

CHECKLIST DE SINTOMAS DO CID 10 PARA TRANSTORNOS MENTAIS

VERSÃO 1.1

Preparado por

Dr. A. Janca, Dr. T.B. Üstün, Dr. J. van Drimmelen,
Dr. V. Dittmann e Dr. M. Isaac

Tradução para o português
Renata Oliveira e Aristides Volpato Cordioli
Apoio: Fipe – Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Brasil

Divisão para Saúde Mental
Organização Mundial de Saúde
Genebra
1994

INTRODUÇÃO

Instrumento

A *checklist* de sintomas para Transtornos Mentais - CID 10 é um instrumento semi-estruturado para avaliação de sintomas e síndromes psiquiátricas nas categorias F0 a F6 do CID 10. O instrumento consiste de: folha de rosto, triagem e módulos. Os seguintes módulos são incluídos no *checklist*:

- a) Módulo F0/F1: Síndromes Mentais Orgânicas e de Uso de Substância Psicoativa.
- b) Módulo F2/F3: Síndromes Psicóticas e Afetivas.
- c) Módulo F4/F5: Síndromes Neuróticas e Comportamentais.
- d) Módulo F6: Transtornos de Personalidade.

Para facilitar o uso, os módulos são impressos em diferentes cores, e o usuário usará apenas aqueles módulos em que o paciente for triado positivamente.

Cada um dos módulos consiste de uma lista de sintomas e listas de estados que, de acordo com os critérios do CID 10, devem ser excluídos ou podem estar associados à síndrome. Estas listas são acompanhadas de instruções que podem ajudar o usuário a considerar outras possíveis síndromes e, portanto, o uso de outros módulos da *checklist*. Se for o caso, os módulos também oferecem a possibilidade de se registrar o início, a severidade e a duração da síndrome, assim como o número de episódios.

Aplicação

O usuário do *checklist* deve estar familiarizado com os critérios diagnósticos do CID 10. Os passos a seguir são recomendados na administração do *checklist*:

Passo 1: registrar e codificar as informações gerais na folha de rosto.

Passo 2: checar os sintomas positivos listados na avaliação (usar ✓ ou X).

Passo 3: usar apenas os módulos para os quais o paciente for avaliado positivamente.

Passo 4: checar os sintomas positivos nos módulos utilizados (usar ✓ ou X). Para a duração da síndrome e o número de episódios, escrever o número apropriado no *box* (por exemplo, 03).

Passo 5: considerar diagnósticos diferenciais ou síndromes conforme é instruído nos módulos. Se necessário, consultar outros módulos.

Passo 6: codificar diagnósticos positivos na folha de rosto usando as categorias F (por exemplo, F41.0).

Passo 7: checar confiabilidade diagnóstica na folha de rosto (usar ✓ ou X).

Passo 8: registrar qualquer comentário na folha de rosto.

FOLHA DE ROSTO

Instituição: _____	Código <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Estudo: _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Clínico: _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Data: __/__/__	
Paciente: _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Idade:	<input type="text"/> <input type="text"/>
Sexo:	
Masculino	<input type="checkbox"/>
Feminino	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico CID 10 (categoria F):	
Principal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Secundário	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Grau de confiança do diagnóstico:	
Alto	<input type="checkbox"/>
Moderado	<input type="checkbox"/>
Baixo	<input type="checkbox"/>

Anotações do Clínico:

TRIAGEM

Identificação do caso psiquiátrico

- Queixas psicológicas
- Queixas somáticas não explicadas medicamente
- Comportamento desviado das normas culturalmente aceitas
- Nenhum dos acima, mas é um caso

Explique:

SE TODOS NÃO,
PARAR.

- Comprometimento ou incapacidade social ou ocupacional
- Condição ou doença física coexistente
- Estressor psicossocial

Síndromes Mentais Orgânicas e de Uso de Substância Psicoativa

- Prejuízo da memória ou de outra habilidade intelectual
- Alteração da consciência
- Uso de substância psicoativa

SE ALGUM SIM,
USAR MÓDULO F0/F1
(PÁGINAS AMARELAS).

Síndromes Psicóticas e Afetivas

- Conduta catatônica
- Delírios ou alucinações
- Humor elevado, expansivo, irritável ou desconfiado
- Humor deprimido ou diminuído
- Retraimento social ou diminuição do desempenho social

SE ALGUM SIM,
USAR MÓDULO F2/F3
(PÁGINAS ROSAS).

Síndromes Neuróticas e Síndromes Comportamentais

- Fobia ou ansiedade (pânico)
- Obsessões ou compulsões
- Estados dissociativos (conversão)
- Somatização
- Anorexia ou bulimia
- Dissonias ou parassonias
- Disfunções sexuais

SE ALGUM SIM,
USAR MÓDULO F4/F5
(PÁGINAS AZUIS).

Transtornos de Personalidade

- Desvio prolongado de traços de personalidade ou padrões de comportamento

--

CASO SIM,
USAR MÓDULO F6
(PÁGINAS VERDES).

**MÓDULO F0/F1:
SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICOS E
DE USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA**

TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS

a) Quais dos sintomas a seguir estão presentes?

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Prejuízo da memória | <input type="checkbox"/> |
| 2. Prejuízo de outras habilidades intelectuais | <input type="checkbox"/> |
| 3. Deterioração no controle emocional, comportamento social ou motivação | <input type="checkbox"/> |
| 4. Comprometimento da consciência e atenção | <input type="checkbox"/> |
| 5. Distúrbios de percepção ou desorientação | <input type="checkbox"/> |
| 6. Distúrbios psicomotores | <input type="checkbox"/> |
| 7. Distúrbio do ciclo sono-vigília | <input type="checkbox"/> |
| 8. Início rápido e flutuações diurnas dos sintomas | <input type="checkbox"/> |

b) Quão severa é a síndrome?

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 1. Leve | <input type="checkbox"/> |
| 2. Moderada | <input type="checkbox"/> |
| 3. Grave | <input type="checkbox"/> |

c) Como foi o início da síndrome?

- | | |
|------------|--------------------------|
| 1. Agudo | <input type="checkbox"/> |
| 2. Crônico | <input type="checkbox"/> |

d) Qual é a duração da síndrome?

- | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Em dias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Em meses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Em anos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

e) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Retardo mental | <input type="checkbox"/> |
| 2. Transtorno mental iatrogênico devido à medicação | <input type="checkbox"/> |

f) Qual dos seguintes estados está associado?

1. Sintomas depressivos
2. Sintomas maníacos

SE ALGUM SIM,
TAMBÉM CONSIDERAR
SÍNDROME AFETIVA.

3. abuso de álcool ou drogas:
 - causando a síndrome
 - coexistindo com a síndrome

SE ALGUM SIM,
TAMBÉM CONSIDERAR
SÍNDROMES DECORRENTES
DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

4. Mudanças na personalidade ou no comportamento

--

CASO SIM,
CONSIDERAR
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE.

5. Sintomas psicóticos agudos ou transitórios
6. Sintomas agudos de esquizofrenia

SE ALGUM SIM, CONSIDERAR
SÍNDROMES PSICÓTICAS.

g) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. Demência (F01-F03)
2. *Delirium* (F05)
3. Transtorno orgânico de personalidade (F07)

SE ALGUM SIM,
CODIFICAR A CATEGORIA F
NA FOLHA DE ROSTO.

4. outros transtornos mentais orgânicos:

- alucinação orgânica (F06.0)
- transtorno catatônico orgânico – estupor ou excitação (F06.1)
- transtorno delirante (esquizofreniforme) orgânico (F06.2)
- transtorno orgânico do humor (afetivo) (F06.3)
- transtorno orgânico de ansiedade (F06.4)
- transtorno dissociativo orgânico (F06.5)
- transtorno emocional orgânico lábil (F06.6)

SE ALGUM SIM,
CONSIDERAR TAMBÉM O MÓDULO APROPRIADO
APÓS CODIFICAR A CATEGORIA F
NA FOLHA DE ROSTO.

TRANSTORNOS DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA

a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?

1. forte desejo ou senso de compulsão em usar uma substância (*craving*)
2. capacidade prejudicada de controlar o uso de uma substância (“perda do controle”)
3. estado de abstinência
4. uso de uma substância para aliviar ou evitar sintomas de abstinência
5. tolerância (fisiológica, comportamental ou psicológica)
6. redução no repertório do padrão de uso de substâncias
7. abandono progressivo de divertimentos, comportamentos ou interesses alternativos em favor do uso de uma substância
8. dano físico ou psicológico devido ao uso de uma substância (deve ser claramente especificado)
9. persistir com o uso de uma substância apesar de claras evidências de conseqüências danosas

b) Qual a duração do transtorno?

1. em meses

--	--
2. em anos

--	--

c) Quais das seguintes substâncias foram usadas?

- | | |
|---|--------------------------|
| Álcool | <input type="checkbox"/> |
| Opióides | <input type="checkbox"/> |
| Canabinóides | <input type="checkbox"/> |
| Hipnóticos | <input type="checkbox"/> |
| Cocaína | <input type="checkbox"/> |
| Estimulantes (incluindo cafeína) | <input type="checkbox"/> |
| Alucinógenos | <input type="checkbox"/> |
| Tabaco | <input type="checkbox"/> |
| Solventes voláteis | <input type="checkbox"/> |
| Substâncias psicoativas ou múltiplas outras | <input type="checkbox"/> |

d) Qual dos seguintes estados está associado?

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 1. <i>delirium</i> | <input type="checkbox"/> |
| 2. síndrome amnésica | <input type="checkbox"/> |

SE ALGUM SIM,
TAMBÉM CONSIDERAR
TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS.

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 3. sintomas psicóticos | <input type="checkbox"/> |
|------------------------|--------------------------|

CASO SIM, CONSIDERAR
SÍNDROME PSICÓTICA.

e) Quais dos seguintes diagnósticos está presente?

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. uso nocivo (F1x.1) | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------|--------------------------|

SE SIM, REGISTRAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) PSICOATIVA

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| 2. síndrome de dependência (F1x.2) | <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------|--------------------------|

SE SIM, REGISTRAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) PSICOATIVA

SE ALGUM SIM,
CODIFICAR A CATEGORIA F
NA FOLHA DE ROSTO.

**MÓDULO F2/F3:
SÍNDROMES PSICÓTICAS E AFETIVAS**

TRANSTORNOS PSICÓTICOS

a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, ou irradiação do pensamento | <input type="checkbox"/> |
| 2. delírios ou percepção delirante | <input type="checkbox"/> |
| 3. vozes alucinatórias ou outras alucinações persistentes de qualquer tipo | <input type="checkbox"/> |
| 4. discurso incoerente ou irrelevante, neologismos | <input type="checkbox"/> |
| 5. comportamento catatônico | <input type="checkbox"/> |
| 6. "sintomas negativos" (apatia, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais) | <input type="checkbox"/> |
| 7. comportamento sem objetivos ou desorganizado | <input type="checkbox"/> |
| 8. comunicação não-verbal pobre por expressão facial | <input type="checkbox"/> |
| 9. marcado declínio do desempenho social, escolar ou ocupacional, ou retraimento social | <input type="checkbox"/> |
| 10. aparência estranha, excêntrica ou peculiar, ou auto-cuidado deficiente | <input type="checkbox"/> |
| 11. experiências de despersonalização ou desrealização | <input type="checkbox"/> |
| 12. tempestade ou confusão emocional | <input type="checkbox"/> |
| 13. perplexidade ou identificação errônea de pessoas ou lugares | <input type="checkbox"/> |
| 14. motricidade aumentada ou diminuída | <input type="checkbox"/> |

b) Como foi o início do transtorno?

- | | |
|-----------|--------------------------|
| • Agudo | <input type="checkbox"/> |
| • Crônico | <input type="checkbox"/> |

c) Qual a duração do transtorno?

- | | | |
|------------|--------------------------|--------------------------|
| • em dias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • em meses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

d) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. doença mental orgânica | <input type="checkbox"/> |
| 2. transtorno de personalidade esquizóide | <input type="checkbox"/> |
| 3. modos de expressão influenciados (sub)culturalmente | <input type="checkbox"/> |
| 4. nível de inteligência abaixo do normal | <input type="checkbox"/> |
| 5. intoxicação relacionada com drogas ou álcool, ou abstinência causando a síndrome | <input type="checkbox"/> |

e) Qual dos seguintes estados está associado?

1. sintomas maníacos
2. sintomas depressivos

SE ALGUM SIM,
CONSIDERAR TAMBÉM
SÍNDROME AFETIVA.

3. abuso de álcool ou drogas coexistindo com a síndrome

--

CASO SIM,
CONSIDERAR TAMBÉM
SÍNDROME DE
USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

f) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. esquizofrenia (F20)
2. transtorno esquizotípico (F21)
3. transtorno delirante (F22)
4. transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23)
5. transtorno esquizoafetivo (F25)

SE ALGUM SIM,
CODIFICAR A CATEGORIA F
NA FOLHA DE ROSTO.

MANIA

a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?

1. humor anormalmente elevado ou irritável
2. atividade aumentada ou inquietude física
3. loquacidade aumentada ("pressão de fala")
4. propensão à distração ou mudanças constantes nas atividades ou planos
5. diminuição da necessidade de sono
6. energia sexual aumentada ou indiscrições sexuais
7. comportamento arriscado, imprudente ou irresponsável
8. sociabilidade aumentada ou familiaridade excessiva
9. fuga de idéias ou pensamento acelerado
10. auto-estima inflada ou grandiosidade
11. delírios
12. alucinações

b) Quão grave é a síndrome?

- Hipomaníaca
- Maníaca

c) Qual a duração da síndrome?

- em dias

--	--

d) Quantos episódios houve?

--	--

e) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?

1. doença endócrina precipitante
2. tratamento medicamentoso precipitante
3. anorexia nervosa
4. esquizofrenia

f) Quais dos seguintes estados estão associados?

1. doença mental orgânica:
 - causando a síndrome
 - coexistindo com a síndrome

SE ALGUM SIM,
TAMBÉM CONSIDERAR
SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS.

2. sintomas depressivos

--

CASO SIM, CONSIDERAR
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR.

3. instabilidade de humor persistente

--

CASO SIM,
CONSIDERAR CICLOTIMIA.

4. abuso de álcool ou drogas:
 - causando a síndrome
 - coexistindo com a síndrome

CASO SIM,
TAMBÉM CONSIDERAR
SÍNDROMES DE
USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

5. delírios ou alucinações

CASO SIM,
CONSIDERAR
TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO.

g) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. hipomania (F30.0)
2. mania sem sintomas psicóticos (F30.1)
3. mania com sintomas psicóticos (F30.2)

SE ALGUM SIM,
CODIFICAR A CATEGORIA F
NA FOLHA DE ROSTO.

DEPRESSÃO

a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?

1. humor deprimido
2. perda de interesse ou prazer
3. energia diminuída ou fadiga aumentada
4. perda de confiança ou auto-estima
5. auto-recriminações irracionais ou culpa excessiva
6. pensamentos ou comportamento suicida
7. dificuldade para pensar ou se concentrar
8. agitação ou retardo psicomotor (objetivo)
9. distúrbio do sono
10. alteração do apetite e peso (5% do peso corporal)
11. perda de reatividade a eventos ou atividades
12. depressão pior pela manhã
13. marcada perda da libido
14. choro freqüente
15. sentimentos de falta de esperança ou desespero
16. incapacidade de levar adiante as responsabilidades rotineiras
17. pessimismo a respeito do futuro ou rumações sobre o passado
18. falando menos do que o habitual
19. estupor depressivo
20. delírios
21. alucinações

b) Quão severa é a síndrome?

- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Grave

c) Qual a duração da síndrome?

- em semanas
- em meses

d) Quantos episódios houve neste período?

e) Qual dos seguintes estados pode ser excluído?

- 1. doença endócrina precipitante ou tratamento medicamentoso
- 2. esquizofrenia causando a síndrome

f) Quais dos seguintes estados estão associados?

- 1. doença mental orgânica

CASO SIM, CONSIDERAR
SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS.

- 2. esquizofrenia coexistindo com o transtorno

CASO SIM,
CONSIDERAR ESQUIZOFRENIA.

- 3. sintomas maníacos ou hipomaníacos

CASO SIM, CONSIDERAR
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR.

- 4. instabilidade persistente de humor por dois anos ou mais

CASO SIM,
CONSIDERAR CICLOTIMIA.

- 5. menos de duas semanas de duração do transtorno

CASO SIM, CONSIDERAR
TRANSTORNO AFETIVO BREVE OU MISTO.

6. delírios ou alucinações

CASO SIM, CONSIDERAR
TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO.

7. abuso de álcool ou drogas

- causando a síndrome
- coexistindo com a síndrome

SE ALGUM SIM,
CONSIDERAR TAMBÉM
USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

g) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. episódio depressivo leve (F32.0)
2. episódio depressivo moderado (F32.1)
3. episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2)
4. episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3)
5. episódios depressivos recorrentes (F33)
6. ciclotimia (F34.0)
7. distimia (F34.1)
8. transtorno afetivo bipolar (F31)

SE ALGUM SIM,
CODIFICAR A CATEGORIA F
NA FOLHA DE ROSTO.

**MÓDULO F4/F5:
SÍNDROMES NEURÓTICAS E COMPORTAMENTAIS**

TRANSTORNOS NEURÓTICOS

a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. medos | <input type="checkbox"/> |
| 2. ataques de pânico | <input type="checkbox"/> |
| 3. ansiedade, preocupações, apreensões | <input type="checkbox"/> |
| 4. sintomas autonômicos de ansiedade | <input type="checkbox"/> |
| 5. pensamentos obsessivos ou atos compulsivos | <input type="checkbox"/> |
| 6. exposição a um estressor mental, físico ou social excepcional | <input type="checkbox"/> |
| 7. lembrar ou reviver persistentemente o estressor | <input type="checkbox"/> |
| 8. evitação de circunstâncias associadas ao estressor | <input type="checkbox"/> |
| 9. sintomas de sensibilidade psicológica ou vigilância aumentadas | <input type="checkbox"/> |
| 10. sintomas ou estados dissociativos (conversivos) | <input type="checkbox"/> |
| 11. queixas físicas múltiplas e variáveis não explicadas por nenhuma doença física | <input type="checkbox"/> |
| 12. repetidas consultas médicas e recusas persistentes em aceitar orientação médica | <input type="checkbox"/> |
| 13. fadiga mental ou física persistente | <input type="checkbox"/> |

b) Qual a duração da síndrome?

- | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| • em semanas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • em meses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • em anos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

c) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. sintomas ou transtorno psicótico | <input type="checkbox"/> |
| 2. consumo excessivo ou abstinência de drogas | <input type="checkbox"/> |
| 3. simulação intencional | <input type="checkbox"/> |

d) Quais dos seguintes estados estão associados?

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 1. sintomas afetivos | <input type="checkbox"/> |
|----------------------|--------------------------|

CASO SIM,
CONSIDERAR TAMBÉM
SÍNDROME AFETIVA.

2. experiências de despersonalização ou desrealização

CASO SIM,
CONSIDERAR TAMBÉM
SÍNDROME PSICÓTICA.

e) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. fobias (F40.0-F40.2)
2. transtorno de pânico (F41.0)
3. transtorno de ansiedade generalizada (F41.1)
4. transtornos de ansiedade e depressão mistos ou outros transtornos mistos de ansiedade (F41.2-F41.3)
5. transtorno obsessivo-compulsivo (F42)
6. reação aguda a estresse (F43.0)
7. transtorno de estresse pós-traumático (F43.1)
8. transtornos de ajustamento (F43.2)
9. transtornos dissociativos (ou conversivos) (F44)
10. transtornos somatoformes (F45.0-F45.4)
11. neurastenia (F48.0)

SE ALGUM SIM,
CODIFICAR A CATEGORIA F
NA FOLHA DE ROSTO.

SÍNDROMES COMPORTAMENTAIS

a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?

1. perda de peso significativa e auto-induzida
2. episódios de orgias alimentares
3. pavor de engordar
4. conseqüências endócrinas (amenorréia, impotência)
5. distúrbio da quantidade, qualidade ou horário do sono
6. episódios involuntários de levantar-se da cama durante o sono e caminhar
7. episódios de despertar do sono com gritos de pânico e manifestações de ansiedade
8. despertar de pesadelos com recordação vívida
9. distúrbio de sono causando incômodo marcante ou interferindo nas atividades ou na vida do paciente
10. incapacidade freqüente de participar numa relação Sexual da maneira como gostaria

b) Qual a duração da síndrome?

- em meses
- em anos

c) Quantos episódios houve neste período?

--	--

d) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?

1. condição neurológica ou médica causando a síndrome
2. tratamento medicamentoso precedente ou atual causando a síndrome

e) Quais dos seguintes estados estão associados?

1. transtorno depressivo

CASO SIM, CONSIDERAR
TRANSTORNO AFETIVO.

2. abuso de álcool ou drogas

CASO SIM, CONSIDERAR
TRANSTORNOS DE
USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

3. doença mental orgânica

CASO SIM, CONSIDERAR
TRANSTORNO MENTAL ORGÂNICO

f) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. anorexia nervosa (F50.0)
2. bulimia nervosa (F50.2)
3. transtornos não-orgânicos de sono (F51)
4. disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica (F52)

SE ALGUM SIM,
CODIFICAR A CATEGORIA F
NA FOLHA DE ROSTO.

**MÓDULO F6:
TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE**

a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. desvio consistente e estável de traços de personalidade ou comportamentos em relação às normas culturalmente aceitas de forma estável e permanente | <input type="checkbox"/> |
| 2. comportamento inflexível, desadaptado ou, sob outros aspectos, disfuncional numa ampla gama de situações pessoais e sociais | <input type="checkbox"/> |
| 3. desconforto pessoal ou impacto adverso sobre o ambiente social | <input type="checkbox"/> |

b) Quais das seguintes características e comportamentos estão presentes?

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. paranóide: | |
| • sensibilidade excessiva a contratempos e rejeições | <input type="checkbox"/> |
| • incapacidade de perdoar ofensas e injúrias | <input type="checkbox"/> |
| • desconfiança | <input type="checkbox"/> |
| • combativo e obstinado no que se refere a direitos pessoais | <input type="checkbox"/> |
| • propensão a ciúme patológico | <input type="checkbox"/> |
| • tendência a experimentar excessiva autovalorização | <input type="checkbox"/> |
| • preocupação com explicações “conspiratórias” não comprovadas sobre eventos | <input type="checkbox"/> |
| 2. esquizóide: | |
| • incapacidade de experimentar prazer (anedonia) | <input type="checkbox"/> |
| • frieza emocional, distanciamento ou afetividade embotada | <input type="checkbox"/> |
| • indiferença tanto para elogios quanto para críticas | <input type="checkbox"/> |
| • pouco interesse em ter experiências sexuais | <input type="checkbox"/> |
| • preferência por fantasias, atividades solitárias e introspecção | <input type="checkbox"/> |
| • falta de amigos íntimos | <input type="checkbox"/> |
| • dificuldade em reconhecer e aderir a convenções sociais (comportamento excêntrico) | <input type="checkbox"/> |
| 3. anti-social: | |
| • falta de capacidade de empatia | <input type="checkbox"/> |
| • irresponsabilidade e desrespeito por normas sociais | <input type="checkbox"/> |
| • incapacidade de manter relacionamentos persistentes | <input type="checkbox"/> |
| • baixa tolerância à frustração e baixo limiar para descarga de Agressão | <input type="checkbox"/> |
| • incapacidade de experimentar culpa | <input type="checkbox"/> |
| • propensão para culpar os outros | <input type="checkbox"/> |
| • irritabilidade persistente | <input type="checkbox"/> |

4. emocionalmente instável:

- tendência a agir inesperadamente e sem consideração das conseqüências
- tendência a comportamento beligerante e a ter conflitos com os outros
- facilidade para ter explosões de raiva ou violência
- incapacidade evidente de planejar adiante ou prever acontecimentos futuros que têm grande chance de ocorrer
- dificuldade em persistir em qualquer tarefa que não ofereça gratificação imediata
- humor instável e caprichoso
- perturbações e incerteza sobre auto-imagem e preferências Internas (incluindo a sexual)
- propensão a se envolver em relacionamentos intensos e instáveis
- ameaças ou atos recorrentes de dano a si próprio

5. histriônico:

- autodramatização, teatralidade
- sugestionabilidade
- afetividade superficial e lábil
- egocentricidade
- busca contínua de apreciação
- necessidade de excitação ou de ser o centro das atenções
- comportamento manipulativo para adquirir necessidades próprias

6. anancástico:

- indecisão
- perfeccionismo
- consciencioso, escrupuloso
- pedantismo e convencional
- rigidez e teimosia
- intrusão de pensamentos ou impulsos insistentes e indesejáveis
- planejamento a longo prazo de todas as atividades e com detalhes imutáveis

7. ansioso (de evitação):

- sentimentos de tensão e apreensão
- autoconsciência e sentimentos de insegurança e inferioridade
- desejo de ser querido a aceito
- hipersensibilidade a rejeição e críticas
- recusa em se envolver com pessoas, a não ser com garantias de aceitação sem críticas
- propensão habitual a exagerar o potencial de perigo ou riscos em situações cotidianas
- estilo de vida restrito devido à necessidade de certeza e segurança

8. dependente:

- permitir que outros assumam responsabilidades em áreas principais da vida
- subordinação de suas próprias necessidades àquelas dos outros dos quais é dependente
- relutância em fazer exigências, ainda que razoáveis, às pessoas das quais depende
- perceber a si mesmo como desamparado, incompetente e sem vigor
- medo de ser abandonado e necessidade constante de se assegurar contra isso
- sentimentos de ruína e desamparo quando um relacionamento íntimo termina
- transferir responsabilidades para outros

c) Qual a duração da síndrome?

- em anos

d) Qual dos seguintes estados pode ser excluído?

1. desvio resultante de outra doença mental adulta
2. desvio resultante de doença ou dano cerebral orgânico

e) Quais dos seguintes estados estão associados?

1. abuso de álcool ou drogas

CASO SIM, CONSIDERAR
SÍNDROMES DECORRENTES
DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

2. sintomas afetivos

CASO SIM, CONSIDERAR
SÍNDROME AFETIVA.

3. sintomas psicóticos

CASO SIM, CONSIDERAR
SÍNDROME PSICÓTICA.

4. sintomas neuróticos

CASO SIM, CONSIDERAR
SÍNDROME NEURÓTICA.

f) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. transtorno de personalidade paranóide (F60.0)

2. transtorno de personalidade esquizóide (F60.1)

3. transtorno de personalidade anti-social (F60.2)

4. transtorno de personalidade emocionalmente instável:

• tipo impulsivo (F60.30)

• tipo *borderline* (F60.31)

5. transtorno de personalidade histriônica (F60.4)

6. transtorno de personalidade anancástica (F60.5)

7. transtorno de personalidade ansiosa (de evitação) (F60.6)

8. transtorno de personalidade dependente (F60.7)

9. outros transtornos de personalidade especificados (F60.8)

SE ALGUM SIM,
CODIFICAR A CATEGORIA F
NA FOLHA DE ROSTO.