

CID e DSM: breve percurso histórico das classificações dos transtornos mentais

ICD and DSM: a brief historical tour of the classifications of mental disorders

ICD y DSM: un breve recorrido histórico por las clasificaciones de los trastornos mentales

Maria do Socorro Mendes Côrtes*

Carla Cristie de França Silva**

Resumo

O objetivo deste artigo é relatar o percurso histórico das principais classificações de transtornos mentais: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS), e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) da Associação Americana de Psiquiatria (APA), consideradas modelos hegemônicos em vários países. Compreender a maneira de se estabelecer um diagnóstico psiquiátrico auxilia os profissionais de saúde mental a adquirirem uma visão ampla sobre a forma como os critérios são estabelecidos e favorece a instauração de terapêuticas apropriadas.

Palavras-chave: CID; DSM; Transtorno mental.

Abstract

The aim of this article is to report the historical background of the main classifications of mental disorders, the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), of the World Health Organization,

* Universidade Católica de Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0836-8120>
E-mail: socorrocoertes@gmail.com

** Universidade Católica de Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9784-3498>.
E-mail: carlacristie@gmail.com

and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) of the American Psychiatric Association (APA), considered hegemonic models in several countries. Understanding the way to establish a psychiatric diagnosis helps mental health professionals to acquire a broad view of how the criteria are established and favors the introduction of appropriate therapies.

Keywords: ICD; DSM; Mental disorder.

Resumen

El objetivo de este artículo es reportar la trayectoria histórica de las principales clasificaciones de los trastornos mentales: la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Trastornos Mentales (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), considerados modelos hegemónicos en varios países. Comprender cómo establecer un diagnóstico psiquiátrico ayuda a los profesionales de la salud mental a adquirir una visión amplia de la forma en que se establecen los criterios y favorece el establecimiento de terapias adecuadas.

Palabras clave: CIE; DSM; Trastorno mental.

1. INTRODUÇÃO

Compreender o histórico das classificações de doenças torna-se importante ao estudar um transtorno mental, pois diagnósticos confiáveis são importantes para recomendações de tratamento, critérios de pesquisas, implementação de serviços de saúde e informações sobre a saúde pública como taxas de morbidade e mortalidade (APA, 2014). Os critérios elaborados pelas classificações não são incólumes às questões socioculturais, econômicas e políticas nas quais se encontram imersas suas revisões, e conhecer esses aspectos pode auxiliar na compreensão dos transtornos, das limitações e dos pontos fortes no estabelecimento do diagnóstico pelas classificações (Sanders, 2011). Apesar das muitas questões que circundam as classificações, elas ainda são consideradas como modelos hegemônicos em relação aos transtornos mentais (Martinhago & Caponi, 2019), contudo, convém lembrar a reflexão do psiquiatra Soar Filho:

É necessário que se coloquem em suspeição permanente os constructos teóricos – as categorias diagnósticas e as hipóteses psicopatológicas – com os quais a psiquiatria trabalha, para não se acreditar que os nomes são as coisas, e que, finalmente, chegamos ao fim da ciência. (Soar Filho, 2003, p. 319).

O objetivo deste artigo é relatar a trajetória das duas principais referências de classificação dos transtornos mentais, a CID e o DSM, com o intuito de favorecer a compreensão sobre o processo de elaboração dos critérios diagnósticos realizados pela OMS e pela APA. Estudantes e profissionais que atuam na área de saúde mental poderão ser beneficiados com a ampliação do conhecimento sobre a importância de constantes revisões nos critérios diagnósticos dos transtornos mentais e, nesse sentido, produzirem mudanças em suas práticas terapêuticas e científicas.

2. METODOLOGIA

Este artigo se constitui como uma pesquisa bibliográfica na qual se buscaram periódicos, livros, publicações impressas ou eletrônicas que descrevem e abarcam o percurso histórico da CID e do DSM. No que tange ao recorte temporal, foram buscados artigos no Google Acadêmico, SciELO e Scopus de 1990 a 2022, com pesquisa das seguintes palavras-chave: CID; DSM; Transtorno mental.

Em um artigo de revisão de literatura, os critérios classificados como sendo de exclusão e de inclusão das bases de dados para a definição do referencial teórico se constituem como muito relevantes e devem apresentar o tempo previsto para a realização da pesquisa, indicando-se como uma boa média temporal para realização deste tipo de trabalho (Gonçalves, 2020). No entanto, pode-se observar grande número de artigos contextualizando CID e DSM. Porém, essa pesquisa constitui-se como relevante, dado que aborda todos os percursos históricos das classificações dos transtornos mentais.

Conforme enfatiza Gonçalves (2020), ainda que um artigo de revisão de literatura parta de artigos ou de livros com pesquisas quantitativas, como não se trata de uma prova metodológica primária deste artigo de revisão, a coleta em campo desses dados se enquadrará como pesquisa qualitativa.

Uma pesquisa qualitativa trata as informações coletadas tanto em campo (artigos científicos) como a partir da revisão de literatura (artigos acadêmicos). Em um artigo de revisão de literatura, os autores tratam os dados obtidos por meio da pesquisa bibliográfica, considerando os aspectos relevantes levantados pelos seus respectivos autores.

3. CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Desde o século V a.C. que a busca de um sistema de classificação para as doenças mentais tem sido documentada. O primeiro deles relaciona-se aos trabalhos de Hipócrates, na Grécia Antiga, e suas palavras usadas para descrever algumas dessas doenças: histeria, mania e melancolia. Entretanto, deve-se a Emil Kraepelin (1856-1926) o primeiro sistema de classificação de cunho científico ao reunir diversos distúrbios mentais sob a denominação de demência precoce, ao lado de outros transtornos psicóticos, separando-os do quadro clínico da psicose maníaco-depressiva. Kraepelin considerava que os sintomas observados apresentavam evidências de uma doença orgânica. Sigmund Freud (1856-1939) também contribuiu para o pensamento classificatório e etiológico em Psiquiatria ao estabelecer alguns tipos de neurose: hipocondríaca, histérica, fóbica e obsessivo-compulsiva. Contudo, Freud compreendia os sintomas como frutos do inconsciente, sendo o aparelho psíquico apenas um conceito teórico à parte da anatomia (Matos, Matos & Matos, 2005; Pondé, 2018).

A nosologia, ou seja, a classificação de doenças em grupos análogos, semelhantes ou afins, em uma hierarquização ou eixo classificatório, serve para finalidades estatísticas, possibilitando a compreensão sobre causa, patogênese e natureza da doença. A nosologia (classificação) e a nosografia (nomenclatura) apresentam finalidades distintas, mas entrelaçadas, pois, na medida em que há uma nosografia bem construída, a nosologia terá mais consistência, permitindo que haja uma padronização da linguagem (Laurenti, 1995).

Nosografias sempre existiram em todas as sociedades, sejam com teorias sobre causas naturais das doenças, bem como sobre causas sobrenaturais, como ocorria na sociedade primitiva. Há relatos sobre entidade

mórbida específica nos textos médicos primitivos hindus, assírios e egípcios, sendo o texto hindu de 600 A.D., denominado Sushruta Samhita, a mais antiga proposta de classificação de doenças e lesões conhecida (Laurenti et al., 2013).

De acordo com Sir Georges Knibbs (1858-1929), eminente estatístico australiano, François Boissier de Sauvages de Lacroix (1706-1776), médico e botânico francês, foi o primeiro a tentar classificar as doenças de forma sistemática em um tratado denominado *Nosologia Methodica*. No início do século XIX, o *Synopsis nosologiae methodicae*, de William Cullen (1710-1790), era a classificação de doença em uso (OMS, 2008).

As primeiras classificações de doenças tinham como objetivo a elaboração de estatísticas sobre as causas de morte. Várias tentativas foram feitas para se obter uma classificação de doenças que pudesse permitir a comparação de causas de morte entre as regiões de um país e entre um país e outro, pois, uma vez que houvesse uma padronização da classificação de causas de morte, essa ferramenta poderia ser aplicada em vários locais do mundo, amplificando o saber sobre as enfermidades e suas especificidades vinculadas à mortalidade, permitindo estatísticas de causas de morte mais fidedignas (Benedicto et al., 2013; Laurenti, 1991).

O primeiro estudo estatístico sobre as causas de morte foi realizado no século XVII pelo inglês John Graunt, negociante de tecidos que estudou a mortalidade de Londres, baseado nos dados colhidos em paróquias e publicou os resultados em um livreto denominado “*Natural and Political Observations Mentioned in a Following Index and Made upon the Bills of Mortality*”, em 1662 (Memória, 2004). Até o momento, seu trabalho é reconhecido como a primeira tentativa de se fazer uma classificação de doenças, apesar de não ser considerado uma nosologia. No século XIX, o Dr. William Farr contribuiu para a estatística médica ao assumir um posto no “*General Register Office of England and Wales*”, em 1837, e propor uma classificação para causas de morte que fosse uniforme e de uso generalizado (Laurenti, 1995).

Atualmente, temos como referência as classificações da OMS (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID) e a americana (Manual de Diagnóstico e Estatística de

Transtornos Mentais – DSM), de responsabilidade da Associação Americana de Psiquiatria (OPAS, 2018; APA, 2013). A CID encontrava-se na sua décima edição e, em 2022, a décima primeira entrou em vigor, abarcando todas as doenças, inclusive os transtornos mentais, em seu capítulo 6, intitulado “Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento” (CID-11, 2022). O DSM está na quinta versão, lançada em 2013. Cabe ressaltar que a APA lançou em março de 2022 o DSM-5-TR, uma versão atualizada e revisada do DSM-5, de 2013, que passou a ter suas edições numeradas em algarismo arábico em vez de romano, com o objetivo de ter atualizações regularmente modernizadas (APA, 2013; APA, 2022; Bandeira & Campos, 2017). Essas classificações, no quesito transtornos mentais, têm os diagnósticos elaborados mediante critérios de apresentação de sinais e sintomas (Cuthbert & Insel, 2013) e no entendimento do clínico sobre termos psiquiátricos e observação do comportamento (Casey et al., 2013).

Em 2018, foi traduzida para o português a Classificação Francesa dos Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente (CFTMEA, em francês). A tradução foi realizada por meio de uma “força-tarefa” de tradutores e colaboradores, chefiada pelo psiquiatra e psicanalista Palmir Virgínio da Silva Júnior. A psicanálise é a principal linha seguida nesse manual e procura valorizar a psicodinâmica e a relação da criança com o meio em que ela habita. Contudo, a CID e o DSM ainda são as classificações mais reconhecidas internacionalmente (Lima, 2019).

Após o lançamento do DSM-5, o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH) anunciou, por meio de seu diretor à época, Thomas Insel (2013), que diminuiria seus investimentos em pesquisas que subsidiassem o DSM a favor de um novo projeto de classificação dos transtornos mentais, baseado em um sistema dimensional – Critério Domínio de Pesquisa (RDoC), que surgiu em 2009 e não avançou muito (considerando-se a data de publicação deste artigo). O objetivo do NIMH RDoC é transformar a prática clínica por meio de uma nova geração de pesquisas baseadas em aspectos genéticos, moleculares e celulares dos transtornos mentais (Cuthbert & Insel, 2013). Trata-se de um projeto de investigação empírica

dos transtornos mentais a partir de uma perspectiva neurocientífica (Zorzaneli, Dalgalarrodo & Banzato, 2014) com o objetivo de melhorar os resultados nos tratamentos.

O objetivo principal das classificações hegemônicas vigentes (CID e DSM) em relação aos transtornos mentais é a padronização da classificação dos transtornos de maneira a facilitar a comunicação entre os diversos usuários das mais diversas áreas – como clínica, pesquisa, terapêutica, jurídica, finalidades estatísticas, seguradoras –, por meio de uma linguagem universal, considerando as modificações socioculturais e econômicas que ocorrem ao longo do tempo e apresentando um panorama amplo da situação em saúde dos países e suas populações (Thees, 2018).

4. CID

Durante o primeiro Congresso Internacional de Estatística, realizado em Bruxelas, em 1893, uma classificação estatística internacional de causas de morte foi proposta e foi sugerido que William Farr, de Londres, e Marc D'Espine, de Genebra, elaborassem propostas de classificação de causas de morte que deveria ser adotada internacionalmente. O segundo Congresso Internacional de Estatística foi realizado em Paris, em 1895, e os trabalhos de Farr e D'Espine foram apresentados. A proposta de Farr foi mais aceita, e uma Lista de 138 códigos foi adotada, preservando a estrutura dada por Farr e acrescentando algumas sugestões de D'Espine. Esta classificação, apesar de não ter sido universalmente aceita, estabeleceu as bases para as classificações internacionais subsequentes (Laurenti, 1991; Laurenti, 1995).

Padrão de classificação diagnóstica internacional para fins clínicos e de pesquisas, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), em inglês – é a base para tendências e estatísticas em todo o mundo, permitindo aos profissionais de saúde o compartilhamento de informações de saúde em nível global. Ela também é utilizada para a alocação de recursos por gestores de programas de saúde, fornecendo uma visão atualizada dos padrões de doença. Por refletir o progresso da medicina e os avanços na compreensão

científica, a CID ajuda a entender sobre o que faz as pessoas adoecerem e morrerem, permitindo a implantação de ações que evitam o sofrimento e salvam vidas (OPAS, 2018).

Cabe ressaltar que as revisões da CID eram decenais até a CID-9; a CID-10 foi aprovada após 15 anos, em 1989; a CID-11 demorou cerca de 29 anos. Após o lançamento da CID-10, houve a possibilidade de atualizações entre as revisões (Laurenti et al., 2013) e, atualmente, encontra-se em vigor a décima primeira edição, a CID-11, lançada em janeiro de 2022 (WHO, 2018).

4.1 CID-1 à CID-5

Em 1891, foi criado o Instituto Internacional de Estatística, em Viena, e foi estabelecido que seria o responsável pela elaboração de uma nova classificação internacional de causas de morte. A Comissão responsável pela tarefa foi chefiada pelo francês Jacques Bertillon e propôs o que ficou conhecida como “Classificação das Causas de Morte de Bertillon”, tendo sido adotada em 1893 para uso internacional e tida como a primeira classificação de causas de morte. Revisões dessa classificação foram realizadas, convocadas pelo governo francês e aprovadas na “Conferência Internacional de Revisão da Classificação de Bertillon” ou “Classificação Internacional de Causas de Morte”, nos seguintes anos: 1909, 1920, 1929 e 1938 (Laurenti, 1991; Laurenti, 1995), consideradas CID-1, CID-2, CID-3, CID-4 e CID-5.

4.2 CID-6 à CID-9

A partir da Sexta Revisão (CID-6), as classificações internacionais de doenças ficaram sob a responsabilidade da OMS, que deveria realizar os subsequentes trabalhos de revisão, publicação e divulgação. Denominada “Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte”, a CID-6, publicada em 1948 e efetivada em 1950, deixou de ser apenas uma classificação de causas de morte, passando a incorporar as estatísticas de morbidade hospitalar, possibilitando a realização de numerosos estudos epidemiológicos para morbidade e mortalidade. Uma

nova era no campo internacional das estatísticas vitais e sanitárias e em relação aos transtornos mentais foi instaurada. As sucessivas revisões foram acrescentando especificações de uma mesma doença, ampliando o interesse pela morbidade, e não apenas para a mortalidade (Benedicto et al., 2013; Laurenti & Buchalla, 1999).

A Conferência da Sexta Revisão Decenal recomendou a adoção de um amplo programa de colaboração internacional. Essa medida favoreceu a criação de comissões nacionais especializadas no campo da estatística vital e sanitária que mantinham contato com a OMS e auxiliavam no estabelecimento de regras internacionais para a seleção de causas de morbidade e mortalidade, cooperando para a uniformização da linguagem da classificação (Laurenti, 1991).

A sexta edição da CID (1948) passou a apresentar uma classificação nosológica das doenças mentais, nomeando o capítulo V de “Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade”; na CID-7 (1955), o capítulo V foi denominado “Doenças mentais, psiconeuroses e perturbações da personalidade”; na CID-8 (1965), novo título foi dado ao capítulo V – “Transtornos Mentais”; a CID-9 (1975) incluiu um glossário com definição do significado dos títulos, possibilitando melhor adequação na classificação dos diagnósticos e análises estatísticas mais fidedignas (Benedicto et al., 2013).

Desde a preparação da Oitava Revisão da CID, houve muita pressão por parte dos países que vinham elaborando estatísticas de morbidade para que a classificação fosse mais voltada para esse uso. Contudo, apenas na Nona Revisão esse objetivo foi atendido, havendo a criação de novas categorias e subcategorias, criadas para possibilitar várias especificações ou manifestações de uma mesma doença. Essas modificações não agradaram a todos, pois um diagnóstico ou doença podia aparecer em dois ou mais lugares. Nesse sentido, os Estados Unidos fizeram uma adaptação clínica – a chamada modificação clínica da CID (ICD-CM). A CID-10 procurou satisfazer seus usuários ampliando o número de categorias e subcategorias (Laurenti, 1991).

4.3 CID-10

A Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) foi aprovada em 1990 pela 43ª Assembleia Mundial da Saúde e entrou em vigor em 1992 (Laurenti, 1995; WHO, 1992). Denominada Classificação Estatística Internacional de Doenças até a CID-9 (Laurenti, 1995), a CID-10 surgiu como resultado de múltiplos esforços, contando com a participação de especialistas de várias entidades psiquiátricas internacionais ao longo de muitos anos, além de consultores individuais que, com suas pesquisas e ensaios clínicos em mais de 40 países, contribuíram para o aprimoramento de diretrizes clínicas e de diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais, além de refinar os instrumentos de avaliações. A CID-10 foi citada em mais de 20 mil artigos científicos e é usada em mais de 100 países (WHO, 2018).

O capítulo V contém a classificação dos Transtornos Mentais e Comportamentais e encontra-se entre os Grupos F00 a F99 após mudar a classificação para alfanumérico, composto por uma letra e até quatro caracteres numéricos, com o intuito de facilitar a expansão das categorias e subcategorias diagnósticas (Jorge, 1996; Laurenti, 1991; WHO, 1992).

No Brasil, a CID-10 foi implantada para uso em mortalidade a partir de 1º de janeiro de 1996, devido a dificuldades de ordem operacional (Grassi & Laurenti, 1998). Pelo fato de ser alfanumérica e pela sua expansão, a CID-10 requereu adaptações programáticas e recursos para reciclagem e treinamento de pessoal. Também se tornou mais onerosa, uma vez que passou a ter três volumes (Laurenti, 1991). O primeiro volume contém a classificação propriamente dita – Lista Tabular –; o segundo volume contém disposições para registro e codificação, com aspectos práticos para o uso da classificação e um esboço da história da classificação; o terceiro volume contém instruções detalhadas a respeito do uso do Índice Alfabético (OMS, 2008).

A CID-10 passou a constituir-se em uma “família” de documentos. O termo Família de Classificações designa o grupo de Classificações da OMS relacionadas à saúde e tem como núcleo principal a CID. Esta família é composta por um conjunto de classificações integradas. A Classificação

Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) encontra-se entre as “classificações de referências” e apresenta aspectos adicionais de domínio da saúde, da funcionalidade e da incapacidade (Laurenti et al., 2013).

Com o objetivo de identificar e tratar os transtornos mentais nas redes de cuidados primários, a OMS publicou, em 1996, as Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários (Iacoponi, 1999).

4.4 CID-11

A CID-11 (WHO, 2018) foi lançada em 18 de maio de 2018 e apresentada à comunidade científica em maio de 2019, durante a Assembleia Mundial da Saúde, e entrou em vigor em 1º de janeiro de 2022, permitindo que os países planejem seu uso, preparando traduções e treinando os profissionais. A equipe da CID na sede da OMS recebeu mais de 10 mil propostas de revisão da CID-10 e houve colaboração e envolvimento de grande número de profissionais de saúde que se reuniram e submeteram propostas. Pela primeira vez em formato completamente eletrônico, a CID-11 fornece melhorias significativas em relação às versões anteriores, contendo cerca de 55 mil códigos únicos para lesões, doenças e causas de morte (OPAS, 2018).

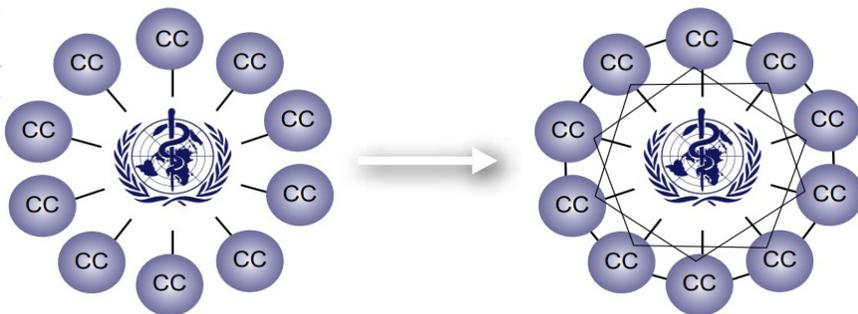
O capítulo 6 da CID-11 aborda os problemas de saúde mental sob o título “Transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento”. Houve simplificação dos códigos das doenças mentais para tornar mais fácil o sistema para os que trabalham na atenção primária, em decorrência da escassez de psiquiatras em muitas regiões (Câmara, 2018).

O Centro Nacional de Estatísticas de Saúde (NCHS), agência federal americana dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), supervisiona a CID nos Estados Unidos, e o Comitê de Coordenação e Manutenção aprova as alterações propostas à CID anualmente. Uma adaptação clínica foi proposta, a denominada ICD-CM (International Classification of Diseases

– Clinical Modification), e as alterações são disseminadas aos profissionais de saúde médica e mental americanas, favorecendo um compartilhamento de dados de forma padronizada (APA, 2020; Laurenti, 1991).

No Brasil, o uso da CID é compulsório para compor a base de códigos de todas as informações em Mortalidade e em Morbidade. Os códigos da CID são utilizados no Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), no Sistema de Informação de Internações Hospitalares (SIH) e no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (Laurenti et al., 2013).

A OMS tem escritórios regionais, entre eles, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que estabelecem relações com Centros Colaboradores (CC) no âmbito dos países. O objetivo dos CC é facilitar a cooperação



Fonte: OPAS, 2010.

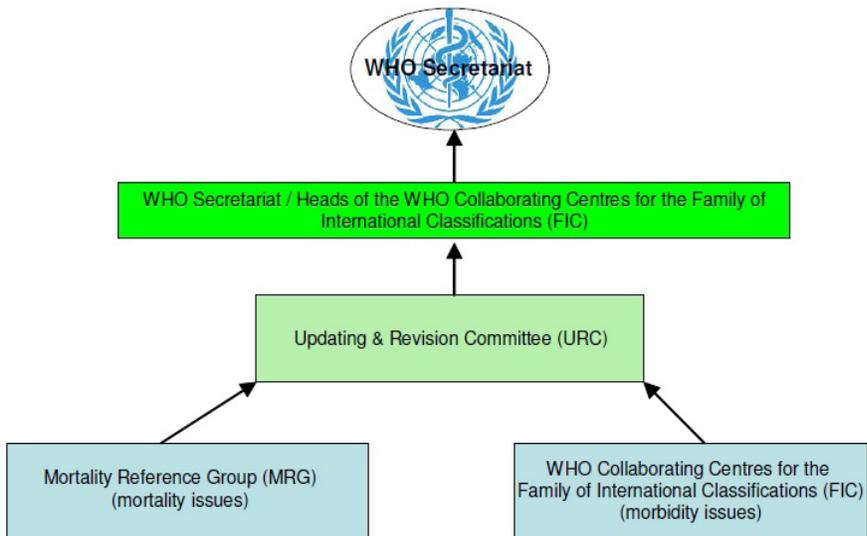
Figura 1. Relações bilaterais com a OMS a uma rede de relações multilaterais

A revisão ocorreu em janeiro de 2022, originando a 11^a versão global, multidisciplinar e multilíngue, tendo como objetivo potencializar a utilidade, com o intuito de melhorar a identificação e o tratamento dos transtornos mentais. Essa versão compreende diferentes versões da classificação para uso clínico, pesquisa e atenção primária (Reed, 2010), refletindo avanços da ciência e da medicina. A CID-11 apresenta capítulos relacionados à saúde sexual e à medicina tradicional. Destaca-se por ser totalmente eletrônica, digital, tornando-se mais acessível e frequentemente utilizada para implementar iniciativas, minimizando erros, reduzindo custos e fomentando a pesquisa (OPAS, 2018).

A CID-11 permite definir terminologias referentes a doenças e causas de morte em nível internacional, favorecendo diagnósticos, estatísticas e

pesquisas com maior propriedade. É composta por capítulos, que são subdivididos em agrupamentos que, por sua vez, são subdivididos em categorias, que são subdivididas em subcategorias (Benedicto et al., 2013).

Ao longo do tempo, acompanhando os avanços na saúde e na ciência médica, houve uma série de versões da CID. Antes da CID-10, não havia atualizações entre as revisões, porém, após a aprovação da CID-10, foram estabelecidos mecanismos para a atualização da CID por meio da criação do Grupo de Referência de Mortalidade (Mortality Reference Group – MRG), em 1997 e do Comitê de Referências de Atualizações (Update Reference Committee – URC), em 2000. O URC recebe propostas do MRG e de membros colaboradores (Figura 1). O Grupo de Referência em Morbidade (Morbidity Reference Group – MRG), criado em 2007, tem o objetivo de discutir questões para atualização relacionada à morbidade – Figura 2 (Laurenti et al., 2013; OPAS, 2010).



Fonte: OPAS, 2010.

Figura 2. Relacionamento entre WHO e Centros Colaboradores

O Quadro 1 resume as datas de revisões da CID, anos de uso e introdução da saúde mental em suas revisões:

**Quadro 1. Revisões da Classificação Internacional
de Doenças e Inclusão da Saúde Mental**

Revisão: Ano da conferência	Anos de uso	Saúde mental
CID-1 - 1900	1900-1909	-
CID-2 - 1909	1910-1920	-
CID-3 - 1920	1921-1929	-
CID-4 - 1929	1930-1938	-
CID-5 - 1938	1939-1948	
CID-6 - 1948	1949-1957	Capítulo V: Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade
CID-7 - 1955	1958-1967	Capítulo V: Doenças mentais, psiconeuroses e perturbações da personalidade
CID-8 - 1965	1968-1978	Capítulo V: Transtornos mentais
CID-9 - 1975	1979-1992	Capítulo V: Transtornos mentais
CID-10 - 1989	1993-2021	Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais
CID-11 - 2018	2022	Capítulo 6: Transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

5. DSM

Em 1840, o censo americano coletou os primeiros dados sobre as doenças mentais e as classificou em duas categorias: insanidade e idiotia. A classificação em uma ou outra categoria ficava a critério do funcionário que realizava o censo (Lieberman & Ogas, 2016). Em 1880, as categorias identificadas subiram para sete, elencadas como: mania, melancolia, monomania, parestia, dipsomania e epilepsia. A primeira classificação relacionada à produção de estatísticas hospitalares foi realizada em 1917 (Araújo & Neto, 2014; Pondé, 2018).

A participação dos EUA na Segunda Guerra Mundial, com muitos de seus militares apresentando transtornos mentais ao retornarem, trouxe à tona a necessidade de classificação de entidades psiquiátricas que ajudassem os profissionais de saúde mental na elaboração de diagnósticos e propostas terapêuticas (Grinker, 2010; Pondé, 2018). Nesse contexto, um sistema de classificação foi desenvolvido sob o comando do psiquiatra militar William

Menninger, em 1943. Denominado “War Department Technical Bulletin”, também conhecido como “Medical 203”, a classificação estabelecia uma nomenclatura militar específica (Shorter, 2013). Esse sistema de classificação serviu de base para a CID-6 e para o DSM-I (Kudler, 2019). As edições subsequentes foram lançadas em 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R), 1994 (DSM-IV), 2000 (DSM-IV-TR), 2013 (DSM-5) e o DSM-5 TR em 2022.

O DSM é uma classificação de transtornos mentais e critérios associados da American Psychiatric Association (APA) e tem como objetivo servir de ferramenta para auxílio no diagnóstico e no tratamento dos transtornos mentais em diversos contextos clínicos e interesses variados, além de ser um instrumento para coleta e comunicação precisa de estatísticas de saúde pública sobre taxas de morbidade e mortalidade na área de saúde mental. O Manual também auxilia na formação de estudantes de diferentes áreas da saúde mental e na uniformização da linguagem para pesquisadores, pois, tratando de uma nomenclatura oficial, torna-se um recurso essencial para que haja uma linguagem comum entre todos os envolvidos, proporcionando maior precisão durante a avaliação diagnóstica (APA, 2014). O DSM é a obra mais influente na área de psiquiatria contemporânea por produzir as recomendações de classificação dos transtornos mentais (Wang, 2011).

5.1 DSM-I

Em 1952, a APA lançou um manual com ênfase na aplicação clínica, o DSM, uma vez que as práticas dos profissionais de saúde não eram uniformes, especialmente em outros países, servindo de barreira para o uso do diagnóstico em pesquisas (Araújo & Neto, 2014). A elaboração do DSM-I foi presidida pelo psiquiatra da Marinha americana George Raines e assemelhava-se muito com o “Medical 203” (Grinker, 2010; Kudler, 2019; Shorter, 2015). Um Suplemento Especial do DSM-I sobre planos de revisão para alinhamento com a CID, da ONU, foi lançado em 1965.

O DSM-I apresentou distinções da CID-6, sistema de diagnóstico oficial da OMS, e tinha como foco revisões sobre questões relacionadas às doenças mentais para a aplicação clínica, servindo de ponto de partida para

a revisão de situações ligadas aos transtornos mentais. O manual auxiliaria os psiquiatras na descrição e compreensão da frequência de doenças mentais e consistia em uma lista de diagnósticos categorizados, com a descrição clínica das categorias diagnósticas (Araújo & Neto, 2014; Tsai, 2012).

5.2 DSM-II

O DSM-II, publicado em 1968, não apresentou muitas modificações na terminologia em relação ao DSM-I e foi liderado pelo psiquiatra Ernest Gruenberg (Shorter, 2015) que recebeu muitas críticas de pessoas e grupos contrários à abordagem psicodinâmica contida no DSM e corroborada pela APA, com argumentos de que a individuação e a patologização de contradições sociais encontrariam um referendo psiquiátrico-psicanalítico (Dunker & Kyrillos Neto, 2011).

As duas primeiras versões do DSM ancoravam-se no paradigma psicanalítico ou psicodinâmica psiquiátrica de compreensão e tratamento da doença mental e ressaltavam a natureza simbólica dos sintomas (Dunker, 2014; Pondé, 2018). Contudo, na década de 1970, houve uma retomada da visão biológica pela psiquiatria americana, com ênfase em um modelo que enfatizava a atividade classificatória categorial, na qual o cérebro adquiria centralidade. Desde então, a lista de transtornos mentais vem aumentando e mais categorias distintas são acrescentadas a cada revisão (Ferreira, 2011; Goldberg & Palhares, 2011; Russo & Venâncio, 2006), suscitando críticas. Alguns o veem como um manual que mantém grande sinergia das indústrias farmacêuticas e das entidades nosológicas, resultando em uma crescente patologização do comportamento e das emoções e na crescente expansão do uso de psicotrópicos (Lane, 2013).

5.3 DSM-III

O DSM-III, publicado em 1980, foi preparado entre 1974 e 1979 pela força-tarefa para Nomenclatura, chefiada pelo psiquiatra Robert Spitzer, e trouxe mudanças significativas ao modelo psiquiátrico vigente, com uma nova arquitetura e lógica classificatória que impactou não somente a

psiquiatria americana, mas, também, a psiquiatria mundial. A substituição da psicanálise pela psiquiatria biológica trouxe a Psiquiatria para o meio das especialidades médicas (Russo & Venâncio, 2006), resultando em radicais alterações na classificação das doenças psiquiátricas, com muitas palavras sendo evitadas para não suscitar questões etiológicas, incluindo a recusa do uso do termo “neurose” e suas subdivisões no manual, que substituiu o termo “doença mental” por transtorno mental (Matos, Matos & Matos, 2005), garantindo a supremacia da visão fisicalista sobre a perturbação mental, com reflexo na nosografia, que passou a ser baseada na fenomenologia descritiva (Ferreira, 2011; Mercadante, Van der Gaag & Schwartzman, 2006).

O DSM-III tornou-se um marco no desenvolvimento de sistemas de classificação psiquiátrica, constando de ampla lista de transtornos psiquiátricos infantis e estrutura multiaxial, com critérios de diagnósticos aprimorados (Araújo & Neto, 2014). Também houve o reconhecimento de que os distúrbios podem permanecer na vida adulta e de que os transtornos é que devem ser classificados, e não os indivíduos (Rutter & Shaffer, 1980). Diante de um sistema fundamentado em um diagnóstico multiaxial, o DSM-III foi considerado ateuórico e operacional das grandes síndromes psiquiátricas, com hierarquização dos diagnósticos (Matos, Matos & Matos, 2005; Resende et al., 2015), cujo objetivo era aperfeiçoar a uniformidade e a validade do diagnóstico psiquiátrico ao adotar a psiquiatria baseada em evidências, que é a interface entre as pesquisas científicas e a prática clínica (Dunker, 2014; Dunker & Kyryllus Neto, 2011; Martinhago & Caponi, 2019).

Os cinco diferentes eixos da classificação multiaxial permitem que os pacientes sejam avaliados sob vários prismas, com diferentes classes de informação que favorecem o planejamento do tratamento e a previsão dos resultados. Os eixos são os seguintes:

- Eixo I: síndromes da clínica psiquiátrica;
- Eixo II: transtornos de personalidade e retardo mental;
- Eixo III: perturbações orgânicas;
- Eixo IV: estressores psicossociais;
- Eixo V: nível mais elevado do funcionamento adaptativo no período anterior ao diagnóstico (Oliveira & Carneiro, 2005).

Enquanto as duas primeiras edições do DSM circularam apenas em território americano, o DSM-III, ao substituir o diagnóstico sindrômico pelo categórico e abandonar a hierarquia dos sintomas, tornou-se referência internacional, ficando os diagnósticos padronizados de acordo com a preferência das agências financiadoras de pesquisas, em detrimento da pesquisa básica (genética, metabolismo, vias neurais envolvidas, etc.) (Câmara & Câmara, 2017). Essas importantes mudanças estruturais e metodológicas facilitaram a coleta de dados estatísticos e a realização de pesquisas empíricas (Araújo & Neto, 2014).

5.4 DSM-III-R

Em 1987, a APA lançou o DSM-III-R (Revised). Nele a hierarquização do diagnóstico foi abolida e surgiu o conceito de comorbidade em psiquiatria, por meio do qual dois ou mais diagnósticos poderiam ser dados a um mesmo paciente (Matos, Matos & Matos, 2005). Essa revisão esclareceu os objetivos, os problemas e as diferentes aplicações do diagnóstico multiaxial em seus cinco eixos de análise. O Esquema Multiaxial de Diagnóstico permite a avaliação interdisciplinar do caso clínico (Oliveira & Carneiro, 2005).

5.5 DSM-IV

A força-tarefa do DSM-IV foi liderada por Allen Frances que coordenou 13 Grupos de Trabalho (GT), representados por especialistas de diferentes campos da Psiquiatria, contendo cinco ou mais membros. Os GT eram subordinados à Comissão Elaboradora do DSM-IV que foi constituída por 27 membros. Também houve o envolvimento de muitos especialistas, de variadas especialidades clínicas e de investigação, disciplinas, experiências e ambientes, que criticavam as revisões dos GT e asseguravam a aplicação e a acessibilidade a qualquer cultura. Uma interlocução com os elaboradores da CID-10 foi realizada com o intuito de aumentar a compatibilidade entre

os dois sistemas, evitando futuras confusões entre pesquisadores clínicos de várias partes do mundo. O DSM-IV foi lançado pela APA em 1994 (APA, 1994; Klin, 2006).

5.6 DSM-IV-TR

Em 2000, o DSM-IV foi revisado e passou a ser reconhecido como DSM-IV-TR (Revised) após ter sofrido várias críticas e ressalvas por especialistas e usuários do sistema de saúde mental. A lista de sintomas é apresentada de forma ideal, sem que a sua causalidade seja presumida ou exigida, e a classificação é categorial, permitindo descrever a presença ou ausência de um transtorno mental, não levando em consideração a intensidade do sintoma presente (Wang, 2011).

Em 1999, foi instaurada uma força-tarefa, chefiada por David Kupfer, da Universidade de Pittsburg, e pelo doutor Darrel Regier, da APA, para a elaboração da quinta revisão do DSM. Especialistas em saúde mental de várias partes do planeta participaram do processo e ofereceram recomendações em várias áreas. Os dois líderes não ficaram imunes às críticas de vários setores, bem como aos dilemas científicos e às pressões políticas, para que aliassem os avanços científicos às necessidades dos pacientes (Wang, 2011).

5.7 DSM-5

Após vários anos de trabalho de centenas de especialistas internacionais em todos os aspectos da saúde mental, a APA lançou o DSM-5 em 18 de maio de 2013, com o intuito de melhorar o diagnóstico, a pesquisa e o tratamento dos transtornos mentais. A força-tarefa do DSM-5 foi presidida pelo psiquiatra David Jerome Kupfer e contou com 13 grupos de trabalho, outras equipes de revisão e membros do Conselho da APA. O Manual foi organizado refletindo a abordagem cronológica do ciclo vital: no início, os transtornos de diagnóstico mais frequentes na infância e, no final, os que acometem idade mais avançada. Visando satisfazer a necessidade de clínicos, pacientes, famílias e pesquisadores, o DSM-5 foi organizado por meio de critérios diagnósticos complementados por medidas dimensionais

que ultrapassam limites diagnósticos, em um reconhecimento de que os limites entre os transtornos mentais são mais permeáveis do que se pensava, resultando na fusão de áreas anteriormente separadas em espectros mais dimensionais (APA, 2014; Moran, 2013).

Ao assumir a abordagem dimensional, o DSM-5 teve como objetivo reduzir o excesso de categorias dos transtornos mentais. A “dimensão” considera a intensidade e a gravidade dos sintomas, com indicadores de sofrimento subjetivo e o grau de prejuízo associado, considerando as formas leves e fronteiriças de um caso clínico, bem como os aspectos neurobiológicos associados (Wang, 2011).

Apesar de a validade do DSM sempre ter sido questionada (Russo & Venâncio, 2006), ele tem sido reconhecido como fiável por grande parte dos profissionais que o utilizam. Algumas de suas edições não ficaram isentas de polêmicas e levaram os críticos a suspeitarem de influências de grupos externos sobre a APA, no intuito de interferirem na escolha dos distúrbios a serem incluídos nos manuais. Um exemplo foi o lobby realizado pelos ativistas homossexuais que resultou na retirada da homossexualidade do rol das doenças (Grandin & Panek, 2018).

Atualmente, existem vários grupos de resistência ao uso clínico do DSM, nacionais e internacionais, que questionam sobre a medicalização e a patologização da vida inseridas na sociedade por intermédio dos manuais que, segundo eles, transformam, de maneira artificial, questões ou situações relacionadas às dinâmicas da vida em transtorno (Guarido, 2007; Resende et al., 2015). Alguns também alardeiam que o DSM é conveniente para favorecer o campo da medicina, os planos de saúde e a indústria farmacêutica (Lane, 2013; Martinhago & Caponi, 2019).

O Movimento Internacional STOP-DSM foi lançado em 2011 com o objetivo de criticar a lógica classificatória do DSM e defender uma abordagem subjetiva e clínica do sofrimento psíquico (Resende et al., 2015). Esse movimento partiu de várias instituições e psicanalistas que priorizam a clínica do sujeito, e não a padronização universal dos sintomas em entidades nosográficas (Rodrigues, Leite & Gontijo, 2019).

5.8 DSM-5-TR

O DSM-5-TR pode ser considerado o recurso mais atual, consolidado e crítico para a prática clínica de pesquisadores e médicos no contexto da saúde mental. Ele inclui, além do texto convencional, as referências revisadas, os critérios diagnósticos atualizados.

Esse Manual contou com a contribuição de mais de 200 especialistas no assunto para realizar as atualizações de texto com base na literatura científica. O DSM-5-TR fornece uma apresentação coesa e atualizada de critérios, códigos de diagnóstico e texto. Cabe ressaltar que oferece uma linguagem comum para os médicos envolvidos no diagnóstico e estudo dos transtornos mentais, facilitando a avaliação e o mapeamento de sintomas em uma variedade de ambientes clínicos – internação, ambulatório, hospital parcial, ligação de consulta, clínica, prática privada e atenção primária (APA, 2022).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história das classificações dos transtornos mentais é complexa e controversa em muitos sentidos. Conhecê-la é imprescindível para aqueles que delas se utilizam, pois fomentará o senso crítico e a capacidade de compreender que existem lacunas no conhecimento que são supridas à medida que a ciência e a tecnologia adquirem novos saberes, promovendo a ruptura de paradigmas.

Como uma história a ser escrita a cada geração, a cada nova conquista na área científica e na clínica, as classificações de transtornos mentais não estão isentas de contradições, nem incólumes a críticas de grupos contrários aos seus argumentos de se tornar uma linguagem universal e de consenso. Entretanto, a necessidade de um olhar minucioso e consolidado durante a elaboração de diagnósticos psiquiátricos é inequivocamente reconhecida como primordial para que haja uma comunicação eficiente entre os profissionais e sistemas que atuam na área de saúde mental.

Conhecer os percursos da CID e do DSM, indubitavelmente, tornará o profissional, o pesquisador da área de saúde mental mais cômico do seu

papel ao lidar com essas classificações, compreendendo o impacto que um diagnóstico produz nos sistemas de cada pessoa, na família, nos ambientes e na sociedade. Além dessas importantes ferramentas para diagnóstico, há outras também muito úteis para complementar estudos em políticas públicas, em contextos educacionais, econômico, na previdência social, na pesquisa clínica e social e para muitas outras finalidades. Entre elas se encontram a Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Atenção Primária (CIAP) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Sugerimos estudos aprofundados para que seja possível utilizar e usufruir desses instrumentos para uma ampla compreensão de como aplicar cada uma dessas propostas.

REFERÊNCIAS

- Appelbaum, L., Sosna, J., Nissenbaum, Y., Benshtein, A., & Goldberg, S. N. (2011). Electromagnetic Navigation System for CT-Guided Biopsy of Small Lesions. *American Journal of Roentgenology*, 196(5), 1194–1200. <https://doi.org/10.2214/ajr.10.5151>
- American Psychiatric Association – APA (1994). *DSM IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association – APA (2013). *DSM 5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association – APA (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtorno 5 – DSM-5*. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento., et al. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association – APA (2022). *DSM-5-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- Araújo, A. C. & Neto, F. L (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. São Paulo, v. XVI, n. 1, p. 67–82.

- Bandeira, J., & Campos, E. D. M. (2017). Perspectivas e principais alterações no DSM-5. *Revista de Medicina da UFC*, 57(1), 15. <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2017v57n1p15-18>
- Benedicto, R. P., Wai, M. F.P., Oliveira, R. M., Godoy., & C. Costa Jr, Moacyr L. (2013). Análise da evolução dos transtornos mentais e comportamentais ao longo das revisões da Classificação Internacional de Doenças. SMAD. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 9(1), 25-32. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762013000100005&lng=pt&tlng=pt
- Busnello, E. D., Tannous, L., Gigante, L., Ballester, D., Hidalgo, M. P., Silva, V., Juruena, M., Dalmolin, A. (in memoriam) & Baldisserotto, G. (1999). Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças. *Rev. Saúde Pública*, 33(5). <http://www.fsp.usp.br/rsp>
- Câmara, F. P. (2018). A 11ª Classificação internacional de doenças da OMS. *Psychiatry on-line Brasil*. Blog. <https://www.polbr.med.br/2018/07/02/a-11a-classificacao-internacional-de-doencas-da-oms/>
- Câmara, F. P.; & Câmara, L. C. P. (2017). Filosofia da Psiquiatria II: A crise do DSM e o paradigma translacional. *Psychiatry On-line Brazil*, 22(4).
- Casey, B. J., Craddock, N., Cuthbert, B. N., Hyman, S. E., Lee, F. S., & Ressler, K. J. (2013). DSM-5 and RDoC: progress in psychiatry research? *Nature Reviews Neuroscience*, 14(11), 810–814. <https://doi.org/10.1038/nrn3621>
- Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC medicine*, 11(1), 126.
- Dunker, C. (2014). Subjetivações e gestão dos riscos na atualidade: reflexões a partir do DSM-5. *Revista Epos*, 5(1), 181-190.
- Dunker, C. I. L., & Kyrillos Neto, F. (2011). A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo*, 8(2), 1-15. Recuperado em 04 de novembro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000200002&lng=pt&tlng=pt.

- Ferreira, S. A. (2011). A evolução do conceito de depressão no século XX: uma análise da classificação da depressão nas diferentes edições do manual diagnóstico e estatístico da associação americana de psiquiatria (DSMS) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo moderna. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Ano 10, UERJ.
- Goldberg, D. & Palhares, I. (2011). A classificação de transtornos mentais: um sistema mais simples para o DSM-V e o CID-11. *ComCiência*, Campinas, n. 126, mar.
- Gomes M. E. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 312–318. <https://doi.org/10.1590/s0101-81082005000300010>
- Gonçalves, J. R. (2020). Como elaborar uma resenha de um artigo acadêmico ou científico. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 3 (7), 95-107.
- Grandin, T. & Panek, R (2018). *O cérebro autista*. Tradução de Cristina Cavalcanti. 8. ed. São Paulo: Record.
- Grassi, P. R., & Laurenti, R. (1998). Implicações da introdução da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças em análise de tendência da mortalidade por causas. *Informe Epidemiológico do Sus*, 7(3), 43–47. <https://doi.org/10.5123/s0104-16731998000300005>
- Grinker, R.R. (2010). In *Retrospect. The five lives of the psychiatry manual*. *Nature*. V.468 p.168-170 Macmillan Publishers.
- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e pesquisa*, 33(1), 151-161.
- Iacoponi, E. (1999). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(2), 132. <https://doi.org/10.1590/s1516-44461999000200014>
- Insel, T. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders. *Am J Psychiatry*, 167:7, July 2010. ajp.psychiatryonline.org.

- Insel, T. (2013). Transforming diagnosis. Postagem do ex-diretor do NIMH Thomas Insel: transformando o diagnóstico. Instituto Nacional de Saúde Mental Information Resource Center. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/directors-biography.shtml>.
- Jorge, M.R. (1996). Sobre a CID-10 e sua comparação com a CID-9. *Psychiatry on line Brasil*. Vol 11. <http://www.polbr.med.br/ano96/cid10.php>
- Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(suppl 1), s3–s11. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462006000500002>
- Kudler, H. S. (2019). Psychiatry in the United States Department of Veterans Affairs: A History and a Future. In *Veteran Psychiatry in the US* (pp. 17-27). Springer, Cham.
- Lane, C. (2013). The NIMH Withdraws Support for DSM-5. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/blog/side-effects/201305/the-nimh-withdraws-support-dsm-5>
- Laurenti, R. (1995). Décima revisão da Classificação Internacional de doenças e de problemas relacionados à saúde (CID-10): a revisão do final do século. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (OSP); 118 (3), mar.
- Laurenti, R., & Buchalla, C. M. (1999). O uso em epidemiologia da família de classificações de doenças e problemas relacionados à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4), 687–700. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x1999000400003>
- Laurenti, R., Nubila, H. B. V. D., Quadros, A. A. J., Conde, M. T. R. P., & Oliveira, A. S. B. (2013). A Classificação Internacional de Doenças, a Família de Classificações Internacionais, a CID-11 e a Síndrome Pós-Poliomielite. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 71(9A), 3–10. <https://doi.org/10.1590/0004-282x20130111>
- Lieberman, J.A. & Ogas, O. (2016). *Historia de la psiquiatria*. Tradução: Santiago del Rey. Ediciones B.: Barcelona.
- Lima, R.C. (2019). Classificação e psicopatologia da infância e adolescência: a contribuição francesa chega ao Brasil. *Estilos da Clínica*, V. 24, nº 1, p. 173-177.

- Martinhalgo, F., & Caponi, S. (2019). Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(2). <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290213>
- Matos, G. E., Matos, G. T. M., Matos, G. G. M. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 27 (3). 312-318. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082005000300010>.
- Memória, J.M.P. (2004). *Breve História da Estatística*. Embrapa Informação Tecnológica Brasília, DF.
- Mercadante, M.T., Van der Gaag R.J. & Schwartzman, J.S. (2006). Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28, s12-s20.
- Moran, M. (2013). DSM-5 Provides New Take on Neurodevelopment Disorders. *Psychiatric News*, 48(2), 6–23. <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2013.1b11>
- Oliveira, A.S. & Carneiro, F.D.M. (2005). O Diagnóstico Multiaxial Aplicado a um Caso Neuropsiquiátrico do Serviço de Pediatria do Hospital Geral de Fortaleza. *Psychiatry on-line Brazil*. 2005 vol10 nº 6.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2008). CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (10. ed.) Genebra, Organização Mundial de Saúde.
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde (2010). Rede de Centros Colaboradores da OPAS/OMS no Brasil: potencialidades e perspectivas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 162 p.
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. (2018). Folha informativa sobre os Transtornos Mentais, 2018. <https://www.abp.org.br/>.
- Pondé, M. P. (2018). A crise do diagnóstico em psiquiatria e os manuais diagnósticos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 21(1), 145–166. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n1p145.10>

- Resende, M. S. D., Pontes, S., & Calazans, R. (2015). O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. *Psicologia em Revista*, 21(3), 534-546. <https://doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2015v21n3p534>
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0021701>
- Rodrigues, C. F. M.; Leite, C. A. O. Gontijo, R. A. G. (2019). O Único não Cabe no Manual, *Psicanálise e Psicopatologia: Olhares Contemporâneos*, Pages 123 - 134, ISSN <http://dx.doi.org/10.1016/9788580393873-09>
- Russo, J., & Venâncio, A. T. A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(3), 460-483. <https://doi.org/10.1590/1415-47142006003007>
- Rutter, M., & Shaffer, D. (1980). DSM-III. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19(3), 371-394. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61060-8](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61060-8)
- Sanders, J.L. (2011). A Distinct Language and a Historic Pendulum: The Evolution of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 25, No. 6.
- Shorter, E. (2013). The history of DSM. In: Paris, J.; Phillips. J. (2013) Making the DSM-5 (pp. 3-19). *Springer Science & Business Media*. Springer, New York, NY.
- Shorter, E. (2015). The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience - Vol 17. No. 1*. <https://www.dialogues-cns.org/>
- Soar Filho, E.J. (2003). Psiquiatria e pensamento complexo. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(2), 318-326. <https://www.scielo.br/pdf/rprs/v25n2/v25n2a08.pdf>
- Thees, V. (2018). CID-11: veja o que muda na nova classificação internacional de doenças. <https://portal.afya.com.br/saude/oms-lanca-a-cid-11-veja-o-que-muda-na-nova-classificacao-internacional-de-doencas>

- Tsai, L.Y. (2012). Sensitivity and specificity: DSM-IV versus DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. *Am J Psychiatry*, 169:10, October 2012
- Wang, Y.P. (2011). O futuro do diagnóstico psiquiátrico no século XXI: a proposta de revisão do DSM. *Com Ciência*, (126).
- World Health Organization – WHO (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>.
- World Health Organization - WHO (2018). ICD - 11 International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information. 2018.
- Zorzanelli, R., Dalgalarrodo, P., & Banzato, C. E. M. (2014). O projeto Research Domain Criteria e o abandono da tradição psicopatológica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(2), 328–341. <https://doi.org/10.1590/1984-0381v17n2a12>

Recebido em 05/11/2021

Aceito em 17/03/2024



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.