

PARTE I

**NOVAS PERSPECTIVAS
NA COMPREENSÃO E
NO DIAGNÓSTICO DOS
TRANSTORNOS MENTAIS**

1

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS: HISTÓRICO E AVANÇOS

CAROLINA PALMEIRO LIMA
MICHAEL DE QUADROS DUARTE
VALMIR DORN VASCONCELOS
CLARISSA MARCELI TRENTINI

Se existe algo inerente ao ser humano é a necessidade de explicar e nomear aquilo que é desconhecido. Para tanto, uma das estratégias científicas empregadas desde antes de Aristóteles é a da classificação dos fenômenos que nossos sentidos podem capturar. O mesmo se aplica a situações que podem gerar adoecimento ou prejuízo a indivíduos e populações, como as doenças e os transtornos mentais. Para isso, foram criados, na história da humanidade, diferentes sistemas de classificação, desde os baseados nas teorias dos humores de Hipócrates até os compêndios de psicopatologia (Millon & Simonson, 2010). A história das classificações dos transtornos mentais intensificou-se no século XIX, com formulações baseadas especialmente em descrições a partir de sinais e sintomas, sendo que ideias de Pinel, Griesinger e Kraepelin, entre outros (Shorter, 2015), foram de grande influência para a emergência

de sistemas como a *Classificação internacional de doenças* (CID) e o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM) – os mais utilizados na área da saúde mental, foco deste capítulo.

A CID é a classificação oficial para o diagnóstico e a comunicação acerca dos transtornos mentais da Organização Mundial da Saúde (OMS). Trata-se de um manual que apresenta descrições e orientações diagnósticas voltadas para todos os profissionais da saúde. Contudo, seu texto não estabelece propriamente critérios operacionais, e sim orientações com relação aos diagnósticos. A CID tem como proposta fornecer um registro das doenças e causas de mortalidade, permitindo a análise, o registro, a interpretação e a comparação entre países e culturas. Com esse manual, é possível classificar, monitorar e mapear a prevalência e a incidência não somente de transtornos mentais, mas também

de outras doenças e condições de saúde associadas, como as oncológicas e dermatológicas (World Health Organization [WHO], 2004).

Já o DSM, desenvolvido pela American Psychiatric Association (APA), é a classificação oficial estadunidense, embora também seja usado em diversos países. O DSM é utilizado, principalmente, por psiquiatras e psicólogos e possui, desde a sua terceira edição, um sistema baseado em diagnóstico operacional por meio da utilização de critérios diagnósticos específicos para cada categoria (Tyrer et al., 2014).

É evidente que esses sistemas de classificação, por suas propostas generalistas e pragmáticas, são instrumentos construídos e influenciados por um determinado momento histórico, político, econômico e, especialmente, filosófico, os quais não estão isentos de críticas (Millon & Simonsen, 2010). Entretanto, graças a essas críticas, esses sistemas de classificação são ferramentas úteis em diversos contextos, e sua constante revisão visa a atender às demandas da sociedade.

Os sistemas classificatórios, nesse sentido, são úteis a uma série de objetivos:

- A** Para a formulação de diagnóstico, comunicação e plano de intervenção: os sistemas classificatórios auxiliam na identificação de transtornos mentais, pois descrevem fenômenos que têm uma forma (sinais observáveis, sintomas relatados) que pode ser comum entre pessoas de diferentes nacionalidades. Eles foram construídos com base na experiência clínica e em outras evidências científicas, sinalizando possibilidades para o trabalho dos profissionais da saúde mental. São úteis também para a comunicação entre profissionais de diferentes áreas e facilitam o plano terapêutico integrado.
- B** Para a garantia e acesso a direitos previstos em lei: a partir do diagnóstico nosológico, em alguns casos, também é possível garantir direitos, possibilitar o acesso a políticas públicas de saúde e assistência e

assegurar melhores condições para o tratamento dos transtornos mentais. Por exemplo, um diagnóstico pode ser um ponto de partida para a aquisição do Benefício de Prestação Continuada (BPC), caso um indivíduo sofra de transtorno mental e se encontre em situação de vulnerabilidade financeira. Também pode ser útil para o remanejamento de um trabalhador que se encontre em situação de sofrimento em determinada função ou cargo, ou até mesmo para a garantia de direitos trabalhistas, caso eles sejam violados.

- C** Para a coleta de estatísticas e formulação de políticas públicas: utilizar categorias previamente delimitadas facilita a materialidade dos acometimentos em saúde mental. A reunião de informações permite à vigilância epidemiológica estabelecer prioridades de intervenção em saúde mental, considerando-se o prejuízo social observado. Por meio dessas técnicas, pode-se constatar que o sofrimento em saúde mental não é um mero evento individual.

Nesse sentido, os sistemas classificatórios têm evidente utilidade e aplicabilidade. Contudo, é válido citar que o adoecimento mental é extremamente multifacetado, e, assim, o entendimento sobre a condição de saúde do indivíduo que recebe um diagnóstico não pode estar dissociado do contexto no qual ele vive, o que envolve não só aspectos biológicos/genéticos, mas também políticos, sociais, econômicos e culturais. Por exemplo, o momento político local e o *status* socioeconômico individual podem contribuir, de forma positiva ou negativa, para o desenvolvimento e o curso de um transtorno mental. Pesquisas recentes têm demonstrado que existem fatores de risco transdiagnósticos (ou seja, associados a variadas categorias diagnósticas) para transtornos mentais, como baixa escolaridade e adversidades no desenvolvimento (Arango et al., 2021). Além disso, indivíduos classificados em uma mesma categoria diagnóstica têm particularidades e necessidades diferen-

tes, que dependem de fatores contextuais: tanto o adolescente em situação de vulnerabilidade social quanto o jovem do bairro de classe média podem sofrer de ansiedade; suas apresentações e necessidades, porém, podem ser muito distintas.

EVOLUÇÃO HISTÓRICO- -CONCEITUAL DA CID E DO DSM

O DSM e a CID, em suas respectivas edições, refletem o momento histórico no qual foram desenvolvidos. Compreender tais movimentos históricos pode ser útil para refletir criticamente sobre a evolução dos manuais e discutir sobre o futuro dos sistemas classificatórios, além de formular alternativas ou complementos a esses modelos.

CID E DSM-I

A história da CID remonta ao século XV, com o início dos registros de causas de morte na Itália e, no século seguinte, entre outros eventos, com a proposição de uma classificação de doenças na França. Porém, foi principalmente a partir da segunda metade do século XVII que médicos e outros profissionais passaram a discutir sobre a necessidade de conceber um sistema de classificação internacional para monitorar as causas de mortalidade (Hirsch et al., 2016).

Um dos motivos para a emergência dessa discussão residia nas questões políticas e econômicas do momento. Na Europa, por exemplo, o desenvolvimento das cidades industriais e o número elevado de doenças que assolavam a população, como a epidemia de cólera, trouxe questionamentos sobre as causas de mortalidade e mobilizou parte da sociedade a monitorar o problema (Alharbi et al., 2021). A CID, como é hoje conhecida, foi formulada a partir do trabalho de Jacques Bertillon, chamado de *The Bertillon Classification of Causes of Death*, publicado posterior-

mente, em 1893, com o nome de Lista Internacional de Causas de Morte (LICM, do inglês *International list of causes of death* [ICLD]) (Alharbi et al., 2021). A LICM teve o objetivo de contribuir para a saúde pública a partir de um manual compreensivo e estatístico, que incluía as causas de mortalidade da época (Kapadia et al., 2020). Esse sistema recebeu cinco alterações até 1938, quando foi publicada a LICM-5, ou ILCID-5, em inglês (Blashfield et al., 2010).

A Segunda Guerra Mundial (1939-1945) foi outro acontecimento que influenciou a discussão sobre a necessidade de uma comunicação diagnóstica mais uniforme. Durante esse período, os profissionais alegaram dificuldades no uso dos manuais, sob a justificativa de que os sistemas não abarcavam suas necessidades, especialmente relacionadas ao contexto de guerra (Widiger, 2019). Além disso, com as mudanças na organização política e econômica mundial, a OMS recebeu *status* de agência especializada em saúde. Assim, uma série de esforços foram realizados pelos países signatários da Organização das Nações Unidas (ONU) com o objetivo de coletar estatísticas acerca das causas de morte e de morbidade conhecidas, incluindo aquelas relacionadas aos transtornos mentais (Regier et al., 2020).

Após a guerra, o manual foi aprimorado, trazendo dados comparativos de saúde de diferentes países, e passou a ser intitulado *Classificação internacional de doenças, lesões e causas de morte* (CID-6) (World Health Organization [WHO], 1948). Nesse período, observou-se a criação de uma seção específica destinada aos transtornos mentais. De início, essa não foi uma seção amplamente aceita, pois inúmeros sistemas classificatórios já vinham sendo utilizados em diversos países (Stengel, 1959). Além disso, havia pouco entendimento a respeito do que seriam os distúrbios psiquiátricos e de como compreendê-los. Entre a sexta e a sétima edição do manual, ocorrida em 1955 (Regier et al., 2020), houve poucas alterações.

A primeira edição do DSM (DSM-I) foi desenvolvida justamente durante o período da Segunda Guerra Mundial por um comitê cujo objetivo era integrar e revisar sistemas classificatórios existentes no que se referia a transtornos psiquiátricos ou outros problemas relacionados. Em especial, a demanda era desenvolver um manual que pudesse ser utilizado pelos psiquiatras estadunidenses (Blashfield et al., 2010). O DSM-I foi publicado em 1952 e era bastante similar a outro sistema da época, desenvolvido pelo psicanalista William Menninger, chamado de *Medical 203* (Blashfield et al., 2010). Adotado pelas forças armadas, tinha por base princípios meyerianos e freudianos, correntes que entendiam as doenças como reações da personalidade a diversas circunstâncias de vida e como produtos de forças mentais inconscientes, respectivamente (Pichot, 1994). Nesse sentido, grande parte do manual era destinada a descrever tais reações, enquanto uma pequena seção apresentava a deficiência mental, os transtornos psicóticos e os transtornos afetivos (Aftab & Ryznar, 2021).

Apesar dessas influências, o DSM-I também refletia interesses particulares dos psiquiatras da época e estava alinhado com a abordagem pragmática compartilhada por eles (Kapadia et al., 2020). Ideias advindas do popular sistema de classificação kraepeliano também tinham espaço na formulação do manual. Emil Kraepelin, ao estudar seus pacientes hospitalizados, investigou os sinais e sintomas essenciais capazes de caracterizar cada transtorno, dando ênfase à etiologia, à história familiar e, principalmente, ao curso clínico para compreender as entidades categóricas (Blashfield et al., 2010). Portanto, o DSM-I tinha por característica o ecletismo em termos de referenciais, embora, na história dos manuais, tenha sido apresentado como essencialmente psicanalítico (Aragona, 2015).

O manual publicado foi organizado em duas grandes categorias (desordens orgânicas e psicogênicas) e em três grandes grupos: as psicoses, as neuroses e as desordens

do caráter. Nessa primeira edição, as categorias ainda eram bastante vagas intencionalmente, já que se buscava aumentar a utilidade clínica do sistema classificatório sem que fossem determinados limites estritos para diferenciar os transtornos (Blashfield et al., 2010).

CID-8 E DSM-II

Em 1959, Stengel apontou a necessidade de definições padronizadas e de um sistema unificado de classificação dos transtornos mentais para facilitar e ampliar a utilidade clínica da CID. Isso porque a comunicação entre clínicos e pesquisadores era escassa, e poderia ser ampliada com um sistema de classificação mais uniforme. Embora as sugestões de Stengel tenham sido propostas na década de 1950, foi somente na oitava edição da CID, aprovada em 1965, elas foram incorporadas por meio da publicação de um glossário de termos para auxiliar no aprofundamento de definições (Kramer et al., 1979).

Em razão da aproximação cronológica dos manuais, em 1968 foi publicado o DSM-II (American Psychiatric Association [APA], 1968), considerado uma versão estadunidense da CID-8. O DSM-II pouco se diferenciou da edição anterior, a não ser pelo fato de que houve uma maior aproximação do manual com as perspectivas biológicas acerca dos transtornos mentais, como uma forma de trazer uma abordagem mais “ateórica”, apesar de terem sido mantidas as nomenclaturas usuais da psicodinâmica (Kapadia et al., 2020). A literatura aponta, ainda, que o principal objetivo do DSM-II foi sociopolítico, na medida em que era uma tentativa de reunir os psiquiatras a partir de um acordo sobre as nomenclaturas para as doenças investigadas. Naquele período, muitos referiam a dificuldade de estabelecer uma linguagem comum e convergente sobre os diagnósticos de seus pacientes (Blashfield et al., 2010).

Nesse sentido, podem ser observadas muitas semelhanças entre a CID-8 e o DSM-II.

Contudo, o manual da OMS era basicamente uma organização de nomenclaturas, sem definições, enquanto, com o objetivo de tornar o sistema mais prático, definições foram incorporadas ao DSM-II (Blashfield et al., 2010).

CID-9 E DSM-III

A CID-9 foi aprovada em 1975, tendo sua implementação total em 1979. Essa edição continha uma reorganização das classificações para transtornos depressivos, transtornos mentais orgânicos e transtornos da infância, além de um maior aprofundamento, para além das nomenclaturas, sobre os quadros clínicos. O manual apresentava um glossário como uma de suas principais inovações, e o objetivo era encorajar o uso mais uniforme de termos diagnósticos a partir das sugestões de Stengel (Kramer et al., 1979).

O DSM-III, por sua vez, foi publicado em 1980 (American Psychiatric Association [APA], 1980) e foi largamente influenciado pelas ideias de Feighner, as quais incentivaram o uso de critérios diagnósticos operacionais, resgataram a ênfase no curso clínico e no desfecho dos transtornos e evidenciaram a necessidade de basear esses critérios em evidências empíricas disponíveis (Widiger, 2019). A terceira edição do manual foi desenvolvida com o objetivo de contemplar as questões sociais emergentes das décadas anteriores, produzidas no contexto dos movimentos antipsiquiátricos e de direitos dos homossexuais, e de suportar a perda de espaço que a psiquiatria psicodinâmica vinha sofrendo, bem como o aumento da descrença na psicoterapia (Mayes & Horwitz, 2005). Assim, buscou apresentações descritivas úteis para o reconhecimento dos transtornos pelos psiquiatras, não importando a orientação teórica do profissional. Também passou a apresentar uma categorização com relação à etiologia dos transtornos mentais cujas explicações eram variáveis ou desconhecidas (APA, 1980). A publicação do DSM-III foi considerada revolucionária por muitos.

As categorias diagnósticas passaram de 182, no DSM-II, para 265, no DSM-III, e o manual, cinco anos após sua publicação, já havia sido traduzido para mais de 16 idiomas (Blashfield et al., 2010).

No DSM-III, foi instituído um sistema multiaxial para avaliação diagnóstica, já que muitas críticas foram feitas a respeito da organização dos manuais anteriores, que tentavam padronizar as classificações. O sistema multiaxial representava uma mudança no modo como se compreendiam os fatores associados aos transtornos, reforçando uma abordagem ampliada que incluía aspectos biopsicossociais. Portanto, os pacientes passaram a ser avaliados em um sistema de cinco eixos: os dois primeiros eram de transtornos mentais e da personalidade/desenvolvimento e os demais qualificavam outras doenças, fatores estressores e funcionalidade. Assim, cada indivíduo avaliado recebia pelo menos cinco códigos, divididos entre os cinco eixos da avaliação, conforme pode ser visto na Tabela 1.1.

A partir de 1982, a OMS, junto de organizações de outros países e de departamentos de saúde dos Estados Unidos, passou a discutir acerca do estabelecimento de uma maior convergência entre os manuais. Em 1987, foi publicado o DSM-III-R, e, com o acesso a pesquisas atualizadas, incluída uma definição de transtorno mental. Foram realizadas alterações em critérios diagnósticos e nomenclaturas, reorganização de categorias e inclusão de novos transtornos, como os transtornos do sono e a tricotilomania (American Psychiatric Association [APA], 1987). Entre algumas críticas a essa edição, os pesquisadores ressaltam os vieses de gênero na formulação, especialmente dos transtornos da personalidade, a falta de clareza sobre algumas definições e o aumento considerável no número de comorbidades decorrentes da retirada do critério de exclusão de categorias (Kapadia et al., 2020). Além disso, o DSM-III foi criticado por representar a cultura ocidental (e, principalmente, estadunidense).

TABELA 1.1**SISTEMA MULTIAXIAL INAUGURADO NO DSM-III**

SISTEMA MULTIAXIAL	TRANSTORNOS	EXEMPLO DE CODIFICAÇÃO (DE UM MESMO INDIVÍDUO)
Eixo I	Transtornos mentais Outras condições de interesse clínico	Transtorno depressivo maior Abuso de substâncias
Eixo II	Transtornos da personalidade "Retardo" mental (transtornos específicos do desenvolvimento)	Transtorno da personalidade paranoide
Eixo III	Desordens ou condições orgânicas/físicas	Diabetes tipo II
Eixo IV	Severidade dos estressores psicossociais	Nível 3: estressor moderado/ mudança na carreira
Eixo V	Nível de funcionamento adaptativo no último ano (social, trabalho e lazer)	Nível 3: Bom/poucos prejuízos ocupacionais

Nota: No DSM-IV e no DSM-IV-TR, os eixos IV e V têm nomenclatura/função diferente das apresentadas aqui. O eixo IV avaliava problemas psicossociais e ambientais e o eixo V referia-se à avaliação global de funcionalidade (AGF). A AGF era constituída de uma escala, que variava de 0 a 100, na qual o clínico pontuava para avaliar funcionalidade. Ela está em desuso desde o lançamento do DSM-5, pois compreendeu-se que não mensurava funcionalidade e tinha baixa utilidade clínica.

Fonte: American Psychiatric Association (1980).

CID-10 E DSM-IV

Na mesma época da publicação do DSM-III-R, iniciou-se o desenvolvimento da décima edição da CID (CID-10). Os esforços iniciais resultaram em uma primeira versão, em 1992, embora a data de aprovação tenha sido anterior. Essa foi a primeira de uma série de publicações referentes ao capítulo V (transtornos mentais e comportamentais), que incluiu critérios diagnósticos para pesquisadores, uma versão para profissionais da saúde e atenção primária, uma apresentação multiaxial e referências cruzadas que informam sobre os códigos de edições anteriores (World Health Organization [WHO], 1992).

Para cada transtorno havia descrições clínicas principais, e para a maioria das categorias existiam orientações para guiar o diagnóstico. Com o intuito de ser útil de forma ge-

neralizada, as descrições e orientações eram formuladas de maneira que houvesse flexibilidade para o raciocínio clínico. A CID não se propunha (e não se propõe) a realizar explicações teóricas sobre os diagnósticos nem a apresentar de forma extensiva informações sobre os transtornos mentais. A classificação também apresentava notas explicativas sobre as mudanças de nomenclatura entre uma edição e outra (WHO, 1992).

Entre as principais diferenças entre CID-9 e CID-10, destaca-se o aumento de categorias e o abandono da divisão entre transtornos psicóticos e neuróticos, que ocorria na classificação anterior. Em vez disso, os transtornos foram agrupados por semelhanças temáticas e descritivas, o que ampliou a conveniência no uso do manual. Novas categorias nos transtornos psicóticos foram incluídas, bem como mudanças na estrutura e nomenclatu-

ra dos transtornos afetivos (do humor) foram realizadas (WHO, 1992). No geral, a CID-10 foi amplamente aceita e adotada pelos países, tornando-se referência para a comunicação em saúde.

Já o DSM-IV (e o DSM-IV-TR, posteriormente), surgiu com o objetivo de ser mais congruente com o que estava sendo discutido e apresentado na CID-10. A grande mudança do DSM-III para o DSM-IV (e DSM-IV-TR) residiu no maior enfoque em uma classificação baseada em evidências empíricas. Além disso, foram discutidos e incorporados aspectos culturais e étnicos (Aragona, 2015), ainda que esse processo tenha sido mais evidente na edição seguinte. Entre as críticas a essas edições do DSM estão as altas taxas de comorbidades entre os transtornos da personalidade e a falta de clareza nos pontos de corte para os diagnósticos, o que poderia resultar em falso-positivos (Kapadia et al., 2020).

CID-11 E DSM-5

Após a publicação da CID-10 e do DSM-IV-TR, continuaram surgindo algumas críticas sobre os manuais, processo que naturalmente desencadeia a necessidade de alterações futuras. Por exemplo, discutia-se (e ainda se discute) que a maioria dos diagnósticos de transtornos mentais é classificado pelos clínicos em categorias como “outro transtorno não especificado”, provavelmente devido à dificuldade de utilização dos critérios e à forma de observação dos fenômenos na prática. Outro problema diz respeito à grande heterogeneidade intragrupo, em que dois indivíduos com o mesmo diagnóstico podem apresentar sinais e sintomas distintos (Reed, 2010). Um mesmo indivíduo pode, ainda, apresentar diversos diagnósticos de transtornos mentais, problemática que se refere à alta comorbidade das entidades categóricas, colocando em questão a suposta independência das categorias diagnósticas. Além disso, as pesquisas demonstraram que um mesmo tratamento pode servir a diversos diagnósti-

cos, bem como as entidades/categorias diagnósticas atuais não são as melhores preditoras de resposta ao tratamento (Insel et al., 2010; Reed, 2010).

Os sistemas classificatórios vigentes (DSM-5 e CID-11) foram aprimorados em razão das fragilidades e inconsistências assinaladas a partir do seu uso, da prática clínica e de pesquisas mais recentes nos mais diversos campos (p. ex., psicopatologia, genética, neurociência e ciência comportamental). Observamos, na formulação do DSM-5 e da CID-11, alguns aspectos importantes, como a preocupação com a utilidade clínica dos sistemas e com a validade dos diagnósticos, que influenciam o campo para maior abertura e discussão sobre a dimensionalidade dos transtornos mentais, e a importância de considerar o funcionamento e o nível de severidade dos transtornos.

Nesse sentido, a construção e posterior publicação do DSM-5 em 2013 (American Psychiatric Association [APA], 2014), pautou-se em ampliar as possibilidades de utilização do manual na prática. Um dos grandes avanços foi a inclusão de uma seção destinada a um modelo alternativo-híbrido dimensional para os transtornos da personalidade, evidenciando a tendência a considerar a dimensionalidade, ainda que de forma complementar e adicional em vez de substituta. Outros indicativos são as conceitualizações do transtorno do espectro autista e os transtornos do espectro da esquizofrenia (Widiger, 2019).

Uma grande mudança no DSM-5 foi o fim do sistema multiaxial, implementado a partir do DSM-III (Tabela 1.1). Para o grupo de trabalho que construiu essa nova versão, a subdivisão entre os eixos de transtornos mentais era pouco fidedigna e tinha baixa utilidade clínica (APA, 2014). Os eixos I, II e III comumente eram confundidos, e por não haver diferenças tão significativas que justificassem sua subdivisão, foram simplificados, bastando, em vez de separar, descrever os transtornos mentais, do neurodesenvolvimento e da personalidade, bem como as

outras condições médicas. Além disso, o eixo de avaliação de funcionamento usava um sistema de medida de deficiência/funcionalidade que enumerava um valor conforme os sintomas, quando deveria avaliar os prejuízos na funcionalidade (p. ex., ideação suicida como avaliação de funcionalidade, quando o que importa é o quanto esse sintoma interfere no cotidiano da pessoa). Para avaliar funcionalidade, a APA passou a recomendar o uso da *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde* (CIF), da OMS (Regier, 2011).

Também houve alterações importantes em grupos de transtornos e inclusão de evidências sobre a natureza de transtornos como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno bipolar e transtorno obsessivo-compulsivo, entre outros (Regier, 2011). Além disso, o DSM-5 avançou nas formulações que consideram as diferenças entre culturas, oferecendo até mesmo um apêndice sobre esses aspectos (Widiger, 2019). Atualizações na terminologia e na compreensão dos transtornos também foram implementadas, com o abandono de denominações pejorativas, como retardo mental. Contudo, entre as críticas, encontram-se o aumento das categorias, que poderia não implicar em maior aplicabilidade aos clínicos, e a pouca convergência entre os achados genéticos e neurocientíficos e as entidades diagnósticas formuladas (Kapadia et al., 2020).

A CID-11, por sua vez, aprovada em 2019 e oficialmente vigente em 2022, deu mais um passo na história dos sistemas de classificação. Em comparação à edição anterior, avançou em diversos pontos, com vistas a ampliar sua aplicabilidade global, a fortalecer a validade dos diagnósticos e a aprimorar sua utilidade clínica. A edição é completamente digital e permite aos clínicos a utilização de 17 mil códigos diferentes, com 120 mil termos codificáveis. Foram introduzidos novos diagnósticos, como transtorno de acumulação, transtorno de escoriação e transtorno explosivo intermitente, já incluídos no DSM-5. No-

vos diagnósticos, não presentes no manual da APA, foram introduzidos na CID-11, como o transtorno de estresse pós-traumático complexo (TEPT complexo) (Gaebel et al., 2020). A CID-11 também refinou critérios diagnósticos existentes, como no caso do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

Avanços foram observados na ênfase em uma perspectiva dimensional, embora a nova classificação tenha mantido de forma abrangente a perspectiva categórica anterior. Um exemplo dessa mudança de perspectiva refere-se aos transtornos da personalidade, cuja abordagem tornou-se inteiramente dimensional, com foco em níveis de severidade. A dimensionalidade e abordagem que preconiza maior especificidade é observada nos episódios depressivos, que recebem qualificadores em termos de presença de sintomas específicos (Gaebel et al., 2020). Por fim, a CID-11, em sua versão de 2022, incrementa o conhecimento clínico por trazer informações de curso, culturais, de limites e relacionadas à cultura, à severidade dos sintomas, à descrição do quadro e a auxílio no diagnóstico. Essa ferramenta é relativamente recente e não estava presente na CID-10.

Em comparação, os dois manuais atuais (CID-11 e DSM-5) apresentam maior convergência em relação aos seus antecessores e correspondentes. Em estudo de First et al. (2021), comparou-se as 103 categorias diagnósticas que aparecem em ambos os sistemas. Entre elas, apenas 20 entidades nosológicas apresentaram grandes diferenças com relação aos seus critérios e descrições, como é o caso dos transtornos da personalidade e dos transtornos relacionados a trauma e a estressores. Além disso, quase metade das categorias diagnósticas apresentou apenas pequenas diferenças, e 30% das categorias eram essencialmente idênticas. Ou seja, atualmente, os dois manuais são mais semelhantes do que jamais foram e englobam o maior nível possível de evidências em suas formulações.

Em 2022, foi publicada a versão revisada do DSM-5 (DSM-5-TR) (American Psychia-

tric Association [APA], 2022). Com o intuito de tornar os diagnósticos harmônicos com a CID-11, foram incluídos o transtorno do luto prolongado e o transtorno do humor não especificado (para quem não preenche critérios de depressão ou transtorno bipolar). Em “Outras condições que podem ser foco da atenção clínica”, novos códigos foram adicionados para avaliação do comportamento suicida e da autolesão não suicida. Houve mudanças nas terminologias de muitos transtornos, especialmente nos transtornos do desenvolvimento (deficiência intelectual passa a ser transtorno do desenvolvimento intelectual) e no capítulo sobre disforia de gênero (falasse de gênero experienciado em vez de gênero designado). Também foram considerados os impactos culturais, do racismo e de outras discriminações nos transtornos mentais (APA, 2022).

Por fim, foram modificados critérios para melhor compreensão nos transtornos do espectro autista, transtornos bipolares, transtornos ciclotímicos, transtornos depressivos maiores, transtornos depressivos persistentes, TEPT em crianças, transtorno alimentar restritivo/evitativo, *delirium*, transtornos induzidos por substâncias e síndrome psicótica atenuada, esta última em condições para

futuros estudos (Moran, 2022). Dada a publicação recente do DSM-5-TR, seus impactos, bem como as modificações, ainda devem ser mais bem estudados. Contudo, é evidente que há um esforço intelectual para aproximar ao máximo a revisão do DSM-5 com as proposições dos manuais da OMS.

MODELOS ALTERNATIVOS AOS SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS

Embora muitos avanços ainda sejam necessários em relação à consistência interna dos diagnósticos e outras questões pertinentes, observamos que tanto o DSM como a CID constituem-se como ferramentas úteis à pesquisa e à clínica. Os manuais contribuíram, progressivamente, por meio de pesquisa, para a compreensão a respeito dos fatores neurobiológicos envolvidos na etiologia e no desenvolvimento dos transtornos mentais (Insel et al., 2010). Contudo, nas últimas décadas, especialmente com o avanço das neurociências e da genômica, a discussão acerca da distância entre os fenômenos observados na clínica e os mecanismos biológicos envolvi-

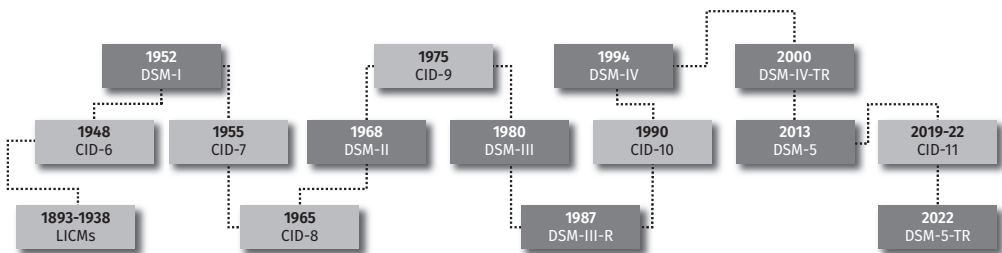


FIGURA 1.1

Linha do tempo CID e DSM.

Nota: LICM = Lista Internacional de Causas de Morte; CID = *Classificação internacional de doenças*; DSM = *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*.

Para melhor compreensão, foram utilizadas as datas de aprovação das classificações pela Organização Mundial da Saúde, em vez da efetiva data de uso ou publicação, em função da variabilidade.

dos tem se intensificado. As pesquisas têm mostrado que não é possível determinar sinais e sintomas específicos e exclusivos de cada transtorno, da mesma forma que diversos mecanismos biológicos são comuns a uma ampla gama de categorias diagnósticas (Insel et al., 2010). Nesse sentido, uma série de modelos alternativos/adicionais a sistemas classificatórios categóricos tem sido propostos.

Um exemplo de sistema alternativo é o *Research Domain Criteria* (RDoC) (Insel et al., 2010). O RDoC não tem o intuito de substituir os sistemas classificatórios vigentes, e sim o de estudar o funcionamento (tanto o normal quanto o patológico) e a saúde mental dos indivíduos por meio de diferentes domínios (p. ex., sistemas cognitivos e processos regulatórios), que incluem diferentes unidades de análise. Um dos objetivos do RDoC é identificar mecanismos cerebrais capazes de colaborar para a compreensão dos transtornos mentais. Nesse caso, especialmente, entende-se que os transtornos mentais são provenientes de alterações em circuitos cerebrais.

Iniciativas pautadas em solucionar velhos problemas dos sistemas classificatórios categóricos, como o da grande heterogeneidade intragrupo e o da alta taxa de comorbidade das categorias, também foram desenvolvidas. Exemplo disso é o consórcio *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (HiTOP) (Kotov et al., 2017), que busca explicar os transtornos mentais a partir de um modelo dimensional no qual eles são classificados em diversos níveis, em uma complexa hierarquia. A proposta é a de que existe um fator geral comum aos transtornos mentais, que fica no topo da hierarquia e seria responsável por explicar casos difusos de sinais, sintomas e traços psicopatológicos. O segundo nível hierárquico contém os superespectros que são responsáveis por explicar quadros psicopatológicos difusos dentro de um conjunto específico de sinais, sintomas e traços psicopatológicos. O modelo propõe três superespectros: disfunção emocional (Watson et al., 2022), psicose

(Kotov et al., 2020) e externalizante (Krueger et al., 2021). Na terceira camada da hierarquia, estão os espectros que compreendem os domínios gerais da estrutura dos transtornos mentais, incluindo as dimensões somatoforme, internalizante, transtornos do pensamento, distanciamento, externalizante desinibido e externalizante antagonista. A quarta camada da hierarquia é caracterizada por fatores específicos dos espectros que agrupam sinais, sintomas e traços específicos (p. ex., os fatores, medo e *distress* do espectro internalizante). O quinto nível da hierarquia, ainda em estudo, consiste de síndromes empíricas, as quais incluem facetas que representam os fatores do nível anterior (quarto nível). Por fim, no sexto nível, estão os sintomas e traços mal-adaptativos específicos, como insônia, tristeza, medo de sair de casa, etc. Essa abordagem permite que médicos e pesquisadores se concentrem nos sintomas mais detalhados ou avaliem problemas mais amplos conforme necessário (Kotov et al., 2017). Os Capítulos 18 e 19 apresentam mais detalhadamente os modelos HiTOP e RDoC, respectivamente.

OS SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS E AS PERSPECTIVAS FUTURAS

Em geral, consideramos que o DSM é um sistema classificatório particularmente útil na prática clínica, em especial para psicólogos e psiquiatras. A CID, por sua vez, pode ser considerada o sistema classificatório atual com maior utilidade clínica para um contexto global de intervenção e comunicação em saúde mental. Ambos os manuais podem fornecer informações e orientações que guiam tratamentos e promovem o planejamento de políticas públicas e de intervenções nas mais diversas esferas. Já modelos taxonômicos alternativos ou neurocientíficos (p. ex., HiTOP e RDoC) são particularmente úteis pa-

ra o avanço da compreensão acerca de aspectos etiológicos e contextuais dos transtornos mentais, embora tenham, por enquanto, menor aplicabilidade do que os manuais.

Para o futuro, é esperado que os sistemas classificatórios, como a CID e o DSM, se mantenham atualizados, para que possam se aproximar cada vez mais das necessidades da prática, ampliando sua utilidade clínica, especialmente para a previsão e a formulação de tratamentos mais adequados. A manutenção de abordagens categóricas que tenham maior correspondência com os fenômenos reais, associada à utilização de instrumentos, avaliações e abordagens dimensionais para guiar os tratamentos, pode ser uma alternativa para o futuro, e isso tem sido discutido (Gaebel et al., 2020). Também é necessário pensar em classificações psiquiátricas pluralistas, que coexistam e contribuam para o acúmulo de evidências, mas que sejam formuladas de modo a permitir maior entendimento e precisão a respeito dos fundamentos teóricos e metodológicos empregados (Aftab & Ryznar, 2021). Widiger (2019) ressalta que é necessário considerar os transtornos mentais a partir de perspectivas biológicas, psicológicas e culturais, utilizando-se de um conhecimento compreensivo alicerçado em uma série de níveis. Nesse sentido, perspectivas reducionistas podem não capturar a essência e a variabilidade dos fenômenos observados.

Também é válido citar que as chamadas explicações compositivas¹ têm contribuído enormemente para ampliar a compreensão do adoecimento mental, com a melhor exploração etiológica, clínica e dos possíveis tratamentos – causa, composição, contexto e consequências (Hawkins-Elder & Ward, 2021). A abordagem transdiagnóstica, ou seja, aquela que entende sintomas comuns a diferentes transtornos mentais e que, no modelo cate-

górico, leva à adição das comorbidades, também tem sido explorada a partir de modelos já citados.

A tecnologia, sem sombra de dúvidas, será uma grande aliada nesse futuro. Por meio de dados e evidências robustas, ela poderá permitir maior agilidade e assertividade nos diagnósticos, possibilitando, assim, melhor planejamento dos tratamentos e dos sistemas de saúde voltados à saúde mental dos indivíduos. Por exemplo, com o avanço nas áreas da tecnologia da informação, *data analytics* e *machine learning*, os diagnósticos poderão incluir informações clínicas, estatísticas, históricas e contextuais, permitindo maior acurácia. Essas mesmas tecnologias podem ser utilizadas para fins didáticos e educacionais na área, possibilitando aos egressos dos cursos de psicologia, psiquiatria e áreas afins estarem mais bem preparados para a atuação profissional, inclusive aprimorando os modelos preditivos a partir de diferentes perspectivas diagnósticas.

Um exemplo de pesquisa nesse campo é o estudo que buscou a predição de diagnósticos psicopatológicos por meio de análise exploratória de dados e redes neurais (Dolce et al., 2020). Seis especialistas da área de avaliação psicológica criaram um questionário de 260 itens, com resposta dicotômica, para avaliar os sinais e sintomas dos principais transtornos mentais presentes nos manuais diagnósticos internacionais, como a CID e o DSM. A implementação dessa tecnologia permitiu refinar quais perguntas eram mais importantes para avaliar traços psicopatológicos e com 100 questões a menos, foi possível chegar ao mesmo resultado e com uma acurácia maior do que o instrumento original (88,5 *versus* 74,4%) (Dolce et al., 2020).

Outro estudo discutiu a importância do uso de *machine learning* para que a psicologia possa se tornar, além de explicativa, preditiva, ou seja, que possa compreender fenômenos passados e também, com certa acurácia, prever comportamentos futuros (Yarkoni & Westfall, 2017). Isso possibilitaria aos profis-

¹ Traduzido livremente pelos autores, do inglês *compositional explanations*.

sionais da área da saúde, além de novos métodos e formatos de pesquisa, uma preparação mais eficaz para auxiliar pacientes com comportamentos de risco, como ideação suicida ou tentativas de suicídio. Considerando a baixa acurácia das escalas de detecção de risco, pesquisadores aplicaram a técnica de *machine learning* a uma grande base de dados médica para desenvolver um modelo preditivo desses comportamentos (Walsh et al., 2017). Com o uso de mais de 5 mil casos, que apresentavam a avaliação de profissionais da área para a definição de parâmetros e o registro de autolesão e tentativa de suicídio, foi possível desenvolver um algoritmo com acurácia de 84% na predição de comportamentos de risco e precisão de 79%. Muito mais do que números, são dados que podem salvar vidas, definir e orientar práticas estratégicas no manejo dos casos e possibilitar uma atuação mais eficaz em saúde mental (Walsh et al., 2017).

Esse talvez seja o futuro dos próprios manuais, que receberão atualizações constantes e trabalharão com uma massa de dados viva e mundialmente integrada. A própria ferramenta de avaliação poderá, a partir de dados globais e regionais, sugerir as melhores práticas clínicas e os tratamentos mais aderentes para determinado perfil, levando em conta a minúcia e a especificidade de cada paciente. Vale ressaltar que essas reflexões são apenas um exercício de imaginação acerca do futuro no horizonte da medicina e da psicologia. E para que possamos experimentar todas as possibilidades dos futuros (no plural) possíveis, precisamos agir no agora. Nesse sentido, os sistemas classificatórios tradicionais são, sem dúvida, importantes ferramentas na área da saúde mental. Aliados a maior pluralidade de perspectivas, como os novos modelos e abordagens dimensionais, neurocientíficas e transdiagnósticas, e ao avanço tecnológico e de análise de dados complexos, é possível que os sistemas de classificação avancem no entendimento, na formulação e no tratamento dos transtornos mentais.

Investir em projetos interdisciplinares que possam conjugar o conhecimento técnico das ciências com os avanços digitais é um dos passos nesse caminho. Incentivar a parceria entre laboratórios de pesquisa e aproximar cada vez mais a academia de projetos que busquem soluções para beneficiar a saúde mental é fundamental. Essa aproximação permite que a contribuição social da ciência e da pesquisa chegue em quem mais precisa, de forma mais rápida e ampliada.

O desafio é tornar cada vez mais acessíveis essas novas formas de compreender o adoecimento mental e o funcionamento geral dos indivíduos, seja na pesquisa ou na prática clínica. Isso permitiria o constante avanço na busca da compreensão de toda a complexidade do adoecimento mental e, consequentemente, no desenvolvimento de intervenções mais efetivas na promoção da saúde mental, na prevenção de agravos e nos tratamentos. Dessa forma, nos distanciamos da explicação pura e simples de que “os fenômenos são complexos” e nos aproximamos mais do conhecimento dos múltiplos fatores (individuais, sociais, contextuais) que levam ao adoecimento mental. Esse avanço poderá possibilitar uma prática mais assertiva e uma melhor compreensão por parte do paciente sobre os fatores envolvidos no seu adoecimento, proporcionando maior autonomia e participação no tratamento.

Esses são apenas alguns dos benefícios que podemos alcançar a partir do investimento na pesquisa científica sobre os transtornos mentais. O importante é que, assim como os manuais, sigamos avançando e nos atualizando, preenchendo as lacunas, corrigindo os erros e estando sempre abertos ao novo.

REFERÊNCIAS

Aftab, A., & Ryznar, E. (2021). Conceptual and historical evolution of psychiatric nosology. *International*

- Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 33(5), 486-499.
- Alharbi, M. A., Isouard, G., & Tolchard, B. (2021). Historical development of the statistical classification of causes of death and diseases. *Cogent Medicine*, 8(1), 1893422.
- American Psychiatric Association (APA). (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II*.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III* (3. ed). Artmed.
- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R* (3rd ed., rev.).
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Artmed.
- American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (5th ed., rev.).
- Aragona, M. (2015). Rethinking received views on the history of psychiatric nosology: Minor shifts, major continuities. In P. Zachar, D. Stoyanov, M. Aragona, & A. V. Zhablenski (Orgs.), *Alternative perspectives on psychiatric validation: DSM, ICD, RDoC, and beyond* (1st ed., pp. 27-46). Oxford University.
- Arango, C., Dragioti, E., Solmi, M., Cortese, S., Domschke, K., Murray, R. M., ... Fusar-Poli, P. (2021). Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: An evidence-based atlas. *World Psychiatry*, 20(3), 417-436.
- Blashfield, R. K., Flanagan, E., & Raley, K. (2010). Themes in the evolution of the 20th-century DSMs. In T. Millon, R. F. Krueger, & E. Simonsen (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11* (pp. 53-71). Guilford.
- Dolce, P., Marocco, D., Maldonato, M. N., & Sperandio, R. (2020). Toard a machine learning predictive-oriented approach to complement explanatory modeling. An application for evaluating psychopathological traits based on affective neurosciences and phenomenology. *Frontiers in Psychology*, 11, 446.
- First, M. B., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Kogan, C. S., Saunders, J. B., ... Reed, G. M. (2021). An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry*, 20(1), 34-51.
- Gaebel, W., Stricker, J., & Kerst, A. (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(1), 7-15.
- Hawkins-Elder, H., & Ward, T. (2021). Describing disorder: The importance and advancement of compositional explanations in psychopathology. *Theory & Psychology*.
- Hirsch, J. A., Nicola, G., McGinty, G., Liu, R. W., Barr, R. M., Chittle, M. D., & Manchikanti, L. (2016). ICD-10: History and context. *American Journal of Neuroradiology*, 37(4), 596-599.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751.
- Kapadia, N., Moineau, B., & Popovic, M. R. (2020). Functional electrical stimulation therapy for retraining reaching and grasping after spinal cord injury and stroke. *Frontiers in Neuroscience*, 14, 718.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477.
- Kotov, R., Jonas, K. G., Carpenter, W. T., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., ... HiTOP Utility Workgroup. (2020). Validity and utility of hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): I. Psychosis superspectrum. *World Psychiatry*, 19(2), 151-172.
- Kramer, M., Sartorius, N., Jablensky, A., & Gulbinat, W. (1979). The ICD-9 classification of mental disorders: A review of its development and contents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59(3), 241-262.
- Krueger, R. F., Hobbs, K. A., Conway, C. C., Dick, D. M., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., ... HiTOP Utility Workgroup. (2021). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): II. Externalizing superspectrum. *World Psychiatry*, 20(2), 171-193.
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249-267.
- Millon, T., & Simonsen, E. (2010). A précis of psychopathological history. In T. Millon, R. F. Krueger, & E. Simonsen (Orgs.), *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11* (pp. 3-52). Guilford.
- Moran, M. (2022). Updated DSM-5 text revisions to be released in march. *Psychiatric News*, 57(01), appi.pn.2022.1.20.
- Pichot, P. (1994). Nosological models in psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 164(2), 232-240.
- Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's International Classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 457-464.
- Regier, D. A. (Org.). (2011). *The conceptual evolution of DSM-5*. American Psychopathological Association.
- Regier, D. A., Goldberg, D. P., Reed, G. M., & Üstün, B. T. (2020). DSM-5 and ICD-11 classifications. In J. R. Geddes, N. C. Andreasen, & G. M. Goodwin (Orgs.), *New Oxford textbook of psychiatry* (pp. 51-61). Oxford University.
- Shorter, E. (2015). The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(1), 59-67.
- Stengel, E. (1959). Classification of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 21, 601-663.

- Tyrer, P., Crawford, M., Sanatnia, R., Tyrer, H., Cooper, S., Muller-Pollard, C., Weich, S. (2014). Preliminary studies of the ICD-11 classification of personality disorder in practice. *Personality and Mental Health*, 8(4), 254-263.
- Walsh, C. G., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2017). Predicting risk of suicide attempts over time through machine learning. *Clinical Psychological Science*, 5(3), 4.
- Watson, D., Levin-Aspenson, H. F., Waszczuk, M. A., Conway, C. C., Dagleish, T., Dretsch, M. N., HiTOP Utility Workgroup. (2022). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional dysfunction superspectrum. *World Psychiatry*, 21(1), 26-54.
- Widiger, T. A. (2019). Classification and diagnosis historical development and contemporary issues. In J. E. Maddux, & B. A. Winstead (Orgs.), *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (5th ed., pp. 109-124). Routledge.
- World Health Organization. (1948). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death: Sixth revision of the international lists of diseases and causes of death, adopted 1948*.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*.
- World Health Organization. (2004). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th rev., 2nd ed.).
- Yarkoni, T., & Westfall, J. (2017). Choosing prediction over explanation in psychology: Lessons from machine learning. *Perspectives on Psychological Science*, 12(6), 1100-1122.