

CAPÍTULO 1

Transtornos do Neurodesenvolvimento

INTRODUÇÃO

Robert Haskell

Em sua abordagem às doenças mentais ao longo do ciclo de vida de um paciente, o DSM-5 naturalmente inicia pelos transtornos do neurodesenvolvimento. Como grupo, esses transtornos costumam ser diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência. Individualmente, eles sofreram um misto de redução, reorganização e esclarecimento, incluindo uma das mudanças mais controversas do DSM-5 – a definição de autismo e seus critérios diagnósticos.

No DSM-5, o transtorno do espectro autista (TEA) descreve pacientes anteriormente divididos entre transtorno autista, transtorno de Asperger, transtorno desintegrativo da infância, transtorno de Rett e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, que agora não são

mais considerados entidades clínicas distintas. Os novos critérios incluem: 1) déficits persistentes e globais em comunicação e interação social e 2) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. Com essa definição, o transtorno do espectro autista pode ser subcategorizado pela presença ou ausência de comprometimento intelectual e/ou de alguma condição médica associada. Além disso, a identificação de três níveis de gravidade ajuda a clarificar a necessidade de serviços adicionais de atendimento social ou profissional. Por exemplo, um paciente que exige “apoio muito substancial” pode exibir inflexibilidade comportamental extrema ou ter 20 palavras inteligíveis em seu discurso.

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) continua sendo sub-

dividido em duas dimensões de sintomas (desatenção e hiperatividade/impulsividade), sendo um requisito básico a presença de, no mínimo, seis sintomas de uma ou de ambas as dimensões. Por exemplo, a desatenção pode ser percebida pela presença de comportamentos como cometimento de erros por descuido, incapacidade de terminar o dever de casa e perda de livros. Critérios para hiperatividade/impulsividade incluem inquietação, falta de paciência e loquacidade. Seu diagnóstico geralmente é incompleto quando não há a inclusão de especificadores dimensionais (predominantemente desatento, predominantemente hiperativo/impulsivo ou combinado). Vários desses sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos de idade, uma alteração em relação ao requisito do DSM-IV de que os sintomas causadores do prejuízo deviam estar presentes antes dos 7 anos. Outra mudança é a redução na quantidade de critérios sintomáticos para adultos: de seis para cinco dentro de uma dimensão específica. Essas duas últimas alterações refletem evidências de que “afrouxar” os critérios permite a identificação de indivíduos que apresentam sintomas, sofrimento e disfunção bastante semelhantes aos de indivíduos já diagnosticados com TDAH e que potencialmente podem se beneficiar de atendimento clínico. Assim como em todo o DSM-5, fica a cargo do clínico diagnosticar apenas os indivíduos que satisfazem critérios sintomáticos e cujos níveis de sofrimento e disfunção atingem um limiar clínico relevante.

Em adaptação ao jargão utilizado pela legislação federal e aos termos usados por profissionais sensíveis, o DSM-5 substituiu a expressão *retardo mental* por *deficiência intelectual*. Os três critérios fundamentais permanecem inalterados: déficits na função intelectual e na adaptação (em áreas como comunicação, trabalho ou lazer), bem como início em idade precoce. No entanto, o diagnóstico não depende mais de testes formais de inteligência. Em vez disso, o DSM-5 convida o clínico a realizar uma avaliação global da gravidade, de

leve a profunda, de acordo com três áreas importantes da vida: conceitual, social e prática. Por exemplo, uma pessoa com uma deficiência intelectual grave pode ter pouca compreensão de conceitos como tempo ou dinheiro, pode usar a linguagem para comunicar, mas não para explicar, e provavelmente necessita de assistência para todas as atividades da vida cotidiana.

Transtornos da comunicação observados pela primeira vez na infância incluem: transtorno da linguagem (anteriormente dividido em transtornos da linguagem expressiva e da linguagem receptiva); transtorno da fala, no qual o paciente exibe comprometimento na capacidade de produzir os elementos básicos das palavras, mas não apresenta condição médica congênita nem adquirida que explique o comprometimento; transtorno da fluência com início na infância (gagueira); e um novo diagnóstico: transtorno da comunicação social (pragmática), no qual o paciente exibe dificuldades persistentes no uso social de comunicação verbal e não verbal – muito provavelmente um nicho diagnóstico para alguns dos indivíduos que apresentam traços de TEA, mas não satisfazem todos os critérios.

O transtorno específico da aprendizagem é um novo diagnóstico abrangente dentro do DSM-5. Especificadores para leitura, expressão escrita e matemática foram elaborados para auxiliar professores e pais a manter o foco em necessidades acadêmicas mais específicas da criança.

O capítulo sobre transtornos do neurodesenvolvimento se encerra com os transtornos motores, incluindo o transtorno do desenvolvimento da coordenação, o transtorno do movimento estereotipado e os transtornos de tique. Um tique é um movimento não rítmico de curta duração e de início repentino. Tais movimentos podem ser divididos em tiques motores, como dar de ombros e piscadelas, e tiques vocais, como fungar, guinchar e produzir espontaneamente uma palavra ou frase. O transtorno de Tourette é o mais complexo entre os transtornos de tique, descreve pacien-

tes que exibem múltiplos tiques motores e pelo menos um tique vocal durante período superior a um ano e que não podem ter esses sintomas explicados por uma condição médica nem pelos efeitos fisiológicos de uma substância como cocaína.

Inevitavelmente, os transtornos do neurodesenvolvimento compartilham sintomas com uma ampla gama de doenças psiquiátricas. Os clínicos devem examinar diagnósticos diferenciais cientes de que o diferencial é muito mais amplo no caso de crianças com até 12 anos. Algumas vezes os transtornos do neurodesenvolvimento contribuem para o surgimento de outros transtornos; por exemplo, um transtorno da aprendizagem pode causar ansiedade e TDAH sem tratamento pode

deixar o paciente vulnerável a abuso de substâncias. Os casos a seguir tentam desembaraçar alguns desses nós diagnósticos e explorar as comorbidades que tornam o tratamento de transtornos do neurodesenvolvimento uma das tarefas mais desafiadoras da psiquiatria.

Leituras Recomendadas

Brown TE (ed): ADHD Comorbidities. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009

Hansen RL, Rogers SJ (eds): Autism and Other Neurodevelopmental Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2013

Tanguay PE: Autism in DSM-5. *Am J Psychiatry* 168(11):1142–1144, 2011

CASO 1.1

Uma Segunda Opinião para Autismo

Catherine Lord

Ashley, 17 anos, foi encaminhada para uma reavaliação diagnóstica após ter recebido vários diagnósticos de autismo e retardo mental durante quase toda sua vida. Recentemente, descobriu-se que ela apresenta síndrome de Kleefstra, e a família gostaria de reconfirmar os primeiros diagnósticos e avaliar o risco genético para os futuros filhos de suas irmãs mais velhas.

Na época da reavaliação, Ashley frequentava uma escola com enfoque em habilidades funcionais. Ela conseguia se vestir sozinha, mas era incapaz de tomar banho sem assistência ou de ficar em casa desacompanhada. Ela conseguia decodificar (p. ex., ler palavras) e soletrar em nível de 3^a série, mas compreendia pouco do que lia. Mudanças em seu horário e ex-

pectativas funcionais elevadas geralmente a deixavam irritada. Quando perturbada, Ashley frequentemente feria a si mesma (p. ex., mordia o punho) e a outras pessoas (p. ex., dava beliscões e puxava os cabelos).

Em testes formais realizados na época da reavaliação, Ashley apresentava um QI não verbal de 39 e um QI verbal de 23, com um QI total de 31. Seus escores de adaptação eram ligeiramente maiores, com um total geral de 42 (sendo 100 a média).

Conforme a história, Ashley foi atendida pela primeira vez aos 9 meses de idade, depois que os pais perceberam atrasos significativos na função motora. Ela caminhou aos 20 meses e aprendeu a ir ao banheiro aos 5 anos. Falou sua primeira palavra aos 6 anos de idade. Recebeu um diagnóstico de atraso do desenvolvimento aos 3 anos e de autismo, obesidade e encefalopatia estática aos 4 anos. Uma das primeiras avaliações identificou possível dismorfologia facial; testes genéticos na época não acrescentaram dados relevantes.

Seus pais informaram que Ashley sabia centenas de palavras individuais e várias frases simples. Ela sempre teve interesse por placas de carro e passava horas desenhando-as. Sua habilidade mais desenvolvida era a memória, ela conseguia desenhar representações precisas de placas de carros de estados diferentes. Ashley sempre foi muito ligada a seus pais e irmãs e, embora fosse afetuosa com bebês, demonstrava pouco interesse em outros adolescentes.

Sua história familiar era pertinente: o pai tinha dislexia, um tio paterno, epilepsia e um primo por parte de mãe possivelmente apresentava “síndrome de Asperger”. Suas irmãs estavam na faculdade e eram bem-sucedidas.

O exame de Ashley revelou uma jovem acima do peso, com contato visual inconsistente, que frequentemente espiava com o canto dos olhos. Tinha um lindo sorriso e, às vezes, ria para si mesma, mas na maior parte do tempo suas expressões faciais eram reduzidas. Ela não iniciava atenção compartilhada tentando olhar nos

olhos. Frequentemente ignorava o que os outros lhe diziam. Para solicitar um objeto desejado (p. ex., uma revista de capa brilhosa), se balançava de um pé para o outro e apontava. Quando lhe ofereceram um objeto (p. ex., um bicho de pelúcia), ela o levou até o nariz e os lábios para examiná-lo. Ashley falava em uma voz aguda com entonação incomum. Durante a entrevista, usou várias palavras e algumas frases curtas um pouco automatizadas, mas comunicativas, como “Quero me limpar” e “Você tem uma caminhonete?”.

Nos meses que antecederam a avaliação, os pais perceberam que ela estava ficando cada vez mais apática. Uma avaliação médica concluiu que infecções do trato urinário eram a causa mais provável para seus sintomas, mas os antibióticos pareciam deixá-la ainda mais lânguida. Uma avaliação médica mais aprofundada levou a testes genéticos mais minuciosos e Ashley foi diagnosticada com síndrome de Kleefstra, uma falha genética rara associada a diversos problemas médicos, incluindo deficiência intelectual. Os pais afirmaram que também foram examinados e que o resultado desse exame foi “negativo”.

Os pais queriam saber especificamente se os resultados do teste genético afetavam os diagnósticos anteriores de Ashley e o acesso a novas consultas. Além disso, queriam saber se suas outras duas filhas deveriam ser testadas para estabelecer o risco de transmissão de genes para autismo, retardo mental e/ou síndrome de Kleefstra.

Diagnósticos

- Deficiência intelectual grave.
- Transtorno do espectro autista, com comprometimentos intelectual e de linguagem concomitantes, associado a síndrome de Kleefstra.

Discussão

Com relação ao diagnóstico, o teste cognitivo de Ashley e as habilidades adaptati-

vas cotidianas limitadas indicam que ela tem deficiência intelectual nos padrões do DSM-5. Além disso, apresenta sintomas proeminentes dos dois critérios sintomáticos básicos de transtorno do espectro autista (TEA): 1) déficits na comunicação social e 2) padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades. Ashley também preenche o requisito de TEA do DSM-5 no que se refere a apresentar sintomas no início do período de desenvolvimento e uma história de comprometimento significativo. Um quinto requisito para TEA é que as perturbações não sejam mais bem explicadas por incapacidade intelectual, o que é uma questão mais complicada no caso de Ashley.

Durante vários anos, clínicos e pesquisadores discutiram os limites entre autismo e deficiência intelectual. Conforme o QI diminui, a proporção de crianças e adultos que satisfazem os critérios para autismo aumenta. A maioria dos indivíduos com QI inferior a 30 apresenta TEA, bem como deficiência intelectual.

Para que Ashley satisfaça os critérios do DSM-5 tanto para TEA quanto para deficiência intelectual, a presença de déficits e comportamentos específicos associados ao TEA deve ser maior do que seria normalmente observado em pessoas com seu desenvolvimento intelectual geral. Em outras palavras, se seus déficits fossem decorrentes unicamente das capacidades intelectuais limitadas, seria de se esperar que ela apresentasse as habilidades sociais e lúdicas de uma criança típica de 3 a 4 anos de idade. A interação social de Ashley não é, nem nunca foi, similar à de uma criança típica em idade pré-escolar. Ela apresenta expressões faciais limitadas, contato visual fraco e interesse mínimo em seus pares. Em comparação com sua "idade mental", Ashley demonstra uma restrição significativa tanto em sua gama de interesses quanto em sua compreensão das emoções humanas básicas. Ademais, ela manifesta comportamentos que não são habitualmente observados em qualquer idade.

A heterogeneidade do autismo acarretou conflitos significativos. Alguns defendem, por exemplo, que crianças com deficiências intelectuais muito graves deveriam ser excluídas do TEA. Outros sustentam que crianças com maior capacidade intelectual com TEA deveriam ser colocadas em sua própria categoria, síndrome de Asperger. Pesquisas não sustentam nenhuma dessas distinções. Por exemplo, estudos indicam que crianças com sintomas autistas e deficiência intelectual grave frequentemente têm irmãos com autismo e capacidades intelectuais mais desenvolvidas. Ainda há muito a se descobrir sobre o TEA, mas o QI não parece ser um fator-chave de distinção.

Do ponto de vista pragmático, o fator crítico é se um diagnóstico de TEA fornece informações que ajudam a guiar o tratamento e a disponibilidade de atendimento. Para Ashley, o diagnóstico de TEA aponta para um maior enfoque em suas habilidades sociais fracas e chama atenção para diferenças em sua motivação e em sua necessidade de estrutura. O diagnóstico de TEA também destaca a importância de olhar atentamente para suas forças (p. ex., memorização e representação visual) e fraquezas cognitivas (p. ex., compreensão, interação social e capacidade de se adaptar a mudanças). Tudo isso desempenha um papel importante em seus esforços para viver da forma mais independente possível.

Os pais de Ashley também estão preocupados com o impacto dos testes genéticos recentes sobre o tratamento dela e sobre o planejamento familiar de suas irmãs. Centenas de genes individuais podem contribuir para as questões neurológicas complexas envolvidas no autismo, mas a maioria dos casos de TEA não apresenta uma causa específica. A condição genética de Ashley, síndrome de Kleefstra, está comprovadamente associada tanto a deficiência mental quanto a sintomas de TEA. Quando uma condição genética, uma condição médica ou um fator ambiental parecem implicados, sua ocorrência é listada

como especificador, mas o diagnóstico de TEA não chega a ser afetado.

O conhecimento da causa genética para a deficiência intelectual e para o TEA de Ashley é importante por diversos motivos. Ele faz seus médicos se lembrarem de procurar comorbidades médicas comuns na síndrome de Kleefstra, tais como problemas cardíacos e renais (que podem levar, por exemplo, a infecções recorrentes no trato urinário). Conhecer a causa genética também amplia as fontes de informação ao conectar a família de Ashley com outras famílias que são afetadas por essa síndrome rara.

Um aspecto particularmente importante desse novo diagnóstico genético é seu efeito sobre as irmãs de Ashley. Em quase todos os relatos de caso, a síndrome de Kleefstra ocorreu sem precedentes, ou seja, há uma probabilidade muito baixa de que outro membro da família apresente uma anormalidade na região genética afetada. Em casos raros, um dos pais não afetado apresenta uma translocação ou mosaïcismo cromossômico que conduz à síndrome, mas o fato de que os resultados dos exames nos pais de Ashley tenham sido negativos significa que eles não são portadores genéticos. Embora isso não seja necessariamente válido para situações envolvendo outros transtornos genéticos relacionados ao autismo, esse diagnóstico genético particular de Ashley provavelmente indica que suas irmãs não

correm um risco maior de ter filhos com autismo. Tais informações podem ser reconfortantes e úteis para elas. Resta o fato de que, embora a genética indubitavelmente desempenhe um papel importante no autismo e na deficiência intelectual, a maioria dos casos não pode ser predita com segurança, e que o diagnóstico é estabelecido por meio de observação contínua e longitudinal durante a infância.

Leituras Recomendadas

- Kleefstra T, Nillesen WM, Yntema HG: Kleefstra syndrome. *GeneReviews* October 5, 2010
- Lord C, Pickles A: Language level and nonverbal social-communicative behaviors in autistic and language-delayed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(11):1542–1550, 1996
- Lord C, Spence SJ: Autism spectrum disorders: phenotype and diagnosis, in *Understanding Autism: From Basic Neuroscience to Treatment*. Edited by Moldin SO, Rubenstein JLR. Boca Raton, FL, Taylor & Francis, 2006, pp 1–24
- Shattuck PT, Durkin M, Maenner M, et al: Timing of identification among children with an autism spectrum disorder: findings from a population-based surveillance study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48(5):474–483, 2009
- Wing L, Gould J: Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *J Autism Dev Disord* 9(1):11–29, 1979

CASO 1.2

Ataques de Raiva

Arshya Vahabzadeh
Eugene Beresin
Christopher McDougle

Brandon, um menino de 12 anos de idade, foi levado por sua mãe para avaliação psiquiátrica devido a ataques de raiva que pareciam estar contribuindo para o declínio de seu rendimento escolar. A mãe ficou emocionalmente perturbada ao relatar que nunca foi fácil lidar com o menino, mas tudo piorou depois que ele entrou na 7ª série.

Os professores relataram que Brandon era academicamente competente, mas tinha pouca capacidade de fazer amigos. Parecia desconfiar das intenções de colegas que tentavam ser simpáticos com ele, mas confiava em outros que, aos risos, fingiam interesse nos carrinhos e caminhões de brinquedo que ele levava à escola. Os professores perceberam que ele chorava com frequência e dificilmente falava em aula. Nos últimos meses, vários professores ouviram-no gritando com outros meninos, geralmente no corredor, mas às vezes no meio da aula. Os professores não identificavam a causa, mas não o puniam porque presumiam que ele estava reagindo a provocações.

Ao ser entrevistado sozinho, Brandon respondeu com resmungos não espontâneos quando perguntado sobre a escola, os colegas e a família. Quando o examinador perguntou se ele se interessava por carrinhos de brinquedo, no entanto, Brandon

ficou animado. Pegou vários carros, caminhões e aviões de sua mochila e, embora não mantivesse bom contato visual, falou detalhadamente sobre veículos, usando, aparentemente, nomenclatura específica (p. ex., carregadeira frontal, B-52, Jaguar). Novamente, ao ser perguntado sobre a escola, Brandon pegou seu celular e mostrou uma série de mensagens de texto: “debiloidé!!!!, gaguinho, abobado, aLiEn!, TODO MUNDO TE ODEIA”. Enquanto o examinador lia a sequência de mensagens de texto que Brandon havia salvo, mas aparentemente era revelada pela primeira vez, o menino acrescentou que os outros sussurravam “palavras ruins” para ele durante a aula e então gritavam em seus ouvidos no corredor. “E eu odeio barulho alto.” Falou que havia pensado em fugir, mas havia decidido que deveria fugir apenas para seu próprio quarto.

Em termos de desenvolvimento, Brandon falou a primeira palavra aos 11 meses de idade e começou a usar frases curtas aos 3 anos. Sempre foi atraído por caminhões, carros e trens. De acordo com a mãe, sempre foi “muito tímido” e nunca teve um melhor amigo. Tinha dificuldades com piadas e provocações típicas da infância porque “leva tudo ao pé da letra”. A mãe de Brandon encarava esse comportamento como sendo “um pouco estranho”, mas

acrescentou que não era muito diferente do comportamento do pai de Brandon, um advogado bem-sucedido que tinha interesses parecidos. Os dois eram “apegados à rotina” e “não tinham senso de humor”.

Durante o exame, Brandon permaneceu retraído e, de modo geral, não foi espontâneo. Seu contato visual ficou abaixo da média. Sua fala foi coerente e orientada para objetivos. Por vezes, Brandon se atrapalhou nas palavras, fez muitas pausas e chegou a repetir rapidamente palavras ou partes de palavras. Afirmou que se sentia bem, mas tinha medo da escola. Pareceu triste, animando-se apenas ao falar sobre seus carros de brinquedo. Negou pensamentos suicidas e homicidas. Negou sintomas psicóticos. Sua cognição estava preservada.

Diagnóstico

- Transtorno do espectro autista sem comprometimento intelectual concomitante, mas com comprometimento concomitante da linguagem: transtorno da fluência com início na infância (gagueira).

Discussão

Brandon apresenta sintomas compatíveis com transtorno do espectro autista (TEA), um novo diagnóstico no DSM-5. O TEA incorpora vários transtornos anteriormente distintos: transtorno autista (autismo), transtorno de Asperger e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação. Caracteriza-se por dois domínios principais de sintomas: déficits na comunicação social e um conjunto fixo de interesses e de comportamentos repetitivos.

Evidentemente, Brandon tem dificuldade considerável em interagir socialmente com seus pares. Ele é incapaz de fazer amizades, não participa de brincadeiras interativas e tem dificuldade em identificar deixas sociais. Normalmente, pessoas com TEA

têm dificuldade em interpretar de forma correta a relevância de expressões faciais, linguagem corporal e outros comportamentos não verbais. Brandon não tem senso de humor e “leva as coisas ao pé da letra”. Esses sintomas satisfazem os critérios do TEA para déficits em comunicação social.

Com relação ao segundo domínio de sintomas do TEA, Brandon apresenta interesses fixos e comportamentos repetitivos que causam sofrimento significativo. Ele parece interessado em carros e trens, mas tem pouco interesse em outras coisas e não apresenta *insight* evidente de que outras crianças podem não compartilhar seu entusiasmo. Ele requer “monotonia”, sendo que o sofrimento aumenta se sua rotina for alterada. Portanto, Brandon satisfaz os dois critérios sintomáticos principais para TEA do DSM-5.

Brandon também se atrapalha com palavras, faz pausas demais e repete palavras ou partes delas. Esses sintomas são compatíveis com gagueira, que é classificada como um dos transtornos da comunicação no DSM-5, mais especificamente o transtorno da fluência com início na infância. Tipicamente persistente e caracterizado por repetições frequentes ou prolongamento de sons, palavras interrompidas, pausas na fala e circunlocuções, o transtorno da fluência com início na infância pode resultar em disfunção significativa de natureza social, acadêmica e profissional.

Outros transtornos da comunicação do DSM-5 são dificuldades na produção da fala (transtorno da fala), dificuldades no uso da linguagem falada e escrita (transtorno da linguagem) e dificuldades nos usos sociais da comunicação verbal e da comunicação não verbal (transtorno da comunicação social [pragmática]). Embora essas dificuldades não sejam identificadas no relato de caso, Brandon deve ser avaliado para cada uma delas, uma vez que comprometimentos na linguagem são tão habituais no TEA que chegam a ser listados como especificadores em vez de diagnósticos comórbidos distintos.

Antes do DSM-5, Brandon teria satisfeito os critérios para transtorno de Asperger, o qual identificava um grupo de indivíduos com características de base do autismo (déficits sociais e interesses fixos) e inteligência normal. Talvez por compartilhar sintomas do espectro autista com seu próprio pai, Brandon fosse visto como “um pouco estranho”, mas sem problemas que merecessem atenção clínica especial. A ausência de um diagnóstico contribuiu para que Brandon se tornasse alvo indefeso de *bullying*, uma ocorrência frequente entre pessoas com TEA. Sem intervenções adequadas tanto para os sin-

tomas principais de autismo quanto para a gagueira, Brandon corre risco grave de trauma psicológico contínuo e desenraizamento acadêmico.

Leituras Recomendadas

- Sterzing PR, Shattuck PT, Narendorf SC, et al: Bullying involvement and autism spectrum disorders: prevalence and correlates of bullying involvement among adolescents with an autism spectrum disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med* 166(11):1058–1064, 2012
- Toth K, King BH: Asperger’s syndrome: diagnosis and treatment. *Am J Psychiatry* 165(8):958–963, 2008

CASO 1.3

Dificuldades Acadêmicas

Rosemary Tannock

Carlos, um universitário hispânico de 19 anos, se apresentou em uma clínica de cuidados primários em busca de ajuda para dificuldades acadêmicas. Desde o início da faculdade, seis meses antes, saía-se mal nos testes e não conseguia administrar seus horários de estudo. A preocupação em ser reprovado estava resultando em insônia, má concentração e em uma sensação geral de desesperança. Depois de uma semana árdua, voltou para casa inesperadamente e disse à família que pensava

em desistir. Sua mãe prontamente o levou à clínica que havia fornecido ajuda tanto a Carlos quanto a seu irmão mais velho anteriormente. Ela questionava especificamente se o “TDAH” de Carlos poderia estar causando esses problemas ou se ele havia superado o transtorno.

Carlos havia sido atendido na mesma clínica quando tinha 9 anos e, na época, fora diagnosticado com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), predominantemente do tipo combinado.

Documentos da avaliação clínica da época indicaram que ele tinha problemas na escola por não seguir instruções, não completar os deveres de casa, deixar seu assento, perder coisas, não esperar sua vez e não prestar atenção. Tinha problemas de concentração, exceto em relação *videogames*, os quais ele “poderia ficar jogando horas a fio”. Aparentemente, Carlos levou tempo para começar a falar, mas fora isso, seu nascimento e história de desenvolvimento foram normais. A família havia imigrado do México para os Estados Unidos quando Carlos tinha 5 anos. Ele repetiu a primeira série devido à imaturidade do comportamento e dificuldades em aprender a ler. Não foi indicado se ele teve facilidade ou dificuldade para aprender inglês, seu segundo idioma.

Durante a avaliação realizada quando Carlos tinha 9 anos, uma verificação psicoeducacional feita por um psicólogo clínico confirmou problemas de leitura (especificamente problemas de fluência e de compreensão da leitura). Contudo, Carlos não satisfaz os critérios da administração da escola para incapacidade de aprendizagem, que exigiam evidências de uma discrepância de 20 pontos entre QI e pontuação no teste de desempenho escolar e, portanto, ele não se qualificou para receber atendimento educacional especial. O clínico geral de Carlos recomendou farmacoterapia, mas a mãe não quis seguir um tratamento medicamentoso. Em vez disso, ela relatou ter assumido um emprego extra a fim de pagar por aulas particulares para ajudar o filho “a se concentrar e a ler”.

Desde que começara a faculdade, Carlos relatou que costumava ser incapaz de se manter concentrado enquanto lia ou assistia a palestras. Distraía-se com facilidade e, portanto, tinha dificuldade em entregar trabalhos escritos no prazo. Reclamou de sentimentos de inquietação, agitação e preocupação. Descreveu dificuldades para dormir, baixa energia e uma incapacidade de “se divertir” como seus pares. Relatou que os sintomas depressivos tinham “altos

e baixos” ao longo da semana, mas não pareciam influenciar seus problemas com concentração. Ele negou uso de substâncias.

Carlos afirmou que teve ótimos professores no ensino médio, que o compreendiam e o ajudavam a entender o significado do que lia, além de permitirem que gravasse o áudio das aulas e usasse outros formatos (p. ex., vídeos, apresentações visuais ou *wikis*) para apresentar seus trabalhos finais. Sem esse apoio na faculdade, afirmou sentir-se “sozinho, burro, um fracasso – incapaz de perseverar”.

Embora tenha sido aconselhado por um professor do ensino médio a fazê-lo, Carlos não se registrou no setor de atendimento ao estudante com deficiência da universidade. Ele preferiu não ser visto como diferente de seus pares e acreditou que conseguiria cursar a faculdade sem ajuda.

Sua história familiar era positiva para TDAH em seu irmão mais velho. Relatou-se que seu pai, que morreu quando Carlos tinha 7 anos, teve “dislexia” e abandonou uma faculdade comunitária após um semestre.

Durante o exame, Carlos vestia jeans limpos, uma camiseta e um moletom com capuz que ele puxava para cobrir o rosto. Ficou sentado, quieto e encurvado. Suspirou bastante e quase não fez contato visual com o clínico. Com frequência tamborilava os dedos e se mexia no assento, mas foi bem-educado e respondeu adequadamente às perguntas. Sua fluência em inglês pareceu firme, mas falava com um leve sotaque espanhol. Frequentemente murmurava e pronunciava mal algumas palavras polissilábicas (p. ex., disse “literaltúria” em vez de “literatura” e “intimar”, quando evidentemente quis dizer “intimidar”). Negou ter pensamentos suicidas. Parecia ter *insight* razoável sobre seus problemas.

Carlos foi encaminhado para um psicólogo para mais testes. A reavaliação psicoeducacional confirmou que as capacidades de leitura e de escrita de Carlos estavam muito abaixo do esperado para sua idade. O relatório também concluiu que essas di-

ficuldades de aprendizagem não podiam ser atribuídas a deficiência intelectual, falta de correção da acuidade visual ou auditiva, adversidade psicossocial ou falta de proficiência no idioma de instrução acadêmica. O relatório concluiu que Carlos apresentava dificuldades específicas em fluência e compreensão de leitura, bem como em ortografia e expressão escrita.

Diagnósticos

- Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade com apresentação predominantemente desatenta, de gravidade leve a moderada.
- Transtorno específico da aprendizagem, afetando ambos os domínios da leitura (fluência e compreensão) e da expressão escrita (ortografia e organização da expressão escrita), todos, atualmente, de gravidade moderada.

Discussão

Carlos apresenta uma história de TDAH. Quando foi avaliado pela primeira vez, aos 9 anos, os critérios do DSM-IV exigiam seis dos nove sintomas listados em qualquer uma das duas categorias: desatenção ou hiperatividade/impulsividade (bem como início antes dos 12 anos). Ele fora diagnosticado com TDAH tipo combinado, o que indica que a clínica especializada identificara pelo menos seis sintomas em cada uma dessas esferas.

Atualmente, Carlos está com 19 anos, e o relato de caso indica que ele apresentou cinco sintomas diferentes de desatenção, e dois sintomas relacionados a hiperatividade-impulsividade, o que parece indicar uma melhora sintomática. A remissão parcial de TDAH é comum com a idade, especialmente no que se refere aos sintomas de hiperatividade. Nos parâmetros do DSM-IV, o TDAH de Carlos estaria em remissão. O DSM-5, contudo, tem um limiar mais baixo de cinco sintomas em qualquer

uma das categorias, em vez de seis. Portanto, Carlos satisfaz esse critério diagnóstico para TDAH.

Procurar explicações alternativas para TDAH, no entanto, é importante, e há a possibilidade de que seus sintomas atuais sejam mais bem explicados por transtorno do humor. Durante os últimos seis meses, Carlos manifestou sintomas de ansiedade e depressão, mas sua desatenção e má concentração aparentemente não são restritas nem exacerbadas por esses episódios. Os sintomas de TDAH que ele apresenta são crônicos e seu início se deu durante a infância, sem nenhum outro transtorno do humor ou de ansiedade concomitantes. Além disso, a apresentação de sintomas de depressão parece ter persistido apenas durante uma semana, ao passo que suas dificuldades acadêmicas são crônicas.

Problemas acadêmicos são comuns no TDAH, mesmo na ausência de algum transtorno específico da aprendizagem (TEA), embora TEAs também sejam comórbidos com TDAH. Mesmo antes de sua nova avaliação psicológica, Carlos parecia apresentar múltiplas questões em sua história que aumentam a probabilidade de um TEA. Sua fala no idioma materno, o espanhol, foi atrasada; sua leitura foi lenta tanto em espanhol como em inglês; e ele recebeu (e prosperou dessa forma) auxílio educacional no ensino médio. Tudo isto aponta para um TEA, assim como sua história familiar positiva para deficiência de aprendizagem.

A avaliação psicoeducacional anterior de Carlos não confirmou um transtorno da aprendizagem porque ele não satisfaz a discrepância necessária entre QI e desempenho escolar para um diagnóstico de TEA. Com base em uma década a mais de evidências, o DSM-5 eliminou esse critério de discrepância para TEA. Essa alteração justifica o encaminhamento de pacientes adolescentes mais velhos para reavaliação.

A nova realização de testes psicológicos indicou um TEA moderadamente grave. Como as dificuldades de aprendizagem de Carlos se iniciaram quando ele

estava em idade escolar e continuam a causar prejuízo acadêmico, ele satisfaz os critérios diagnósticos do DSM-5 para esse transtorno. Ao fornecer documentação de ambos TDAH e TEA, Carlos conseguirá ter acesso a auxílio educacional acadêmico especial, o que deve permitir que ele prossiga seus estudos na faculdade com mais afinco.

Leituras Recomendadas

Frazier TW, Youngstrom EA, Glutting JJ, Watkins MW: ADHD and achievement: meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with

college students. *J Learn Disabil* 40(1):49–65, 2007

Sexton CC, Gelhorn H, Bell JA, Classi PM: The cooccurrence of reading disorder and ADHD: epidemiology, treatment, psychosocial impact, and economic burden. *J Learn Disabil* 45(6):538–564, 2012

Svetaz MV, Ireland M, Blum R: Adolescents with learning disabilities: risk and protective factors associated with emotional well-being: findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Adolesc Health* 27(5):340–348, 2000

Turgay A, Goodman DW, Asherson P, et al: Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its applications. *J Clin Psychiatry* 73(2):192–201, 2012

CASO 1.4

Problemas Escolares

Arden Dingle

Daphne, uma menina de 13 anos na 1ª série do ensino médio, foi levada para avaliação psiquiátrica devido a atribulações acadêmicas e comportamentais. Suas maiores dificuldades eram relacionadas a começar e completar tarefas escolares e seguir instruções, além de ter recebido notas vermelhas em matemática. Quando solicitada a completar tarefas, Daphne discutia e ficava irritável. Ela ficou cada vez mais resistente em ir à escola, pedindo para ficar em casa com a mãe.

Testes indicaram que a inteligência de Daphne estava acima da média, seu rendimento escolar estava adequado à idade em todas as matérias (exceto em matemática) e que havia um pouco de dificuldade nas habilidades visuoespaciais. Vários anos antes, seu pediatra havia diagnosticado transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e receitou um estimulante. Ela tomou o medicamento durante uma semana, mas seus pais pararam de administrá-lo porque ela parecia agitada.

Em casa, a supervisão intensa dos pais de Daphne em relação às tarefas escolares frequentemente levava a discussões com choro e gritaria. Ela tinha duas amigas de longa data, mas não fez novos amigos em vários anos. De modo geral, preferia brincar com meninas mais jovens que ela. Quando seus amigos escolhiam a atividade ou não seguiam suas regras, ela normalmente se retraiu. Em geral, permanecia quieta em grupos e na escola, mas era mais atrevida em meio a familiares.

No início da infância, Daphne tinha dificuldade em pegar no sono, necessitando de uma luz acesa à noite e que seus pais a tranquilizassem. Reconhecendo que mudanças a incomodavam, os pais de Daphne raramente a forçavam a realizar novas atividades. Ela se comportava bem durante o verão, que passava com os avós em uma casa à beira do lago. Seus pais relataram que não havia nenhum trauma ou estressor em particular, nem problemas médicos ou de desenvolvimento. Daphne começou a menstruar cerca de dois meses antes da avaliação. Sua história familiar era relevante no que diz respeito a parentes de primeiro e de segundo grau com transtornos do humor, de ansiedade e da aprendizagem.

Na primeira consulta, Daphne estava tímida e tensa. Fez pouco contato visual, e teve dificuldade em falar sobre qualquer coisa que não fosse sua coleção de cavalos de plástico. Depois de 15 minutos, ela ficou mais à vontade e revelou que não gostava da escola porque as tarefas eram difíceis e as outras crianças pareciam não gostar dela. Afirmou que tinha medo de cometer erros, ter notas ruins e desapontar seus professores e pais. A preocupação com insucessos anteriores levou a desatenção e indecisão. Daphne negou que fosse competente em algo e que algum aspecto de sua vida estivesse indo bem. Desejava ter mais amigos. Pelo que conseguia se lembrar, sempre se sentiu assim. Essas coisas a deixavam triste, mas negou sentimentos depressivos persistentes ou pensamentos suicidas. Parecia ansiosa, mas ficou anima-

da ao falar sobre sua coleção de miniaturas de cavalos e sobre sua família.

Diagnósticos

- Transtorno específico da aprendizagem (matemática).
- Transtorno de ansiedade generalizada.

Discussão

Daphne tem sintomas de desatenção, ansiedade, dificuldades acadêmicas, relacionamento limitado com pares e baixa autoestima que estão causando sofrimento e comprometimento em seu funcionamento. Biologicamente, Daphne está passando pelas mudanças hormonais da puberdade, tendo como pano de fundo uma história familiar de transtornos do humor, de ansiedade e da aprendizagem. Psicologicamente, Daphne está vivendo com a crença de que é inadequada, provavelmente em conexão com as dificuldades atuais na escola. Em termos de desenvolvimento, ela está funcionando no nível emocional de uma criança em idade escolar. Socialmente, tem um ambiente familiar acolhedor que se destaca pela proteção a ela, possivelmente interferindo na aquisição de habilidades relacionadas à independência e à autonomia. Enquanto isso, o sistema educacional não proporcionou a Daphne o apoio necessário para que obtivesse sucesso acadêmico.

Os problemas acadêmicos de Daphne podem ser explicados, em parte, por um transtorno específico da aprendizagem de matemática. Ela tem dificuldades persistentes nessa área, evidenciadas pela testagem que demonstrou que seu desempenho é inferior ao seu nível intelectual e à sua idade cronológica. Seu rendimento escolar em outras áreas acadêmicas e seu nível de funcionamento adaptativo, de modo geral, parecem ser adequados à idade, indicando que sua inteligência global e seu funcionamento adaptativo são normais e que ela não apresenta deficiência intelectual.

Pode ser difícil distinguir entre transtornos de ansiedade e do humor em crianças da idade de Daphne. Neste caso, um transtorno de ansiedade é mais provável porque os sintomas são crônicos em vez de episódicos, como costuma ocorrer com sintomas depressivos. A tristeza de Daphne está relacionada à sua sensação de insucesso e à preocupação com sua competência. Com a exceção de uma perturbação do sono, ela não apresenta sintomas neurovegetativos. Sua dificuldade em dormir parece fundada em ansiedade, assim como sua inaptidão social, sua relutância em se submeter às demandas escolares e sua reação exagerada quando se depara com tarefas indesejadas. Além da ansiedade em relação a suas capacidades, Daphne parece estar preocupada com segurança, o que pode explicar seu aspecto tenso. Ela lida com a ansiedade evitando ou controlando atividades. Embora algumas de suas preocupações sejam compatíveis com outros transtornos de ansiedade, como transtorno de ansiedade social (fobia social) ou transtorno de ansiedade de separação, as preocupações de Daphne vão além dessas esferas. Devido ao âmbito global de sua ansiedade, o diagnóstico mais adequado é transtorno de ansiedade generalizada (TAG).

O TAG é caracterizado por preocupação e ansiedade excessivas persistentes. Os critérios sintomáticos incluem inquietação, má concentração, irritabilidade, tensão muscular, perturbação do sono e cansaço fácil. Embora três dos seis critérios sejam necessários para adultos, um diagnóstico de TAG pode ser estabelecido para crianças com apenas um sintoma além de ansiedade e preocupação excessivas.

Dificuldades sociais são comuns em crianças e adolescentes, especialmente entre os que apresentam transtornos psiquiátricos. As questões de Daphne estão relacionadas à sua ansiedade quanto a ser competente e ao desejo de que os outros gostem dela. As atribuições acadêmicas e a ansiedade retardaram seu desenvolvi-

mento, tornando-a emocional e socialmente imatura.

Sua imaturidade poderia sugerir um transtorno do espectro autista. Ela tem dificuldade em iniciar interações sociais e apresentar reciprocidade com pares (apresentou baixo contato visual durante o exame), mas Daphne não tem dificuldades de comunicação nem rigidez ou comportamentos estereotipados associados ao autismo. Seu comportamento melhora com a familiaridade e ela expressa interesse em seus pares.

De modo semelhante, suas habilidades de linguagem, fala e comunicação também parecem ser adequadas em seu nível de desenvolvimento, tornando improvável a existência de transtornos nessas áreas.

O transtorno de oposição desafiante também poderia ser considerado, uma vez que Daphne é resistente e não colabora na escola e em casa na hora de realizar seu trabalho acadêmico. Contudo, essa atitude e esse comportamento não se repetem em outras situações e seus comportamentos não satisfazem os requisitos para nível e frequência de sintomas do transtorno de oposição desafiante. Eles são mais bem interpretados como uma manifestação de ansiedade e uma tentativa de lidar com ela.

Desatenção é um sintoma que ocorre em uma ampla gama de diagnósticos. Indivíduos com TDAH têm problemas com atenção, impulsividade e/ou hiperatividade que ocorrem em vários contextos antes dos 12 anos de idade e causam prejuízo significativo. Embora Daphne tenha vários sintomas compatíveis com desatenção, eles parecem estar restritos ao ambiente escolar. Ela também não parece apresentar problemas significativos com comportamentos relacionados a impulsividade ou regulação de atividade. O TDAH deve permanecer uma possibilidade diagnóstica, mas outros diagnósticos explicam melhor as dificuldades de Daphne.

Leituras Recomendadas

Connolly SD, Bernstein GA; Work Group on Quality Issues: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am*

Acad Child Adolesc Psychiatry 46(2):267–283, 2007

Lagae L: Learning disabilities: definitions, epidemiology, diagnosis, and intervention strategies. *Pediatr Clin North Am* 55(6):1259–1268, 2008

CASO 1.5

Inquieto e Distráido

Robert Haskell

John T. Walkup

Ethan, um menino de 9 anos de idade, foi encaminhado para uma clínica psiquiátrica por seu professor, o qual percebeu que sua atenção estava diminuindo. Na época, Ethan estava na 5ª série de uma escola particular normal para meninos. O professor disse aos pais de Ethan que, embora ele estivesse entre os melhores alunos da turma no outono, suas notas caíram durante o semestre de primavera. Ele apresentava tendência a ficar inquieto e distraído quando o trabalho acadêmico começava a ficar mais complicado, desse modo, o professor sugeriu que os pais o submetessem a uma testagem neuropsiquiátrica.

Em casa, segundo a mãe, Ethan parecia mais emotivo ultimamente: “às vezes ele parece choroso, o que não é comum”. Ela negou quaisquer dificuldades em casa, e descreveu o marido, o filho, a fi-

lha de 8 anos e a si mesma como uma “família feliz”. Ela percebeu, no entanto, que Ethan parecia apreensivo quanto a ficar sozinho. Ele ficou mais “carente” e, com frequência, seguia seus pais pela casa e odiava ficar sozinho em um aposento. Ethan também começou a ir para a cama dos pais no meio da noite, algo que nunca havia feito antes. Embora ele tivesse alguns bons amigos entre os vizinhos e na escola e gostasse que outras crianças frequentassem sua casa, se recusava a dormir na casa dos outros.

A mãe de Ethan concordou que ele parecia mais inquieto. Ela percebeu que ele frequentemente parecia sacudir os ombros, fazer caretas e piscar, o que ela interpretou como um sinal de ansiedade. Esses movimentos pioravam quando ele ficava cansado ou frustrado, mas sua frequência

diminuía quando ele executava atividades calmas que exigiam concentração, como a prática de clarinete ou o dever de casa, especialmente quando ela o ajudava.

Sua mãe também mencionou que Ethan havia subitamente se tornado “supersticioso”. Sempre que passava por uma porta, movia-se para a frente e para trás até que tocasse as duas ombreiras da porta simultaneamente com as mãos, duas vezes, em rápida sucessão. Ela esperava que os hábitos mais evidentes de Ethan passassem até o verão, quando a família tirava suas férias anuais. Ela achava que era o momento certo de levá-los à Disneylândia, mas o pai de Ethan sugeriu levá-lo para uma pescaria (“programa de homem”), enquanto a esposa e a filha visitavam parentes em Nova York.

A mãe de Ethan diz que o filho “sempre foi fácil de lidar, mas sensível”. Ele foi o resultado de uma gravidez planejada, sem complicações e atingiu todos os marcos de desenvolvimento no momento certo. Nunca teve história de problemas médicos nem de infecções recentes, mas a mãe mencionou que ele começou a frequentar regularmente a enfermaria da escola reclamando de dores de barriga.

Durante o exame, Ethan se revelou ser um menino de constituição delicada, com pele alva e sardenta e cabelos louros. Estava um pouco inquieto, puxando as calças e mexendo-se no assento. Ouvir o relato da mãe sobre seus novos movimentos pareceu provocá-los, e o clínico percebeu também que Ethan eventualmente piscava com força, revirava os olhos e fazia barulhos de limpar a garganta. Ethan disse que às vezes se preocupava que “coisas ruins” acontecessem com seus pais. Suas preocupações, entretanto, eram vagas, e ele parecia temer apenas que ladrões invadissem sua casa à noite.

Diagnósticos

- Transtorno de tique transitório.
- Transtorno de ansiedade de separação.

Discussão

Ethan apresenta um declínio em seu desempenho escolar, o que a família atribui a um grupo de sintomas de ansiedade cujo início é relativamente recente. Sente desconforto ao ficar sozinho, reluta em dormir na casa de outras pessoas, teme que coisas ruins aconteçam a seus pais e visita a enfermaria da escola com frequência. Aparentemente, ele satisfaz os critérios para transtorno de ansiedade de separação nos termos do DSM-5, cujos sintomas precisam persistir durante apenas um mês em crianças e adolescentes.

A mãe de Ethan também indica que ele se tornou mais inquieto. Ela associa seu dar de ombros, as caretas e as piscadas ao início recente da ansiedade de separação. Nem os pais nem o professor parecem reconhecer esses movimentos como tiques, que são movimentos não ritmados de curta duração e de início repentino. Ethan parece apresentar uma variedade de tiques, incluindo os observados pelo entrevistador: alguns motores (piscadas, dar de ombros) e alguns vocais (zunidos, grunhidos, limpeza da garganta, fungadas, estalos). Os tiques podem ser simples, ou seja, durar apenas milissegundos, ou complexos, com maior duração, ou consistindo em uma cadeia ou sequência de movimentos. Embora os tiques possam ter uma ampla variação durante o curso de um transtorno de tique, eles tendem a recorrer em um repertório específico em qualquer momento da doença.

O transtorno de tique específico (caso ocorra) é determinado pelo tipo e pela duração dos movimentos. No transtorno de Tourette, devem estar presentes ambos os tiques, motores e vocais, enquanto nos transtornos de tique motor ou vocal persistentes (crônicos), apenas tiques motores ou vocais estão presentes. Ethan apresenta uma mistura de tiques, mas, no momento da avaliação, eles estão presentes há cerca de seis meses – não o mínimo de um ano necessário para transtorno de Tourette ou

transtorno de tique persistente. Portanto, Ethan é diagnosticado com transtorno de tique transitório.

Tiques ocorrem em 15 a 20% das crianças e, aparentemente, de 0,6 a 1% desenvolvem transtorno de Tourette. Em média, os tiques surgem entre 4 e 6 anos de idade, atingem seu auge dos 10 aos 12 anos e sua gravidade geralmente diminui durante a adolescência. Os tiques observados na idade adulta provavelmente estavam presentes na infância, mas não foram percebidos. Eles costumam se agravar com a ansiedade, a excitação e a exaustão e declinar durante atividades calmas ou que exijam concentração – motivo pelo qual a pescaria com o pai pode ser a melhor opção de Ethan para as férias de verão.

A ansiedade provavelmente explica a desatenção de Ethan na sala de aula. Embora o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, subtipo desatento, não possa ser descartado, parece mais provável

que tiques e ansiedade o deixem distraído, uma vez que ele não apresenta história anterior de desatenção ou hiperatividade. Seu bom desempenho no semestre de outono descarta um transtorno de aprendizagem, portanto, testes não são indicados (via de regra, testes devem sempre acompanhar o tratamento de um problema de difícil distinção, como ansiedade). Quanto ao transtorno obsessivo-compulsivo, uma doença associada a ambos transtornos, de ansiedade e de tique, os rituais de Ethan no vão da porta devem causar sofrimento ou prejuízo antes que tal diagnóstico seja considerado.

Leituras Recomendadas

- Plessen KJ: Tic disorders and Tourette's syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 22 (suppl 1):S55–S60, 2013
- Walkup JT, Ferrão Y, Leckman JF, et al: Tic disorders: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety* 27:600–610, 2010