

**CID – Classificação Estatística
Internacional de Doenças e
Problemas Relacionados com a Saúde**

Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)

F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

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

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

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

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

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

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

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

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

Demência pré-senil, tipo Alzheimer

Doença de Alzheimer, tipo 2

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

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

Demência degenerativa primária do tipo Alzheimer, de início na senilidade

Demência senil do tipo Alzheimer

Doença de Alzheimer, tipo 1

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

Demência atípica do tipo Alzheimer

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

F01 Demência vascular

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

Inclui:

Demência arteriosclerótica

F01.0 Demência vascular de início agudo

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

F01.1 Demência por infartos múltiplos

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

Demência predominantemente cortical

F01.2 Demência vascular subcortical

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

F01.3 Demência vascular mista, cortical e subcortical

F01.8 Outra demência vascular

F01.9 Demência vascular não especificada

F02* Demência em outras doenças classificadas em outra parte

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

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

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

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

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

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

Demência que ocorre como parte de uma degeneração cerebral difusa. O transtorno é transmitido por um único gene autossômico dominante. Os sintomas

surgem tipicamente na terceira e quarta décadas. A progressão é lenta, conduzido à morte usualmente em 10 a 15 anos.
Demência na coréia de Huntington

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

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

Demência (na) (no):

- paralisia agitante
- parkinsonismo

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

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

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

Demência (na) (no) (nos):

- deficiência de:
 - niacina [pelagra] ([E52†](#))
 - vitamina B₁₂ ([E53.8†](#))
- degeneração hepatolenticular ([E83.0†](#))
- epilepsia ([G40.-†](#))
- esclerose múltipla ([G35†](#))
- hipercalemia ([E83.5†](#))
- hipotireoidismo adquirido ([E01.-†](#), [E03.-†](#))
- intoxicações ([T36-T65†](#))
- lipidose cerebral ([E75.-†](#))
- lúpus eritematoso sistêmico ([M32.-†](#))
- neurosífilis ([A52.1†](#))
- poliarterite nodosa ([M30.0†](#))
- tripanossomíase ([B56.-†](#), [B57.-†](#))

F03 Demência não especificada

Demência:

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

Psicose:

- pré-senil SOE
- senil SOE

Exclui:

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

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

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

Psicose ou síndrome de Korsakov, não-alcoólica

Exclui:

amnésia:

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

síndrome de Korsakov:

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

F05 Delirium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

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

Inclui:

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

Exclui:

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

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

F05.1 Delirium superposto a uma demência

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

F05.8 Outro delirium

Delirium de etiologia mista

F05.9 Delirium não especificado

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

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

Exclui:

associados com:

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

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

F06.0 Alucinação orgânica

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

Estado alucinatório orgânico (não-alcoólico)

Exclui:

- alucinose alcoólica ([F10.5](#))
- esquizofrenia ([F20.-](#))

F06.1 Estado catatônico orgânico

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

Exclui:

- esquizofrenia catatônica ([F20.2](#))
- estupor:
 - SOE ([R40.1](#))
 - dissociativo ([F44.2](#))

F06.2 Transtorno delirante orgânico [tipo esquizofrênico]

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

Estados paranóides e estados paranóides e alucinatórios de origem orgânica

Psicose de tipo esquizofrênico na epilepsia

Exclui:

- esquizofrenia ([F20.-](#))
- transtornos:
 - delirantes persistentes ([F22.-](#))
 - psicótico(s):
 - agudo e transitório ([F23.-](#))
 - induzidos por drogas ([F11-F19](#) com quarto caractere comum .5)

F06.3 Transtornos do humor [afetivos] orgânicos

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

Exclui:

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

F06.4 Transtornos da ansiedade orgânicos

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

Exclui:

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

F06.5 Transtorno dissociativo orgânico

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

Exclui:

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

F06.6 Transtorno de labilidade emocional [astênico] orgânico

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

Exclui:

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

F06.7 Transtorno cognitivo leve

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

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

Psicose epiléptica SOE

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

Síndrome cerebral orgânica SOE

Transtorno mental orgânico SOE

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

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

F07.0 Transtorno orgânico da personalidade

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

Estado pós-leucotomia orgânica

Personalidade pseudopsicopática } orgânica

Pseudodebilidade {

Psicossíndrome da epilepsia do sistema límbico

Síndrome (dos):

- frontal
- lobotomizados
- pós-leucotomia

Exclui:

alterações duradouras da personalidade após:

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

síndrome:

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

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

F07.1 Síndrome pós-encefálica

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

Exclui:

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

F07.2 Síndrome pós-traumática

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

Síndrome:

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

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

Transtorno afetivo orgânico do hemisfério direito

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

Psicossíndrome orgânica

F09 Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado

Psicose:

- orgânica SOE
- sintomática SOE

Exclui:

psicose SOE ([F29](#))

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

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

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

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

Exclui:

abuso de substâncias que não produzem dependência (**F55**)

As subdivisões seguintes de quarto caractere devem ser usadas com as categorias **F10-F19**:

.0 Intoxicação aguda

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

Bebedeira SOE

Estados de transe e de possessão na intoxicação por substância psicoativa

Intoxicação alcoólica aguda

Intoxicação patológica

"Más viagens" (drogas)

Exclui:

intoxicação significando envenenamento (**T36-T50**)

.1 Uso nocivo para a saúde

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

Abuso de uma substância psicoativa

.2 Síndrome de dependência

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

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

Alcoolismo crônico

Dipsomania

Toxicomania

.3 Síndrome [estado] de abstinência

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

.4 Síndrome de abstinência com delirium

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

Delirium tremens (induzido pelo álcool)

.5 Transtorno psicótico

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

Alucinose]

Ciúmes [alcoólica(o)(os)

Paranóia [

Psicose SOE]

Exclui:

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

.6 Síndrome amnésica

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

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

Transtorno amnésico induzido pelo álcool ou por drogas

Exclui:

psicose ou síndrome de Korsakov não-alcoólica ([F04](#))

.7 Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia

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

Demência:

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

Síndrome cerebral crônica de origem alcoólica

Transtorno (da) (das):

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

Exclui:

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

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

.8 Outros transtornos mentais ou comportamentais

.9 Transtorno mental ou comportamental não especificado

[F10.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool](#)

[F11.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos](#)

[F12.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides](#)

- F13.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos
- F14.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína
- F15.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína
- F16.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos
- F17.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo
- F18.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis
- F19.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

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

Inclui:

abuso de drogas SOE

F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

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

F20 Esquizofrenia

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos.

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

Exclui:

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

F20.0 Esquizofrenia paranóide

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

Esquizofrenia parafrênica

Exclui:

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

F20.1 Esquizofrenia hebefrênica

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

volição. A hebefrenia deveria normalmente ser somente diagnosticada em adolescentes e em adultos jovens.
Esquizofrenia desorganizada
Hebefrenia

F20.2 Esquizofrenia catatônica

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

Catalepsia	}	
Catatonía	{	esquifzofrênica(o)
Flexibilidade cêrea	{	
Estupor catatônico	}	

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

Afecções psicóticas que preenchem os critérios diagnósticos gerais para a esquizofrenia mas que não correspondem a nenhum dos subtipos incluídos em [F20.0-F20.2](#), ou que exibam padrões de mais de um deles sem uma clara predominância de um conjunto particular de características diagnósticas.

Esquizofrenia atípica

Exclui:

depressão pós-esquifzofrênica ([F20.4](#))
esquifzofrenia indiferenciada crônica ([F20.5](#))
transtorno psicótico agudo tipo esquifzofrênico ([F23.2](#))

F20.4 Depressão pós-esquifzofrênica

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

F20.5 Esquizofrenia residual

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

Defeito esquifzofrênico (Restzustand)

Esquizofrenia indiferenciada crônica

Estado esquifzofrênico residual

Restzustand (esquifzofrênico)

F20.6 Esquizofrenia simples

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

F20.8 Outras esquizofrenias

Ataque esquizofreniforme SOE
Esquizofrenia cenestopática
Psicose esquizofreniforme SOE
Transtorno esquizofreniforme SOE

Exclui:

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

F20.9 Esquizofrenia não especificada

F21 Transtorno esquizotípico

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

Esquizofrenia:

- "borderline"
- latente
- pré-psicótica
- prodrômica
- pseudoneurótica
- pseudopsicopática

Reação esquizofrênica latente

Transtorno esquizotípico da personalidade

Exclui:

personalidade esquizóide ([F60.1](#))
síndrome de Asperger ([F84.5](#))

F22 Transtornos delirantes persistentes

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

F22.0 Transtorno delirante

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

Delírio sensitivo de auto-referência [Sensitive Beziehungswahn]

Estado paranóico

Parafrenia (tardia)

Paranóia

Psicose paranóica

Exclui:

- esquizofrenia paranóide ([F20.0](#))
- personalidade paranóica ([F60.0](#))
- psicose paranóide psicogênica ([F23.3](#))
- reação paranóide ([F23.3](#))

F22.8 Outros transtornos delirantes persistentes

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

- Dismorfofobia delirante
- Estado paranóico de involução
- Paranóia querulans

F22.9 Transtorno delirante persistente não especificado

F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios

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

F23.0 Transtorno psicótico agudo polimorfo, sem sintomas esquizofrênicos

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

- Bouffée delirante [sem sintomas de esquizofrenia ou não especificados
- Psicose ciclóide [

F23.1 Transtorno psicótico agudo polimorfo, com sintomas esquizofrênicos

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

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

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

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

Ataque }
Psicose } esquizofreniforme breve
Transtorno }

Esquizofrenia aguda (indiferenciada)

Onirofrenia

Reação esquizofrênica

Exclui:

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

transtornos esquizofreniformes SOE (F20.8)

F23.3 Outros transtornos psicóticos agudos, essencialmente delirantes

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

Psicose paranóica psicogênica

Reação paranóica

F23.8 Outros transtornos psicóticos agudos e transitórios

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

F23.9 Transtorno psicótico agudo e transitório não especificado

Psicose reativa breve SOE

Psicose reativa

F24 Transtorno delirante induzido

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

“Folie à deux”

Transtorno:

- paranóico } induzido
- psicótico {

F25 Transtornos esquizoafetivos

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

F25.0 Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco

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

Psicose:

- esquizoafetiva, tipo maníaco
- esquizofreniforme, tipo maníaco

F25.1 Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo

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

Psicose:

- esquizoafetiva, tipo depressivo
- esquizofreniforme, tipo depressivo

F25.2 Transtorno esquizoafetivo do tipo misto

Esquizofrenia cíclica

Psicose esquizofrênica e afetiva mista

F25.8 Outros transtornos esquizoafetivos

F25.9 Transtorno esquizoafetivo não especificado

Psicose esquizoafetiva SOE

F28 Outros transtornos psicóticos não-orgânicos

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

Psicose alucinatória crônica

F29 Psicose não-orgânica não especificada

Psicose SOE

Exclui:

psicose orgânica ou sintomática SOE ([F09](#))

transtorno mental SOE ([F99](#))

F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]

Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação. A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas são quer secundários a estas alterações do humor e da atividade, quer facilmente compreensíveis no contexto destas alterações. A maioria destes transtornos tendem a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes.

F30 Episódio maníaco

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

Inclui:

transtorno bipolar, episódio maníaco isolado

F30.0 Hipomania

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

F30.1 Mania sem sintomas psicóticos

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

F30.2 Mania com sintomas psicóticos

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

Estupor maníaco

Mania com sintomas psicóticos:

- congruentes com o humor
- incongruentes com o humor

F30.8 Outros episódios maníacos

F30.9 Episódio maníaco não especificado

Mania SOE

F31 Transtorno afetivo bipolar

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

Inclui:

doença }
psicose } maníaco-depressiva
reação }

Exclui:

ciclotimia ([F34.0](#))
transtorno bipolar, episódio maníaco isolado ([F30.-](#))

F31.0 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto

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

Exclui:

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

F31.7 Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão

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

F31.8 Outros transtornos afetivos bipolares

Episódios maníacos recidivantes SOE
Transtorno bipolar II

F31.9 Transtorno afetivo bipolar não especificado

F32 Episódios depressivos

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Inclui:

episódios isolados de (um) (uma):

- depressão:
 - psicogênica
 - reativa
- reação depressiva

Exclui:

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

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

F32.0 Episódio depressivo leve

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

F32.1 Episódio depressivo moderado

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

F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

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

Depressão:

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

F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

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

Episódios isolados de:

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

F32.8 Outros episódios depressivos

Depressão atípica

Episódios isolados de uma depressão "mascarada" SOE

F32.9 Episódio depressivo não especificado

Depressão SOE

Transtorno depressivo SOE

F33 Transtorno depressivo recorrente

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

Inclui:

episódios recorrentes de uma:

- depressão
- psicogênica
- reativa
- reação depressiva

transtorno depressivo sazonal

Exclui:

episódios depressivos recorrentes breves ([F38.1](#))

F33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve

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

F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado

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

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

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

Depressão:

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

Psicose maníaco-depressiva, forma depressiva sem sintomas psicóticos

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

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

Depressão endógena com sintomas psicóticos

Episódio recorrente grave (de):

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

Psicose maníaco-depressiva, forma depressiva, com sintomas psicóticos

F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão

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

F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes

F33.9 Transtorno depressivo recorrente sem especificação

Depressão unipolar SOE

F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes

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

F34.0 Ciclotimia

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

Personalidade:

- ciclóide
- ciclotímica

Transtorno afetivo da personalidade

F34.1 Distímia

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

Depressão:

- ansiosa persistente
- neurótica

Neurose depressiva

Personalidade depressiva

Exclui:

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

F34.8 Outros transtornos do humor [afetivos] persistentes**F34.9 Transtorno do humor [afetivo] persistente não especificado****F38 Outros transtornos do humor [afetivos]**

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

F38.0 Outros transtornos do humor [afetivos] isolados

Episódio afetivo misto

F38.1 Outros transtornos do humor [afetivos] recorrentes

Episódio depressivo recorrente breve

F38.8 Outros transtornos especificados do humor [afetivos]**F39 Transtorno do humor [afetivo] não especificado**

Psicose afetiva SOE

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

Exclui:

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

F40 Transtornos fóbico-ansiosos

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

F40.0 Agorafobia

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

Agorafobia sem antecedentes de transtorno de pânico

Transtorno de pânico com agorafobia

F40.1 Fobias sociais

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

Antropofobia

Neurose social

F40.2 Fobias específicas (isoladas)

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

Acrofobia

Claustrofobia

Fobia(s) (de):

- animais
- simples

Exclui:

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

nosofobia ([F45.2](#))

F40.8 Outros transtornos fóbico-ansiosos

F40.9 Transtorno fóbico-ansioso não especificado

Estado fóbico SOE
Fobia SOE

F41 Outros transtornos ansiosos

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

F41.0 Transtorno de pânico [ansiedade paroxística episódica]

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

Ataque }
Estado } de pânico
Síndrome }
 }

Exclui:

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

F41.1 Ansiedade generalizada

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

Estado | ansiosa(o)
Neurose {
Reação de angústia

Exclui:

neurastenia ([F48.0](#))

F41.2 Transtorno misto ansioso e depressivo

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

F41.3 Outros transtornos ansiosos mistos

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

F41.8 Outros transtornos ansiosos especificados

Histeria de angústia

F41.9 Transtorno ansioso não especificado

Ansiedade SOE

F42 Transtorno obsessivo-compulsivo

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

Inclui:

- neurose:
- anancástica
- obsessivo-compulsiva

Exclui:

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

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

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

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

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

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

F42.8 Outros transtornos obsessivo-compulsivos

F42.9 Transtorno obsessivo-compulsivo não especificado

F43 Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação

Esta categoria difere das outras na medida que sua definição não repousa exclusivamente sobre a sintomatologia e a evolução, mas igualmente sobre a existência de um ou outro dos dois fatores causais seguintes: um acontecimento particularmente estressante desencadeia uma reação de "stress" aguda, ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comporta conseqüências desagradáveis e duradouras e levam a um transtorno de adaptação. Embora fatores de "stress" psicossociais ("life events") relativamente pouco graves possam precipitar a ocorrência de um grande número de transtornos classificados em outra parte neste capítulo ou influenciar-lhes o quadro clínico, nem sempre é possível atribuir-lhes um papel etiológico, quanto mais que é necessário levar em consideração fatores de vulnerabilidade, freqüentemente idiossincráticos, próprios de cada indivíduo; em outros termos, estes fatores não são nem necessários nem suficientes para explicar a ocorrência e a natureza do transtorno observado. Em contraste, para os transtornos reunidos aqui sob [F43](#), admite-se que sua ocorrência é sempre a conseqüência direta de um "stress" agudo importante ou de um traumatismo persistente. O acontecimento estressante ou as circunstâncias penosas persistentes constituem o fator causal primário e essencial, na ausência do qual o transtorno não teria ocorrido. Os transtornos reunidos neste capítulo podem assim ser considerados como respostas inadaptadas a um "stress" grave ou persistente, na medida em que eles interferem com mecanismos adaptativos eficazes e entram assim o funcionamento social.

F43.0 Reação aguda ao "stress"

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

Choque psíquico

Estado de crise

Fadiga de combate

Reação aguda (à) (ao):

- crise
- "stress"

F43.1 Estado de "stress" pós-traumático

Este transtorno constitui uma resposta retardada ou protraída a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos. Fatores predisponentes, tais como certos traços de personalidade (por exemplo compulsiva, astênica) ou antecedentes do tipo neurótico, podem diminuir o limiar para a ocorrência da síndrome ou agravar sua evolução; tais fatores, contudo, não são necessários ou suficientes para explicar a ocorrência da síndrome. Os sintomas típicos incluem a revivescência repetida do evento traumático sob a forma de lembranças invasivas ("flashbacks"), de sonhos ou de pesadelos; ocorrem num contexto durável de "anestesia psíquica" e de embotamento emocional, de retraimento com relação aos outros, insensibilidade ao ambiente, anedonia, e de evitação de atividades ou de situações que possam despertar a lembrança do traumatismo. Os sintomas precedentes se acompanham

habitualmente de uma hiperatividade neurovegetativa, com hipervigilância, estado de alerta e insônia, associadas freqüentemente a uma ansiedade, depressão ou ideação suicida. O período que separa a ocorrência do traumatismo do transtorno pode variar de algumas semanas a alguns meses. A evolução é flutuante, mas se faz para a cura na maioria dos casos. Em uma pequena proporção de casos, o transtorno pode apresentar uma evolução crônica durante numerosos anos e levar a uma alteração duradoura da personalidade ([F62.0](#)).

Neurose traumática

F43.2 Transtornos de adaptação

Estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos, que entram usualmente o funcionamento e o desempenho sociais. ocorrendo no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante. O fator de "stress" pode afetar a integridade do ambiente social do sujeito (luto, experiências de separação) ou seu sistema global de suporte social e de valor social (imigração, estado de refugiado); ou ainda representado por uma etapa da vida ou por uma crise do desenvolvimento (escolarização, nascimento de um filho, derrota em atingir um objetivo pessoal importante, aposentadoria). A predisposição e a vulnerabilidade individuais desempenham um papel importante na ocorrência e na sintomatologia de um transtorno de adaptação; admite-se, contudo, que o transtorno não teria ocorrido na ausência do fator de "stress" considerado. As manifestações, variáveis, compreendem: humor depressivo, ansiedade, inquietude (ou uma combinação dos precedentes), sentimento de incapacidade de enfrentar, fazer projetos ou a continuar na situação atual, assim como certa alteração do funcionamento cotidiano. Transtornos de conduta podem estar associados, em particular nos adolescentes. A característica essencial deste transtorno pode consistir de uma reação depressiva, ou de uma outra perturbação das emoções e das condutas, de curta ou longa duração.

Choque cultural

Hospitalismo da criança

Reação de luto

Exclui:

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

F43.8 Outras reações ao "stress" grave

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

F44 Transtornos dissociativos [de conversão]

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

os transtornos somatoformes ([F45.0](#)). Há sempre a possibilidade de ocorrência numa data ulterior de um transtorno físico ou psiquiátrico grave.

Inclui:

histeria
histeria { de conversão
reação {
psicose histérica

Exclui:

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

F44.0 Amnésia dissociativa

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

Exclui:

amnésia:

- SOE ([R41.3](#))
- anterógrada ([R41.1](#))
- pós-convulsiva dos epiléticos ([G40.-](#))
- retrógrada ([R41.2](#))

síndrome amnésica orgânica não-alcoólica ([F04](#))

transtorno amnésico induzido pelo álcool ou por outra substância psicoativa ([F10-F19](#) com quarto caractere comum .6)

F44.1 Fuga dissociativa

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

Exclui:

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

F44.2 Estupor dissociativo

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

Exclui:

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

estupor:

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

F44.3 Estados de transe e de possessão

Transtornos caracterizados por uma perda transitória da consciência de sua própria identidade, associada a uma conservação perfeita da consciência do meio ambiente. Devem aqui ser incluídos somente os estados de transe involuntários e

não desejados, excluídos aqueles de situações admitidas no contexto cultural ou religioso do sujeito.

Exclui:

- esquizofrenia ([F20.-](#))
- intoxicação por uma substância psicoativa ([F10-F19](#) com quarto caractere comum .0)
- síndrome pós-traumática ([F07.2](#))
- transtorno(s):
 - orgânico da personalidade ([F07.0](#))
 - psicóticos agudos e transitórios ([F23.-](#))

F44.4 Transtornos dissociativos do movimento

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

Afonia psicogênica

Disfonia psicogênica

Torcicolo histérico

F44.5 Convulsões dissociativas

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

F44.6 Anestesia e perda sensorial dissociativas

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

F44.7 Transtorno dissociativo misto [de conversão]

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

F44.8 Outros transtornos dissociativos [de conversão]

Confusão psicogênica

Estado crepuscular psicogênico

Personalidade múltipla

Síndrome de Ganser

F44.9 Transtorno dissociativo [de conversão] não especificado

F45 Transtornos somatoformes

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

Exclui:

- arrancar-se os cabelos ([F98.4](#))
- disfunção sexual não devida a doença ou a transtorno orgânico ([F52.-](#))
- dislalia ([F80.8](#))

fatores psicológicos ou comportamentais associados a doenças ou transtornos classificados em outra parte ([F54](#))
lalação ([F80.0](#))
roer unhas ([F98.8](#))
síndrome de Gilles de la Tourette ([F95.2](#))
sucção do polegar ([F98.8](#))
tiques (na infância e na adolescência) ([F95.-](#))
transtornos dissociativos ([F44.-](#))
tricotilomania ([F63.3](#))

F45.0 Transtorno de somatização

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

Transtorno de Briquet

Transtorno psicossomático múltiplo

Exclui:

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

F45.1 Transtorno somatoforme indiferenciado

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

Transtorno psicossomático indiferenciado

F45.2 Transtorno hipocondríaco

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

Dismorfofobia (corporal) (não-delirante)

Hipocondria

Neurose hipocondríaca

Nosofobia

Exclui:

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

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

F45.3 Transtorno neurovegetativo somatoforme

O paciente atribui seus sintomas a um transtorno somático de um sistema ou de órgão inervado e controlado, em grande parte ou inteiramente, pelo sistema neurovegetativo: sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratório e urogenital. Os sintomas são habitualmente de dois tipos, sendo que nenhum dos dois indica transtorno somático do órgão ou do sistema referido. O primeiro tipo consiste de queixas a respeito de um hiperfuncionamento neurovegetativo, por exemplo palpitações, transpiração, ondas de calor ou de frio, tremores, assim como por

expressão de medo e perturbação com a possibilidade de uma doença física. O segundo tipo consiste de queixas subjetivas inespecíficas e variáveis, por exemplo dores e sofrimentos, e sensações de queimação, peso, aperto e inchaço ou distensão, atribuídos pelo paciente a um órgão ou sistema específico.

Astenia neurocirculatória

Formas psicogênicas (de um) (de uma):

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

Neurose:

- cardíaca
- gástrica

Síndrome de Da Costa

Exclui:

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

F45.4 Transtorno doloroso somatoforme persistente

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

Cefaléia psicogênica

Dor(es):

- psicogênicas da coluna vertebral
- somatoforme

Psicalgia

Exclui:

cefaléias tensionais ([G44.2](#))

dor:

- SOE ([R52.9](#))
- aguda ([R52.0](#))
- crônica ([R52.2](#))
- irredutível ([R52.1](#))
- lombar SOE ([M54.9](#))

F45.8 Outros transtornos somatoformes

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

Disfagia psicogênica, incluindo "bolo histérico"

Dismenorréia psicogênica

Prurido psicogênico

Ranger de dentes

Torcicolo psicogênico

F45.9 Transtorno somatoforme não especificado

Transtorno psicossomático SOE

F48 Outros transtornos neuróticos

F48.0 Neurastenia

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

Síndrome de fadiga

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

Exclui:

astenia SOE ([R53](#))

estafa ([Z73.0](#))

mal estar e fadiga ([R53](#))

psicastenia ([F48.8](#))

síndrome da fadiga pós-viral ([G93.3](#))

F48.1 Síndrome de despersonalização-desrealização

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

F48.8 Outros transtornos neuróticos especificados

Neurose (de):

- profissional (incluindo cãibra dos escritores)
- psicastênica

Psicastenia

Síncope psicogênica

Síndrome de Dhat

F48.9 Transtorno neurótico não especificado

Neurose SOE

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

F50 Transtornos da alimentação

Exclui:

- anorexia SOE ([R63.0](#))
- dificuldade e maus hábitos alimentares ([R63.3](#))
- polifagia ([R63.2](#))
- transtorno da alimentação da primeira e da segunda infância ([F98.2](#))

F50.0 Anorexia nervosa

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

Exclui:

- perda de apetite ([R63.0](#)):
 - psicogênica ([F50.8](#))

F50.1 Anorexia nervosa atípica

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

F50.2 Bulimia nervosa

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

Bulimia SOE

Hiperorexia nervosa

F50.3 Bulimia nervosa atípica

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

F50.4 Hiperfagia associada a outros distúrbios psicológicos

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

Hiperfagia psicogênica

Exclui:

obesidade ([E66.-](#))

F50.5 Vômitos associados a outros distúrbios psicológicos

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

Vômitos psicogênicos

Exclui:

náusea ([R11](#))
vômitos SOE ([R11](#))

F50.8 Outros transtornos da alimentação

Perda do apetite psicogênica

Pica do adulto

Exclui:

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

F50.9 Transtorno de alimentação não especificado

F51 Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais

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

Exclui:

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

F51.0 Insônia não-orgânica

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

Exclui:

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

F51.1 Hipersonia não-orgânica

A hipersonia é definida como uma afecção com estado de sonolência diurna excessiva e ataques de sono (não explicados por uma quantidade inadequada de sono) e, por outro lado, por períodos de transição prolongados, até o estado de vigília completo após o despertar. Na ausência de um fator orgânico que explica a ocorrência de uma hipersonia, este estado habitualmente se associa a um transtorno mental.

Exclui:

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

narcolepsia ([G47.4](#))

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

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

Inversão psicogênica do ciclo (de):

- circadiano
- nictemeral
- sono

Exclui:

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

F51.3 Sonambulismo

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

F51.4 Terrores noturnos

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

F51.5 Pesadelos

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

Transtorno de angústia ligado ao sonho

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

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

Transtorno emocional do sono SOE

F52 Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica

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

Exclui:

síndrome de Dhat ([F48.8](#))

F52.0 Ausência ou perda do desejo sexual

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

Frigidez

Transtorno hipoativo de desejo sexual

F52.1 Aversão sexual e ausência de prazer sexual

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

Anedonia (sexual)

F52.2 Falha de resposta genital

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

Impotência psicogênica

Transtorno de:

- ereção no homem
- excitação sexual na mulher

Exclui:

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

F52.3 Disfunção orgásmica

O orgasmo não ocorre ou é nitidamente retardado.

Anorgasmia psicogênica

Inibição do orgasmo (na mulher) (no homem)

F52.4 Ejaculação precoce

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

F52.5 Vaginismo não-orgânico

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

Vaginismo psicogênico

Exclui:

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

F52.6 Dispareunia não-orgânica

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

Dispareunia psicogênica

Exclui:

dispareunia (orgânica) ([N94.1](#))

F52.7 Appetite sexual excessivo

Ninfomania

Satiríase

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

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

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

Classificar aqui unicamente os transtornos mentais associados ao puerpério que apareçam durante as seis primeiras semanas após o parto e que não satisfazem os critérios diagnósticos de um outro transtorno classificado em outra parte neste capítulo, seja porque as informações disponíveis são insuficientes, seja porque elas apresentam características clínicas suplementares especiais que não permitem a sua classificação em outra parte de modo apropriado.

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

Depressão:

- pós-parto SOE
- puerperal SOE

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

Psicose puerperal SOE

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

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

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

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

Fatores psicológicos que levam a afecções físicas

Exemplos sobre o uso desta categoria:

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

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

Exclui:

cefaléia tensional ([G44.2](#))

F55 Abuso de substâncias que não produzem dependência

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

O uso persistente destas substâncias pode freqüentemente incluir contatos desnecessários com profissionais médicos ou paramédicos e acompanha-se por vezes de efeitos físicos prejudiciais das substâncias. As tentativas para dissuadir ou proibir o uso dessas substâncias são recebidas freqüentemente com resistência; tal fato pode ocorrer com os laxantes e analgésicos, apesar das advertências sobre (ou mesmo ocorrência de) danos físicos tais como disfunções renais ou transtornos

eletrolíticos. Em que pese estar usualmente claro que o paciente apresenta uma forte motivação para a ingestão da substância, os sintomas de dependência ou de abstinência não se desenvolvem do mesmo modo como nos casos das substâncias psicoativas especificadas em [F10-F19](#).

Abuso de:

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

Hábito laxativo

Exclui:

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

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

Disfunção fisiológica psicogênica SOE

F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

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

F60 Transtornos específicos da personalidade

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

F60.0 Personalidade paranóica

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

Personalidade (transtorno da):

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

Exclui:

esquizofrenia paranóide ([F20.0](#))

estado paranóide ([F22.0](#))

paranóia ([F22.8](#)):

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

psicose paranóide ([F22.0](#))

F60.1 Personalidade esquizóide

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

Exclui:

esquizofrenia ([F20.-](#))

síndrome de Asperger ([F84.5](#))

transtorno:

- delirante ([F22.0](#))
- esquizóide da infância ([F84.5](#))
- esquizotípico ([F21](#))

F60.2 Personalidade dissocial

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

Personalidade (transtorno da):

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

Exclui:

transtorno (de) (da):

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

F60.3 Transtorno de personalidade com instabilidade emocional

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

Personalidade (transtorno da):

- agressiva
- "borderline"
- explosiva

Exclui:

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

F60.4 Personalidade histriônica

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

Personalidade (transtorno da):

- histérica
- psicoinfantil

F60.5 Personalidade anancástica

Transtorno da personalidade caracterizado por um sentimento de dúvida, perfeccionismo, escrupulosidade, verificações, e preocupação com pormenores, obstinação, prudência e rigidez excessivas. O transtorno pode se acompanhar de

pensamentos ou de impulsos repetitivos e intrusivos não atingindo a gravidade de um transtorno obsessivo-compulsivo.

Personalidade (transtorno da):

- compulsiva
- obsessiva
- obsessiva-compulsiva

Exclui:

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

F60.6 Personalidade ansiosa [esquiva]

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

F60.7 Personalidade dependente

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

Personalidade (transtorno da):

- astênica
- inadequada
- passiva

F60.8 Outros transtornos específicos da personalidade

Personalidade:

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

F60.9 Transtorno não especificado da personalidade

Neurose de caráter SOE

Personalidade patológica SOE

F61 Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade

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

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

Exclui:

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

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

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

Exclui:

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

F62.0 Modificação duradoura da personalidade após uma experiência catastrófica

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

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

Exclui:

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

F62.1 Modificação duradoura da personalidade após doença psiquiátrica

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

F62.8 Outras modificações duradouras da personalidade

Personalidade caracterizada por uma síndrome álgica crônica

F62.9 Modificação duradoura da personalidade, não especificada

F63 Transtornos dos hábitos e dos impulsos

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

Exclui:

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

F63.0 Jogo patológico

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

Jogo compulsivo

Exclui:

jogo:

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

F63.1 Piromania

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

Exclui:

piromania (no curso de) (por):

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

F63.2 Roubo patológico [cleptomania]

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

Exclui:

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

F63.3 Tricotilomania

Transtorno caracterizado por uma perda visível dos cabelos, causada por uma impossibilidade repetida de resistir ao impulso de se arrancar os cabelos. O arrancamento dos cabelos é precedido em geral de uma sensação crescente de tensão e seguido de uma sensação de alívio ou de gratificação. Não se fará este

diagnóstico quando o sujeito apresenta uma afecção inflamatória pré-existente do couro cabeludo, ou quando ele pratica o arrancamento dos cabelos em resposta a delírios ou a alucinações.

Exclui:

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

F63.8 Outros transtornos dos hábitos e dos impulsos

Esta categoria é utilizada para outras variedades de comportamento inadaptado persistente e repetido não secundário a uma síndrome psiquiátrica reconhecida. A pessoa repetidamente não consegue resistir a impulsos que a levam a adotar este comportamento. Há um período prodromático de tensão seguido de uma sensação de alívio quando da realização do ato.
Transtorno explosivo intermitente

F63.9 Transtorno dos hábitos e impulsos, não especificado

F64 Transtornos da identidade sexual

F64.0 Transexualismo

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

F64.1 Travestismo bivalente

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

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

Exclui:

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

F64.2 Transtorno de identidade sexual na infância

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

Exclui:

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

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

F64.8 Outros transtornos da identidade sexual

F64.9 Transtorno não especificado da identidade sexual

Transtorno do papel sexual SOE

F65 Transtornos da preferência sexual

Inclui:

parafilias

F65.0 Fetichismo

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

F65.1 Travestismo fetichista

Vestir roupas do sexo oposto, principalmente com o objetivo de obter excitação sexual e de criar a aparência de pessoa do sexo oposto. O travestismo fetichista se distingue do travestismo transexual pela sua associação clara com uma excitação sexual e pela necessidade de se remover as roupas uma vez que o orgasmo ocorra e haja declínio da excitação sexual. Pode ocorrer como fase preliminar no desenvolvimento do transexualismo.

Fetichismo com travestismo

F65.2 Exibicionismo

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

F65.3 Voyeurismo

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

F65.4 Pedofilia

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

F65.5 Sadomasoquismo

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

Masoquismo

Sadismo

F65.6 Transtornos múltiplos da preferência sexual

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

F65.8 Outros transtornos da preferência sexual

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

Bolinagem

Necrofilia

F65.9 Transtorno da preferência sexual, não especificado

Desvio sexual SOE

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

Nota:

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

F66.0 Transtorno da maturação sexual

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

F66.1 Orientação sexual egodistônica

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

F66.2 Transtorno do relacionamento sexual

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

F66.8 Outros transtornos do desenvolvimento psicosexual

F66.9 Transtorno do desenvolvimento sexual, não especificado

F68 Outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F68.0 Sintomas físicos aumentados por fatores psicológicos

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

Neurose de compensação

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

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

Paciente itinerante

Peregrino hospitalar

Síndrome de Münchhausen

Exclui:

dermatite factícia ([L98.1](#))

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

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

Transtorno (do):

- caracterológico SOE
- relacionamento SOE

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

F70-F79 Retardo mental

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

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

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

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

.1 Comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento

.8 Outros comprometimentos do comportamento

.9 Sem menção de comprometimento do comportamento

F70.- Retardo mental leve

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

Inclui:

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

F71.- Retardo mental moderado

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

Inclui:

atraso mental médio
oligofrenia moderada
subnormalidade mental moderada

F72.- Retardo mental grave

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

Inclui:

atraso mental grave
oligofrenia grave
subnormalidade mental grave

F73.- Retardo mental profundo

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

Inclui:

- atraso mental profundo
- oligofrenia profunda
- subnormalidade mental profunda

F78.- Outro retardo mental

F79.- Retardo mental não especificado

Inclui:

- deficiência mental SOE
- oligofrenia SOE
- subnormalidade mental SOE

F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

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

F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem

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

F80.0 Transtorno específico da articulação da fala

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

Dislalia

Lalação

Transtorno (do):

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

Exclui:

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

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

F80.1 Transtorno expressivo de linguagem

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

Exclui:

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

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

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

retardo mental ([F70-F79](#))
transtorno global do desenvolvimento ([F84.-](#))

F80.2 Transtorno receptivo da linguagem

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

Agnosia auditiva congênita

Surdez verbal

Transtorno de desenvolvimento (do tipo):

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

Exclui:

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

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

disfasia e afasia:

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

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

retardo (de):

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

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

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

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

Exclui:

afasia (devida a):

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

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

Balbucio

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

Transtorno de linguagem SOE

F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares

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

F81.0 Transtorno específico de leitura

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

Dislexia de desenvolvimento

Leitura especular

Retardo específico da leitura

Exclui:

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

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

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

F81.1 Transtorno específico da soletração

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

Retardo específico da soletração (sem transtorno da leitura)

Exclui:

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

dificuldades de soletração:

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

F81.2 Transtorno específico da habilidade em aritmética

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

Acalculia de desenvolvimento

Discalculia

Síndrome de Gerstmann de desenvolvimento

Transtorno de desenvolvimento do tipo acalculia

Exclui:

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

dificuldades aritméticas:

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

F81.3 Transtorno misto de habilidades escolares

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

Exclui:

transtorno específico (de) (das):

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

- soletração ([F81.1](#))

F81.8 Outros transtornos do desenvolvimento das habilidades escolares

Transtorno de desenvolvimento da expressão escrita

F81.9 Transtorno não especificado do desenvolvimento das habilidades escolares

Incapacidade (de):

- aprendizagem SOE
- aquisição de conhecimentos SOE

Transtorno de aprendizagem SOE

F82 Transtorno específico do desenvolvimento motor

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

Debilidade motora da criança

Síndrome da "criança desajeitada"

Transtorno (da) (do):

- aquisição da coordenação
- desenvolvimento do tipo dispraxia

Exclui:

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

falta de coordenação ([R27.-](#))

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

F83 Transtornos específicos misto do desenvolvimento

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

F84 Transtornos globais do desenvolvimento

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

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

F84.0 Autismo infantil

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

Autismo | infantil
Psicose |
Síndrome de Kanner
Transtorno autístico

Exclui:

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

F84.1 Autismo atípico

Transtorno global do desenvolvimento, ocorrendo após a idade de três anos ou que não responde a todos os três grupos de critérios diagnósticos do autismo infantil. Esta categoria deve ser utilizada para classificar um desenvolvimento anormal ou alterado, aparecendo após a idade de três anos, e não apresentando manifestações patológicas suficientes em um ou dois dos três domínios psicopatológicos (interações sociais recíprocas, comunicação, comportamentos limitados, estereotipados ou repetitivos) implicados no autismo infantil; existem sempre anomalias características em um ou em vários destes domínios. O autismo atípico ocorre habitualmente em crianças que apresentam um retardo mental profundo ou um transtorno específico grave do desenvolvimento de linguagem do tipo receptivo. Psicose infantil atípica
Retardo mental com características autísticas
Usar código adicional ([F70-F79](#)), se necessário, para identificar o retardo mental.

F84.2 Síndrome de Rett

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

F84.3 Outro transtorno desintegrativo da infância

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

Demência infantil

Psicose:

- desintegrativa
- simbiótica

Síndrome de Heller

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

Exclui:

síndrome de Rett ([F84.2](#))

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

Transtorno mal definido cuja validade nosológica permanece incerta. Esta categoria se relaciona a crianças com retardo mental grave (QI abaixo de 34) associado à

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

F84.5 Síndrome de Asperger

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

F84.8 Outros transtornos globais do desenvolvimento

F84.9 Transtornos globais não especificados do desenvolvimento

F88 Outros transtornos do desenvolvimento psicológico

Agnosia de desenvolvimento

F89 Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado

Transtorno do desenvolvimento SOE

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

F90 Transtornos hipercinéticos

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

Exclui:

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

F90.0 Distúrbios da atividade e da atenção

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

Exclui:

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

F90.1 Transtorno hipercinético de conduta

Transtorno hipercinético associado a transtorno de conduta

F90.8 Outros transtornos hipercinéticos

F90.9 Transtorno hipercinético não especificado

Reação hipercinética da infância ou da adolescência SOE
Síndrome hipercinética SOE

F91 Distúrbios de conduta

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

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

Exclui:

esquizofrenia ([F20.-](#))

transtorno(s) (do):

- globais do desenvolvimento ([F84.-](#))
- humor [afetivos] ([F30-F39](#))

quando associado com transtornos:

- emocionais ([F92.-](#))
- hipercinéticos ([F90.1](#))

F91.0 Distúrbio de conduta restrito ao contexto familiar

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

F91.1 Distúrbio de conduta não-socializado

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

Distúrbio (de):

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

F91.2 Distúrbio de conduta do tipo socializado

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

Cabular aulas

Delinqüência "de grupo"

Delitos cometidos num contexto de grupo

Roubos em grupo

Transtorno de condutas tipo "em grupo"

F91.3 Distúrbio desafiador e de oposição

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

F91.8 Outros transtornos de conduta**F91.9 Transtorno de conduta não especificado**

Transtorno (de) (do):

- comportamento na criança SOE
- conduta na criança SOE

F92 Transtornos mistos de conduta e das emoções

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

F92.0 Distúrbio depressivo de conduta

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

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

F92.8 Outros transtornos mistos da conduta e das emoções

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

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

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

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

F93 Transtornos emocionais com início especificamente na infância

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

Exclui:

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

F93.0 Transtorno ligado à angústia de separação

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

Exclui:

transtornos (de) (do):

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

F93.1 Transtorno fóbico ansioso da infância

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

Exclui:

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

F93.2 Distúrbio de ansiedade social da infância

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

Retraimento da infância e da adolescência

F93.3 Transtorno de rivalidade entre irmãos

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

Ciúmes entre irmãos

F93.8 Outros transtornos emocionais da infância

Transtorno de:

- hiperansiedade
- identidade

Exclui:

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

F93.9 Transtorno emocional da infância não especificado

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

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

F94.0 Mutismo eletivo

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

Mutismo seletivo

Exclui:

esquizofrenia ([F20.-](#))

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

transtornos:

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

F94.1 Distúrbio reativo de vinculação da infância

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

está provavelmente ligada diretamente a uma negligência evidente, abusos ou maus tratos por parte dos pais.
Usar código adicional, se necessário, para identificar qualquer retardo do desenvolvimento ou do crescimento associados.

Exclui:

abusos sexuais ou físicos da criança, levando a problemas psicossociais ([Z61.4-Z61.6](#))
maus tratos ([T74.-](#))
síndrome de Asperger ([F84.5](#))
transtorno de fixação da infância, com desinibição ([F94.2](#))
variação normal no padrão de vinculação seletiva

F94.2 Transtorno de fixação da infância, com desinibição

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

Psicopatia de privação afetiva

Síndrome institucional

Exclui:

hospitalismo na criança ([F43.2](#))
síndrome de Asperger ([F84.5](#))
transtorno(s):

- hipercinéticos ([F90.-](#))
- reacional de fixação na infância ([F94.1](#))

F94.8 Outros transtornos do funcionamento social na infância

F94.9 Transtorno do funcionamento social da infância não especificado

F95 Tiques

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

F95.0 Tique transitório

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

F95.1 Tique motor ou vocal crônico

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

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

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

F95.8 Outros tiques

F95.9 Tique não especificado

Tique SOE

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

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

Exclui:

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

F98.0 Enurese de origem não-orgânica

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

Enurese:

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

Incontinência urinária de origem não-orgânica

Exclui:

enurese SOE ([R32](#))

F98.1 Encoprese de origem não-orgânica

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

Encoprese:

- funcional
- psicogênica

Incontinência fecal de origem não-orgânica

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

Exclui:

encoprese SOE ([R15](#))

F98.2 Transtorno de alimentação na infância

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

Transtorno de ruminação da criança

Exclui:

anorexia nervosa e outros transtornos da alimentação ([F50.-](#))

dificuldades nutricionais e nutrição inadaptada ([R63.3](#))

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

problemas nutricionais no recém-nascido ([P92.-](#))

F98.3 Pica do lactente ou da criança

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

F98.4 Estereotipias motoras

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

Estereotipias/comportamentos repetitivos

Exclui:

enfiar os dedos no nariz ([F98.8](#))

estereotipias que fazem parte de um transtorno psiquiátrico maior ([F00-F95](#))

movimentos involuntários anormais ([R25.-](#))

morder as unhas ([F98.8](#))

sucção do polegar ([F98.8](#))

tiques ([F95.-](#))

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

transtornos do movimento de origem orgânica ([G20-G25](#))

tricotilomania ([F63.3](#))

F98.5 Gagueira [tartamudez]

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

Exclui:

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

F98.6 Linguagem precipitada

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

Exclui:

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

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

Comer unhas
Déficit de atenção sem hiperatividade
Enfiar os dedos no nariz
Masturbação exagerada
Sucção do polegar

F98.9 Transtornos comportamentais e emocionais não especificad

F99 Transtorno mental não especificado

F99 Transtorno mental não especificado em outra parte

Doença mental SOE

Exclui:

transtorno mental orgânico SOE ([F06.9](#))