

# Avanços nos Sistemas Classificatórios de Diagnóstico em Psiquiatria e sua Difusão no Brasil

Ana Neves Peixoto<sup>1</sup>, Theodor Lowenkron<sup>2</sup>, Danielle Rodrigues Hassene<sup>3</sup>, Manola Vidal<sup>4</sup>, Ana Cristina Ebrenz da Cruz<sup>5</sup>

---

## RESUMO

**Introdução:** A classificação psicopatológica é fundamental em todas as etapas da prática em saúde mental. Além disso, proporciona comunicação entre profissionais, contribuindo para enriquecimento do conhecimento no campo, e aumenta a confiabilidade da pesquisa na área, garantindo maior reconhecimento de caráter científico para a especialidade. **Objetivo:** Realizar uma análise crítica dos sistemas diagnósticos disponíveis para os profissionais de saúde mental brasileiros, promovendo maior difusão das ferramentas de auxílio e promoção da formulação diagnóstica. **Discussão:** O sistema classificatório oficialmente utilizado no Brasil é *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde* (CID-10 - OMS, 1992). Entretanto, a busca mundial por formulações mais abrangentes de psicopatologia e pela validação da CID em diferentes culturas levou ao desenvolvimento das *Diretrizes Internacionais para a Avaliação Diagnóstica* (IGDA - WPA, 2003) e *Guia Latino-americano de Diagnóstico Psiquiátrico* (GLADP – APAL, 2004). Esses avanços, contudo, têm sido pouco divulgados no Brasil, o que impede sua utilização de forma mais ampla na prática clínica. **Conclusão:** Os sistemas classificatórios disponíveis são de grande riqueza e é, portanto, essencial que a discussão sobre esses volte a ter destaque no Brasil, para que o avanço mundial em diagnóstico psiquiátrico possa trazer benefícios para os pacientes do país.

**Palavras-chave:** Diagnóstico psiquiátrico, Classificação Psiquiátrica.

## ABSTRACT:

**Introduction:** Psychopathological classification is crucial at every stage of the practice in mental health. It also increases communication between professionals, contributing to the enrichment of knowledge in the field, and to the reliability of the research in this area, ensuring greater recognition of the scientific approach of the expertise. **Objective:** To conduct a critical review of diagnostic systems available to Brazilian mental health professionals, promoting wider spread of the tools that aid and promote diagnostic formulation.

---

<sup>1</sup> Bolsista PIBIC-CNPq-UFRJ, aluna de graduação da F.M.-UFRJ

<sup>2</sup> Livre Docente e Professor Associado de Psiquiatria da UFRJ, Coordenador do Dep. de Diagnóstico e Classificações da ABP

<sup>3</sup> Médica Especialista em Psiquiatria pelo IPUB-UFRJ, Secretária do Dep. Diagnóstico e Classificações da ABP

<sup>4</sup> Mestre e Doutora em Saúde pela Fiocruz, Pós-Doutoranda pelo IPUB-UFRJ

<sup>5</sup> Mestre em Psiquiatria pelo IPUB-UFRJ

**Discussion:** The classification system officially adopted in Brazil is the *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10 - WHO, 1992). Meanwhile, the global search for more comprehensive formulations of psychopathology and the validation of the ICD in different cultures led to the development of International Guidelines Diagnostic Assessment (IGDA - WPA, 2003) and Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLADP – APAL, 2004). These advances, however, have not been well disseminated in Brazil, which precludes their use as widely in clinical practice. **Conclusion:** The classifying systems available are of great richness and it's therefore essential that discussion about them gets back to the foreground in Brazil so that global advancement in psychiatric diagnosis can bring benefits to patients in this country.

**Key-words:** Psychiatric diagnosis, Psychiatric classification.

---

## INTRODUÇÃO

A classificação diagnóstica no campo da psicopatologia é um importante instrumento para o atendimento psiquiátrico, não se limitando, porém, a essa função. Não havendo métodos complementares suficientemente satisfatórios para o diagnóstico no campo da saúde mental, os sistemas classificatórios são fundamentais em todas as etapas da prática clínica, não somente na formulação diagnóstica como na elaboração do plano de tratamento e na determinação do prognóstico.

Um outro papel relevante das classificações é proporcionar a comunicação entre profissionais de diferentes culturas e países. O diálogo estabelecido contribui para o enriquecimento do saber sobre as doenças e suas possibilidades terapêuticas, o que aperfeiçoa o acompanhamento de pacientes, superando ou minimizando seus sofrimentos.

Ainda, os sistemas classificatórios elevam a confiabilidade dos trabalhos desenvolvidos em pesquisa, permitindo maior reconhecimento de caráter científico para a especialidade.

### História da classificação

A primeira *Classificação de Causas de Morte* foi adotada no Congresso Estatístico Internacional, em 1893, tendo sido a partir de então revisada de dez em dez anos, aproximadamente. Desde a sua fundação em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assumiu a preparação dessas revisões como uma responsabilidade institu-

cional. A sexta revisão, publicada nesse ano, foi intitulada *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde* (CID) e continha uma expansão decisiva de seu espectro ao cobrir as morbidades associadas às doenças listadas. Da mesma forma, as doenças psiquiátricas apareceram pela primeira vez na classificação.

A ausência de categorias importantes, como as demências, muitos transtornos de personalidade e transtornos de ajustamento, levou a uma baixa aceitação internacional da seção de transtornos mentais da CID-6. Em 1952, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou, como alternativa à esta seção da CID-6, a primeira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais* (DSM). Em 1954, no Rio de Janeiro, Leme Lopes publicou o inovador *Dimensões do Diagnóstico Psiquiátrico*, com uma pioneira formulação multiaxial de condições clínicas, na qual diferentes domínios de informação são descritos em vários eixos. O propósito da avaliação multiaxial é promover uma abordagem biopsicossocial abrangente como avaliação clínica.

OLIVEIRA et al (2003) destacam que existiram, através dos tempos, intensos debates sobre classificações e sua utilização no Brasil. Relatam que a primeira tentativa de uma classificação psiquiátrica a nível nacional, intitulada *Classificação Brasileira de Doenças Mentais*, foi aprovada no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, em 1948.

No dia 15 de julho de 1970, a adoção da seção de Transtornos Mentais da Classificação Internacional de Doenças da CID-8 (OMS, 1968) pelos profissionais brasileiros foi imposta por decreto. OLIVEIRA et al. (idem) observam que em decorrência disso a discussão dos aspectos referentes à classificação e ao diagnóstico passou a ocupar um plano secundário na psiquiatria brasileira.

A nona revisão da CID (OMS, 1977) teve como uma de suas inovações a apresentação de um glossário para a definição de transtornos mentais. Embora sucinto, este glossário significou reconhecimento pela OMS de que os problemas mentais requeriam mais do que a simples denominação diagnóstica usada nos demais capítulos.

Um dos principais avanços do diagnóstico psiquiátrico durante as últimas décadas tem sido o desenvolvimento de formulações diagnósticas mais abrangentes, tendo a CID como referência geral. Nesse sentido, há as formulações idiográficas ou personalizadas como aquela proposta pelas *Diretrizes Internacionais para a Avaliação Diagnóstica* (IGDA), publicado em 2003 pela Associação Mundial de Psiquiatria (WPA).

Além disso, tem havido esforço para que haja validação da classificação na abordagem de pacientes em populações diferentes das culturas nas quais os sistemas foram criados. Portanto, formas de adaptação do sistema de classificação internacional para necessidades e padrões clínicos regionais ou nacionais têm sido desenvolvidas, como é o caso do Guia Latino-americano de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) que a Associação Psiquiátrica da América-Latina (APAL) publicou em 2004.

## OBJETIVO

O objetivo desse trabalho é realizar uma análise crítica dos sistemas diagnósticos disponíveis para os profissionais de saúde mental no que tange à adequação destes às realidades sócio-culturais e necessidades do paciente psiquiátrico brasileiro.

Desse modo, contribuir-se-á para uma maior difusão das ferramentas de auxílio à formulação diagnóstica existentes, o que pode representar um importante avanço na prática clínica.

## MÉTODOS

O trabalho baseou-se na análise dos sistemas classificatórios publicados pela pelas organizações mundiais de saúde e de psiquiatria (OMS e WPA), bem como das adaptações regionais da APA, o DSM, pela sua ampla utilização no mundo e no Brasil, e da APAL, por tratar-se de um sistema que busca adequar-se à realidade latino-americana. A evolução temporal, bem como as diferenças entre abordagens e apresentações, foi avaliada. Além disso, foram buscados artigos relacionados à classificação psiquiátrica, bem como à sua evolução no Brasil na base *Medline*.

## RESULTADOS

### Revisão dos Sistemas Diagnósticos Disponíveis

#### CID-10:

A CID-10 é o sistema classificatório de doenças oficialmente adotado no Brasil. Sua classificação completa de transtornos mentais tem três apresentações correspondendo a diversos graus de detalhamento e orientadas para diferentes propósitos e usos:

1. Um glossário abreviado, contendo as características principais de cada transtorno, para o uso de codificadores estatísticos e bibliotecários médicos, publicado dentro do volume geral da CID – 10;
2. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas, contendo caracterizações aceitas, de um nível intermediário de especificidade, direcionadas para o cuidado regular do paciente e estudos clínicos amplos;

3. Critérios diagnósticos para pesquisa, caracterizados por definições mais precisas e rigorosas.

#### Apresentação Multiaxial da CID-10:

A base conceitual desse desenvolvimento incluiu uma análise crítica de mais de vinte propostas multiaxiais publicadas em países de três continentes, o que revelou coincidências importantes, entre diferentes regiões, nos domínios clínicos abordados. Outro princípio foi a simplicidade do esquema multiaxial no intuito de aumentar seu uso efetivo pelo mundo. O terceiro princípio foi basear os instrumentos de avaliação axial em componentes do CID, que tinha se beneficiado de vastas consultas internacionais e experimentos de campo.

Normalmente, o número incluído em esquemas multiaxiais publicados é de quatro ou cinco, mas a apresentação multiaxial da CID-10 é composta por apenas os três seguintes eixos:

Eixo I – Diagnóstico Clínico: inclui transtornos mentais e condições médicas gerais. Todos os transtornos e doenças significativos identificados em um determinado indivíduo devem ser listados e codificados de acordo com os capítulos 1 a 20 da CID-10;

Eixo II – Deficiências: avalia as consequências do transtorno na execução de papéis sociais básicos. O instrumento de avaliação é uma versão encurtada da Escala de Avaliação de Incapacidade da OMS, cuja estrutura foi condensada em quatro áreas: cuidado pessoal; ocupação profissional (como trabalhador remunerado ou não, estudante); funcionamento dentro da família (avaliando a regularidade e qualidade das interações com parentes e membros que habitam a mesma casa); e comportamentos sociais amplos (interação com outros indivíduos e com a comunidade em determinadas atividades);

Eixo III – Fatores contextuais: tenta retratar o contexto no qual a doença se insere nos termos de diversos domínios biopsicossociais, incluindo problemas relacionados à família ou grupo de apoio primário, ambiente social geral, educação, emprego, circunstâncias econômicas e de moradia, assuntos legais, história familiar de doença e estilo de vida. A avaliação deve identificar categorias amplas problemáticas e registrar fatores específicos. Esta estrutura é baseada na CID-10 - Capítulo XXI (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços desta área).

#### **Adaptações da CID-10:**

A classificação de Transtornos Mentais e Comportamentais da CID – 10 é aceita pela maioria dos países e pela WPA como o padrão internacional no campo para relatos estatísticos e para pesquisa e cuidados clínicos. Entretanto, a necessidade de harmonizar a comunicação internacional com o reconhecimento da diversidade cultural e os requerimentos locais específicos levou ao desenvolvimento de muitas adaptações (regionais e nacionais), com glossários e anotações com base na CID-10 sendo publicados.

#### **DSM-IV-TR**

A mais conhecida dessas versões nacionais é a DSM da APA. Em 1980, a APA publicou a inovadora DSM-III, caracterizada por uma ênfase fenomenológica na conceitualização e organização de transtornos mentais de modo operacional, o uso de critérios diagnósticos explícitos e uma formulação multiaxial. Ela obteve ampla visibilidade internacional e influenciou significativamente o campo da classificação psiquiátrica mundial.

A DSM-IV foi publicada em meio a muita crítica por representar a terceira versão da DSM publicada em 14 anos. Os líderes da força tarefa encarregada do seu desenvolvimento justificaram o curto intervalo de tempo pelo fato de que a DSM-IV trazia diferenças significativas com relação à DSM-III. Argumentaram que seria um sistema da

classificação psiquiátrica com base mais empírica, com três componentes básicos de sustentação, a saber: revisões literárias compreensivas, re-análises de bases de dados existentes e uma série de trabalhos de campo comparando definições de critérios existentes e propostos.

De fato, nas últimas revisões da DSM, uma mudança foi certamente significativa: o número de transtornos listados. A contemporânea DSM-IV-TR lista 365 transtornos em 17 seções mais alguns critérios de diagnóstico propostos para futuro estudo incluídos no anexo, um aumento significativo com relação aos 285 transtornos em 17 seções na DSM-III e dos 292 transtornos em 18 seções na DSM-III-R.

## Guia Latino Americano de Diagnóstico Psiquiátrico

### Desenvolvimento do GLADP

Uma base de conhecimento sobre o diagnóstico e classificação na América Latina foi desenvolvida por psiquiatras, psicólogos e antropólogos, de modo a identificar características da cultura e da psiquiatria na região para desenvolver uma formulação diagnóstica compreensiva e útil para os clínicos na América Latina. Foram realizadas revisões críticas, ajustes lexicológicos e comentários sobre as categorias nosológicas principais e específicas da CID-10, bem como identificação e organização taxonômica das síndromes culturais mais importantes na região.

O projeto começou em 1994 com entrevistas de diversos psiquiatras latino-americanos para determinar padrões de prática diagnóstica em trabalho clínico, pesquisa e educação. Noventa e um por cento dos analisados indicaram estar usando um sistema de diagnóstico baseado em seu trabalho do dia-a-dia. A DSM-III-TR era a mais utilizada, seguida pela CID-9. A CID-10, cujo uso na América Latina a WPA estava tentando promover era utilizada mais frequentemente do que a recém publicada DSM-IV.

Em seguida, a Associação Latino-Americana de Psiquiatria promoveu vários seminários em reuniões nacionais e regionais pela América Latina. Quatro conferências principais foram realizadas, nas quais o texto final do guia foi desenvolvido.

### Componentes Principais

O GLADP é composto de quatro partes principais: estrutura histórica e cultural; processo e formulação diagnóstica abrangente; nosologia psiquiátrica, que inclui as maiores classes de CID-10 e síndromes culturais latino-americanas; e apêndices, na qual há cinco itens incluídos: glossário lexicológico; conceitos e propostas para mais estudos; bibliografia; lista de participantes; apoiadores.

**Estrutura Histórica e Cultural:** Essa seção ressalta que o povo latino-americano é heterogêneo na sua composição étnica, social e cultural. No entanto, verifica que a maior parte dos países partilham de uma história e língua em comum, além da maneira com que vêem e experimentam sua realidade. Dimensões culturais específicas como machismo, *mestizaje* (mestiçagem) e *mesoginy* (rejeição a sua própria origem), provavelmente influenciariam o modo como as pessoas se adaptam às circunstâncias a que estão sujeitas e dariam, portanto, origem a manifestações psíquicas refletindo influências patogênicas e patoplásticas da cultura nos transtornos mentais.

Esse capítulo ressalta a importância crítica das síndromes culturais autóctones da região que recebem atenção marginal em manuais diagnósticos de outros locais e aparentam ser de relevância clínica e epidemiológica para a região. *Susto* também conhecido como *pasmó*, *espanto*, *jami* e *mal de aire* teria sido reportado em toda a região. *Mal de ojo*, *ataque de nervios* e outros, somam-se à lista de transtornos que afetariam significativamente

peças vivendo na região ou no exterior e que precisariam ser adequadamente descritas para ajudar clínicos em qualquer lugar a diagnosticá-los e tratá-los eficazmente.

#### **Formulação e Avaliação Diagnósticas**

**Abrangentes:** O GLADP incorpora um modelo diagnóstico e abrangente que, desenvolvido juntamente com o IGDA, inclui dois componentes para o seu uso: (1) uma formulação diagnóstica padronizada; e (2) uma formulação personalizada idiográfica. Um formato ágil para o registro e codificação pelo profissional de toda a informação clínica relevante também está incluso.

**Nosologia Psiquiátrica:** O capítulo Nosologia psiquiátrica está dividido em dois componentes: (1) as principais classes, categorias específicas e subcategorias da CID – 10 (OMS, 1992); e (2) a organização e descrição das síndromes culturais mais relevantes na América Latina. O GLADP respeita a organização do sistema nosológico da CID – 10. Entretanto, inclui observações sobre a aplicação de tais categorias no povo latino americano.

**Apêndices:** O glossário lexicológico orienta os usuários do sistema sobre os significados de termos-chave em diferentes países da região. Um apêndice sobre conceitos e propostas para mais estudos inclui os principais desacordos expressos por participantes com a arquitetura ou os critérios diagnósticos da CID, que também sugere modificações nos sistemas diagnósticos internacionais no futuro.

#### **Modelos Diagnósticos Abrangentes:**

Apesar das adaptações nacionais da CID-10 representarem tentativas de resolver a tensão entre perspectivas e necessidades locais e universais, outro grupo emergente de esforços visa integrar diferentes domínios de informação e as

perspectivas de diferentes avaliadores na construção de formulações diagnósticas abrangentes.

A base conceitual para esses desenvolvimentos inclui a articulação de tradições filosóficas e históricas, novas noções de saúde promovidas pela OMS e aspectos inovadores na epidemiologia psiquiátrica e clínica. Do ponto de vista histórico e filosófico, a evolução longitudinal dos sistemas diagnósticos pode ser vista em três linhas paralelas (MEZZICH & BERGANZA, 2005). A primeira defende que a classificação de transtornos sintética e abstrata da CID e da DSM-IV-TR é uma descrição suficiente da condição clínica do paciente. A segunda envolve descrições da condição clínica contextualizada, usando escalas e tipologias padronizadas, que são as avaliações diagnósticas multiaxiais. A terceira é uma abordagem empática das tentativas recentes de focar na individualidade do paciente.

A OMS, através de reuniões recentes de seu conselho executivo, expandiu sua definição de saúde, propondo que não se trata apenas de ausência de doença, mas um estado dinâmico (ou interativo) de completo bem estar social, emocional e físico. Espiritualidade tem sido considerada como outro possível aspecto de saúde. Os aspectos positivos da saúde, como a qualidade de vida, devem ser avaliados predominantemente no indivíduo em questão. Além disso, na formulação de sua política em *Health for All in the 21st Century* (ANTEZANA et al, 1998) a OMS está incorporando ética e igualdade de direitos humanos como importantes considerações.

#### **Integração de formulações padronizadas e idiográficas:**

Construindo sobre tradições e inovações, a WPA está criando um modelo diagnóstico mais abrangente como parte do projeto IGDA, o qual possui dois componentes-chave. Um componente é uma formulação multiaxial que cubra nosologia, incapacidades, fatores contextuais e qualidade de vida através de tipologias e escalas. Esta

formulação visa a uma medida estatisticamente confiável dos aspectos principais da condição clínica para facilitar o compartilhamento de informação diagnóstica e terapêutica entre médicos ao redor do mundo. O outro componente é uma formulação idiográfica ou personalizada focada na individualidade do paciente que visa a fornecer informação complementar descritiva como problemas clínicos contextualizados, fatores positivos do paciente e expectativas sobre recuperação e promoção de saúde. Ele incentiva o engajamento do paciente e sua família no processo de cuidado clínico, atingindo assim aspirações éticas de respeito à dignidade do paciente, atendendo a suas expectativas em lidar com problemas de saúde e buscando melhorar a sua qualidade de vida.

#### Projeto IGDA (1994) – características e componentes:

Uma característica fundamental do projeto envolve a avaliação do paciente psiquiátrico como uma pessoa - indivíduo complexo, mas uno - e não apenas como um simples portador de doença. Assim, busca-se no clínico o exercício não somente de competência científica, como também preocupação humanística e aspirações éticas. Além disso, há a cobertura de todas as áreas de informação importantes (biológica, psicológica e social) para descrever problemas, disfunções e aspectos patológicos do paciente, assim como suas potencialidades, suas características positivas.

Um outro aspecto relevante é o embasamento da avaliação diagnóstica em uma interação entre o clínico, o paciente e a família, levando a um entendimento e monitoramento em conjunto da condição clínica e do tratamento do paciente. Para isso, o IGDA usa a CID-10 para os primeiros três eixos de sua formulação multiaxial com a adição de um quarto eixo, qualidade de vida, uma avaliação multidimensional da auto-percepção do paciente de seu bem-estar, como seu estado físico e emocional; satisfação com seu funcionamento independente, ocupacional e interpessoal e com apoios instrumentais e sócio-

emocionais; e um senso de realização espiritual. Como alternativa à CID-10, o IGDA sugere ainda o uso das adaptações regionais como o GLADP.

As formulações idiográficas devem incluir três questões principais: problemas clínicos e sua contextualização; fatores positivos do paciente e expectativas sobre a restauração e promoção de saúde.

Os problemas clínicos e sua contextualização incluem desordens e problemas, baseado na Formulação Multiaxial Padronizada, em linguagem compartilhada pelo clínico, paciente e família, assim como informação que possa complementar a elucidação de mecanismos pertinentes e fatores contribuintes de perspectivas biológica, psicológica, cultural e social. Divergências importantes e suas resoluções devem ser mencionadas.

Os fatores positivos do paciente incluem características que são pertinentes para o tratamento da condição clínica e para a promoção de saúde como, por exemplo, personalidade, maturidade, habilidades, talentos, aspirações pessoais e espirituais e recursos e apoios sociais.

As expectativas sobre a restauração e promoção de saúde alcançadas pelo tratamento devem ser ainda incluídas nessa formulação, apresentada em linguagem natural ou coloquial para maximizar a flexibilidade e representando o acordo alcançado entre paciente, o clínico e a família. Recomenda-se que o texto tenha aproximadamente uma página ou 5 minutos de apresentação oral, entretanto esse tamanho pode variar dependendo do tempo disponível, dos propósitos e formato do cuidado clínico e outras circunstâncias.

## DISCUSSÃO

Existem diversas ferramentas disponíveis no sentido de orientar o profissional de saúde mental no diagnóstico. Entretanto, verifica-se, na prática, que esses sistemas classificatórios são sub-utilizados. Como não há pesquisas disponíveis sobre seu uso pelos brasileiros, não podemos mensurar seu índice de utilização. Entretanto,

podemos verificar a ausência de artigos em português ou em publicações brasileiras disponíveis nos sítios PubMed® e Google Acadêmico®, através da pesquisa com a palavra-chave "GLADP". Tampouco a palavra-chave "IGDA" teve algum resultado em nossa língua ou em revistas brasileiras.

Pode-se sugerir como uma possível explicação para essa ausência de publicações a não utilização desses guias, pelo menos no que diz respeito à realização de pesquisas clínicas. Entretanto, a natureza recente da publicação de ambos (2004 e 2003, respectivamente) não permite que essa hipótese seja confirmada. Por outro lado, a ausência de artigos de revisão mencionando os guias revela que a difusão de sua existência não tem sido significativo nos meios de comunicação da especialidade.

Em material disponível no sítio do Departamento de Diagnóstico e Classificação Psiquiátrica da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a CID-10 e a DSM-IV-TR são citados como os sistemas classificatórios adotados na atualidade (BANZATTO, 2006), o que confirma a pequena utilização dos outros sistemas disponíveis.

Uma pesquisa internacional sobre o uso e utilidade da CID-10 e DSM-IV-TR e sistemas diagnósticos relacionados foi feita e revelou que a CID-10 foi o sistema mais frequentemente utilizado pelo mundo para trabalho clínico enquanto a DSM-

IV-TR foi a mais utilizada para trabalho de pesquisa (ZIMMERMAN & SPITZER, 2005). Há, realmente, uma disseminação da opinião de que a DSM-IV-TR é mais adequada à realização de pesquisas clínicas, sob o argumento de que a CID-10 não fornece diretrizes adequadas para esta finalidade.

De fato, um dos fatores considerados por especialistas como principal atributo da DSM-IV-TR é sua ênfase na pesquisa, através de revisões críticas da literatura, re-análise de bancos de dados existentes e experimentos de campo focalizados. Porém, conforme citado anteriormente, há na CID-10 uma apresentação com critérios diagnósticos para pesquisa, caracterizada por definições mais precisas e rigorosas, que é pouco utilizada na prática.

A DSM-IV-TR, talvez por sua valorização de trabalhos em pesquisa, acaba incluindo um número excessivo de transtornos, sendo, dessa maneira, mais "divisora" do que "agrupadora". Há, ainda, sintomas definidos como transtornos, como é o caso de "insônia".

Esses dois sistemas classificatórios apresentam abordagem diagnóstica multiaxial, que pretende interpretar a complexidade da condição clínica através da avaliação individual e sistemática de diferentes eixos. A apresentação multiaxial da CID-10 é composta de três eixos, enquanto a DSM-IV-TR apresenta cinco eixos (tabela 1).

**Tabela 1 -:** Comparação entre os eixos da abordagem multiaxial da CID-10 e da DSM-IV-TR

CID-10 (OMS, 1997)	DSM-IV-TR (APA, 2000)
I. Diagnósticos clínicos	I. Transtornos mentais e outras condições II. Transtornos de personalidade e retardo mental III. Transtornos médicos gerais
II. Incapacidades	IV. Problemas psicossociais-ambientais
III. Fatores contextuais	IV. Avaliação global do funcionamento antes do quadro atual

A maior parte dos modelos propostos de abordagem multiaxial ao redor do mundo contém um número de eixos de avaliação maior. Ao verificar-se o menor número de eixos da CID-10 poder-se-ia concluir que dessa maneira o diagnóstico multiaxial estaria limitado. Entretanto, constituiu-se nesse sistema uma condensação dos eixos mais freqüentemente incluídos em propostas publicadas na literatura internacional, o que confere validade de conteúdo ao esquema. O valor desta simplicidade é aumentado por seu potencial de generalização além da prática psiquiátrica.

No caso do GLADP, a abordagem proposta inclui um número a mais de eixos, valorizando os "fatores contextuais" (eixo III) ao destrinchá-lo em

problemas ambientais e qualidade de vida. Verifica-se, além disso, que, do mesmo modo que a CID, o GLADP apresenta uma condensação dos eixos anteriormente propostos pelos principais autores latino-americanos (tabela 2).

O desenvolvimento de modelos diagnósticos abrangentes e adaptações regionalizadas da CID-10 revelam a ebulição do campo diagnóstico, especialmente quando avaliado de uma perspectiva ampla internacional. Isso representa enormes avanços para a especialidade, por motivos muito diversos. Glossários locais de todo o mundo podem servir como a base fundamental para a preparação de sistemas diagnósticos internacionais, como foi o caso da abordagem multiaxial sintética da CID.

**Tabela 2-** Estrutura proposta para o GLADP e sua comparação com modelos integrais.

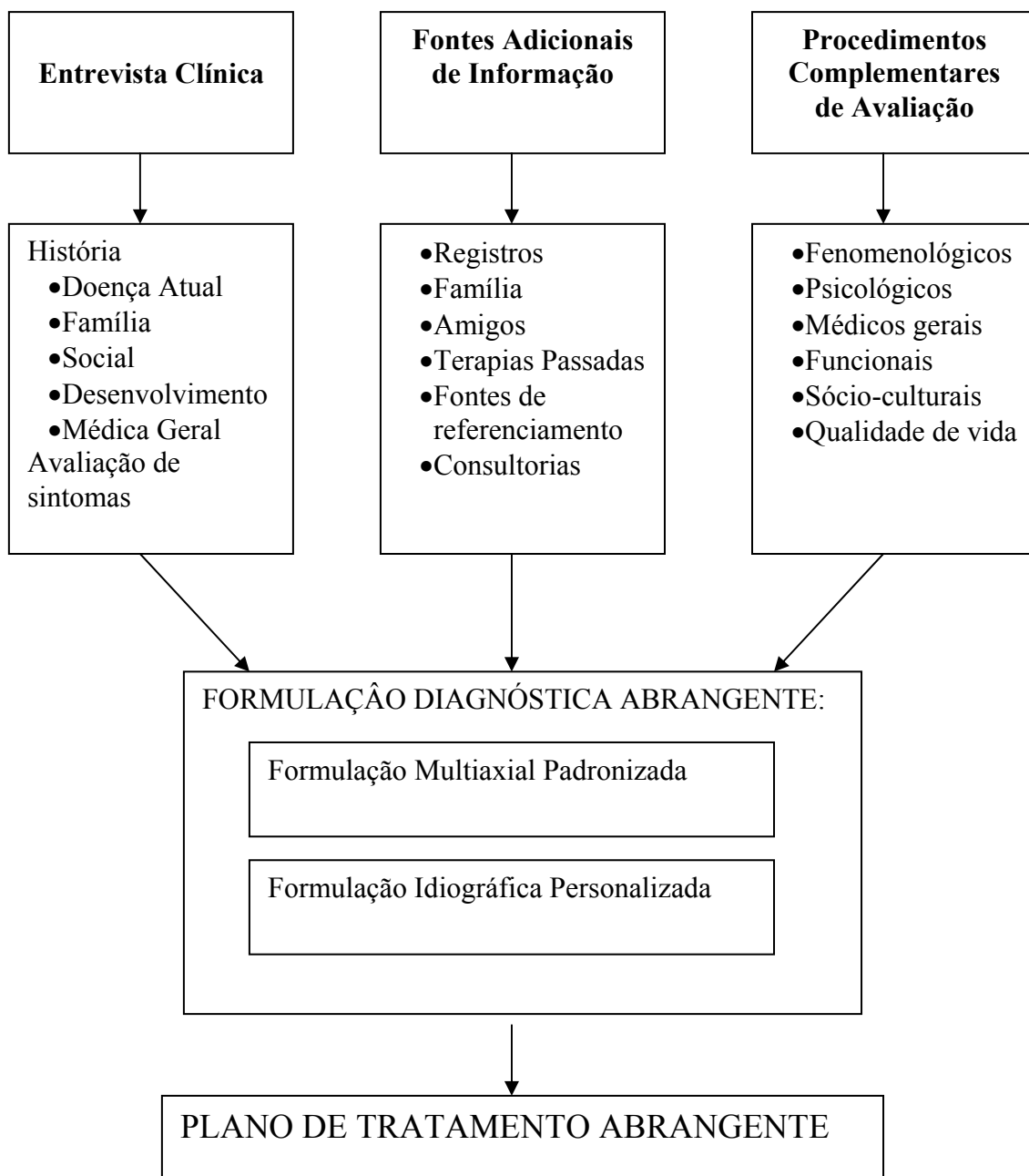
Componentes	Leme-Lopes (Brasil, 1954)	Ramirez (Porto Rico, 1989)	Otero Ojeda GC-3 (Cuba, 2000)
I. Transtornos clínicos e Problemas Relacionados	Síndromes(I), Personalidade Pré-mórbida (II)	Diagnóstico psiquiátrico(I), psicológico(II) e médico(III)	Diagnósticos clínicos (I), Fatores ambientais e pessoais adversos (III)
II. Incapacidades	Personalidade Pré-mórbida (II)	Adaptação Geral (V)	Menos-valia (II)
III. Problemas ambientais	Constelação etiológica (III)	Estressores Sociais (IV)	Fatores ambientais (IIIa)
IV. Qualidade de Vida	Personalidade Pré-mórbida (II)	Habilidades e Talentos(VI), Espiritualidade (VII) e Maturidade caracterológica(VIII)	Outros fatores ambientais e pessoais (IV), Mecanismos inadaptativos (V), Outras informações significativas (VI)

Além disso, através da sua atenção a vários aspectos da realidade clínica, eles podem facilitar a implementação de uma rede biopsicossocial abrangente, longe de reducionismos de diferentes tipos. Podem também refletir a integridade cultural de diferentes países e grupos humanos e promover o valor de suas práticas e conceitos relacionados à saúde.

Adicionalmente, podem encorpar e transmitir as contribuições intelectuais de cientistas nacionais e regionais e líderes profissionais para o benefício do campo e, além de todos esses aspectos, podem facilitar o uso efetivo de sistemas diagnósticos internacionais, adaptando os vários

componentes desses sistemas a padrões e necessidades nacionais.

Já os modelos abrangentes, como o IGDA, buscam uma avaliação do paciente psiquiátrico como um todo e não somente como um portador de doenças, além de darem destaque aos aspectos culturais locais através da valorização das adaptações regionais da CID. Há cobertura de todas as áreas-chave de informação (biopsicossocial) pertinentes à descrição dos transtornos, disfunções e problemas do paciente. Uma importante diferença com relação aos modelos tradicionais é a inclusão da formulação idiográfica em associação à formulação multiaxial (Figura 1).

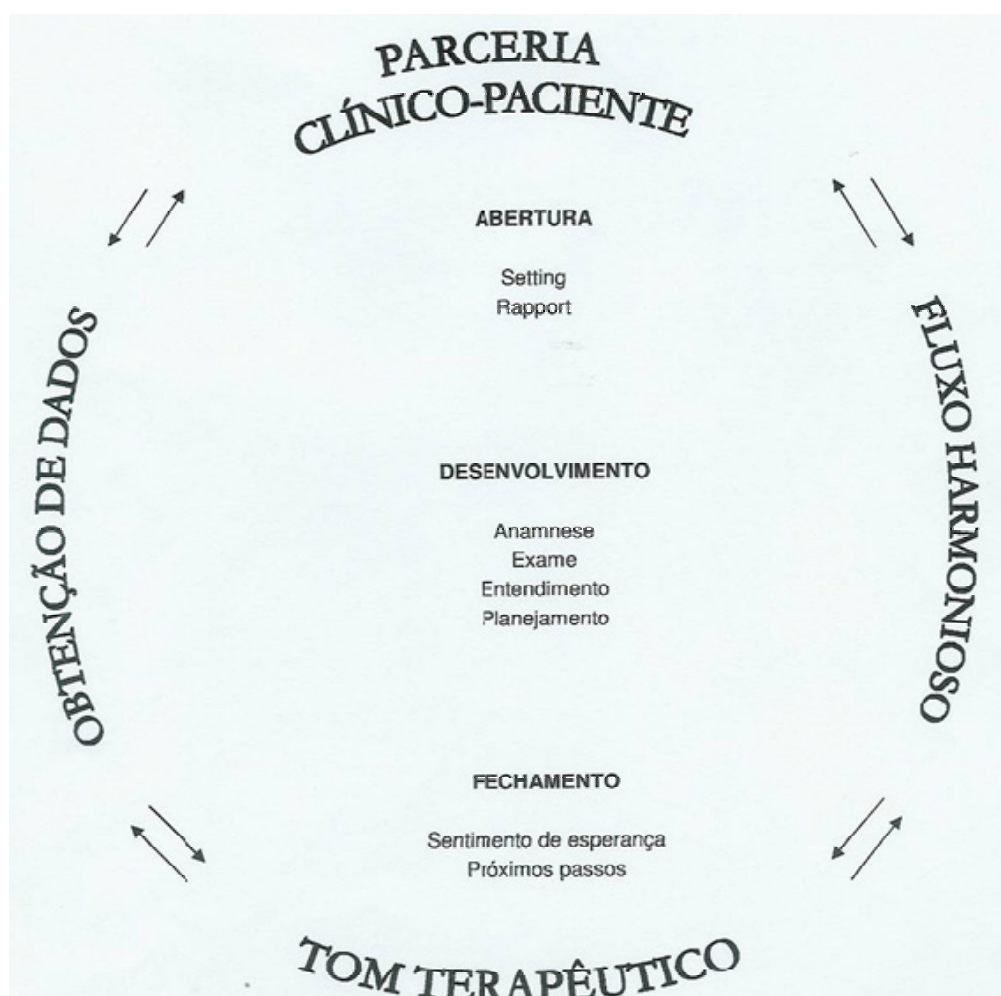


Essa formulação refere-se à individualidade do paciente e pode ser correlacionada a diversos eixos das formulações multiaxiais (tabela 3).

**Tabela 3:** Correlação da formulação idiográfica com eixos de diversos sistemas multi-axiais:

Formulação Idiográfica	Leme-Lopes (Brasil, 1954)	Ramirez (Porto Rico, 1989)	Otero Ojeda GC-3 (Cuba, 2000)
Perspectivas do Clínico, do Paciente e de sua Família	Personalidade Pré-mórbida (II)	Habilidades e Talentos(VI), Espiritualidade (VII) e Maturidade caracterológica(VIII)	Outros fatores ambientais e pessoais(IV), Mecanismos inadaptativos(V), Outras informações significativas(VI)

Além disso, determinam que a avaliação diagnóstica seja fundamentada em uma interação entre o médico, o paciente e sua família, que leve a um entendimento em conjunto da condição clínica do paciente e a um acordo sobre o plano de tratamento e sua monitorização (figura 2).



Dessa forma, o IGDA pretende facilitar e estruturar a condução de uma avaliação diagnóstica que seja efetiva para a atenção clínica, representando portanto, um avanço não apenas científico, mas também humanístico e ético da prática da psiquiatria no mundo.

## CONCLUSÃO

Tudo indica que a contínua tensão entre universalidade e diversidade em sistemas diagnósticos continuará a render soluções inovadoras. Propostas emergentes envolvem avaliação integrada do estado de saúde, atentando para as questões éticas do diagnóstico psiquiátrico e objetivando a avaliar o estado de saúde de uma forma mais abrangente e de uma maneira contextualizada, para melhor entender e servir de base para ações efetivas em promoção de saúde no nível clínico e comunitário.

O desdobramento dessas atividades aponta o interesse generalizado em melhorar a qualidade do diagnóstico em psiquiatria, assim como sua utilidade clínica, através da atenção para o que é universal sobre doença mental e o que é particular do paciente.

Conclui-se que os sistemas classificatórios disponíveis para os profissionais de saúde mental brasileiros apresentam grande diversidade e riqueza de ferramentas e apresentações, que permitem, portanto, uma avaliação diagnóstica muito abrangente. Entretanto, faz-se necessário que esses sistemas sejam difundidos a todos os profissionais do campo, de modo a torná-los mais utilizados. Somente dessa maneira o avanço na prática clínica que esses sistemas representam poderá trazer benefícios para os pacientes psiquiátricos de nosso país.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, H. *Revisão da classificação das Doenças Mentais*. In: Rev. Brasileira de Psiquiatria. 1970; 4(1): 18-19.

ALHO FILHO, J. L., COURA, S.H. e SEIBEL, S.D. *Classificação Internacional de Doenças Mentais - Nona Revisão (CID-9): Apresentação e comentários*. Rev. ABP. 1979; 1(2): 38-43.

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Washington DC: APA, 1952

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. 2<sup>nd</sup> edition. Washington DC: APA, 1968

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. 3<sup>rd</sup> edition. Washington DC: APA, 1980

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. 3<sup>rd</sup> edition - revised. Washington DC: APA, 1987

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. 4<sup>th</sup> edition. Washington DC: APA, 1994

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. 4<sup>th</sup> edition – text revision. Washington DC: APA, 2000

ANTEZANA F.S., CHOLLAT-TRAQUET C.M., YACH D. *Health for all in the 21st century*. World Health Stat Q. 1998;51(1):3-6. Geneva:WHO

Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). *Guia Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*. América Latina: APAL. 2004

BANZATO, C.E.M. *Diagnóstico Multiaxial em Psiquiatria: revisão da literatura sobre os esquemas multiaxiais DSM e CID*. J. Bras. Psiquiat. 2004; 53(1): 27-37.

BANZATO, C.E.M. *Classificações Diagnósticas: Usos e Riscos (25/05/2006)*. In: [www.abpbrasil.org.br](http://www.abpbrasil.org.br). Acessado em 13/04/2008

BASTOS, O. *Sugestões para uma revisão da Classificação Brasileira de Doenças Mentais*. Rev. Brasileira de Psiquiatria. 1970; 4(1): 13-14.

- BASTOS, O. *O Diagnóstico em Psiquiatria*. In: J. Bras. Psiquiat. 1993; 42(1): 51-3.
- BERTOLETE, J.M. e SARTORIUS, N. *Classificación de las enfermedades mentales: de Bertillon to ICD-10, un siglo de colaboración internacional*. Actas Luso-Españolas de Neurologia y Psiquiatria. 1993; 21(1): 39-44.
- BOTELHO, A. e CUNHA LOPES, I. *Classificação Psiquiátrica*. Arq. Assist. a Psicopatas do Estado de São Paulo . 1948.
- CAETANO, D. *Classificação em Psiquiatria: uma breve revisão histórica*. Rev. ABP. 1982; 13(4): 71-74.
- CAETANO, D. *O diagnostico em psiquiatria: conceito e histórico*. J. Bras. Psiquiat. 1996; 45(10): 585-502.
- GIGANTE, L.P. *Diagnóstico Multidimensional pela CID 10 - O Eixo Social*. Doutorado, Tese. CPGCM/UFRGS. 2001:1-75. Orientador: Ellis Alindo D'Arrigo Busnello
- JORGE, M.R. *Diagnóstico e Classificação em Psiquiatria*. In: ALMEIDA, O.P., LARANJEIRA, R.R. e DRAICU, L. (Eds.): *Manual de Psiquiatria Clínica*, Rio De Janeiro: Guanabara-Koogan,. 1996:22-31.
- JORGE, M.R. *A nova revisão da Classificação Internacional de Doenças*. Correio Bras. do Campo Freudiano. 1994; 6: 55-58.
- LEME LOPES, J. *Subsídio á Classificação das Doenças Mentais*. In: Arq. Assist. a Psicopatas do Estado de São Paulo. 1948; 12-14: 69-78.
- LUCENA, J. *Contribuição à classificação brasileira de doenças mentais*. Rev. Neurobiologia, Recife. 1963; 26(1): 10-21.
- MARTINS, C. *Revisão da Classificação Brasileira de Doenças Mentais*. Rev. Brasileira de Psiquiatria. 1970; 4(1): 5-11.
- MEZZICH, J. e BERGANZA, C. *International Psychiatric Diagnosis*. SADOCK, B.J. e SADOCK, V.A. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8ª. Ed. 2005
- OLIVEIRA C.F.A. et al. *Evolução das classificações psiquiátricas no Brasil: um esboço histórico*. J. Bras. Psiquiat. 2003; 52(6):433-46.
- Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID)*. 6ª edição. Genebra: OMS. 1948
- Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID)*. 7ª edição. Genebra: OMS. 1955
- Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID)*. 8ª edição. Genebra: OMS. 1965
- Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID)*. 9ª edição. Genebra: OMS. 1975
- Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID)*. 10ª edição. Genebra: OMS. 1992
- Organização Mundial de Saúde. *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genebra: OMS. 1992

Organização Mundial de Saúde. *Multiaxial Presentation of the ICD-10 for use in Adult Psychiatry*. Cambridge: Bambridge University Press. 1972

OTERO OJEDA, A. *Tercer Glosario Cubano de Psiquiatria*. Havana: Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2000

PACHECO e SILVA, A. C. *Subsídio à Classificação das Doenças Mentais*. In: Arq. Assist. a Psicopatas Do Estado De São Paulo. 1948.

LIMA, N.P. *Classificação das Doenças Mentais*. J. Bras. Psiquiat. 1959; 8(2): 93-134.

RAMÍREZ, E. *Sistema Octogonal de Evaluación Psiquiátrica Technical Report*. San Juan: Secretaría de Salud Mental. 1989

SÁ Jr, L.S.M. *O Diagnóstico Psiquiátrico*. Rio de Janeiro, Ed. Cultura Médica. 1993.

SILVEIRA, A. *A classificação nacional das doenças mentais - sugestões para revisão*. In: Arq. Assist. a Psicopatas do Estado de São Paulo. 1944; 9(1): 73-106.

SOUGEY, E.B. *Evolução do Diagnóstico Psiquiátrico*. In: Rev. Neurobiologia, Recife. 1988; 51(3): 213-222.

VENÂNCIO, A.T.A. e Carvalhal, L. *A classificação psiquiátrica de 1910: ciência e civilização para a sociedade brasileira*. JACÓ-VILELA et al. *Clio-Psyché Ontem: Fazeres e Dizeres Psi Na História do Brasil*. Rio de Janeiro. Relume-Dumará. 2001:151-60.

World Psychiatric Association (WPA) e World Health Organization (OMS). *Essentials of the World Psychiatric Association's International Guidelines for Diagnostic Assessment (IGDA)*. British Journal of Psychiatry, 2003; volume 182, Suplementos 37 – 62.

ZIMMERMAN, M. e SPITZER, R. *Psychiatric Classification*. SADOCK, B.J. e SADOCK, V.A. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8ª. Ed. 2005