragmática); isso inclui irmãos de crianças com esses transtornos, que podem apresentar sintomas precoces de transtorno da comunicação social (pragmática).

Diagnóstico Diferencial

Transtorno do espectro autista. O transtorno do espectro autista é a consideração diagnóstica primária para indivíduos que apresentam déficits na comunicação social. Os dois transtornos podem ser diferenciados pela presença, no transtorno do espectro autista, de padrões restritos/repetitivos de comportamento, interesses ou atividades e pela ausência deles no transtorno da comunicação social (pragmática). Indivíduos com transtorno do espectro autista podem apresentar os padrões restritos/repetitivos de comportamento, interesses e atividades apenas durante o período inicial do desenvolvimento, tornando necessária a obtenção de uma história completa. Ausência atual de sintomas não excluiria um diagnóstico de transtorno do espectro autista se os interesses restritos e os comportamentos repetitivos estivessem presentes no passado. Um diagnóstico de transtorno da comunicação social (pragmática) deve ser considerado tão somente quando a história do desenvolvimento não revelar nenhuma evidência de padrões restritos/repetitivos de comportamento, interesses ou atividades relacionados ao transtorno do espectro autista (i. e., 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 autista, apesar de serem qualitativamente similares.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Déficits primários do TDAH podem causar prejuízos na comunicação social e limitações funcionais na comunicação efetiva, na participação social ou no sucesso acadêmico.

Transtorno de ansiedade social. Os sintomas do transtorno da comunicação social (pragmática) sobrepõem-se aos do transtorno de ansiedade social. A característica que os distingue é o momento de início dos sintomas. No transtorno da comunicação social (pragmática), o indivíduo nunca teve uma comunicação social efetiva; no transtorno de ansiedade social, as habilidades de comunicação social desenvolveram-se de forma correta, mas não são utilizadas devido a ansiedade, medo ou sofrimento acerca de interações sociais.

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

Transtorno da Comunicação Não Especificado

F80.9

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos do transtorno da comunicação que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para transtorno da comunicação ou para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do neurodesenvolvimento. A categoria transtorno da comunicação não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por *não* especificar a razão pela qual os critérios para transtorno de comunicação ou para algum transtorno do neurodesenvolvimento específico não são satisfeitos e inclui as apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico.

Transtorno do Espectro Autista

Transtorno do Espectro Autista

Crítérios Diagnósticos

F84.0

- A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado por todos os seguintes aspectos, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):
1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
 2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso de gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
 3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.
- B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):
1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).

2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).
 3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).
 4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).
- C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).
- D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.
- E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Transtorno do desenvolvimento intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e transtorno do desenvolvimento intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.

Nota: Indivíduos com um diagnóstico do DSM-IV bem estabelecido de transtorno autista, transtorno de Asperger ou transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação devem receber o diagnóstico de transtorno do espectro autista. Indivíduos com déficits acentuados na comunicação social, cujos sintomas, porém, não atendam, de outra forma, critérios de transtorno do espectro autista, devem ser avaliados em relação a transtorno da comunicação social (pragmática).

Especificar a gravidade atual com base em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos (ver Tabela 2).

Exigindo apoio muito substancial

Exigindo apoio substancial

Exigindo apoio

Especificar se:

Com ou sem comprometimento intelectual concomitante

Com ou sem comprometimento da linguagem concomitante

Especificar se:

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

Associado a uma alteração do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental

Especificar se:

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

Procedimentos para Registro

Pode ser útil registrar o nível de apoio necessário para cada um dos dois principais domínios psicopatológicos da Tabela 2 (p. ex., “exigindo apoio muito substancial para déficits na comunicação social e exigindo apoio substancial para comportamentos restritos e repetitivos”). A especificação “com comprometimento intelectual concomitante” ou “sem comprometimento intelectual concomitante” deve ser registrada em seguida. A especificação de comprometimento da linguagem deve ser registrada em seguida. Havendo

TABELA 2 Níveis de gravidade para o transtorno do espectro autista (exemplos de níveis de necessidade de suporte)

Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamentos restritivos e repetitivos
Nível 3 “Exigindo apoio muito substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 “Exigindo apoio substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
Nível 1 “Exigindo apoio”	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

comprometimento da linguagem concomitante, o nível atual do funcionamento verbal deve ser registrado (p. ex., “com comprometimento da linguagem concomitante – ausência de fala inteligível” ou “com comprometimento da linguagem concomitante – fala telegráfica”).

No caso de transtorno do espectro autista para o qual os especificadores “associado a uma condição genética conhecida ou outra condição médica ou fator ambiental” ou “associado a uma alteração do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental” forem apropriados, registrar transtorno do espectro autista associado a (nome da condição, do transtorno ou do fator) (p. ex., transtorno do espectro autista associado a complexo de esclerose tuberosa). Esses especificadores são aplicados a apresentações em que as condições ou alterações listadas são potencialmente relevantes para o tratamento clínico do indivíduo e não necessariamente indicam que a condição ou problema tem relação causal com o transtorno do espectro autista. Se a alteração do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental associada atender aos critérios para um transtorno do neurodesenvolvimento ou outro transtorno mental, tanto o transtorno do espectro autista quanto o outro transtorno devem ser diagnosticados.

Na presença de catatonia, registrar separadamente “catatonia associada a transtorno do espectro autista”. Para mais informações, ver os critérios para catatonia 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, de maneira sucinta, a sintomatologia atual (que pode situar-se aquém do nível 1), com o reconhecimento de que a gravidade pode variar de acordo com o contexto ou oscilar com o tempo. A gravidade das dificuldades de comunicação social e dos comportamentos restritos e repetitivos deve ser classificada em separado. As categorias descritivas de gravidade não devem ser usadas para determinar a escolha e a provisão de serviços. Indivíduos com habilidades relativamente melhores em geral podem experimentar desafios psicossociais diferentes ou até maiores. Portanto, as necessidades de serviço só podem ser definidas de forma individual e mediante a discussão de prioridades e metas pessoais.

Em relação ao especificador “com ou sem comprometimento intelectual concomitante”, há necessidade de compreender o perfil intelectual (frequentemente irregular) de uma criança ou um adulto com transtorno do espectro autista para interpretar as características diagnósticas. São necessárias estimativas separadas das habilidades verbal e não verbal (p. ex., uso de testes não verbais sem cronometragem para avaliar potenciais pontos fortes em indivíduos com linguagem limitada).

Para usar o especificador “com ou sem comprometimento da linguagem concomitante”, o nível atual de funcionamento verbal deve ser avaliado e descrito. Exemplos das descrições específicas de “com comprometimento da linguagem concomitante” podem incluir ausência de fala inteligível (não verbal), apenas palavras isoladas ou fala telegráfica. O nível linguístico em pessoas “sem comprometimento da linguagem concomitante” pode ser descrito adicionalmente por fala em frases completas ou apresenta fala fluente. Uma vez que a linguagem receptiva pode se mostrar mais atrasada do que o desenvolvimento da linguagem expressiva, no transtorno do espectro autista as habilidades de linguagem receptiva e expressiva devem ser consideradas em separado.

O especificador “associado a uma condição genética conhecida ou outra condição médica ou fator ambiental” deve ser usado quando a pessoa tem alguma condição genética conhecida (p. ex., síndrome de Rett, síndrome do X frágil, síndrome de Down), condição médica conhecida (p. ex., epilepsia) ou história de exposição ambiental intrauterina a algum agente teratogênico ou infecção conhecida (p. ex., ácido valproico, síndrome alcoólica fetal ou rubéola congênita). Esse especificador não deve ser visto como sinônimo de causa de transtorno do espectro autista. Uma condição pode ser listada como sendo associada com o transtorno do espectro autista quando se conclui que ela tem potencial de ser relevante clinicamente ou para os cuidados com o indivíduo, e não porque o clínico está afirmando uma causa. Exemplos incluem o transtorno do espectro autista associado com uma variante de número de cópia genômica única que pode ser clinicamente relevante mesmo que a anomalia específica não tenha causado diretamente ou tenha sido ligada anteriormente ao transtorno do espectro autista, ou à doença de Crohn, o que poderia exacerbar sintomas comportamentais.

O especificador “associado a uma alteração do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental” pode ser aplicado para indicar alterações (p. ex., irritabilidade, alterações de sono, comportamentos autolesivos ou regressão de desenvolvimento) que contribuam para a formulação funcional ou sejam foco do tratamento. Outras condições do neurodesenvolvimento, mentais ou comportamentais também devem ser consideradas como diagnósticos separados (p. ex., transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno do desenvolvimento da coordenação, transtorno disruptivo, do controle de impulsos ou da conduta, transtornos de ansiedade, depressivo ou bipolar, transtorno de tique ou de Tourette e transtornos alimentares, de eliminação ou do sono).

A catatonía pode ocorrer como condição comórbida ao transtorno do espectro autista. Além dos clássicos sintomas de postura comportamental, negativismo (oposição ou falta de resposta a estímulos externos ou instruções), mutismo e estupor, um aumento ou piora de estereotípia e comportamentos autotélicos podem fazer parte do complexo de sintomas de catatonía no contexto do transtorno do espectro autista.

Características Diagnósticas

As características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critérios C e D). O estágio em que o prejuízo funcional fica evidente irá variar de acordo com características do indivíduo e seu ambiente. Características diagnósticas nucleares estão evidentes no período do desenvolvimento, mas intervenções, compensações e apoio atual podem mascarar as dificuldades, pelo menos em alguns contextos. Manifestações do transtorno também variam muito dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica; daí o uso do termo *espectro*. Indivíduos que não apresentam comprometimento cognitivo ou de linguagem podem ter déficits manifestados mais sutilmente (p. ex., Critério A e Critério B) que indivíduos com comprometimento intelectual ou de linguagem e podem fazer grandes esforços para esconder esses déficits. Os déficits do Critério A na comunicação social são mais sutis se o indivíduo tiver, em geral, melhores habilidades de comunicação (p. ex., ser verbalmente fluente e não ter prejuízos intelectuais). Do mesmo modo, os déficits do Critério B (i. e., padrões restritos de comportamentos e interesses) podem ser menos óbvios se os interesses forem próximos dos interesses típicos da idade em questão (p. ex., Antigo Egito ou trens em comparação com balançar uma corda). O transtorno do espectro autista 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.

Os prejuízos na comunicação e na interação social especificados no Critério A são pervasivos e sustentados. Os diagnósticos são mais válidos e confiáveis quando baseados em múltiplas fontes de informação, incluindo observações do clínico, história do cuidador e, quando possível, autorrelato. Déficits verbais e não verbais na comunicação social têm manifestações variadas, dependendo da idade, do nível intelectual e da capacidade linguística do indivíduo, bem como de outros fatores, como história de tratamento e apoio atual. Muitos indivíduos têm déficits de linguagem que variam de ausência total da fala, passando por atrasos na linguagem, compreensão reduzida da fala e fala em eco até linguagem explicitamente literal ou afetada. Mesmo quando habilidades linguísticas formais (p. ex., vocabulário e gramática) estão intactas, o uso da linguagem para comunicação social recíproca está prejudicado no transtorno do espectro autista.

Déficits na reciprocidade socioemocional (i. e., capacidade de envolvimento com outros e compartilhamento de ideias e sentimentos) podem ser vistos, por exemplo, em crianças pequenas com pouca ou nenhuma iniciação de interações sociais e de compartilhamento de emoções, juntamente com redução ou ausência de imitação do comportamento dos outros. Havendo linguagem, costuma ser unilateral, sem reciprocidade social, usada mais para solicitar ou rotular do que para comentar, compartilhar sentimentos ou conversar. Em crianças mais velhas e adultos sem prejuízos intelectuais ou atrasos de linguagem,

os déficits na reciprocidade socioemocional podem aparecer mais em dificuldades de processamento e resposta a pistas sociais complexas (p. ex., quando e como entrar em uma conversa, o que não dizer). Indivíduos que desenvolveram estratégias compensatórias para alguns desafios sociais ainda enfrentam dificuldades em situações novas ou sem apoio, sofrendo com o esforço e a ansiedade para, de forma consciente, calcular o que é socialmente intuitivo para a maioria dos indivíduos. Esse comportamento pode contribuir para a baixa asserção do transtorno do espectro autista nesses indivíduos, talvez especialmente em mulheres adultas. Portanto, podem ser necessárias avaliações mais extensas, observação em contextos naturais e investigação sobre quaisquer problemas em interações sociais. Se questionados sobre os custos das interações sociais, por exemplo, esses indivíduos podem responder que são exaustivas, que são incapazes de se concentrar por causa do esforço mental em ficar monitorando as convenções sociais, que sua autoestima é afetada adversamente por não poderem ser eles mesmos, e assim por diante.

Déficits em comportamentos de comunicação não verbal usados para interações sociais são expressos por uso reduzido, ausente ou atípico de contato visual (relativo a normas culturais), gestos, expressões faciais, orientação corporal ou entonação da fala. Um aspecto precoce do transtorno do espectro autista é a atenção compartilhada prejudicada, conforme manifestado por falta do gesto de apontar, mostrar ou trazer objetos para compartilhar o interesse com outros ou dificuldade para seguir o gesto de apontar ou o olhar indicador de outras pessoas. Os indivíduos podem aprender alguns poucos gestos funcionais, mas seu repertório é menor do que o de outros e costumam fracassar no uso de gestos expressivos com espontaneidade na comunicação. Entre jovens e adultos com linguagem fluente, a dificuldade para coordenar a comunicação não verbal com a fala pode passar a impressão de “linguagem corporal” estranha, rígida ou exagerada durante as interações. O prejuízo pode ser relativamente sutil em áreas individuais (p. ex., alguém pode ter contato visual relativamente bom ao falar), mas perceptível na integração insatisfatória entre contato visual, gestos, postura corporal, prosódia e expressão facial para a comunicação social ou em dificuldade para manter esses aspectos por períodos prolongados ou sob estresse.

Déficits para desenvolver, manter e compreender as relações devem ser julgados em relação aos padrões relativos a idade, gênero e cultura. Pode haver interesse social ausente, reduzido ou atípico, manifestado por rejeição de outros, passividade ou abordagens inadequadas que pareçam agressivas ou disruptivas. Essas dificuldades são particularmente evidentes em crianças pequenas, em quem costuma existir uma falta de jogo social e imaginação compartilhados (p. ex., brincar de fingir de forma flexível e adequada à idade) e, posteriormente, insistência em brincar seguindo regras muito fixas. Indivíduos mais velhos podem relutar para entender qual o comportamento considerado apropriado em uma situação e não em outra (p. ex., comportamento casual durante uma entrevista de emprego) ou as diversas formas de uso da linguagem para a comunicação (p. ex., ironia ou mentirinhas). Pode existir aparente preferência por atividades solitárias ou por interações com pessoas muito mais jovens ou mais velhas. Com frequência, há desejo de estabelecer amizades sem uma ideia completa ou realista do que isso significa (p. ex., amizades unilaterais ou baseadas unicamente em interesses especiais compartilhados). Também é importante considerar o relacionamento com irmãos, colegas de trabalho e cuidadores (em termos de reciprocidade).

O transtorno do espectro autista também é definido por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (conforme especificado no Critério B) que mostram uma gama de manifestações de acordo com a idade e a capacidade, intervenções e apoios atuais. Comportamentos estereotipados ou repetitivos incluem estereotípias motoras simples (p. ex., abanar as mãos, estalar os dedos), uso repetitivo de objetos (p. ex., girar moedas, enfileirar objetos) e fala repetitiva (p. ex., ecolalia, repetição atrasada ou imediata de palavras ouvidas, uso de “tu” ao referir-se a si mesmo, uso estereotipado de palavras, frases ou padrões de prosódia). Adesão excessiva a rotinas e padrões restritos de comportamento podem ser manifestados por resistência a mudanças (p. ex., sofrimento relativo a mudanças aparentemente pequenas, como embalagem de um alimento favorito; insistência em aderir a regras; rigidez de pensamento) ou por padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., perguntas repetitivas, percorrer um perímetro). Interesses altamente limitados e fixos, no transtorno do espectro autista, tendem a ser anormais em intensidade ou foco (p. ex., criança pequena muito apegada a uma panela; criança preocupada com aspiradores de pó; um adulto que gasta horas escrevendo tabelas com horário). Alguns encantamentos e rotinas podem estar relacionados a uma aparente hiper ou hiporreatividade a estímulos

sensoriais, manifestada por meio de respostas extremadas a sons e texturas específicos, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, encantamento por luzes ou objetos giratórios e, algumas vezes, aparente indiferença a dor, calor ou frio. Reações extremas ou rituais envolvendo gosto, cheiro, textura ou aparência da comida ou excesso de restrições alimentares são comuns, podendo constituir a forma de apresentação do transtorno do espectro autista.

Muitos indivíduos com transtorno do espectro autista sem prejuízos intelectuais ou linguísticos aprendem a suprimir comportamentos repetitivos em público. Nesses indivíduos, comportamentos repetitivos como se balançar ou tiques com os dedos podem ter a função de ajudar a pessoa a se acalmar.

Interesses especiais podem constituir fonte de prazer e motivação, propiciando vias de educação e emprego mais tarde na vida. Os critérios diagnósticos podem ser satisfeitos quando padrões limitados e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades estiverem claramente presentes na infância ou em algum momento do passado mesmo que os sintomas não estejam mais presentes.

O Critério D exige que as características devam ocasionar prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente. O Critério E especifica que os déficits de comunicação social, ainda que algumas vezes acompanhados por transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual), não estão alinhados com o nível de desenvolvimento individual e que os prejuízos excedem as dificuldades esperadas com base no nível do desenvolvimento.

Instrumentos padronizados de diagnóstico do comportamento, com boas propriedades psicométricas, incluindo entrevistas com cuidadores, questionários e medidas de observação clínica, estão disponíveis e podem aumentar a confiabilidade do diagnóstico ao longo do tempo e entre clínicos. Porém, os sintomas do transtorno do espectro autista ocorrem como dimensões sem uma pontuação de corte aceita universalmente para o que constituiria um transtorno. Portanto, o diagnóstico permanece clínico, devendo levar em consideração todas as informações disponíveis, não sendo apenas ditado pelo resultado de um questionário em particular ou medida de observação.

Características Associadas

Muitos indivíduos com transtorno do espectro autista também apresentam comprometimento intelectual e/ou da linguagem (p. ex., atraso na fala ou compreensão da linguagem aquém da produção). Mesmo aqueles com inteligência média ou alta apresentam um perfil irregular de capacidades. A discrepância entre habilidades funcionais adaptativas e intelectuais costuma ser grande. É comum para indivíduos com autismo terem déficits de teoria da mente (i. e., terem dificuldade em ver o mundo da perspectiva de outras pessoas), mas nem sempre esses déficits estão presentes. Déficits de função executiva também são comuns, mas não específicos, assim como dificuldades com coerência central (i. e., ser capaz de entender contextos ou “ver a situação como um todo”, ou seja, tender a focar demais em detalhes).

Déficits motores estão frequentemente presentes, incluindo marcha atípica, falta de coordenação e outros sinais motores anormais (p. ex., caminhar na ponta dos pés). Pode ocorrer autolesão (p. ex., bater a cabeça, morder o punho), e comportamentos disruptivos/desafiadores são mais comuns em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista do que em outros transtornos, incluindo transtorno do desenvolvimento intelectual. Alguns indivíduos desenvolvem comportamento motor semelhante à catatonia (lentificação e “congelamento” em meio a ação), embora isso tipicamente não costume alcançar a magnitude de um episódio catatônico. É possível, porém, que indivíduos com transtorno do espectro autista apresentem deterioração acentuada em sintomas motores e um episódio catatônico completo com sintomas como mutismo, posturas atípicas, trejeitos faciais e flexibilidade cérea. O período de risco de catatonia comórbida parece ser maior nos anos de adolescência.

Prevalência

A frequência de transtorno do espectro autista nos Estados Unidos foi reportada como estando entre 1 e 2% da população, com estimativas similares em amostras de crianças e de adultos. Porém, a prevalência

parece ser menor entre afro-americanos (1,1%) e crianças latinas (0,8%) se comparada à de crianças brancas (1,3%), mesmo depois de considerados os efeitos dos recursos socioeconômicos. A prevalência reportada do transtorno do espectro autista pode ser afetada por diagnósticos errôneos ou tardios ou falta de diagnóstico para indivíduos de alguns contextos étnico-raciais. A prevalência em outros países que não os Estados Unidos se aproxima de 1% da população (a média de prevalência global é de 0,62%), sem variação substancial entre regiões geográficas ou etnicidade e entre amostras de crianças e de adultos. Mundialmente, a proporção entre os sexos masculino e feminino em amostras epidemiológicas bem determinadas é de cerca de 3:1, com preocupações relativas à falta de 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 inicialmente evidentes na primeira infância, com alguns casos apresentando falta de interesse em interações sociais no primeiro ano de vida. Os sintomas costumam ser reconhecidos durante o segundo ano de vida (12 a 24 meses), embora possam ser vistos antes dos 12 meses de idade, se os atrasos do desenvolvimento forem graves, ou percebidos após os 24 meses, se os sintomas forem mais sutis. A descrição do padrão de início pode incluir informações sobre atrasos precoces do desenvolvimento ou quaisquer perdas de habilidades sociais ou linguísticas. Nos casos em que houve perda de habilidades, pais ou cuidadores podem relatar história de deterioração gradual ou relativamente rápida em comportamentos sociais ou nas habilidades linguísticas. Em geral, isso pode ocorrer entre 12 e 24 meses de idade.

Estudos prospectivos demonstram que, na maioria dos casos, o início do transtorno do espectro autista está associado com o declínio de comportamentos sociais e comunicacionais críticos nos primeiros dois anos de vida. Esses declínios das funções são raros em outros transtornos do neurodesenvolvimento e podem ser indicadores especialmente úteis da presença de transtorno do espectro autista. Em casos raros há regressão do desenvolvimento após dois anos de desenvolvimento normal (anteriormente descrito como transtorno desintegrativo da infância), o que é muito mais incomum e pede uma investigação médica mais extensa (i. e., síndrome de Landau-Kleffner e picos e ondas contínuas durante a síndrome de ondas lentas no sono). Muito vezes inclusas nessas condições de encefalopatia estão perdas de habilidades além da comunicação social (p. ex., perda do autocuidado, do controle de esfínteres e de habilidades motoras) (ver também síndrome de Rett, na seção “Diagnóstico Diferencial” para esse transtorno).

Os primeiros sintomas do transtorno do espectro autista frequentemente envolvem atraso no desenvolvimento da linguagem, em geral acompanhado por ausência de interesse social ou interações sociais incomuns (p. ex., puxar as pessoas pela mão sem nenhuma tentativa de olhar para elas), padrões estranhos de brincadeiras (p. ex., carregar brinquedos, mas nunca brincar com eles) e padrões incomuns de comunicação (p. ex., conhecer o alfabeto, mas não responder ao próprio nome). Um diagnóstico de surdez é geralmente considerado, mas costuma ser descartado. Durante o segundo ano, comportamentos estranhos e repetitivos e ausência de brincadeiras típicas tornam-se mais evidentes. Uma vez que muitas crianças pequenas com desenvolvimento normal têm fortes preferências e gostam de repetição (p. ex., ingerir os mesmos alimentos, assistir muitas vezes ao mesmo filme), em pré-escolares pode ser difícil distinguir padrões restritos e repetitivos de comportamentos diagnósticos do transtorno do espectro autista. A distinção clínica baseia-se no tipo, na frequência e na intensidade do comportamento (p. ex., uma criança que diariamente alinha os objetos durante horas e sofre bastante quando algum deles é movimentado).

O transtorno do espectro autista não é um transtorno degenerativo, sendo comum que aprendizagem e compensação continuem ao longo da vida. Os sintomas são frequentemente mais acentuados na primeira infância e nos primeiros anos da vida escolar, com ganhos no desenvolvimento sendo frequentes no fim da infância pelo menos em certas áreas (p. ex., aumento no interesse por interações sociais). Uma pequena proporção de indivíduos apresenta deterioração comportamental na adolescência, enquanto a maioria dos outros melhora. Antigamente apenas uma minoria entre os indivíduos com transtorno do espectro autista vivia e trabalhava de forma independente na idade adulta, mas, atualmente, conforme

o diagnóstico de transtorno do espectro autista é feito com mais frequência naqueles com habilidades intelectuais e de linguagem superiores, mais indivíduos estão sendo capazes de encontrar um nicho que combina com seus interesses especiais e habilidades e, portanto, mais indivíduos estão produtivamente empregados. O acesso a serviços de reabilitação vocacional melhora significativamente os resultados de ocupação competitiva de empregos para jovens em idade de transição com transtorno do espectro autista.

Em geral, indivíduos com níveis de prejuízo menores podem ser mais capazes de funcionar com independência. Mesmo esses indivíduos, no entanto, podem continuar socialmente ingênuos e vulneráveis, com dificuldades para organizar as demandas práticas sem ajuda, mais propensos a ansiedade e depressão. Muitos adultos informam usar estratégias compensatórias e mecanismos de enfrentamento para mascarar suas dificuldades em público, mas sofrem com o estresse e os esforços para manter uma fachada socialmente aceitável. Sabe-se relativamente pouco sobre o transtorno do espectro autista na terceira idade, mas maiores taxas de condições médicas comórbidas foram documentadas na literatura.

Alguns indivíduos aparecem pela primeira vez para o diagnóstico na idade adulta, talvez levados pelo diagnóstico de autismo em alguma criança da família ou pelo rompimento de relações profissionais ou familiares. Pode ser difícil, nesses casos, obter uma história detalhada do desenvolvimento, sendo importante levar em conta as dificuldades autorrelatadas. Quando a observação clínica sugerir que os critérios são preenchidos no presente, pode ser diagnosticado o transtorno do espectro autista, desde que não haja evidências de boas habilidades sociais e de comunicação na infância. Por exemplo, o relato (de pais ou outro familiar) de que a pessoa teve amizades recíprocas comuns e permanentes e boas habilidades de comunicação não verbais durante a infância diminuiria significativamente a probabilidade de um diagnóstico de transtorno do espectro autista; entretanto, informações de desenvolvimento ambíguas ou ausentes por si só não são suficientes para descartar um diagnóstico de transtorno do espectro autista.

Manifestações de prejuízos sociais e de comunicação e comportamentos restritos/repetitivos que definam o transtorno do espectro autista são claras no período do desenvolvimento. Mais tarde na vida, intervenção e compensação, além dos apoios atuais, podem mascarar essas dificuldades pelo menos em alguns contextos. Os sintomas, em geral, permanecem suficientes para causar prejuízo atual no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Fatores de Risco e Prognóstico

Os melhores fatores prognósticos estabelecidos para as evoluções individuais no transtorno do espectro autista são presença ou ausência de transtorno do desenvolvimento intelectual e comprometimento da linguagem associados (p. ex., linguagem funcional por volta dos 5 anos de idade é um sinal de bom prognóstico), bem como outras condições de saúde mental. Epilepsia, como um diagnóstico de comorbidade, está associada a maior prejuízo intelectual e menor capacidade verbal.

Ambientais. Uma variedade de fatores de risco para transtornos do neurodesenvolvimento, como idade avançada dos pais, prematuridade extrema ou exposição intrauterina a certas drogas ou agentes teratogênicos, como ácido valproico, podem contribuir em grande parte com o aumento do risco de transtorno do espectro autista.

Genéticos e fisiológicos. Estimativas de herdabilidade para o transtorno do espectro autista variam de 37% até mais de 90%, com base em taxas de concordância entre gêmeos. Um estudo de coorte mais recente feito por cinco países estima a herdabilidade em 80%. Atualmente, até 15% dos casos de transtorno do espectro autista parecem estar associados a uma mutação genética conhecida, com diferentes variações no número de cópias *de novo* ou mutações *de novo* em genes específicos associados ao transtorno em diferentes famílias. No entanto, mesmo quando um transtorno do espectro autista está associado a uma mutação genética conhecida, não parece haver penetrância completa (i. e., nem todos os indivíduos com a mesma anomalia genética desenvolvem transtorno do espectro autista). O risco, na maioria dos casos, parece ser poligênico, com talvez centenas de *loci* genéticos tendo pequenas contribuições para o resultado. Não está claro se esses achados podem ser aplicados a todas as etnias, dada a inclusão limitada em pesquisas genéticas de comunidades afro-americanas, nativas americanas, asiáticas, latinas, entre outras.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Haverá diferenças culturais nas normas de interação social, comunicação não verbal e relacionamentos; indivíduos com transtorno do espectro autista, entretanto, apresentam prejuízos marcados em relação aos padrões de seu contexto cultural. A cultura influencia na percepção de comportamentos autistas, a saliência percebida de alguns comportamentos sobre outros, bem como as expectativas em relação ao comportamento das crianças e às práticas parentais. Discrepâncias consideráveis são encontradas na idade de diagnóstico de transtorno do espectro autista em crianças de contextos étnico-raciais diversos; a maioria dos estudos encontra diagnósticos tardios entre crianças de contextos étnicos socialmente oprimidos. Além de terem diagnósticos tardios, crianças afro-americanas são mais frequentemente diagnosticadas erroneamente com transtorno de adaptação ou da conduta do que crianças brancas.

Questões Diagnósticas Relativas ao Sexo e ao Gênero

O transtorno do espectro autista é diagnosticado de três a quatro vezes mais frequentemente no sexo masculino do que no feminino, e, em média, a idade em que a pessoa é diagnosticada é mais tardia para o sexo feminino. Em amostras clínicas, pessoas do sexo feminino têm mais propensão a apresentar transtorno do desenvolvimento intelectual concomitante, assim como epilepsia, sugerindo que meninas sem prejuízos intelectuais ou atrasos de linguagem podem não ter o transtorno identificado, talvez devido à manifestação mais sutil das dificuldades sociais e de comunicação. Em comparação com pessoas do sexo masculino com transtorno do espectro autista, pessoas do sexo feminino podem ter uma melhor conversação recíproca e ser mais propensas a compartilhar interesses, a integrar os comportamentos verbais e não verbais e a modificar seus comportamentos dependendo da situação, apesar de terem dificuldades de compreensão social similares às do sexo masculino. A tentativa de esconder ou mascarar comportamentos autistas (p. ex., ao copiar as roupas, a voz e o jeito de mulheres socialmente bem-sucedidas) também pode dificultar o diagnóstico em alguns indivíduos do sexo feminino. Comportamentos repetitivos podem ser um pouco menos evidentes em indivíduos do sexo feminino do que em indivíduos do sexo masculino, e interesses especiais podem ter um foco mais social (p. ex., um cantor ou uma atriz) ou “normativo” (p. ex., cavalos), ainda permanecendo incomuns em sua intensidade. Em relação à população geral, foi reportado que as taxas de variação de gênero aumentaram para o transtorno do espectro autista, com mais alta variação entre indivíduos do sexo feminino se comparados aos indivíduos do sexo masculino.

Associação com Pensamentos ou Comportamentos Suicidas

Indivíduos com transtorno do espectro autista têm maior risco de morte por suicídio do que aqueles sem o transtorno. Crianças com transtorno do espectro autista que apresentaram problemas com a comunicação social tiveram maior risco de automutilação com intenção suicida, pensamentos suicidas e planos de se suicidar até os 16 anos de idade se comparadas com aquelas sem problemas de comunicação social. Adolescentes e jovens adultos com transtorno do espectro autista têm maior risco de tentar suicídio se comparados com indivíduos do mesmo sexo e idade, mesmo depois de ajustes relativos a fatores demográficos e comorbidades psiquiátricas.

Consequências Funcionais do Transtorno do Espectro Autista

Em crianças pequenas com transtorno do espectro autista, a ausência de capacidades sociais e comunicacionais pode ser um impedimento à aprendizagem, especialmente à aprendizagem por meio da interação social ou em contextos com seus colegas. Em casa, a insistência em rotinas e a aversão à mudança, bem como sensibilidades sensoriais, podem interferir na alimentação e no sono e tornar os cuidados de rotina extremamente difíceis (p. ex., cortes de cabelo e cuidados dentários). As capacidades adaptativas costumam estar abaixo dos resultados de QI medido. Dificuldades extremas para planejar, organizar e enfrentar a mudança causam impacto negativo no sucesso acadêmico, mesmo para alunos com inteligência acima da média. Na vida adulta, esses indivíduos podem ter dificuldades de estabelecer sua independência devido à rigidez e à dificuldade contínuas com o novo.

Muitos indivíduos com transtorno do espectro autista, mesmo sem transtorno do desenvolvimento intelectual, têm funcionamento psicossocial insatisfatório na idade adulta, conforme avaliado por indicadores como vida independente e emprego remunerado. As consequências funcionais no envelhecimento são desconhecidas; isolamento social e problemas de comunicação (p. ex., redução da busca por ajuda) provavelmente têm consequências para a saúde na velhice.

A comorbidade com transtorno do desenvolvimento intelectual, epilepsia, transtornos mentais e condições médicas crônicas pode estar associada com maior risco de mortalidade prematura para indivíduos com transtorno do espectro autista. Mortes relacionadas a lesões ou envenenamento são maiores do que na população geral, assim como mortes por suicídio. Afogamento é a principal causa de mortes acidentais de crianças com transtorno do espectro autista.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Anormalidades de atenção (foco exagerado ou distração fácil) são comuns em pessoas com transtorno do espectro autista, assim como o é a hiperatividade. Além disso, alguns indivíduos com TDAH podem exibir déficits de comunicação social como interromper os outros, falar muito alto e não respeitar espaço pessoal. Apesar de ser potencialmente difícil discriminar o TDAH do transtorno do espectro autista, o curso do desenvolvimento e a ausência de comportamentos restritos e repetitivos e interesses incomuns no primeiro pode ajudar a diferenciar as duas condições. Um diagnóstico simultâneo de TDAH deve ser considerado quando as dificuldades de concentração e a hiperatividade excedem aquelas normalmente vistas em indivíduos de idade mental comparável. O TDAH é uma das comorbidades mais comuns com o transtorno do espectro autista.

Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) sem transtorno do espectro autista. Pode ser difícil diferenciar o transtorno do desenvolvimento intelectual sem transtorno do espectro autista de apenas transtorno do espectro autista em crianças muito jovens. Indivíduos com transtorno do desenvolvimento intelectual que não desenvolveram habilidades linguísticas ou simbólicas também representam um desafio para o diagnóstico diferencial, uma vez que comportamentos repetitivos frequentemente também ocorrem em tais indivíduos. Um diagnóstico de transtorno do espectro autista em uma pessoa com transtorno do desenvolvimento intelectual é adequado quando a comunicação e a interação sociais estão significativamente prejudicadas em relação ao nível de desenvolvimento de suas habilidades não verbais (p. ex., habilidades motoras finas, solução de problemas não verbais). Diferentemente, a transtorno do desenvolvimento intelectual é o diagnóstico apropriado quando não há discrepância aparente entre o nível das habilidades de comunicação social e outras habilidades intelectuais.

Transtornos da linguagem e transtorno da comunicação social (pragmática). Em algumas formas de transtorno da linguagem, pode haver problemas de comunicação e algumas dificuldades sociais secundárias. O transtorno específico da linguagem, porém, não costuma estar associado a comunicação não verbal anormal nem à presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

Quando um indivíduo apresenta prejuízo na comunicação social e nas interações sociais, mas não exibe comportamentos ou interesses restritos ou repetitivos, podem ser preenchidos critérios para transtorno da comunicação social (pragmática) em vez de transtorno do espectro autista. O diagnóstico de transtorno do espectro autista se sobrepõe ao de transtorno da comunicação social (pragmática) sempre que preenchidos os critérios para transtorno do espectro autista, devendo-se indagar cuidadosamente sobre comportamento restrito/repetitivo anterior ou atual.

Mutismo seletivo. No mutismo seletivo, o desenvolvimento precoce não costuma ser acometido. A criança afetada normalmente exibe habilidades comunicacionais apropriadas em alguns contextos e locais. Mesmo nos contextos em que a criança é muda, a reciprocidade social não se mostra prejudicada, nem estão presentes padrões de comportamento restritivos ou repetitivos.

Transtorno do movimento estereotipado. Estereotípias motoras estão entre as características diagnósticas do transtorno do espectro autista, de modo que um diagnóstico adicional de transtorno do movimento estereotipado não é feito quando tais comportamentos repetitivos são mais bem explicados pela

presença do transtorno do espectro autista. Quando as estereotípias causam autolesão e se tornam um foco do tratamento, os dois diagnósticos podem ser apropriados.

Síndrome de Rett. Uma ruptura da interação social pode ser observada durante a fase regressiva da síndrome de Rett (em geral, entre 1 e 4 anos de idade); assim, uma proporção substancial das meninas afetadas pode ter uma apresentação que preenche critérios diagnósticos para transtorno do espectro autista. Depois desse período, no entanto, a maioria dos indivíduos com síndrome de Rett melhora as habilidades de comunicação social, e as características autistas não são mais grande foco de preocupação. Conseqüentemente, o transtorno do espectro autista somente deve ser considerado quando preenchidos todos os critérios diagnósticos.

Sintomas associados a transtornos de ansiedade. A sobreposição de sintomas de ansiedade com os sintomas centrais do transtorno do espectro autista pode tornar a classificação desses sintomas dentro do transtorno bastante desafiadora. Por exemplo, retraimento social e comportamentos repetitivos são características centrais do transtorno do espectro autista, mas também podem ser uma expressão de ansiedade. Os transtornos de ansiedade mais comuns no transtorno do espectro autista são fobias específicas (em até 30% dos casos) e ansiedade social e agorafobia (em até 17% dos casos).

Transtorno obsessivo-compulsivo. Comportamento repetitivo é uma característica determinante tanto do transtorno obsessivo-compulsivo quanto do transtorno do espectro autista. Nas duas condições, esses comportamentos repetitivos são considerados inapropriados ou incomuns. No transtorno obsessivo-compulsivo, pensamentos intrusivos estão frequentemente relacionados a temas de contaminação, de organização, sexuais ou religiosos. Compulsões são realizadas em resposta a esses pensamentos intrusivos em uma tentativa de aliviar a ansiedade. No transtorno do espectro autista, comportamentos repetitivos incluem classicamente mais comportamentos motores estereotipados, como balançar a mão ou tremer o dedo, ou comportamentos mais complexos, como insistência em rotinas ou alinhar objetos. Ao contrário do transtorno obsessivo-compulsivo, comportamentos repetitivos no transtorno do espectro autista podem ser percebidos como prazerosos e reforçadores.

Esquizofrenia. Esquizofrenia com início na infância costuma desenvolver-se após um período de desenvolvimento normal ou quase normal. Há descrição de um estado prodrômico no qual ocorrem prejuízo social, interesses e crenças atípicos que podem ser confundidos com os déficits sociais encontrados no transtorno do espectro autista. Alucinações e delírios, características definidoras da esquizofrenia, não são elementos do transtorno do espectro autista. Os clínicos, entretanto, devem levar em conta que indivíduos com transtorno do espectro autista podem ser concretos na interpretação de perguntas sobre aspectos-chave da esquizofrenia (p. ex., “Você ouve vozes quando não há ninguém por perto?”, “Sim [no rádio]”). O transtorno do espectro autista e a esquizofrenia podem ser comórbidos e ambos devem ser diagnosticados quando os critérios são preenchidos.

Transtornos da personalidade. Em adultos sem transtorno do desenvolvimento intelectual ou prejuízos significativos na linguagem, alguns comportamentos associados com o transtorno do espectro autista podem ser notados pelos outros como sintomas dos transtornos da personalidade narcisista, esquizotípica ou esquizoide. O transtorno da personalidade esquizotípica, em particular, pode coincidir com o transtorno do espectro autista em preocupações e experiências de percepção incomuns, pensamentos 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 autista (falta de brincadeiras que usam a imaginação, comportamento restrito/repetitivo e sensibilidade sensorial) é a parte que mais ajuda a diferenciar o transtorno de transtornos da personalidade.

Comorbidade

O transtorno do espectro autista é frequentemente associado com transtorno do desenvolvimento intelectual e transtorno da linguagem (i. e., incapacidade de compreender e construir frases gramaticalmente corretas). Dificuldades específicas de aprendizagem (leitura, escrita e aritmética) são comuns, assim como o transtorno do desenvolvimento da coordenação.

Comorbidades psiquiátricas também ocorrem no transtorno do espectro autista. Cerca de 70% das pessoas com o transtorno podem ter um transtorno mental comórbido, e 40% podem ter dois ou mais transtornos mentais comórbidos. Transtornos de ansiedade, depressão e TDAH são especialmente comuns. Transtorno alimentar restritivo/evitativo é uma característica que se apresenta com bastante frequência no transtorno do espectro autista, e preferências alimentares extremas e reduzidas podem persistir.

Entre indivíduos que não falam ou têm déficits de linguagem, sinais observáveis, como mudanças no sono ou na alimentação e aumento no comportamento desafiante, devem desencadear uma avaliação para ansiedade ou depressão, assim como para dor ou desconforto decorrentes de problemas médicos ou dentais não diagnosticados. Condições médicas normalmente associadas ao transtorno do espectro autista incluem epilepsia e constipação.

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Critérios Diagnósticos

- A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):
1. **Desatenção:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:
Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.
 - a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).
 - b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).
 - c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
 - d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).
 - e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).
 - f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
 - g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).

- h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
 - i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).
2. **Hiperatividade e impulsividade:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

- a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
 - b. Frequentemente se levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
 - c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (**Nota:** Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)
 - d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
 - e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
 - f. Frequentemente fala demais.
 - g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
 - h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).
 - i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).
- B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.
- C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).
- D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.
- 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 (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

Determinar o subtipo:

F90.2 Apresentação combinada: Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.

F90.0 Apresentação predominantemente desatenta: Se o Critério A1 (desatenção) é preenchido, mas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses.

F90.1 Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: Se o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.

Especificar se:

Em remissão parcial: Quando todos os critérios foram preenchidos no passado, nem todos os critérios foram preenchidos nos últimos 6 meses, e os sintomas ainda resultam em prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou profissional.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.

Moderada: Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.

Grave: Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. A *desatenção* manifesta-se comportamentalmente no TDAH como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização, e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão. A *hiperatividade* refere-se a atividade motora excessiva quando não apropriada (como uma criança que corre por tudo), a remexer, batucar ou conversar em excesso. Nos adultos, a hiperatividade pode se manifestar como inquietude extrema ou desgaste dos outros com sua atividade. A *impulsividade* refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento, sem premeditação, e com elevado potencial para dano à pessoa (p. ex., atravessar uma rua sem olhar). A impulsividade pode ser reflexo de um desejo de recompensas imediatas ou de incapacidade de postergar a gratificação. Comportamentos impulsivos podem se manifestar com intromissão social (p. ex., interromper os outros em excesso) e/ou tomada de decisões importantes sem considerações acerca das consequências no longo prazo (p. ex., assumir um emprego sem informações adequadas).

O TDAH começa na infância. A exigência de que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade exprime a importância de uma apresentação clínica substancial durante a infância. Ao mesmo tempo, uma idade de início mais precoce não é especificada devido a dificuldades para se estabelecer retrospectivamente um início na infância. As lembranças dos adultos sobre sintomas na infância tendem a não ser confiáveis, sendo benéfico obter informações complementares. O TDAH não deve ser diagnosticado na ausência de qualquer um dos sintomas antes dos 12 anos de idade. Quando sintomas do que parece ser TDAH ocorrem apenas depois dos 13 anos, é mais provável que sejam explicados por outro transtorno mental ou representem os efeitos cognitivos do uso de substâncias.

Manifestações do transtorno devem estar presentes em mais de um ambiente (p. ex., em casa e na escola ou em casa e no trabalho). A confirmação de sintomas substanciais em vários ambientes não costuma ser feita com precisão sem uma consulta a informantes que tenham visto o indivíduo em tais ambientes. É comum os sintomas variarem conforme o contexto em um determinado ambiente. Sinais do transtorno podem ser mínimos ou ausentes quando o indivíduo está recebendo recompensas frequentes por comportamento apropriado, está sob estreita supervisão, está em uma situação nova, está envolvido em atividades especialmente interessantes, recebe estímulos externos consistentes (p. ex., por meio de telas eletrônicas) ou está interagindo em situações individualizadas (p. ex., em um consultório).

Características Associadas

Atrasos leves no desenvolvimento linguístico, motor ou social não são específicos do TDAH, embora costumem ser comórbidos. Desregulação ou impulsividade emocionais normalmente ocorrem em crianças e adultos com TDAH. Indivíduos com TDAH costumam se autoavaliar e são descritos como pessoas que ficam com raiva e frustradas facilmente e reagem emocionalmente de maneira exagerada.

Mesmo na ausência de um transtorno específico da aprendizagem, o desempenho acadêmico ou profissional costuma ser afetado negativamente. Indivíduos com TDAH podem exibir déficits neurocognitivos em uma variedade de áreas, incluindo memória de trabalho, troca de tarefas, variação no tempo de reação, inibição de resposta, vigilância e planejamento/organização, apesar de os testes não serem suficientemente sensíveis ou específicos para servir como índice para um diagnóstico.

O TDAH não está associado a características físicas específicas, ainda que taxas de anomalias físicas menores (p. ex., hipertelorismo, palato bastante arqueado, baixa implantação de orelhas) possam ser elevadas. Atrasos motores sutis e outros sinais neurológicos leves podem ocorrer. (Notar que falta de jeito e atrasos motores comórbidos devem ser codificados separadamente [por exemplo, transtorno do desenvolvimento da coordenação].)

Crianças com transtornos do neurodesenvolvimento com causa conhecida (p. ex., síndrome do X frágil ou síndrome da deleção 22q11) podem frequentemente apresentar sintomas de desatenção e impulsividade/hiperatividade. Elas devem receber um diagnóstico de TDAH se os sintomas se encaixarem com os critérios estabelecidos para o transtorno.

Prevalência

Pesquisas com a população sugerem que o TDAH ocorre no mundo todo em cerca de 7,2% das crianças, porém, a diferença de prevalência entre países apresenta uma grande variação, de 0,1 a 10,2% das crianças e adolescentes. A prevalência é maior em populações especiais como crianças de lares adotivos ou ambientes prisionais. Em uma metanálise envolvendo amostras de vários países, cerca de 2,5% dos adultos apresentaram TDAH.

Desenvolvimento e Curso

Muitos pais observam pela primeira vez uma atividade motora excessiva quando a criança começa a andar, mas é difícil distinguir os sintomas do comportamento normal, que é altamente variável, antes dos 4 anos de idade. O TDAH costuma ser identificado com mais frequência durante os anos do ensino fundamental, com a desatenção ficando mais saliente e prejudicial. O transtorno fica relativamente estável nos anos iniciais da adolescência, mas alguns indivíduos têm piora no curso, com o desenvolvimento de comportamentos antissociais. Na maioria das pessoas com TDAH, sintomas de hiperatividade motora ficam menos claros na adolescência e na vida adulta, embora persistam dificuldades relacionadas ao planejamento, inquietude, desatenção e impulsividade. Uma proporção substancial de crianças com TDAH permanece relativamente prejudicada até a vida adulta.

Na pré-escola, a principal manifestação é a hiperatividade. A desatenção fica mais proeminente nos anos do ensino fundamental. Na adolescência, sinais de hiperatividade (p. ex., correr e subir nas coisas) são menos comuns, podendo limitar-se a comportamento mais irrequieto ou sensação interna de nervosismo, inquietude ou impaciência. Na vida adulta, além da desatenção e da inquietude, a impulsividade pode permanecer problemática, mesmo quando ocorreu redução da hiperatividade.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. O TDAH está associado a níveis menores de inibição comportamental, de controle à base de esforço ou de contenção; de afetividade negativa; e/ou maior busca por novidades. Esses traços podem predispor algumas crianças ao TDAH, embora não sejam específicos do transtorno.

Ambientais. Muito baixo peso ao nascer e algum grau de prematuridade confere um risco maior de TDAH; quanto mais baixo o peso, maior o risco. A exposição pré-natal ao fumo é associada ao TDAH, mesmo depois de considerados a história psiquiátrica dos pais e o nível socioeconômico. Uma minoria de casos pode estar relacionada a reações a aspectos da dieta. Exposição pré-natal a neurotoxinas (p. ex., chumbo), infecções (p. ex., encefalite) e ao álcool já foram correlacionadas com TDAH, mas não se sabe se essas associações são causais.

Genéticos e fisiológicos. A herdabilidade do TDAH é de cerca de 74%. Estudos de larga escala relacionados à associação genômica (GWAS) identificaram um número de *loci* com uma abundância de regiões genômicas limitadas evolutivamente e com genes que perdem suas funções, assim como em volta de regiões regulatórias expressadas pelo cérebro. Não há um gene único para o TDAH.

Deficiências visuais e auditivas, anormalidades metabólicas e deficiências nutricionais devem ser consideradas influências possíveis sobre os sintomas de TDAH. Indivíduos com epilepsia idiopática apresentam um risco mais elevado para o transtorno.

Modificadores do curso. Padrões de interação familiar no começo da infância provavelmente não causam TDAH, embora possam influenciar seu curso ou contribuir para o desenvolvimento secundário de alterações de conduta.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Diferenças regionais nas taxas de prevalência do TDAH parecem principalmente atribuíveis a práticas diagnósticas e metodológicas diferentes, incluindo o uso de entrevistas diagnósticas distintas e diferenças em se prejuízos funcionais são necessários para o diagnóstico e, se sim, qual a definição deles. A prevalência também é afetada por variação cultural em atitudes sobre normas comportamentais e expectativas projetadas sobre crianças e jovens em diferentes contextos sociais, assim como diferenças culturais na interpretação do comportamento infantil por pais e professores, incluindo diferenças por 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. A baixa detecção de TDAH pode ser resultado de erro na identificação dos sintomas do transtorno, principalmente relacionados a oposição e disrupção, em grupos étnicos socialmente oprimidos devido a vieses explícitos ou implícitos do clínico, o que pode levar a um diagnóstico exagerado de transtornos disruptivos. Maior prevalência de TDAH na população jovem branca também pode ocorrer devido a influência de maiores demandas por parte dos pais de diagnósticos de comportamentos vistos como relacionados ao TDAH. As pontuações de sintomas por informantes podem ser influenciadas pelo grupo cultural da criança e do informante, sugerindo que práticas de diagnóstico culturalmente apropriadas são relevantes na avaliação do TDAH.

Questões Diagnósticas Relativas ao Sexo e ao Gênero

O TDAH é mais frequente no sexo masculino do que no feminino na população geral, com uma proporção de cerca de 2:1 nas crianças e de 1,6:1 nos adultos. Há maior probabilidade de pessoas do sexo feminino se apresentarem primariamente com características de desatenção na comparação com as do sexo masculino. As diferenças entre os sexos na gravidade dos sintomas do TDAH podem ocorrer devido a diferenças genéticas e diferentes aptidões cognitivas entre os sexos.

Marcadores Diagnósticos

Nenhum marcador biológico é diagnóstico para o TDAH. Apesar de o TDAH já ter sido associado com o poder de ondas lentas elevado (4–7 Hz “theta”), assim como o poder de ondas rápidas reduzido (14–30 Hz “beta”), uma revisão posterior não encontrou diferenças em poder theta ou beta nem em crianças nem em adultos com TDAH se comparados a amostra de controle.

Apesar de alguns estudos de neuroimagem mostrarem diferenças em crianças com TDAH se comparadas com a amostra de controle, uma metanálise envolvendo *todos* os estudos de neuroimagem demonstrou que não há diferenças entre indivíduos com TDAH e a amostra de controle nesse aspecto. Isso provavelmente se deve a diferenças em critérios diagnósticos, tamanho da amostra, tarefas empregadas e aspectos técnicos da técnica de produção de neuroimagem. Até que essas questões sejam resolvidas, nenhuma técnica de neuroimagem deve ser usada para diagnosticar TDAH.

Associação com Pensamentos ou Comportamentos Suicidas

O TDAH é um fator de risco para ideação e comportamento suicida em crianças. Do mesmo modo, está associado a um risco aumentado de tentativa de suicídio na vida adulta, principalmente quando em comorbidade com transtornos do humor, da conduta ou de uso de substâncias, mesmo controlando-se a presença de comorbidades. Pensamentos suicidas também são mais comuns na população com TDAH do que na amostra de controle sem TDAH. O TDAH foi preditor de persistência de pensamentos suicidas em soldados norte-americanos.

Consequências Funcionais do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

O TDAH está associado a desempenho escolar e sucesso acadêmico abaixo da média. Déficits acadêmicos e problemas relacionados à escola tendem a ser associados a sintomas marcados de desatenção, enquan-

to rejeição por parte dos pares e, em menor medida, lesões acidentais são mais salientes em indivíduos com sintomas marcados de hiperatividade e impulsividade. O envolvimento variável ou inadequado com tarefas que exijam esforço sustentado é frequentemente interpretado pelos outros como preguiça, irresponsabilidade ou falta de cooperação.

Jovens adultos com TDAH apresentam menor estabilidade em empregos. Adultos com TDAH mostram desempenho, realização e comparecimento ao emprego diminuídos e uma maior probabilidade de desemprego, assim como uma propensão a conflitos interpessoais. Em média, pessoas com o transtorno apresentam menor escolaridade, têm pior desempenho profissional e escores intelectuais na comparação com seus pares, embora exista grande variabilidade. Em sua forma grave, o transtorno é marcadamente prejudicial, afetando a adaptação social, familiar e escolar/profissional.

As relações familiares podem se caracterizar por discórdia e interações negativas. Indivíduos com TDAH têm autoestima mais baixa se comparados a pares sem TDAH. As relações com os pares costumam ser conturbadas devido a rejeição, negligência ou provocações por parte destes últimos, em relação ao indivíduo com TDAH.

Crianças com TDAH apresentam uma probabilidade significativamente maior do que seus pares para desenvolver transtorno da conduta na adolescência e transtorno da personalidade antissocial na idade adulta, aumentando, assim, a probabilidade de transtornos por uso de substâncias e encarceramento. O risco subsequente para transtornos por uso de substâncias é alto, especialmente quando se desenvolve transtorno da conduta ou transtorno da personalidade antissocial.

Indivíduos com TDAH são mais propensos a sofrer lesões do que seus pares. Crianças e adultos com TDAH têm maior risco de sofrer traumas e, subsequentemente, desenvolver transtorno de estresse pós-traumático. Acidentes e violações de trânsito são mais frequentes em condutores com o transtorno. Indivíduos com TDAH têm uma maior taxa de mortalidade em geral, sobretudo por causa de acidentes e lesões. Também há maior probabilidade de obesidade e hipertensão entre indivíduos com TDAH.

Diagnóstico Diferencial

Transtorno de oposição desafiante. Indivíduos com transtorno de oposição desafiante podem resistir a tarefas profissionais ou escolares que exijam envolvimento porque resistem a se conformar às exigências dos outros. Seu comportamento caracteriza-se por negatividade, hostilidade e desafio. Tais sintomas devem ser diferenciados de aversão à escola ou a tarefas de alta exigência mental devido a dificuldade em manter um esforço mental prolongado, esquecimento de orientações e impulsividade que caracteriza os indivíduos com TDAH. Um complicador do diagnóstico diferencial é o fato de que alguns indivíduos com TDAH podem desenvolver atitudes de oposição secundárias em relação a tais tarefas e, assim, desvalorizar sua importância.

Transtorno explosivo intermitente. O TDAH e o transtorno explosivo intermitente compartilham níveis elevados de comportamento impulsivo. Entretanto, indivíduos com o transtorno explosivo intermitente apresentam agressividade importante dirigida aos outros, o que não é característico do TDAH, e não têm problemas em manter a atenção como se vê 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. A atividade motora aumentada que pode ocorrer no TDAH deve ser diferenciada do comportamento motor repetitivo que caracteriza o transtorno do movimento estereotipado e alguns casos de transtorno do espectro autista. No transtorno do movimento estereotipado, o comportamento motor costuma ser fixo e repetitivo (p. ex., balançar o corpo, morder a si mesmo), enquanto a inquietude e a agitação no TDAH costumam ser generalizadas e não caracterizadas por movimentos estereotipados repetitivos. No transtorno de Tourette, tiques múltiplos e frequentes podem ser confundidos com a inquietude generalizada do TDAH. Pode haver necessidade de observação prolongada para que seja feita a distinção entre inquietude e ataques de múltiplos tiques.

Transtorno específico da aprendizagem. Crianças com um transtorno específico da aprendizagem podem parecer desatentas devido a frustração, falta de interesse ou capacidade limitada em processos neu-

rocognitivos, incluindo memória de trabalho e velocidade de processamento. A desatenção, no entanto, é reduzida consideravelmente quando o indivíduo está desempenhando alguma habilidade que não exija o processo cognitivo prejudicado.

Transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual). Sintomas de TDAH são comuns entre crianças 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 exige que desatenção ou hiperatividade sejam excessivas para a idade mental.

Transtorno do espectro autista. Indivíduos com TDAH e aqueles com transtorno do espectro autista exibem desatenção, disfunção social e comportamento de difícil manejo. A disfunção social e a rejeição pelos pares encontradas em pessoas com TDAH devem ser diferenciadas da falta de envolvimento social, do isolamento e da indiferença a pistas de comunicação faciais e de tonalidade encontrados em indivíduos com transtorno do espectro autista. Crianças com transtorno do espectro autista podem ter ataques de raiva devido a incapacidade de tolerar mudanças no curso dos eventos esperado por elas. Em contraste, crianças com TDAH podem se comportar mal ou ter um ataque de raiva durante alguma transição importante devido a impulsividade ou autocontrole insatisfatório.

Transtorno de apego reativo. Crianças com transtorno de apego reativo podem apresentar desinibição social, mas não o conjunto completo de sintomas de TDAH, exibindo, ainda, outras características, tais como ausência de relações duradouras, que não são características do TDAH.

Transtornos de ansiedade. O TDAH compartilha sintomas de desatenção com transtornos de ansiedade. Indivíduos com TDAH são desatentos por causa de sua atração por estímulos externos, atividades novas ou predileção por atividades agradáveis. Isso é diferente da desatenção por preocupação e ruminação encontrada nos transtornos de ansiedade. Agitação pode ser encontrada em transtornos de ansiedade. No TDAH, todavia, o sintoma não está associado a preocupação e ruminação.

Transtorno de estresse pós-traumático. Dificuldades de concentração associadas com estresse pós-traumático (TEPT) podem ser diagnosticadas erroneamente como TDAH em crianças. Crianças com menos de 6 anos frequentemente manifestam TEPT em sintomas não específicos como inquietação, irritabilidade, desatenção e dificuldades de concentração, o que pode imitar o TDAH. Também é possível que os pais minimizem os sintomas da criança relacionados ao trauma e que professores e outros cuidadores não estejam conscientes da exposição dela a eventos traumáticos. Uma avaliação abrangente de exposição passada a eventos traumáticos pode descartar TEPT.

Transtornos depressivos. Indivíduos com transtornos depressivos podem se apresentar com incapacidade de se concentrar. Entretanto, a dificuldade de concentração nos transtornos do humor fica proeminente apenas durante um episódio depressivo.

Transtorno bipolar. Indivíduos com transtorno bipolar podem ter aumento de atividade, dificuldade de concentração e aumento na impulsividade, mas essas características são episódicas, diferentemente do TDAH, em que os sintomas são persistentes. Além disso, no transtorno bipolar, aumento na impulsividade ou desatenção é acompanhado por humor elevado, grandiosidade e outras características bipolares específicas. Crianças com TDAH podem apresentar mudanças importantes de humor em um mesmo dia; essa labilidade é diferente de um episódio maníaco ou hipomaníaco, que deve durar quatro dias ou mais para ser um indicador clínico de transtorno bipolar, mesmo em crianças. O transtorno bipolar é raro em pré-adolescentes, mesmo quando irritabilidade grave e raiva são proeminentes, ao passo que 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 pervasiva e por intolerância a frustração, mas impulsividade e atenção desorganizada não são aspectos essenciais. A maioria das crianças e dos adolescentes com o transtorno, no entanto, tem sintomas que também preenchem critérios para TDAH, que deve ser diagnosticado em separado.

Transtornos por uso de substâncias. Diferenciar o TDAH dos transtornos por uso de substância pode ser um problema se a primeira apresentação dos sintomas do TDAH ocorrer após o início do abuso ou do

uso frequente. Evidências claras de TDAH antes do uso problemático de substâncias, obtidas por meio de informantes ou registros prévios, podem ser essenciais para o diagnóstico diferencial.

Transtornos da personalidade. Em adolescentes e adultos, pode ser difícil diferenciar TDAH dos transtornos da personalidade *borderline*, narcisista e outros transtornos da personalidade. Alguns transtornos da personalidade tendem a compartilhar características de desorganização, intromissão social, desregulação emocional e desregulação cognitiva. O TDAH, porém, não é caracterizado por medo do abandono, autolesão, ambivalência extrema ou outras características de transtornos da personalidade. Pode haver necessidade de observação prolongada, entrevista com informantes ou história detalhada para distinguir comportamento impulsivo, socialmente intromissivo ou inadequado de comportamento narcisista, agressivo ou dominador para que seja feito 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 (p. ex., broncodilatadores, isoniazida, neurolépticos [resultando em acatisia], terapia de reposição para a tireoide) são diagnosticados como transtorno induzido por outra substância (ou substância desconhecida) especificado ou não especificado.

Transtornos neurocognitivos. Enquanto prejuízos na atenção complexa possam ser um dos domínios cognitivos afetados no transtorno neurocognitivo, eles devem representar uma piora de um nível de desempenho anterior a fim de justificar um diagnóstico de transtorno neurocognitivo grave ou leve. Além disso, o transtorno neurocognitivo, grave ou leve, normalmente tem seu início na idade adulta. Em contraste, a desatenção no TDAH deve estar presente antes dos 12 anos de idade e não representar uma piora do funcionamento anterior.

Comorbidade

Apesar de o TDAH ser mais comum em indivíduos do sexo masculino, indivíduos do sexo feminino com TDAH têm maiores taxas de transtornos comórbidos, particularmente transtorno de oposição desafiante, transtorno do espectro autista e transtornos da personalidade ou por uso de substâncias. O transtorno de oposição desafiante é comórbido com TDAH em cerca de metade das crianças com a apresentação combinada e em cerca de um quarto daquelas com a apresentação predominantemente desafiante. Transtorno da conduta é comórbido com TDAH em aproximadamente um quarto das crianças e dos adolescentes com a apresentação combinada, dependendo da idade e do ambiente. A maioria das crianças e dos adolescentes com transtorno disruptivo da desregulação do humor tem sintomas que também preenchem critérios para TDAH; uma porcentagem menor de crianças com TDAH tem sintomas que preenchem 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, embora com maior frequência do que na população geral. Ainda que transtornos por abuso de substância sejam relativamente mais frequentes entre adultos com TDAH se comparados à população geral, eles estão presentes em apenas uma minoria dessas pessoas. Nos adultos, transtorno da personalidade antissocial e outros transtornos da personalidade podem ser comórbidos com TDAH.

O TDAH pode ser comórbido em perfis de sintomas variáveis com outros transtornos do neurodesenvolvimento, incluindo transtorno específico da aprendizagem, transtorno do espectro autista, transtorno do desenvolvimento intelectual, transtornos da linguagem, transtorno do desenvolvimento da coordenação e transtornos de tique.

Transtornos do sono comórbidos com TDAH são associados com prejuízos cognitivos durante o dia (p. ex., desatenção). Muitos indivíduos com TDAH reportam sono durante o dia, o que condiz com os critérios para transtorno de hipersonolência. De 25 a 50% dos indivíduos com TDAH reportam dificuldades no sono; estudos mostraram uma associação de TDAH com insônia, transtornos do sono-vigília do ritmo circadiano, apneia do sono e síndrome das pernas inquietas.

Indivíduos com TDAH mostraram tendência a taxas elevadas de várias condições médicas, particularmente alergias e distúrbios autoimunes, assim como epilepsia.