

# SEÇÃO I

## Noções básicas do DSM-5

Introdução

Uso do Manual

Declaração de precaução para uso forense do DSM-5

2

3

Esta seção fornece uma orientação básica para a finalidade, estrutura, conteúdo e uso do DSM-5. A Introdução começa com uma descrição dos processos de revisão do DSM-5 e DSM-5-TR, seguida por uma visão geral da estrutura organizacional do DSM-5 (por exemplo, reagrupamento de transtornos, harmonização com a CID-11) e questões conceituais-chave, como a definição de transtorno mental, abordagens categóricas e dimensionais do diagnóstico, questões estruturais culturais e sociais e diferenças de sexo e gênero. O uso do Manual apresenta informações para facilitar o uso do DSM-5, como uma breve visão geral do processo de diagnóstico, uso de subtipos e especificadores, outras categorias de transtorno mental especificadas e não especificadas, uso de julgamento clínico, procedimentos de codificação e registro, notas sobre terminologia, descrições dos tipos de informações no texto do DSM-5-TR e aprimoramentos online. A seção conclui com uma Declaração de Advertência para Uso Forense do DSM-5.

## Introdução

A criação da quinta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5) foi um empreendimento enorme que envolveu centenas de pessoas trabalhando em direção a um objetivo comum durante um período de 12 anos. Muito pensamento e deliberação foram envolvidos na avaliação dos critérios diagnósticos, considerando a organização de todos os aspectos do manual e criando novos recursos que se acredita serem mais úteis para os médicos, como medidas dimensionais que podem ajudar a identificar sintomas emergentes ou determinar e monitorar alterações na gravidade. Todos esses esforços foram direcionados para o objetivo de aumentar a utilidade do DSM-5 como guia clínico no diagnóstico de transtornos mentais, bem como seu valor para a pesquisa.

O DSM-5 se esforça para atender à necessidade de clínicos, pacientes, familiares e pesquisadores de uma descrição clara e concisa de cada transtorno mental, que foi operacionalizada usando critérios diagnósticos que são complementados por medidas dimensionais de gravidade e é acompanhado por um resumo de informações sobre o diagnóstico, incluindo fatores de risco e questões culturais, de sexo e de gênero.

Treinamento clínico e experiência são necessários para usar o DSM para determinar um diagnóstico clínico. Os critérios diagnósticos identificam sintomas e sinais que incluem afetos, comportamentos, funções cognitivas e traços de personalidade, juntamente com sinais físicos, combinações de sintomas (síndromes) e durações que exigem experiência clínica para diferenciar da variação normal e das respostas transitórias ao estresse. O processo de diagnóstico pode ser facilitado por um exame minucioso da gama de sintomas que podem estar presentes, como a realização de uma revisão dos sistemas mentais usando a Medida de Sintomas Transversais de Nível 1 do DSM-5, conforme recomendado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). ) *Diretrizes Práticas para a Avaliação Psiquiátrica de Adultos* (ver “Medidas Transversais de Sintomas”).

O uso dos critérios do DSM tem a clara virtude de criar uma linguagem comum para comunicação entre clínicos sobre o diagnóstico de distúrbios. Os distúrbios oficialmente reconhecidos estão localizados na Seção II do manual. No entanto, deve-se notar que esses critérios diagnósticos e sua colocação na classificação são baseados em pesquisas atuais e podem precisar ser modificados à medida que a pesquisa avança.

---

## Desenvolvimento do DSM-5-TR

---

Breve História das Edições Anteriores do DSM A primeira

edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* da Associação Psiquiátrica Americana apareceu em 1952. Este foi o primeiro manual oficial de transtornos mentais a

contêm um glossário de descrições das categorias de diagnóstico. O uso do termo “reação” em toda a classificação refletiu a influência da visão psicobiológica de Adolf Meyer de que os transtornos mentais representavam reações da personalidade a fatores psicológicos, sociais e biológicos. No desenvolvimento da segunda edição (DSM-II), decidiu-se basear a classificação na seção de transtornos mentais do

## 6

a oitava revisão da *Classificação Internacional de Doenças* (CID-8), para a qual os representantes da APA prestaram consulta. Tanto o DSM-II quanto o ICD-8 entraram em vigor em 1968.

Assim como o DSM-I e o DSM-II, o desenvolvimento do DSM-III foi coordenado com o desenvolvimento da *Classificação Internacional de Doenças*, especificamente a CID-9, publicada em 1975 e implementada em 1978. O DSM-III em 1974, com publicação em 1980. O DSM-III, sob a direção de Robert L. Spitzer, MD, introduziu uma série de importantes inovações metodológicas, incluindo critérios diagnósticos explícitos e uma abordagem descritiva que tentou ser neutra em relação a teorias da etiologia dos transtornos mentais. A experiência com o DSM-III revelou uma série de inconsistências no sistema.

Por isso, a APA nomeou um Grupo de Trabalho para Revisão do DSM-III, que desenvolveu as revisões e correções que levaram ao DSM-III-R em 1987.

O DSM-IV foi publicado em 1994. Foi o culminar de um esforço de 6 anos que envolveu mais de 1.000 indivíduos e inúmeras organizações profissionais. Grande parte do esforço envolveu a realização de uma revisão abrangente da literatura para estabelecer uma base empírica sólida para fazer modificações. Os desenvolvedores do DSM-IV e da décima revisão da CID trabalharam de perto para coordenar seus esforços, resultando em maior congruência entre os dois sistemas. A CID-10 foi publicada em 1992.

Um histórico completo de todas as edições do DSM está localizado no site da APA: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>.

## Processo de Revisão do DSM-5

Em 1999, a APA lançou uma avaliação dos pontos fortes e fracos do DSM. Esse esforço foi coordenado com a Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Associação Mundial de Psiquiatria e o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) na forma de várias conferências, cujos anais foram publicados na monografia *A de 2002. Agenda de Pesquisa para o DSM-V*. A partir daí, de 2003 a 2008, um acordo de cooperação entre a APA e a OMS, apoiado pelo NIMH, o National Institute on Drug Abuse (NIDA) e o National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), levou à convocação de 13 conferências internacionais de planejamento de pesquisa do DSM-5, envolvendo 400 participantes de 39 países, para revisar a literatura mundial em áreas específicas de diagnóstico para preparar as revisões no desenvolvimento do DSM-5 e da *Classificação Internacional de Doenças*, 11ª Revisão (CID 11). Os relatórios dessas conferências formaram a base para futuras revisões da Força-Tarefa do DSM-5 e prepararam o terreno para a nova edição do DSM.

Em 2006, a APA nomeou David J. Kupfer, MD, como Presidente e Darrel A. Regier, MD, MPH, como Vice-Presidente da Força-Tarefa DSM-5. Eles foram acusados de recomendar cadeiras

para os 13 grupos de trabalho de diagnóstico e membros adicionais da força-tarefa com uma gama multidisciplinar de especialização que supervisionaria o desenvolvimento do DSM-5. Um processo de verificação adicional foi iniciado pelo Conselho de Curadores da APA para divulgar fontes de renda e, assim, evitar conflitos de interesse por força-tarefa e membros do grupo de trabalho. A divulgação completa de todas as receitas e bolsas de pesquisa de fontes comerciais, incluindo a indústria farmacêutica, nos 3 anos anteriores, a imposição de um teto de receita de todas as fontes comerciais e a publicação de divulgações em um site estabelecem um novo padrão para o campo. A partir daí, a força-tarefa de 28 membros foi aprovada em 2007, e as nomeações de mais de 130 membros do grupo de trabalho foram aprovadas em 2008. Mais de 400 assessores de grupo de trabalho adicionais sem poder de voto também foram aprovados para participar do processo. Um conceito claro do próximo estágio evolutivo para a classificação dos transtornos mentais foi central para os esforços da força-tarefa e dos grupos de trabalho. Essa visão surgiu quando a força-tarefa e os grupos de trabalho relataram a história da classificação do DSM-IV, seus pontos fortes e limitações atuais e as direções estratégicas para sua revisão.

## 7

Um processo intensivo de 6 anos envolveu a realização de revisões de literatura e análises secundárias, publicação de relatórios de pesquisa em revistas científicas, desenvolvimento de rascunhos de critérios de diagnóstico, publicação de rascunhos preliminares no site do DSM-5 para comentários públicos, apresentação de resultados preliminares em reuniões profissionais, realização de ensaios de campo, e revisão de critérios e texto. No geral, muitos profissionais de saúde e grupos educacionais estiveram envolvidos neste desenvolvimento e teste do DSM-5, incluindo médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, conselheiros, epidemiologistas, estatísticos, neurocientistas e neuropsicólogos. Além disso, indivíduos com transtornos mentais e famílias de indivíduos com transtornos mentais, advogados, organizações de consumidores e grupos de defesa participaram da revisão do DSM-5, fornecendo feedback sobre os transtornos mentais descritos neste volume.

### Propostas para revisões As propostas

para a revisão dos critérios diagnósticos do DSM-IV foram desenvolvidas pelos membros dos grupos de trabalho com base na lógica, escopo da mudança, impacto esperado na gestão clínica e na saúde pública, força das evidências de pesquisa de apoio, clareza geral, e utilidade clínica. As propostas incluíam mudanças nos critérios diagnósticos; a adição de novos distúrbios, subtipos e especificadores; e a eliminação de distúrbios existentes.

Nas propostas de revisão, foram identificados pontos fortes e fracos nos critérios e nosologia atuais. Novas descobertas científicas nas duas décadas anteriores foram consideradas, levando à criação de um plano de pesquisa para avaliar possíveis mudanças por meio de revisões de literatura e análises de dados secundários. Quatro princípios guiaram as revisões preliminares: 1) O DSM-5 destina-se principalmente a ser um manual para ser usado por médicos, e as revisões devem ser viáveis para a prática clínica de rotina; 2) as recomendações para revisões devem ser guiadas por evidências de pesquisa; 3) sempre que possível, a continuidade deve ser mantida com as edições anteriores do DSM; e 4) nenhuma restrição a priori deve ser colocada no grau de mudança entre o DSM-IV e o DSM-5.

Com base nas revisões iniciais da literatura, os grupos de trabalho identificaram questões-chave em suas áreas de diagnóstico. Os grupos de trabalho também examinaram preocupações metodológicas mais amplas, como a presença de achados contraditórios na literatura; desenvolvimento de uma definição refinada de

distúrbio mental; e uma consideração de questões transversais relevantes para todos os transtornos. A inclusão de uma proposta de revisão na Seção II foi informada pela consideração de suas vantagens e desvantagens para a saúde pública e utilidade clínica, a força da evidência e a magnitude da mudança. Novos diagnósticos e subtipos e especificadores de distúrbios estavam sujeitos a estipulações adicionais, como demonstração de confiabilidade (ou seja, o grau em que dois médicos poderiam chegar independentemente ao mesmo diagnóstico para um determinado paciente). Distúrbios com baixa utilidade clínica e validade fraca foram considerados para deleção. A colocação das condições propostas em “Condições para Estudo Adicional” na Seção III dependia da quantidade de evidências empíricas geradas no diagnóstico proposto, confiabilidade ou validade diagnóstica, presença de necessidade clínica clara e benefício potencial no avanço da pesquisa.

## Ensaio de Campo DSM-5

O uso de ensaios de campo para demonstrar empiricamente a confiabilidade foi uma melhoria notável introduzida no DSM-III. A estratégia de design e implementação dos Ensaio de Campo DSM-5 representou várias mudanças em relação às abordagens usadas para DSM-III e DSM-IV, particularmente na obtenção de dados sobre a precisão das estimativas de confiabilidade kappa (uma medida estatística que avalia o nível de concordância entre os avaliadores que corrige para concordância casual devido às taxas de prevalência) no contexto de ambientes clínicos do mundo real com altos níveis de comorbidade diagnóstica. Para o DSM 5, os ensaios de campo foram estendidos usando dois projetos distintos: um em ambientes acadêmicos médicos grandes e diversos e outro em práticas clínicas de rotina. O primeiro capitalizou a necessidade de grandes tamanhos de amostra para testar hipóteses sobre

8

confiabilidade e utilidade clínica de uma variedade de diagnósticos em uma variedade de populações de pacientes; o último forneceu informações valiosas sobre como as revisões propostas foram realizadas em ambientes clínicos diários entre uma amostra diversificada de usuários do DSM. Prevê-se que futuros estudos de pesquisa clínica e básica se concentrem na validade dos critérios diagnósticos categóricos revisados e nas características dimensionais subjacentes desses distúrbios (incluindo aqueles que estão sendo explorados pela iniciativa NIMH Research Domain Criteria).

Os ensaios de campo médico-acadêmicos foram conduzidos em 11 centros médicos-acadêmicos norte-americanos de dezembro de 2010 a outubro de 2011 e avaliaram a confiabilidade, viabilidade e utilidade clínica de revisões selecionadas, com prioridade para aquelas que representavam o maior grau de mudança do DSM -IV ou aqueles potencialmente com maior impacto na saúde pública. Todas as populações de pacientes clínicos que chegam a cada local foram rastreadas para diagnósticos do DSM-IV ou sintomas de qualificação que provavelmente predizem vários distúrbios específicos do DSM-5 de interesse. Amostras estratificadas de quatro a sete distúrbios específicos, além de um estrato contendo uma amostra representativa de todos os outros diagnósticos, foram identificados para cada local. Os pacientes consentiram com o estudo e foram aleatoriamente designados para uma entrevista clínica por um clínico cego ao diagnóstico clínico, seguido por uma segunda entrevista que ocorreu dentro de 2 semanas com um clínico cego aos diagnósticos feitos pelo primeiro entrevistador. Os pacientes primeiro preencheram um inventário assistido por computador de sintomas transversais em mais de uma dúzia de domínios psicológicos. Esses inventários foram pontuados por um computador e os resultados foram fornecidos aos médicos antes que eles conduzissem uma entrevista clínica típica (sem protocolo estruturado). Os médicos foram obrigados a marcar a presença

critérios de qualificação em uma lista de verificação de diagnóstico DSM-5 assistida por computador, determinar diagnósticos, classificar a gravidade do diagnóstico e carregar os dados em um repositório central. Este desenho de estudo permitiu o cálculo do grau em que dois médicos independentes poderiam concordar em um diagnóstico (usando a estatística kappa intraclasse) e nas classificações administradas pelo médico de gravidade dos sintomas específicos do diagnóstico e transversal (usando coeficientes de correlação intraclasse), bem como como o nível de concordância em medidas de sintomas transversais auto-relatados, traços de personalidade, incapacidade e gravidade diagnóstica administradas ao mesmo paciente em duas ocasiões com até 2 semanas de intervalo (usando coeficientes de correlação intraclasse), juntamente com informações sobre a precisão dessas estimativas de confiabilidade. Também foi possível avaliar as taxas de prevalência das condições do DSM IV e do DSM-5 nas respectivas populações clínicas.

Os ensaios de campo de prática clínica de rotina envolveram o recrutamento de psiquiatras individuais e outros clínicos de saúde mental e foram conduzidos de outubro de 2011 a março de 2012. Uma amostra voluntária foi recrutada que incluiu psiquiatras generalistas e especializados, psicólogos, assistentes sociais clínicos licenciados, conselheiros, casamento e família terapeutas e enfermeiras de saúde mental psiquiátricas de prática avançada. Os ensaios de campo forneceram a exposição dos diagnósticos e medidas dimensionais do DSM-5 propostos a uma ampla gama de médicos para avaliar sua viabilidade e utilidade clínica.

## Revisão Pública e Profissional

Em 2010, a APA lançou um site dedicado à revisão do DSM-5 para facilitar a entrada pública e profissional no DSM-5. Todos os critérios de diagnóstico preliminares e mudanças propostas na organização foram postados em [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org) por um período de comentários de 2 meses. O feedback totalizou mais de 8.000 envios, que foram sistematicamente revisados por cada um dos 13 grupos de trabalho, cujos membros, quando apropriado, integraram perguntas e comentários nas discussões de revisões preliminares e planos para testes de campo. Após revisões dos critérios preliminares iniciais e da organização proposta do capítulo, uma segunda postagem ocorreu em 2011. Os grupos de trabalho consideraram o feedback das postagens na web e os resultados dos Ensaios de Campo do DSM-5 ao redigir os critérios finais propostos, que foram postados no site para pela terceira e última vez em 2012. Essas três iterações de revisão externa produziram mais de 13.000 comentários assinados individualmente no site que foram recebidos e revisados pelo trabalho

grupos, além de milhares de assinantes de petições organizadas a favor e contra algumas revisões propostas, o que permitiu que a força-tarefa abordasse ativamente as preocupações dos usuários do DSM, bem como pacientes e grupos de defesa, e garantir que a utilidade clínica permanecesse uma alta prioridade.

Revisão de especialistas e aprovação final Os membros dos

13 grupos de trabalho, representando especialistas em suas respectivas áreas, colaboraram com assessores e revisores sob a direção geral da Força-Tarefa DSM-5 para redigir os critérios de diagnóstico e o texto que o acompanha. Esse esforço foi apoiado por uma equipe de funcionários da Divisão de Pesquisa da APA e desenvolvido por meio de uma rede de coordenadores de texto de cada grupo de trabalho.

A preparação do texto foi coordenada pelo editor de texto, trabalhando em estreita colaboração

com os grupos de trabalho e sob a direção dos presidentes da força-tarefa. O Comitê de Revisão Científica (SRC) foi estabelecido para fornecer um processo de revisão científica por pares que fosse externo ao dos grupos de trabalho. O presidente do SRC, o vice-presidente e seis membros do comitê foram encarregados de revisar o grau em que as mudanças propostas do DSM-IV poderiam ser apoiadas por evidências científicas. Cada proposta de revisão diagnóstica exigia um memorando de evidência para mudança preparado pelo grupo de trabalho e acompanhado por um resumo de dados de suporte organizados em torno de validadores para os critérios diagnósticos propostos (ou seja, validadores antecedentes, como agregação familiar, validadores simultâneos, como marcadores biológicos, e validadores prospectivos, como resposta ao tratamento ou curso da doença). As submissões foram revisadas pelo SRC e pontuadas de acordo com a força dos dados científicos de apoio. Outras justificativas para a mudança, como aquelas decorrentes da experiência ou necessidade clínica ou de uma ressignificação conceitual das categorias diagnósticas, eram geralmente vistas como fora do alcance do SRC. As pontuações dos revisores, que variaram substancialmente entre as diferentes propostas, e um breve comentário que as acompanhava foram então devolvidos ao Conselho de Curadores da APA e aos grupos de trabalho para consideração e resposta.

O Comitê Clínico e de Saúde Pública (CPHC), composto por um presidente, vice-presidente e seis membros, foi nomeado para considerar questões adicionais de utilidade clínica, saúde pública e esclarecimento lógico para critérios que ainda não haviam acumulado o tipo ou nível de provas consideradas suficientes para a mudança pelo SRC. Esse processo de revisão foi particularmente importante para transtornos do DSM-IV com deficiências conhecidas para os quais os remédios propostos não haviam sido considerados anteriormente no processo de revisão do DSM nem submetidos a estudos de pesquisa replicados. Esses distúrbios selecionados foram avaliados por quatro a cinco revisores externos, e os resultados cegos foram revisados por membros do CPHC, que por sua vez fizeram recomendações ao Conselho de Curadores da APA e aos grupos de trabalho.

Revisões forenses de critérios diagnósticos e texto foram conduzidas pelos membros do Conselho de Psiquiatria e Direito da APA para transtornos que aparecem frequentemente em ambientes forenses e aqueles com alto potencial para influenciar julgamentos civis e criminais em ambientes de tribunal.

Os grupos de trabalho também adicionaram especialistas forenses como consultores em áreas pertinentes para complementar a experiência fornecida pelo Conselho de Psiquiatria e Direito.

Uma recomendação final da força-tarefa foi então fornecida ao Comitê da Assembléia da APA sobre o DSM-5 para considerar algumas das características clínicas de utilidade e viabilidade das revisões propostas. A Assembléia é um órgão deliberativo da APA que representa os ramos distritais e membros mais amplos, composto por psiquiatras de todos os Estados Unidos que fornecem diversidade geográfica, de tamanho de prática e de interesse. O Comitê do DSM-5 era composto por um grupo diversificado de líderes da Assembléia.

Seguindo as etapas de revisão anteriores, foram realizadas sessões executivas do "comitê de cúpula" para consolidar as contribuições da revisão, incluindo presidentes de comitês da Assembléia, presidentes de força-tarefa, um consultor forense e um consultor estatístico, para uma revisão preliminar de cada distúrbio pela Assembléia e APA Comitês executivos do Conselho de Curadores. Isso precedeu uma revisão preliminar por todo o Conselho de Curadores da APA. A Assembléia votou, em novembro de 2012, para recomendar que a Diretoria aprove a publicação do DSM-5, e a Diretoria da APA

consultores que contribuíram para este processo estão listados no Apêndice.

## Revisões ao DSM-5

### Processo de Revisão Iterativa do DSM-5

Os avanços na publicação digital que permitem a divulgação oportuna das mudanças abriram caminho para que a American Psychiatric Association adote um modelo de aprimoramento iterativo para o DSM, no qual as revisões são atreladas a avanços científicos específicos. O Comitê Diretivo do DSM (análogo ao DSM-5 Task Force) foi nomeado na primavera de 2014, com Paul S. Appelbaum, MD, como presidente e Ellen Leibenluft, MD, e Kenneth Kendler, MD, como vice-presidentes, para supervisionar a iterativa processo de revisão, juntamente com a criação de um portal web ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)) para apresentar propostas de forma contínua. As alterações propostas podem incluir a adição de novos distúrbios e a exclusão ou modificação de conjuntos de critérios diagnósticos nas Seções II e III do DSM-5, bem como alterações no texto. Os envios devem ser acompanhados de informações de suporte em um formato estruturado, incluindo os motivos da mudança, a magnitude da mudança, dados que documentam melhorias na validade em uma variedade de validadores, evidências de confiabilidade e utilidade clínica e consideração de consequências deletérias atuais ou potenciais associados à mudança proposta.

As abordagens para validar critérios diagnósticos para transtornos mentais categóricos incluem os seguintes tipos de evidência: validadores antecedentes (marcadores genéticos semelhantes, traços familiares, temperamento e exposição ambiental), validadores simultâneos (substratos neurais semelhantes, biomarcadores, processamento emocional e cognitivo e sintomas similaridade) e validadores preditivos (curso clínico e resposta ao tratamento semelhantes). Novos critérios para transtornos atuais são adotados se produzirem melhora em alguma dessas classes de validadores. Além disso, novos transtornos são adicionados ao DSM se eles se mostrarem válidos por um subconjunto substancial desses validadores, bem como atender aos critérios para um transtorno mental e demonstrar utilidade clínica.

As propostas submetidas ao portal da web do DSM passam por uma revisão inicial pelo Comitê Diretor para determinar se as evidências da proposta, à primeira vista, parecem substancialmente prováveis de atender aos critérios de aprovação. Em caso afirmativo, a proposta é encaminhada a um dos cinco Comitês de Revisão permanentes (funcionalmente análogos aos Grupos de Trabalho do DSM), que abrangem amplos domínios do diagnóstico psiquiátrico. Ao receber uma proposta do Comitê Diretor, o Comitê de Revisão designado considera as evidências em apoio da mudança proposta, solicita informações adicionais, se necessário, e devolve a proposta ao Comitê Diretor com recomendações para disposição e, em alguns casos, modificações sugeridas. Se o Comitê Diretor concordar que parece existir evidência suficiente em apoio à proposta, a revisão proposta é publicada no site do DSM-5 para comentários públicos. A etapa final envolve fazer os ajustes necessários com base nos comentários e, em seguida, encaminhar a versão final para a Assembleia e Conselho de Curadores da APA para sua aprovação. Uma vez aprovado, a versão online do manual (ver <https://psychiatryonline.org>) é atualizado para refletir as alterações. Todas as alterações aprovadas desde a publicação do DSM-5 em 2013 estão incluídas no DSM-5-TR.

### Processo de Revisão de Texto DSM-5

Na primavera de 2019, a APA começou a trabalhar no DSM-5-TR, com Michael B. First, MD, e Philip Wang, MD, Dr.PH, como Copresidentes do Subcomitê de Revisão e Wilson M. Compton, MD e Daniel

S. Pine, MD, como Vice-Presidentes do Subcomitê de Revisão. O esforço de desenvolvimento do DSM-5-TR envolveu mais de 200 especialistas (a maioria dos quais esteve envolvida no desenvolvimento do DSM-5), que receberam a tarefa de realizar revisões de literatura cobrindo os últimos 10 anos e revisar o texto para identificar -material de data. Uma análise de

11

conflitos de interesse para todas as alterações propostas ao texto foi realizada para eliminar qualquer possível comprometimento da objetividade do conteúdo. Espelhando a estrutura do processo do DSM-5, os especialistas foram divididos em 20 grupos de revisão de Distúrbios, cada um liderado por um editor de seção. Quatro grupos de revisão transversais (Cultura, Sexo e Gênero, Suicídio e Forense) revisaram todos os capítulos, concentrando-se no material que envolve seus conhecimentos específicos. O texto também foi revisado por um grupo de trabalho sobre Equidade e Inclusão Etnoracial para garantir a devida atenção a fatores de risco como racismo e discriminação e uso de linguagem não estigmatizante. Embora o escopo da revisão do texto não tenha incluído mudanças conceituais nos conjuntos de critérios, alguns esclarecimentos necessários a determinados critérios diagnósticos tornaram-se evidentes durante a revisão do texto. Propostas para mudanças nos critérios de diagnóstico ou definições de especificadores que foram resultado do processo de revisão do texto foram revisadas e aprovadas pelo Comitê Diretivo do DSM, bem como pela Assembleia e Conselho de Curadores da APA, como parte do processo de revisão iterativa do DSM-5 descrito na seção anterior.

---

## Mudanças na Estrutura Organizacional do DSM-5

---

O DSM é uma classificação médica de distúrbios e, como tal, serve como um esquema cognitivo historicamente determinado, imposto à informação clínica e científica para aumentar sua compreensibilidade e utilidade. A classificação dos transtornos (a maneira como os transtornos são agrupados) fornece uma organização de alto nível para o manual.

Reagrupamento de Distúrbios no DSM-5

Membros do grupo de estudo de espectros diagnósticos do DSM-5 examinaram se validadores científicos poderiam informar possíveis novos agrupamentos de distúrbios relacionados dentro da estrutura categórica existente. Onze desses indicadores foram recomendados pelo grupo de estudo para este propósito (ou seja, sua capacidade de separar significativamente grupos de doenças psiquiátricas uns dos outros): substratos neurais, traços familiares, fatores de risco genéticos, fatores de risco ambientais específicos, biomarcadores, antecedentes temperamentais, anormalidades de processamento emocional ou cognitivo, semelhança de sintomas, curso da doença, alta comorbidade e resposta compartilhada ao tratamento. Esses indicadores serviram ao grupo de estudo como diretrizes empíricas para informar a tomada de decisões dos grupos de trabalho e da força-tarefa sobre como agrupar os transtornos para maximizar sua validade e utilidade clínica (ou seja, quanto mais provável que os transtornos compartilhem esses validadores, maior a probabilidade de eles estariam no mesmo grupo diagnóstico).

Uma série de artigos foi desenvolvida e publicada em uma importante revista internacional (*Psychological Medicine*, Vol. 39, 2009) como parte dos processos de desenvolvimento do DSM-5 e da CID-11 para documentar que tais validadores eram mais úteis para sugerir grandes

agrupamentos de transtornos, bem como para “validar” as alterações propostas aos critérios diagnósticos.

À medida que a APA e a OMS começaram a planejar suas respectivas revisões do DSM e da *Classificação Internacional de Doenças (CID)*, ambas consideraram a possibilidade de melhorar a utilidade clínica (por exemplo, ajudando a explicar aparente comorbidade) e facilitar a investigação científica repensando as estruturas organizacionais de ambas as publicações. Foi fundamental tanto para a Força-Tarefa do DSM-5 quanto para o Grupo Consultivo Internacional da OMS sobre a revisão da Seção de Transtornos Mentais e Comportamentais da CID-10 que as revisões da organização aumentassem a utilidade clínica e permanecessem dentro dos limites de

12

informação científica. Nesse espírito, a revisão da estrutura organizacional foi abordada como uma reforma diagnóstica conservadora, evolutiva, que seria guiada por evidências científicas emergentes sobre as relações entre grupos de desordem. Ao reordenar e reagrupar os distúrbios existentes, a estrutura revisada pretende estimular novas perspectivas clínicas e encorajar os pesquisadores a identificar os fatores transversais psicológicos e fisiológicos que não estão vinculados a designações categóricas estritas.

No início das revisões, ficou claro que uma estrutura organizacional compartilhada ajudaria a harmonizar as classificações. Para surpresa dos participantes em ambos os processos de revisão, grandes seções do conteúdo se encaixaram com relativa facilidade, refletindo pontos fortes reais em algumas áreas da literatura científica, como epidemiologia, análises de comorbidade, estudos com gêmeos e alguns outros projetos geneticamente informados. Quando as disparidades surgiam, elas quase sempre refletiam a necessidade de fazer um julgamento sobre onde colocar um transtorno diante de dados incompletos – ou, mais frequentemente, conflitantes. Assim, por exemplo, com base em padrões de sintomas, comorbidade e fatores de risco compartilhados, o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) foi colocado no capítulo “Transtornos do neurodesenvolvimento” do DSM-5, embora os mesmos dados também apoiassem fortes argumentos colocar o TDAH no capítulo “Transtornos disruptivos, de controle de impulsos e de conduta”. Essas questões foram resolvidas com a preponderância de evidências que apoiam a colocação no capítulo “Transtornos do Neurodesenvolvimento” do DSM-5.

A organização dos capítulos do DSM-5 após os transtornos do neurodesenvolvimento é baseada em grupos de transtornos internalizantes (isto é, transtornos com sintomas proeminentes de ansiedade, depressão e somáticos), transtornos externalizantes (isto é, transtornos com conduta impulsiva e disruptiva proeminentes e uso de substâncias), distúrbios neurocognitivos e outros distúrbios. Espera-se que esta organização encoraje um estudo mais aprofundado dos processos fisiopatológicos subjacentes que dão origem a comorbidade diagnóstica e heterogeneidade de sintomas. Além disso, ao organizar agrupamentos de transtornos para espelhar a realidade clínica, o DSM-5 deve facilitar a identificação de possíveis diagnósticos por não especialistas em saúde mental, como médicos de atenção primária.

Apesar do problema colocado pelos diagnósticos categóricos, a Força-Tarefa do DSM-5 reconheceu que seria prematuro cientificamente propor definições dimensionais alternativas para a maioria dos transtornos. A estrutura organizacional deve servir como uma ponte para novas abordagens diagnósticas sem interromper a prática clínica ou a pesquisa atual. Prevê-se que a abordagem mais dimensional do DSM-5 e a estrutura organizacional facilitarão a pesquisa nas categorias de diagnóstico atuais, incentivando amplas investigações nos capítulos propostos e nos capítulos adjacentes. Essa pesquisa também deve manter o DSM-5 central para o desenvolvimento de abordagens dimensionais para diagnóstico que provavelmente complementarão ou substituirão as atuais categorias categóricas.

abordagens nos próximos anos.

Combinando Considerações de Desenvolvimento e Tempo de Vida Para melhorar a utilidade clínica, o DSM-5 é organizado ao longo de trajetórias de desenvolvimento e tempo de vida. Começa com diagnósticos pensados para refletir processos de desenvolvimento que se manifestam no início da vida (por exemplo, transtornos do neurodesenvolvimento e do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos), seguidos por diagnósticos que se manifestam mais comumente na adolescência e no início da idade adulta (por exemplo, transtornos bipolares e relacionados, transtornos depressivos, e transtornos de ansiedade) e termina com diagnósticos relevantes para a idade adulta e mais tarde na vida (por exemplo, transtornos neurocognitivos). Uma abordagem semelhante foi adotada, sempre que possível, dentro de cada capítulo. Essa estrutura organizacional facilita o uso abrangente das informações de expectativa de vida como forma de auxiliar na tomada de decisão diagnóstica.

13

## Harmonização com a CID-11

Os grupos encarregados de revisar os sistemas DSM e ICD compartilharam o objetivo geral de harmonizar ao máximo as duas classificações, pelas seguintes razões:

- A existência de duas grandes classificações de transtornos mentais dificulta a coleta e o uso de estatísticas nacionais de saúde, o desenho de ensaios clínicos voltados ao desenvolvimento de novos tratamentos e a consideração da aplicabilidade global dos resultados pelas agências reguladoras internacionais.
- Mais amplamente, a existência de duas classificações complica as tentativas de replicar resultados científicos em todo o país. limites.
- Mesmo quando a intenção era identificar populações de pacientes idênticas, os diagnósticos do DSM-IV e da CID-10 nem sempre concordavam.

Conforme discutido anteriormente nesta introdução, o esforço para harmonizar com a CID-11 limitou-se à harmonização amplamente bem-sucedida da estrutura organizacional. Devido a diferenças de tempo, a harmonização completa dos critérios diagnósticos do DSM-5 com as definições de transtorno da CID-11 não foi possível porque o esforço de desenvolvimento do DSM-5 estava vários anos à frente do processo de revisão da CID-11. Consequentemente, os critérios diagnósticos do DSM-5 foram finalizados no momento em que os grupos de trabalho da CID-11 estavam começando a desenvolver as descrições clínicas e diretrizes diagnósticas da CID-11. Alguma melhora na harmonização no nível da desordem ainda foi alcançada; muitos membros do grupo de trabalho da CID-11 participaram do desenvolvimento dos critérios diagnósticos do DSM-5, e os grupos de trabalho da CID-11 foram instruídos a revisar os conjuntos de critérios do DSM-5 e se esforçar para tornar as diretrizes de diagnóstico da CID-11 semelhantes às DSM-5 quanto possível, a menos que haja uma razão considerada para diferenciá-los. Uma revisão comparando as diferenças do DSM-5/CID-11 com as diferenças do DSM-IV/ICD-10 descobriu que o CID e o DSM estão agora mais próximos do que em qualquer outro momento desde o DSM-II e o CID-8 e que as diferenças atuais se baseiam amplamente em diferentes prioridades e usos dos dois sistemas de diagnóstico e em diferentes interpretações das evidências.

Embora a CID-11 tenha sido oficialmente endossada para uso pelos países membros da OMS durante a 72ª Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2019 e tenha entrado oficialmente em vigor em 1º de janeiro de 2022, cada país escolhe quando adotar a CID-11. Atualmente, não há cronograma proposto para a implementação da CID-11 nos Estados Unidos. Consequentemente, para o futuro previsível, a

O sistema de codificação oficial nos Estados Unidos continua sendo a *Classificação Internacional de Doenças*, Décima Revisão, Modificação Clínica (CID-10-CM).

---

## Principais Estruturas Conceituais e Abordagens

---

### Definição de Transtorno Mental

Cada transtorno identificado na Seção II do manual (excluindo aqueles nos capítulos “Distúrbios do Movimento Induzidos por Medicação e Outros Efeitos Adversos da Medicação” e “Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica”) deve atender à definição de transtorno mental. Embora nenhuma definição possa capturar todos os aspectos da gama de transtornos contidos no DSM-5, os seguintes elementos são necessários:

14

Um *transtorno mental* é uma síndrome caracterizada por distúrbios clinicamente significativos na cognição, regulação emocional ou comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Os transtornos mentais geralmente estão associados a sofrimento significativo ou incapacidade em atividades sociais, ocupacionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou culturalmente aprovada a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não é um transtorno mental. Comportamentos socialmente desviantes (por exemplo, políticos, religiosos ou sexuais) e conflitos que ocorrem principalmente entre o indivíduo e a sociedade não são transtornos mentais, a menos que o desvio ou conflito resulte de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito acima.

O diagnóstico de um transtorno mental deve ter utilidade clínica: deve ajudar os médicos a determinar o prognóstico, os planos de tratamento e os resultados potenciais do tratamento para seus pacientes. No entanto, o diagnóstico de um transtorno mental não equivale a uma necessidade de tratamento. A necessidade de tratamento é uma decisão clínica complexa que leva em consideração a gravidade dos sintomas, a relevância dos sintomas (p. e benefícios dos tratamentos disponíveis e outros fatores (por exemplo, sintomas psiquiátricos que complicam outras doenças). Os médicos podem, assim, encontrar indivíduos cujos sintomas não atendem a todos os critérios para um transtorno mental, mas que demonstram uma clara necessidade de tratamento ou cuidado. O fato de alguns indivíduos não apresentarem todos os sintomas indicativos de um diagnóstico não deve ser usado para justificar a limitação de seu acesso a cuidados adequados.

Deve-se notar que a definição de transtorno mental foi desenvolvida para fins clínicos, de saúde pública e de pesquisa. Informações adicionais são geralmente necessárias além daquelas contidas nos critérios de diagnóstico do DSM-5 para fazer julgamentos legais sobre questões como responsabilidade criminal, elegibilidade para compensação por invalidez e competência (consulte “Declaração de Advertência para Uso Forense do DSM-5” no conclusão da Seção I).

Abordagens categóricas e dimensionais para o diagnóstico Problemas estruturais

enraizados no desenho categórico do DSM surgiram tanto na prática clínica quanto na pesquisa. Evidências relevantes de tais problemas incluem altas taxas de comorbidade entre os transtornos, heterogeneidade de sintomas dentro dos transtornos e a necessidade substancial de outros diagnósticos especificados e não especificados para classificar o número substancial de apresentações clínicas que não atendem aos critérios para nenhum dos transtornos específicos do DSM. Estudos de fatores de risco genéticos e ambientais, sejam baseados em projetos de gêmeos, transmissão familiar ou análises moleculares, também levantaram questões sobre se uma abordagem categórica é a maneira ideal de estruturar o sistema DSM.

Há amplo reconhecimento de que um sistema categórico muito rígido não captura a experiência clínica ou observações científicas importantes. Os resultados de numerosos estudos de comorbidade e transmissão de doenças em famílias, incluindo estudos de gêmeos e estudos de genética molecular, apresentam fortes argumentos para o que muitos médicos astutos observaram há muito tempo: os limites entre muitas “categorias” de transtornos são mais fluidos ao longo da vida do que antes. foram reconhecidos, e muitos sintomas que compõem as características essenciais de um distúrbio específico podem ocorrer, em vários níveis de gravidade, em muitos outros distúrbios.

Uma abordagem dimensional classifica as apresentações clínicas com base na quantificação de atributos em vez da atribuição a categorias e funciona melhor na descrição de fenômenos que são distribuídos continuamente e que não possuem limites claros. Embora os sistemas dimensionais aumentem a confiabilidade e comuniquem mais informações clínicas

15

(porque eles relatam atributos clínicos que podem ser subliminares em um sistema categórico), eles também têm sérias limitações e, até agora, têm sido menos úteis do que os sistemas categóricos na prática clínica. As descrições dimensionais numéricas são muito menos familiares e vívidas do que os nomes das categorias de transtornos mentais. Além disso, ainda não há acordo sobre a escolha das dimensões ótimas a serem usadas para fins de classificação. No entanto, com o aumento da pesquisa e familiaridade com os sistemas dimensionais e o estabelecimento de pontos de corte clinicamente significativos para orientar as decisões de tratamento, é provável uma maior aceitação das abordagens dimensionais tanto como método de transmissão de informações clínicas quanto como ferramenta de pesquisa.

Por razões de utilidade clínica e compatibilidade com a classificação categórica da CID necessária para a codificação, o DSM-5 continua sendo uma classificação principalmente categórica com elementos dimensionais que divide os transtornos mentais em tipos com base em conjuntos de critérios com características definidoras. Apesar da estrutura categórica, é importante reconhecer que no DSM-5 não há suposição de que cada categoria de transtorno mental seja uma entidade completamente distinta com limites absolutos dividindo-a de outros transtornos mentais ou de nenhum transtorno mental. Também não há suposição de que todos os indivíduos descritos como tendo o mesmo transtorno mental sejam semelhantes em todos os aspectos importantes. O clínico que usa o DSM-5 deve, portanto, considerar que os indivíduos que compartilham um diagnóstico provavelmente são heterogêneos mesmo em relação às características definidoras do diagnóstico e que os casos-limite serão difíceis de diagnosticar de qualquer forma, exceto de forma probabilística. Essa perspectiva permite maior flexibilidade no uso do sistema, estimula uma atenção mais específica aos casos limítrofes e enfatiza a necessidade de capturar informações clínicas

além do diagnóstico.

Medidas transversais de sintomas Dado que as patologias

psiquiátricas não são confiavelmente discretas com limites nítidos umas das outras, os clínicos precisam mudar sua abordagem de avaliação e olhar além das apresentações prototípicas que coincidem perfeitamente com as categorias do DSM. Para ajudar nessa transição, a Seção III, “Medidas e Modelos Emergentes”, fornece a Medida Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5, desenvolvida para ajudar os médicos a avaliar todas as principais áreas do funcionamento psiquiátrico (por exemplo, humor, psicose, cognição, personalidade, sono) e descobrir mais detalhadamente possíveis distúrbios, apresentações atípicas, condições subsindrômicas e patologias coexistentes. Assim como a revisão de sistemas realizada em medicina geral atua como um inventário destinado a chamar a atenção para sintomas ou sinais que, de outra forma, poderiam ter sido negligenciados, a Medida Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 atua como uma revisão de sistemas mentais, destinada a ajudar os médicos a identificar melhor os distúrbios e sintomas latentes que precisam de uma avaliação mais detalhada (e potencialmente com necessidade de tratamento). A Medida Transversal de Sintomas de Nível 1 do DSM-5 é recomendada como um componente importante da avaliação psiquiátrica de indivíduos que se apresentam para atendimento psiquiátrico, com as *Diretrizes Práticas da Associação Psiquiátrica Americana para a Avaliação Psiquiátrica de Adultos* endossando seu uso como um primeiro passo na identificação e abordando a heterogeneidade dos sintomas em todas as categorias de diagnóstico. Versões auto-classificadas, pais/responsáveis e crianças (11 a 17 anos) da Medida de Sintomas Transversais Nível 1 do DSM-5 estão disponíveis on-line gratuitamente para uso clínico em [www.psychiatry.org/dsm5](http://www.psychiatry.org/dsm5).

Remoção do Sistema Multiaxial DSM-IV O DSM-IV oferecia um sistema

multiaxial de registro de diagnósticos que envolvia uma avaliação em vários eixos, cada um referente a um domínio de informação diferente. O DSM-5 mudou para uma documentação não-axial de diagnóstico. Transtornos e condições anteriormente listados no Eixo I (transtornos clínicos), Eixo II (transtornos de personalidade e transtornos do desenvolvimento intelectual) e Eixo III (outras condições médicas) são listados juntos sem diferenciação formal, normalmente em ordem de importância clínica. Psicossocial e

16

os fatores contextuais (anteriormente listados no Eixo IV) são listados junto com os diagnósticos e condições usando códigos Z no capítulo “Outras condições que podem ser um foco de atenção clínica”.

O Eixo V do DSM-IV consistia na escala de Avaliação Global de Funcionamento (GAF), representando o julgamento do clínico sobre o nível geral de “funcionamento em um continuum hipotético de saúde mental-doença” do indivíduo. Essa escala foi substituída pelo Cronograma de Avaliação de Incapacidade da OMS (WHODAS), que está incluído na Seção III do DSM-5 (consulte o capítulo “Medidas de Avaliação”). O WHODAS é baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para uso em toda a medicina e cuidados de saúde.

## Questões Estruturais Culturais e Sociais

Os transtornos mentais são definidos e reconhecidos por clínicos e outros no contexto de normas e valores socioculturais e comunitários locais. Os contextos culturais moldam a experiência e a expressão dos sintomas, sinais, comportamentos e limiares de gravidade que constituem critérios para o diagnóstico. Os contextos socioculturais também moldam aspectos de identidade (como etnia ou raça) que conferem posições sociais específicas e expõem de forma diferenciada os indivíduos a determinantes sociais da saúde, incluindo a saúde mental. Esses elementos culturais são transmitidos, revisados e recriados dentro das famílias, comunidades e outros sistemas e instituições sociais e mudam ao longo do tempo.

A avaliação diagnóstica deve incluir como as experiências, sintomas e comportamentos de um indivíduo diferem das normas socioculturais relevantes e levam a dificuldades de adaptação em seu contexto de vida atual. Os médicos também devem levar em conta como as apresentações clínicas dos indivíduos são influenciadas por sua posição dentro das estruturas e hierarquias sociais que moldam a exposição à adversidade e o acesso a recursos. Aspectos-chave do contexto sociocultural relevantes para a classificação e avaliação diagnóstica foram cuidadosamente considerados no desenvolvimento do DSM-5-TR.

### **Impacto das Normas e Práticas Culturais** Os limites entre

normalidade e patologia variam entre contextos culturais para tipos específicos de comportamentos. Os limites de tolerância para sintomas ou comportamentos específicos diferem entre contextos culturais, configurações sociais e famílias. Assim, o nível em que uma experiência se torna problemática ou é percebida como patológica será diferente. O julgamento de que um determinado comportamento, experiência ou preocupação requer atenção clínica depende de normas culturais que são internalizadas pelo indivíduo e aplicadas por outras pessoas ao seu redor, incluindo familiares e médicos. Para avaliar com precisão os potenciais sinais e sintomas de psicopatologia, os médicos devem rotineiramente considerar o impacto de significados culturais, identidades e práticas sobre as causas e o curso da doença, por exemplo, por meio de qualquer um dos seguintes fatores: níveis de vulnerabilidade e os mecanismos de desordens (por exemplo, ao amplificar os medos que mantêm o transtorno do pânico ou a ansiedade em relação à saúde); estigma social e apoio gerado pelas respostas da família e da comunidade à doença mental; estratégias de enfrentamento que melhoram a resiliência em resposta à doença ou caminhos de busca de ajuda para acessar vários tipos de cuidados de saúde, incluindo tratamentos alternativos e complementares; e aceitação ou rejeição de um diagnóstico e adesão a tratamentos, afetando o curso da doença e a recuperação. Os contextos culturais também afetam a condução do encontro clínico, incluindo a entrevista diagnóstica. As diferenças culturais entre o clínico/membros da equipe de tratamento e o indivíduo têm implicações para a precisão e aceitação do diagnóstico, bem como para as decisões de tratamento, considerações prognósticas e resultados clínicos.

### **Conceitos Culturais de Angústia**

Historicamente, o construto da síndrome culturalmente ligada foi um foco de trabalho em fenomenologia descritiva em psiquiatria cultural e psicologia. Desde o DSM-5, esse construto foi substituído por três conceitos que oferecem maior utilidade clínica:

1. *Expressão idiomática cultural de angústia* refere-se a um comportamento ou termo linguístico, frase ou maneira de falar sobre sintomas, problemas ou sofrimento entre indivíduos com origens culturais semelhantes para expressar ou comunicar características essenciais de angústia (por exemplo, afirmar: "Sinto-me tão deprimido" para expressar humor deprimido ou desânimo que não atinge o limiar para depressão maior

transtorno). Um idioma de angústia não precisa estar associado a sintomas específicos, síndromes ou causas percebidas. Pode ser usado para transmitir uma ampla gama de desconforto, incluindo preocupações cotidianas, condições subclínicas ou sofrimento devido a circunstâncias sociais em vez de transtornos mentais. Por exemplo, a maioria dos grupos culturais tem expressões corporais comuns de angústia usadas para expressar uma ampla gama de sofrimento e preocupações.

2. *Explicação cultural ou causa percebida* refere-se a um rótulo, atribuição ou característica de um modelo explicativo que fornece um conceito culturalmente coerente de etiologia ou causa para sintomas, doença ou angústia (por exemplo, a atribuição de psicopatologia ao “estresse”, espíritos, ou falha em seguir práticas culturalmente prescritas). Explicações causais podem ser características salientes de classificações locais de doenças usadas por leigos ou curandeiros.
3. A *síndrome cultural* refere-se a um conjunto ou grupo de sintomas distintos e concomitantes encontrados em grupos, comunidades ou contextos culturais específicos (por exemplo, *ataque de nervios*). A síndrome pode ou não ser reconhecida como uma doença no contexto cultural local (ou seja, pode ser rotulada de maneiras não médicas), mas esses padrões culturais de angústia e características da doença podem, no entanto, ser reconhecíveis por um observador externo.

Esses três conceitos (para os quais a discussão e os exemplos são fornecidos no capítulo da Seção III “Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico”) sugerem formas culturais de compreender e descrever experiências de angústia ou doença que podem ser eliciadas no encontro clínico. Eles influenciam a sintomatologia, a procura de ajuda, as apresentações clínicas, as expectativas de tratamento, a adaptação à doença e a resposta ao tratamento. O mesmo termo cultural geralmente serve a mais de uma dessas funções, e o uso pode mudar ao longo do tempo. Por exemplo, “depressão” nomeia uma síndrome, mas também se tornou uma expressão comum de angústia.

### **Impacto do racismo e da discriminação no diagnóstico psiquiátrico** O trabalho clínico e a

pesquisa em psiquiatria são profundamente afetados por construções sociais e culturais de raça e etnia. A raça é uma construção social, não biológica. É usado para dividir as pessoas em grupos com base em características físicas superficiais, como a cor da pele. Embora não haja base biológica para a construção da raça, as práticas discriminatórias baseadas na raça têm efeitos profundos na saúde física e mental.

O processo social pelo qual categorias específicas de identidade são construídas com base em ideologias e práticas raciais é denominado *racialização*. As identidades racializadas são importantes porque estão fortemente associadas a sistemas de discriminação, marginalização e exclusão social. Outros aspectos da identidade, incluindo etnia, gênero, idioma, religião e orientação sexual, também podem ser foco de preconceitos ou estereótipos que podem afetar o processo de diagnóstico e avaliação.

O racismo existe nos níveis estrutural pessoal, interpessoal, sistêmico/institucional e social. No nível pessoal, o racismo dá origem a estereótipos internalizados e experiências de ameaça, desvalorização, negligência e injustiça que afetam a saúde e o bem-estar dos indivíduos. No nível interpessoal, o racismo inclui não apenas comportamentos explícitos, mas também *microagressões*, que são desprezos e ofensas cotidianas que comunicam atitudes negativas em relação a grupos estigmatizados específicos, com consequências indutoras de estresse e traumatizantes. O racismo sistêmico/institucional refere-se às formas como a discriminação está inserida nas práticas cotidianas de instituições ou organizações, incluindo cuidados de saúde e psiquiatria. O racismo sistêmico pode não ser expresso em ideologias raciais abertas, mas pode ser mantido por

preconceitos implícitos e não intencionais, hábitos, rotinas e práticas que resultam em desconhecimento e desigualdade. Como resultado, os indivíduos podem participar e contribuir inadvertidamente para o racismo sistêmico sem endossar conscientemente ideias racistas. O conceito de racismo social estrutural enfatiza as formas como o racismo e a discriminação se manifestam na organização e nas normas da sociedade e nas políticas públicas com desigualdades generalizadas em recursos econômicos, poder e privilégios que impactam a exposição ao risco de saúde e o acesso aos cuidados de saúde. A violência estrutural e a opressão do racismo têm consequências físicas, psicológicas e sociais, incluindo efeitos negativos na saúde mental.

O racismo é um importante determinante social da saúde que contribui para uma ampla variedade de resultados adversos à saúde, incluindo hipertensão, comportamento suicida e transtorno de estresse pós-traumático e pode predispor os indivíduos ao uso de substâncias, transtornos de humor e psicose. Os estereótipos e atitudes raciais negativos afetam o desenvolvimento psicológico e o bem-estar dos grupos racializados. Outras consequências adversas da discriminação incluem acesso desigual aos cuidados e viés clínico no diagnóstico e tratamento; por exemplo, diagnóstico errôneo de esquizofrenia entre afro-americanos que apresentam transtornos de humor e outras condições, caminhos mais coercitivos para atendimento, menos tempo em tratamento ambulatorial e uso mais frequente de restrições físicas e tratamentos abaixo do ideal. Os médicos devem fazer esforços ativos para reconhecer e abordar todas as formas de racismo, preconceito e estereótipo na avaliação clínica, diagnóstico e tratamento.

#### **Atenção à cultura, racismo e discriminação no DSM-5-TR** Durante o processo de

revisão do DSM-5-TR, foram tomadas medidas para abordar o impacto da cultura, racismo e discriminação no diagnóstico psiquiátrico no texto dos capítulos de transtorno. Um Comitê de Revisão Transversal sobre Questões Culturais, composto por 19 especialistas americanos e internacionais em psiquiatria cultural, psicologia e antropologia, revisou os textos para influências culturais nas características do transtorno, incorporando informações relevantes nas seções sobre questões de diagnóstico relacionadas à cultura. Um Grupo de Trabalho de Equidade e Inclusão Etnoracial separado, composto por 10 profissionais de saúde mental de diversas origens étnicas e raciais com experiência em práticas de redução de disparidade, revisou referências a raça, etnia e conceitos relacionados para evitar perpetuar estereótipos ou incluir informações clínicas discriminatórias.

O DSM-5-TR está comprometido com o uso de linguagem que desafia a visão de que as raças são entidades discretas e naturais. O texto usa terminologia como *racializado* em vez de *racial* para destacar a natureza socialmente construída da raça. Quando o termo *etnoracial* é usado no texto, ele denota as categorias do Censo dos EUA, como hispânico, branco ou afro-americano, que combinam identificadores étnicos e raciais. O termo emergente *Latinx* (singular e plural) é usado no lugar de *Latino/a* para promover terminologia inclusiva de gênero. O termo *caucasiano* não é usado porque se baseia em visões obsoletas e errôneas sobre a origem geográfica de uma etnia pan-europeia prototípica. Os termos *minoria* e *não-branco* são evitados porque descrevem grupos sociais em relação a uma “maioria” racializada, prática que tende a perpetuar hierarquias sociais.

Quando necessário para clareza no relato de informações epidemiológicas ou outras com base em estudos específicos, no entanto, o texto usa os rótulos de grupo dos estudos relevantes. O termo *cultura* é usado não para se referir a um grupo social distinto (por exemplo, “a prevalência difere entre as culturas”), mas sim para indicar a heterogeneidade de visões e práticas culturais dentro das sociedades; os termos *contextos* culturais ou *origens culturais* são preferíveis.

As seções sobre prevalência para cada transtorno foram revisadas para garantir que os achados sejam apresentados com referência clara às áreas geográficas ou grupos sociais incluídos na coleta de dados (por exemplo, “na população geral dos EUA”); isso evita generalizar demais as descobertas para comunidades ainda não estudadas. Dados de prevalência em grupos étnicos específicos foram incluídos quando pesquisas existentes documentaram estimativas confiáveis com base em dados representativos.

19

amostras. O grupo de trabalho estava preocupado que os dados de amostras não representativas pudessem ser enganosos. Isso explica a inclusão limitada de dados sobre certos grupos étnicos, notadamente os nativos americanos. Há uma necessidade urgente de pesquisas sobre este e outros grupos importantes.

As estimativas de prevalência também dependem da ausência de viés de avaliação; o texto indica quando mais pesquisas são necessárias para garantir a precisão dos dados disponíveis. Os usuários são incentivados a ler as seções sobre questões de diagnóstico relacionadas à cultura para contextualizar as seções sobre prevalência.

## Sexo e diferenças de gênero

Diferenças de sexo e gênero no que se refere às causas e expressão de condições médicas são estabelecidas para uma série de doenças, incluindo um número crescente de transtornos mentais. *Sexo* refere-se a fatores atribuíveis aos órgãos reprodutivos de um indivíduo e ao complemento cromossômico XX ou XY. *O gênero* é um resultado dos órgãos reprodutivos, bem como da auto-representação de um indivíduo e inclui as consequências psicológicas, comportamentais e sociais do gênero percebido do indivíduo. Muitas das informações sobre a expressão de doenças psiquiátricas em mulheres e homens são baseadas no gênero auto-identificado e, portanto, comumente usamos *diferenças de gênero* ou “mulheres e homens” ou “meninos e meninas” no DSM-5-TR. No entanto, se a informação estiver disponível e pertinente ao “sexo” – por exemplo, diferenças sexuais no metabolismo de substâncias, ou estágios da vida restritos a apenas um sexo, como gravidez ou menopausa – usamos o termo *diferenças sexuais* ou “masculino e feminino”.

Sexo e gênero podem influenciar a doença de várias maneiras. Primeiro, o sexo pode determinar exclusivamente se um indivíduo está em risco de um transtorno (por exemplo, como no transtorno disfórico pré-menstrual). Em segundo lugar, o sexo ou o gênero podem moderar o risco geral de desenvolvimento de um transtorno, conforme demonstrado por diferenças marcantes nas taxas de prevalência e incidência de transtornos mentais selecionados em homens e mulheres. Em terceiro lugar, o sexo ou o gênero podem influenciar a probabilidade de que sintomas específicos de um transtorno sejam experimentados por um indivíduo. Por exemplo, o TDAH pode se manifestar de maneira diferente em meninos e meninas. Sexo ou gênero também podem ter outros efeitos na experiência de um transtorno que são indiretamente relevantes para o diagnóstico psiquiátrico. Por exemplo, certos sintomas podem ser mais prontamente endossados por homens ou mulheres, e esse endosso contribui para diferenças na prestação de serviços (p. do que os homens).

Eventos do ciclo de vida reprodutivo, incluindo variações nos hormônios ovarianos durante o ciclo menstrual, gravidez ou menopausa, podem contribuir para diferenças sexuais no risco e expressão da doença. Assim, o especificador “com início no parto” que pode ser aplicado a um breve transtorno psicótico ou a um episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo maior denota um período de tempo em que as mulheres podem estar em risco aumentado para o início de um episódio de doença. No caso do sono e energia, as alterações pós-parto são muitas vezes normativas e, portanto, podem ter menor diagnóstico

confiabilidade em puérperas.

O manual está configurado para incluir informações sobre sexo e gênero em vários níveis. Se houver sintomas específicos de gênero, eles foram adicionados aos critérios diagnósticos. Um especificador relacionado ao sexo, como “com início periparto” de um episódio de humor, fornece informações adicionais sobre sexo e diagnóstico. As estimativas de prevalência baseadas em sexo e gênero estão incluídas na seção “Prevalência” de cada texto de transtorno. Finalmente, outras questões que são pertinentes ao diagnóstico e influenciadas pelo sexo e/ou considerações de gênero podem ser encontradas na seção “Questões diagnósticas relacionadas ao sexo e ao gênero” no texto para transtornos relevantes.

Associação com Pensamentos ou Comportamentos Suicidas O DSM-5-TR

contém uma nova seção de texto para cada diagnóstico, “Associação com Pensamentos ou Comportamentos Suicidas”, quando tal informação estiver disponível na literatura. As informações incluídas são geralmente baseadas em estudos que demonstram associações de pensamentos suicidas

20

ou comportamento com um determinado diagnóstico. Dentro de grupos de indivíduos com o mesmo diagnóstico, uma ampla gama de psicopatologias relevantes pode ter impacto no risco de suicídio, variando de nenhum a grave. Portanto, na avaliação do risco de suicídio de um indivíduo específico, os médicos devem usar o julgamento clínico informado por fatores de risco conhecidos e não confiar apenas na presença de um diagnóstico associado a pensamentos ou comportamentos suicidas. As informações nestas seções devem servir como um alerta aos médicos de que investigações adicionais podem ser indicadas para um indivíduo com um diagnóstico específico. A avaliação de risco clínico requer uma avaliação individualizada que engloba muitos fatores e vai muito além da formulação de um diagnóstico do DSM-5 e do escopo deste manual.

---

## Recursos Adicionais e Orientações Futuras

---

Condições para Estudo Adicional Descritas na

Seção III, “Condições para Estudo Adicional”, são aquelas condições propostas para as quais ainda não há evidências científicas suficientes para apoiar o uso clínico generalizado. Esses critérios propostos e texto de apoio são incluídos para destacar as condições que podem se beneficiar de pesquisas adicionais.

## Ferramentas de avaliação e monitoramento: agora e olhando para o Futuro

Os vários componentes do DSM-5 são fornecidos para facilitar a avaliação clínica e auxiliar no desenvolvimento de uma formulação de caso abrangente (consulte “Uso do Manual”) e na identificação de características que podem influenciar o prognóstico de quaisquer transtornos mentais diagnosticados. Considerando que os critérios diagnósticos na Seção II estão bem estabelecidos e passaram por extensa revisão, o

ferramentas de avaliação, Entrevista de Formulação Cultural e condições para estudos adicionais incluídos na Seção III são aqueles para os quais podem ser necessárias evidências científicas adicionais para apoiar o uso clínico generalizado. Esses auxílios diagnósticos e critérios propostos são incluídos para destacar a evolução e a direção dos avanços científicos nessas áreas e estimular novas pesquisas.

Cada uma das medidas na Seção III, "Medidas de Avaliação", é fornecida para auxiliar em uma avaliação abrangente de indivíduos que contribuirão para um diagnóstico e plano de tratamento adaptados à apresentação individual e ao contexto clínico. As medidas transversais de gravidade específica de sintomas e diagnósticos fornecem classificações quantitativas de áreas clínicas importantes que são projetadas para serem usadas na avaliação inicial para estabelecer uma linha de base para comparação com classificações em encontros subsequentes para monitorar mudanças e informar o planejamento do tratamento. Onde a dinâmica cultural é particularmente importante para a avaliação diagnóstica, a Entrevista de Formulação Cultural (localizada no capítulo da Seção III "Cultura e Diagnóstico Psiquiátrico") deve ser considerada como uma ajuda útil para se comunicar com o indivíduo.

Todas essas medidas estão disponíveis online em: [www.psychiatry.org/dsm5](http://www.psychiatry.org/dsm5).

A estrutura organizacional do DSM-5, seu uso de medidas dimensionais e sua compatibilidade com os códigos da CID permitirão que seja prontamente adaptável a futuras descobertas e refinamentos científicos que aumentam sua utilidade clínica.