

TRANSTORNOS MENTAIS:

DESCOMPLICANDO O MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS (DSM)



EUNAIHARA LÍGIA LIRA MARQUES
ORGANIZAÇÃO



EDUFDP

TRANSTORNOS MENTAIS:

**DESCOMPLICANDO O MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO
DOS TRANSTORNOS MENTAIS (DSM)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO DELTA DO PARNÁIBA**

TRANSTORNOS MENTAIS:

DESCOMPLICANDO O MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO
DOS TRANSTORNOS MENTAIS (DSM)

EUNAIHARA LÍGIA LIRA MARQUES
ORGANIZAÇÃO



2026

CONSELHO EDITORIAL

Francisco Antonio Machado Araujo (Presidente)
Algeless Milka Pereira Meireles da Silva (UFDPar)
Cintia Martins Perinotto (UFDPar)
Francisca Maria de Sousa (UFDPar)
Frederico Osanan Amorim Lima (UFDPar)
José Jonas Alves Correia (UFDPar)
Hélder Ferreira de Sousa (UFDPar)
Maria Dilma Ponte de Brito (UFDPar)
Manoel Dias de Souza Filho (UFDPar)
Natasha Teixeira Medeiros (UFDPar)
Pedro Jorge Sousa dos Santos (UFDPar)
Rosa Helena Rebouças (UFDPar)
Tatiane Caroline Daboit (UFDPar)
Jezio Hernani Bomfim Gutierre (Fund. Editora da UNESP)
Jakson Renner Rodrigues Soares – UdC (Espanha)
Juan Carlos Sierra - Universidade De Granada (Espanha)

TRANSTORNOS MENTAIS:

DESCOMPLICANDO O MANUAL DIAGNÓSTICO E
ESTATÍSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS (DSM)

© Eunaihara Lúgia Lira Marques
1ª EDIÇÃO: 2026

EDITORAÇÃO

EDUFDPar

DIAGRAMAÇÃO

Discentes da disciplina Psicopatologia I turma 1/2026 (Psicologia)

CAPA

Eunaihara Lúgia Lira Marques

FIGURA DA CAPA

CANVA

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Delta do Parnaíba

T772 Transtornos mentais: descomplicando o manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) [recurso eletrônico] / organização de Eunaihara Lúgia Lira Marques. – Parnaíba: EDUFDPar, 2026.
150 p. il.: color.

E-book

ISBN: 978-65-82654-15-2

1. Saúde mental. 2. Psicopatologia. 3. Diagnósticos psicológicos. 4. DSM. I. Marques, Eunaihara Lúgia Lira (org.). I. Título.

CDD: 616.89

Elaboração: Márcia de Arêa Leão Oliveira – Bibliotecária CRB3/1003



Luís Inácio Lula da Silva
Presidente da República

Leonardo Osvaldo Barchini Rosa
Ministro da Educação

João Paulo Sales Macedo
Reitor

Vicente de Paula Censi Borges
Vice-reitor

Rafael Araújo Sousa Farias
Pró-reitor de Administração

Osmar Gomes de Alercar Junior
Pró-reitor de Planejamento

Eugênia Bridget Gadelha Figueiredo
Pró-reitora de Ensino de Graduação

Francisco Jander de Sousa Nogueira
Pró-reitor de Extensão e Cultura

Jefferson Soares de Oliveira
Pró-reitor de Pesquisa , Pós-Graduação e Inovação

Gilvana Pessoa de Oliveira
Pró-reitora de Assistência Estudantil

Francisco Antonio Machado Araujo
Chefe Editor da EDUFDP

AUTORES (AS)

Eunaihara Lígia Lira Marques (Org.): Doutora em Ciências da Saúde pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE-SP). Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Neuropsicologia. Possui Formação em Terapia Cognitivo-Comportamental e em Práticas Baseadas em Evidências. Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA). Professora da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPar). Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde Baseada em Evidências e da Liga Acadêmica de Saúde Baseada em Evidências da UFDPar. Contato: eunaihara@ufdpar.edu.br

Alaylla Gabriele Nunes Araújo: Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: alayllaaraujo03@gmail.com

Alayse Schynnaider da Silva: Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: schynnaiders@gmail.com

Ana Beatriz Vieira e Silva: Discente do Curso de Psicologia da Universidade federal do Delta do Parnaíba. Contato: anabeatrizvieira399@gmail.com

Ana Catrine Gomes Coelho: Discente do Curso de Psicologia da Universidade federal do Delta do Parnaíba. Contato: anacatrinec@gmail.com.br

Ana Luísa Silva Sousa: Discente do Curso de Psicologia da Universidade federal do Delta do Parnaíba. Contato: analuisa.lss1507@gmail.com

Ana Luíza da Silva Araújo: Discente do Curso de Psicologia da Universidade federal do Delta do Parnaíba. Contato: an4ufdpar@gmail.com

Ana Ruth de Sousa Santos: Discente do Curso de Psicologia da Universidade federal do Delta do Parnaíba. Contato: psianaruth@gmail.com.br

Anna Caroline Guimarães Viana: Discente do Curso de Psicologia da Universidade federal do Delta do Parnaíba. Contato: annacaroline.gv@gmail.com

Camila Vitória Lima Aguiar: Discente do Curso de Psicologia da Universidade federal do Delta do Parnaíba. Contato: camilavitoriapsi@gmail.com

Cecília dos Santos Rodrigues: Discente do Curso de Psicologia da Universidade federal do Delta do Parnaíba. Contato: ceciliadossantosrodrigues@gmail.com

Crislane Viana Rocha: Discente do Curso de Psicologia da Universidade federal do Delta do Parnaíba. Contato: crislaneviana56@gmail.com

Débora Raíssa Lima Sales: Discente do Curso de Psicologia da Universidade federal do Delta do Parnaíba. Contato: deboraraissalima@gmail.com

Emili Cristiny Cabral Silva: Discente do Curso de Psicologia da Universidade federal do Delta do Parnaíba. Contato: emilipsicologia@gmail.com

Fernanda Lima Carvalho: Discente do Curso de Psicologia da Universidade federal do Delta do Parnaíba. Contato: fernlc.ufdpar@gmail.com

Inácio Augusto Rocha Silva: Discente do Curso de Psicologia da Universidade federal do Delta do Parnaíba. Contato: inaciouf2023@gmail.com

Jamile Veras de Sousa: Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: jamilyveras.b@gmail.com

Jasthya Rhaysee da Costa Queiroz: Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: jasthyaq@gmail.com

Jhully Ellem Chaves da Silva: Discente do Curso de Psicologia da Universidade federal do Delta do Parnaíba. Contato: jhullye20@ufdpar.edu.br

Júlia Tavares Matos: Discente do Curso de Psicologia da Universidade federal do Delta do Parnaíba. Contato: juliatavares0203@gmail.com

Kalily Raly Arrais de Sousa: Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: kalilyarraais5@gmail.com

Laysa Lariele Bastos Rabelo: Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: laysalariele@gmail.com

Luciele Ferreira Dias Bitencourt: Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: lucielemeamo@gmail.com

Magne Feitosa: Discente do curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: magnefeitosa@ufdpar.edu.br

Maria Clara de Souza Mendes: Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: claramendes8188@gmail.com

Maria Clara Machado dos Santos: Discente do Curso de Psicologia da Universidade federal do Delta do Parnaíba. Contato: claramachado.ds@gmail.com

Maria Eduarda Silva Rodrigues: Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: mariarodriguesss469@gmail.com

Maria Leynarah Sousa Paz: Discente do curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: pazleynarah4@gmail.com

Maria Sílvia Sousa Silva: Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: silvsousa26@gmail.com

AUTORES (AS)

Mirele de Jesus da Silva Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: mireledejesus100@gmail.com

Phelipp Kaue Lima Sampaio: Discente do curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: psicphesampaio@gmail.com

Sávia Santos Carvalho: Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: saviacarvalho27@gmail.com

Stephany Waleska Pereira de Sousa: Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: stephanywaleska103@gmail.com

Tais Laura Rodrigues de Sousa: Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: taislaura2018@gmail.com

Vívia Gabrielly Silva Santos: Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: V1viagabrelly@gmail.com

Yasmim Marques Pereira: Discente do curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. yasmimmarquespereira1@gmail.com

Ynara Carvalho de Sousa: Discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Contato: ynaracs884@gmail.com

Sumário

Apresentação	09
Eunaihara Lígia Lira Marques	
Parte I - Aspectos Básicos	
1. Uma breve História do DSM	12
Eunaihara Lígia Lira Marques	
2. Organização e funções do DSM-5-TR	15
Eunaihara Lígia Lira Marques	
Parte II - Transtornos Mentais	
3. Singularidades do Desenvolvimento Humano	18
Transtornos do Neurodesenvolvimento	
Camila Vitoria Lima Aguiar	
Júlia Tavares Matos	
4. O Mosaico da Psicose	25
Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos	
Alayse Schynnaider da Silva	
Jhully Ellem Chaves da Silva	
5. Cisne Negro: a dança entre os extremos	32
Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionados	
Alaylla Gabriele Nunes Araújo	
Vivia Gabrielly Silva Santos	
6. Entre Sintomas e Silêncios	38
Transtornos Depressivos	
Jasthya Rhaysee da Costa Queiroz	
Maria Eduarda Silva Rodrigues	

Sumário

7. O Labirinto da Mente	41
Transtornos de Ansiedade	
Ana Luiza da Silva Araujo	
Fernanda Lima Carvalho	
8. Pensamentos Intrusivos e Comportamentos Repetitivos	47
Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtornos Relacionados	
Maria Clara de Souza Mendes	
Mirele de Jesus da Silva	
9. Entre Estresses e Traumas	53
Transtornos Relacionados a Traumas e a Estressores	
Ana Ruth de Sousa Santos	
Ana Catrine Gomes Coelho	
10. Fragmentos da Consciência	58
Transtorno Dissociativos	
Kalily Raly Arrais de Sousa	
Ynara Carvalho de Sousa	
11. O Corpo que Sente, o Medo que Persiste	61
Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados	
Ana Luísa Silva Sousa	
Phelipp Kauê Lima Sampaio	
12. Quando comer deixa de ser apenas Nutrição	64
Transtornos Alimentares	
Jamile Veras de Sousa	
Sávia Santos Carvalho	
13. Corpo, Mente e Controle no Desenvolvimento	73
Transtornos da Eliminação	
Laysa Lariele Bastos Rabelo	
Stephany Waleska Pereira de Sousa	

Sumário

14. Noites Inquietas, Dias Comprometidos	76
Transtornos do Sono-Vigília	
Emili Cristinny Cabral Silva	
Maria Clara Machado dos Santos	
15. Pane no Desejo	83
Disfunções Sexuais	
Débora Raíssa Lima Sales	
Tais Laura Rodrigues de Sousa	
16. O corpo em disputa: quando o reconhecimento encontra o sofrimento psíquico	88
Disforia de Gênero	
Maria Silvia Sousa Silva	
Inácio Augusto Rocha Silva	
17. Onde a Moral encontra o Patológico?	95
Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta	
Magne Feitosa	
18. Uso, Abuso e Dependência: Compreendendo os Transtornos Relacionados a Substâncias	99
Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos	
Maria Leynarah Sousa Paz	
Yasmim Marques Pereira	
19. Quando a cognição muda de rota	118
Transtornos Neurocognitivos	
Ana Beatriz Vieira e Silva	
Crislane Viana Rocha	
20. A Psicopatologia da Personalidade	126
Transtornos da Personalidade	
Anna Caroline Guimarães Viana	
Cecília dos Santos Rodrigues	

Sumário

21. Desejos Incomuns	134
----------------------	-----

Transtornos da Perafilicos

Luciele Ferreira Dias Bitencourt

22. Além dos Transtornos Mentais	140
----------------------------------	-----

Outros Transtornos Mentais e Códigos Adicionais; Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos; Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica

Eunaihara Lígia Lira Marques

Parte III - Aspectos Reflexivos	143
--	-----

23. O Futuro do DSM: Interfaces entre Dimensões Biológicas, Culturais e Sociais

Eunaihara Lígia Lira Marques

Apresentação

A psicopatologia constitui uma área científica fundamental para a compreensão dos fenômenos relacionados ao sofrimento psíquico e às diversas formas de manifestação dos transtornos mentais. Ao mesmo tempo, ela se estabelece como uma disciplina curricular presente em muitos cursos da área da saúde e das ciências humanas, especialmente na formação em Psicologia. Ao longo da graduação, o estudo da psicopatologia permite que estudantes desenvolvam uma base teórica e crítica para compreender o funcionamento da mente, reconhecer diferentes quadros clínicos e refletir sobre as formas como a sociedade interpreta e responde ao sofrimento mental.

Nesse contexto, este e-book surge como uma proposta de aproximação entre o conhecimento acadêmico e uma leitura mais rápida e acessível dos principais conceitos presentes na psicopatologia contemporânea. Seu objetivo é apresentar, de maneira clara e didática, aspectos fundamentais relacionados aos transtornos mentais, bem como ao funcionamento e à lógica do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), uma das principais referências utilizadas na prática clínica e na pesquisa em saúde mental.

A proposta deste material é simplificar conceitos, apresentar alguns sintomas dos transtornos mentais de forma compreensível e descomplicar temas que muitas vezes são tratados de maneira excessivamente técnica. Ao mesmo tempo, busca-se promover reflexões críticas sobre a construção dos diagnósticos psiquiátricos e psicológicos, reconhecendo que a classificação dos transtornos mentais não é um processo neutro ou isento de debates. Nas últimas décadas, discussões importantes têm emergido sobre possíveis excessos diagnósticos, a medicalização da vida cotidiana e os limites das classificações psicopatológicas.

Contudo, reconhecer essas críticas não implica negar a relevância dos sistemas diagnósticos. O DSM, apesar de suas limitações e controvérsias, continua sendo uma ferramenta importante para a comunicação entre profissionais, para a organização do conhecimento científico e para o planejamento de intervenções clínicas. Quando utilizado com responsabilidade, sensibilidade clínica e reflexão crítica, pode contribuir significativamente para o cuidado em saúde mental e para a compreensão de diferentes formas de sofrimento psíquico.

Este e-book é fruto das atividades desenvolvidas na disciplina de Psicopatologia do curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr). A obra reúne reflexões, estudos e sistematizações produzidas ao longo desse processo formativo, tendo sido organizada como parte das atividades de conclusão da disciplina. A iniciativa busca também valorizar a produção acadêmica realizada no contexto da graduação, demonstrando o potencial da universidade como espaço de construção coletiva de conhecimento.

O material foi dividido em três partes. A primeira parte “Aspectos Básicos” se dedica a apresentar uma breve história das origens do DSM e sua aplicabilidade e funções. Na segunda parte nomeada de “Transtornos Mentais” se propõe a apresentar o conceito fundamental dos transtornos descritos pelo manual, bem como uma síntese descritiva sintomática. Já a última e terceira parte, “Aspectos Reflexivos” traz um compilado sobre as possibilidades e projeções futuras do DSM.

Como organizadora desta obra e responsável pela disciplina, apresento este material com o intuito de contribuir para o aprendizado dos estudantes, despertar o interesse de leitores que desejam compreender melhor os debates em torno da saúde mental e, sobretudo, estimular uma postura crítica, ética e sensível diante dos fenômenos psicopatológicos.

Ressalta-se, contudo, que este material não se propõe a orientar nem a servir como base técnica para a formulação de hipóteses diagnósticas. Nesse sentido, recomenda-se a consulta ao material original, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, bem como sua leitura integral no contexto da avaliação e da construção do diagnóstico em saúde mental.

Que esta leitura possa servir não apenas como fonte de informação, mas também como convite à reflexão sobre os modos pelos quais compreendemos, nomeamos e cuidamos do sofrimento humano.

Profa. Dra. Eunaiara Lúcia Lira Marques

Parte I - Aspectos básicos

Capítulo 1

Uma breve História do DSM

Eunaihara Lígia Lira Marques

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, frequentemente conhecido como "DSM", é um livro de referência sobre os transtornos mentais. Pertence a Associação Americana de Psiquiatria (APA), dessa forma, ela é responsável pela redação, edição, revisão e publicação do material. A versão mais recente, o DSM-5-TR, foi publicada em 2022 e no Brasil um ano depois, em 2023.

Contudo o processo de consolidação da obra passou por grandes esforços documentados a partir da reunião de dados epidemiológicos sobre doenças mentais nos Estados Unidos e tiveram seu ponto de partida oficial em 1840, um marco fundamental que deu início à trajetória histórica que culminaria no DSM (Vahia, 2013; Côrtes: Silva, 2024).

Dentro do contexto mais amplo do histórico da psiquiatria, as fontes destacam os seguintes principais pontos sobre esse período e sua evolução:

- **A Simplificação Inicial (1840):**

No censo de 1840, a compreensão e a classificação das doenças mentais eram extremamente rudimentares. Todas as condições eram agrupadas sob uma única categoria: "idiotia/insanidade". Não havia distinção entre diferentes tipos de transtornos, refletindo o estágio inicial da psiquiatria como disciplina estatística e médica.

- **A Expansão no Censo de 1880:**

Quarenta anos depois, houve um esforço para refinar essa coleta de dados. O censo de 1880 introduziu sete categorias (embora as fontes listem nominalmente seis: mania, melancolia, monomania, paralisia geral dos insanos, demência e dipsomania). Apesar do aumento no número de diagnósticos, essas categorias ainda eram consideradas "definidas de forma imprecisa".

- **O Caminho para a Padronização:** Essa necessidade de categorização, que começou de forma simples em 1840, evoluiu para um manual de 22 categorias em 1918, destinado a instituições para insanos. O salto na complexidade ocorreu após a Segunda Guerra Mundial, quando manuais militares como o "Medical 203" e o "Standard" influenciaram diretamente a CID-6 (1949) e a criação do primeiro DSM em 1952.
- **DSM-I (1952):** A primeira versão, com 102 categorias, foi muito influenciada pela psicanálise e focava no relato do paciente.
- **DSM-II (1968):** Aumentou o número de diagnósticos para 182, mantendo forte influência psicanalítica, mas tentou melhor sistematizar as doenças mentais.
- **DSM-III (1980):** representou uma virada drástica. Com o objetivo de aumentar a confiabilidade e validade diagnóstica, abandonou as teorias psicanalíticas (ateórico) e adotou critérios diagnósticos operacionais. Tornou o manual mais científico e prático para pesquisa e clínica.
- **DSM-III-R (1987):** a primeira revisão, eliminou a hierarquização e introduziu o conceito de comorbidade.
- **DSM-IV (1994):** Focou na base empírica, revisando a literatura para confirmar os critérios. Já contava com cerca de 297 diagnósticos. Trouxe um sistema multiaxial (cinco eixos) para avaliação interdisciplinar.
- **DSM-IV-TR (2000):** A Revisão de Texto (TR) foi lançada para fornecer dados mais atuais, sem alterar os critérios diagnósticos principais.
- **DSM-5 (2013):** Trouxe mudanças estruturais significativas para refletir o consenso acadêmico e clínico mais atual. Adota uma abordagem dimensional. Avalia a magnitude dos sintomas individuais, ajudando a graduar a gravidade da doença e a diferenciar casos. Substituiu o antigo sistema multiaxial por um formato de eixo único, integrando fatores psicossociais e contextuais. Houve mudança do algarismo romano "V" para o arábico "5" foi feita para permitir atualizações incrementais (como 5.1, 5.2), reconhecendo que o manual é um documento dinâmico e em constante evolução.
- **DSM-5 (2022-2023):** As principais mudanças no DSM-5-TR concentram-se em atualizar a literatura científica, revisar critérios diagnósticos de mais de 70 transtornos, adicionar novos códigos e ajustar a linguagem para torná-la mais precisa e inclusiva. Ajustes de Linguagem (Gênero e Cultura) e alinhamento com a CID (Classificação Internacional de Doenças).



"Medical 203" e o "Standard" são sistemas de classificação desenvolvidos pelas forças armadas dos Estados Unidos durante a Segunda Guerra Mundial para registrar e categorizar problemas de saúde mental em militares.



Figura domínio público: <https://pt.scribd.com/document/7485001/7485001>

A história da classificação dos transtornos mentais no DSM é densa e complexa, marcada por diversos elementos históricos, científicos e institucionais que ajudam a compreender sua consolidação como uma das principais referências na área da saúde mental. Esses aspectos tornam recomendável seu uso por profissionais da área, ao mesmo tempo em que também suscitam críticas e debates necessários sobre seus limites e implicações. Nesse sentido, conhecer o DSM, sua trajetória e suas transformações ao longo do tempo é imprescindível para aqueles que o utilizarão, permitindo uma prática clínica mais consciente, crítica e fundamentada.



Referências:

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Porto Alegre, RS: Artmed.

American Psychiatric Association. (n.d.). History of the DSM. Retrieved March 5, 2026, from <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm/history-of-the-dsm>

Côrtes, M. S. M., & Silva, C. C. F. (2024). CID e DSM: Breve percurso histórico das classificações dos transtornos mentais. *Psicologia Revista* (São Paulo), 33(1), 75–102. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2024v33i1p75-102>

Vahia, V. N. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(3), 220–223. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.117131>

Capítulo 2

Organização e funções do DSM-5-TR

Eunaihara Lígia Lira Marques

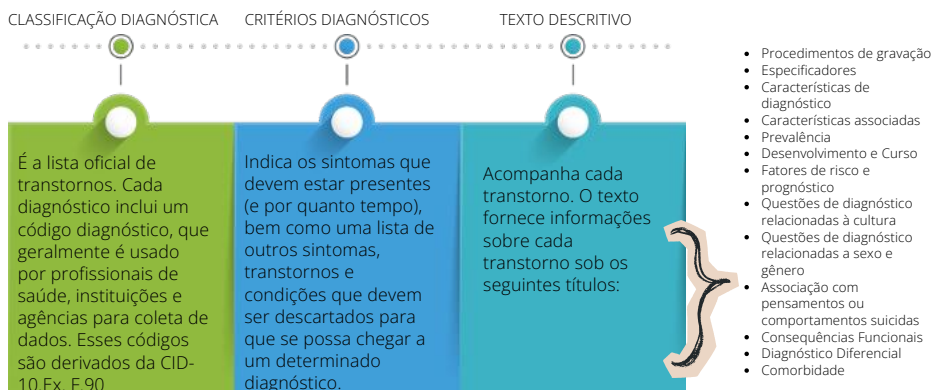
A elaboração do DSM-5-TR envolveu mais de 200 especialistas. A Quinta Edição foi o resultado de mais de 10 anos de trabalho com intuito de aprimorar o diagnóstico, o tratamento e a pesquisa.



Nesta nova elaboração houve grupos de revisão transversais, como, Grupo de Trabalho sobre Sexo e Gênero, Equidade e Inclusão Étnico-Racial dando devidas atenções a fatores de risco como racismo e discriminação, bem como o uso de linguagem não estigmatizante (American Psychiatric Association, n.d.).

O DSM consiste em três componentes principais:

1. A classificação diagnóstica;
2. Os conjuntos de critérios diagnósticos; e
3. O texto descritivo.



(American Psychiatric Association, n.d.).

Vale destacar que o DSM considera que "um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito".

(APA, 2023, P.14)

AS FUNÇÕES DO DSM SÃO:

- 1 Auxiliar clínicos treinados no diagnósticos.
- 2 Servir de instrumento para a coleta e a comunicação precisa de estatísticas de saúde pública sobre as taxas de morbidade e mortalidade dos transtornos mentais
- 3 Contribuir para a formação de estudantes e profissionais na área da saúde mental.
- 4 Oferecer aos clínicos e pesquisadores de diferentes orientações (biológica, psicodinâmica, cognitiva, comportamental, interpessoal, familiar/sistêmica) uma linguagem comum.

(APA, 2023)

O MANUAL ORGANIZA-SE EM TRÊS SEÇÕES PRINCIPAIS, A SABER:

Contém informações básicas sobre o DSM-5-TR, bem como a introdução e a utilização do manual e, por fim, a advertência para seu uso no contexto forense.

Nesta seção, encontram-se os critérios diagnósticos propriamente ditos, bem como considerações sobre o(s) transtorno(s), além dos códigos propostos pelos especialistas, os quais são condizentes com aqueles estabelecidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID).

A última seção contempla instrumentos de avaliação e modelos emergentes, aspectos relacionados à cultura e ao diagnóstico psiquiátrico, bem como especificidades do Modelo Alternativo do DSM-5 para os Transtornos da Personalidade e condições para estudos posteriores.

Referência:

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Porto Alegre, RS: Artmed.

Parte II - Transtornos Mentais

Capítulo 3

Singularidades do Desenvolvimento Humano

Transtornos do Neurodesenvolvimento

Camila Vitoria Lima Aguiar
Júlia Tavares Matos



TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO

São caracterizados por um conjunto de condições que se manifestam desde o início do desenvolvimento infantil, sendo essas condições, déficits no desenvolvimento, que variam entre limitações na aprendizagem, na inteligência, no controle das funções executivas e/ou nas habilidades sociais.

FAZEM PARTE DESSA CATEGORIA:

1. TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL (DEFICIÊNCIA INTELECTUAL)

Que abrange déficits funcionais, intelectuais e adaptativos, em três domínios, são eles: conceitual, social e prático.

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

- Déficits nas funções intelectuais, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato,

juízo e aprendizagem por meio de instrução.

- Déficits nas funções adaptativas, relacionadas a comunicação, independência pessoal e responsabilidade social.
- Início dos déficits durante o período do desenvolvimento.

NÍVEIS DE GRAVIDADE

Leve:

Domínio conceitual

Crianças: Poucas diferenças em relação aos pares e algumas dificuldades em habilidades acadêmicas.

Adultos: Prejuízos nas funções executivas, pensamento abstrato, memória de curto prazo e habilidades acadêmicas

Domínio social

Imaturidade nas relações sociais, dificuldade no julgamento social,

percepção de risco e desregulação emocional.

Domínio prático

Em todas as faixas etárias há Independência preservada nos cuidados pessoais.

Alguns adultos podem precisar de apoio em tarefas complexas, como finanças, cuidados da casa, dos filhos e recreação, assim como podem conseguir emprego em funções que não enfatizem o domínio conceitual.

Moderada:

Domínio conceitual

Nas crianças o desenvolvimento da linguagem e nas habilidades acadêmicas são lentas. Os adultos necessitam de auxílio em atividades acadêmicas.

Domínio social

Diferenças no comportamento social e comunicação, necessitando apoio para decisões e trabalho.

Domínio prático

Em todas as faixas etárias necessitam de maior tempo de aprendizagem para independência pessoal.

Alguns adultos podem trabalhar com apoio em atividades conceituais e comunicativas.

Grave:

Domínio conceitual

Aquisição limitada de habilidades conceituais, com grande dependência de cuidadores.

Domínio social

A linguagem verbal bastante limitada, com compreensão

baseada em gestos simples.

Domínio prático

Necessita apoio contínuo nas atividades diárias, recreativas e profissionais.

Profunda:

Domínio conceitual

Habilidades voltadas mais ao mundo físico e ao uso de objetos, do que a processos simbólicos.

Domínio social

Comunicação não verbal e compreensão limitada da fala e dos gestos.

Domínio prático

Dependência total para cuidados físicos e atividades de vida diária.

2. TRANSTORNO DA COMUNICAÇÃO



Incluem déficits na linguagem, que é compreendida como a forma e o uso de um sistema de símbolos, na fala, que corresponde a produção expressiva de sons, e na comunicação, envolvendo a troca de informações entre um emissor e um receptor.

SUBTIPOS E PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

Transtorno da Linguagem

- Dificuldades persistentes na aquisição e uso da linguagem.
- Habilidades linguísticas estão abaixo comparadas aos pares.

- Início dos déficits durante o período do desenvolvimento.
- Os prejuízos não podem ser atribuíveis a uma condição médica ou neurológica, e não sendo melhor explicado por outro transtorno mental.

Transtorno da Fala

- Dificuldade persistente para produzir a fala.
- A dificuldade causa déficits na comunicação.
- Início dos déficits durante o período do desenvolvimento.
- Os prejuízos não podem ser atribuíveis a uma condição médica ou neurológica, e não sendo melhor explicado por outro transtorno mental.

Transtorno da Fluência com Início na Infância (Gagueira)

- Dificuldade inapropriada para a idade na fluência normal da fala, de no mínimo um dos seguintes aspectos, repetir sons e sílabas, prolongar sons de consoantes ou vogais, pausas em palavras, pausas preenchidas ou não na fala, substituir palavras por outras mais fáceis, falar palavras com tensão física e repetir palavras monossilábicas.



- A dificuldade causa ansiedade e limitações na comunicação.
- Início dos déficits durante o período do desenvolvimento.
- Os prejuízos não podem ser atribuíveis a uma condição médica ou neurológica, e não sendo melhor explicado por outro transtorno mental.

Transtorno da Comunicação Social

- Dificuldades de comunicação social, como adequar a comunicação ao contexto, seguir regras para conversar e compreender falas com ambiguidade.
- Os déficits resultam em prejuízos na comunicação eficaz.
- Início dos déficits durante o período do desenvolvimento.
- Os prejuízos não podem ser atribuíveis a uma condição médica ou neurológica, e não sendo melhor explicado por outro transtorno mental.

3. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

As principais características do TEA estão organizadas em duas dimensões: comportamento e comunicação social.



PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

- Déficits na interação e comunicação social, manifestado na reciprocidade emocional, na comunicação não verbal e em desenvolver e entender relacionamentos.
- Padrões restritos e repetitivos de comportamentos, atividades ou interesses, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos, estereotípias ou repetição de movimentos motores, uso de objetos e fala, padrões ritualizados de comportamento e adesão rigorosa a rotinas, interesses rígidos e restritos em alta intensidade e foco, hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum e aspectos sensoriais do ambiente.
- Início dos déficits durante o período do desenvolvimento.
- Os sintomas causam prejuízos no presente em áreas importantes da vida do indivíduo.
- Os déficits não são melhores explicados por outro transtorno.

NÍVEIS DE GRAVIDADE

Nível 1: Exige apoio.

Nível 2: Exige apoio substancial.

Nível 3: Exige apoio muito substancial.

COMO SE APRESENTAM NOS ESTÁGIOS EVOLUTIVOS

Infância: Atrasos no desenvolvimento da linguagem e das habilidades sociais e/ou perda dessas, ausência de brincadeiras típicas e comportamentos incomuns.

Adolescência: Na maioria, há melhora nas habilidades sociais e linguísticas.

Vida adulta: Cada vez mais indivíduos vivem e trabalham de forma independente, ainda que necessite de apoio em certas atividades, com o desenvolvimento de estratégias compensatórias.

Idosos: Pouco se sabe sobre o TEA nessa faixa etária.

4. TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH)



O TDAH é marcado por critérios de diagnósticos que envolvem padrões de comportamentos relacionados à desatenção, hiperatividade e impulsividade nos quais interferem na qualidade de vida e funcionamento social ou profissional do indivíduo.

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

- Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas.
- Com frequência tem dificuldade de

manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.

- Em situações frequentes parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente.
- Não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho.
- Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.
- Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado.
- Com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades.
- É facilmente distraído por estímulos externos.
- É esquecido em relação a atividades cotidianas.

O QUE É?

A desatenção no TDA: Divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização.

A Hiperatividade: atividade motora excessiva quando não apropriada, remexer, batucar ou conversar em excesso.

A impulsividade: ações precipitadas que ocorrem no momento, sem premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa.

COMO SE APRESENTAM NOS ESTÁGIOS EVOLUTIVOS

Infância: O TDAH inicia na infância do sujeito, para a precisão técnica do diagnóstico é necessário que a maior parte dos sintomas se manifeste no paciente antes dos 12 anos de idade, não se pode diagnosticar o indivíduo na ausência de um dos sintomas antes dos 12 anos de idade.

Adolescência: Jovens diagnosticados com Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade podem apresentar uma maior probabilidade de desenvolver transtorno da personalidade antissocial ou de conduta.

Vida adulta: Jovens adultos com TDAH podem apresentar frequentes rotatividades em empregos e baixo desempenho profissional ou acadêmico. Acidentes e má conduta no trânsito são frequentemente relacionadas aos adultos com o diagnóstico do transtorno.

AMBIENTE E VIDA COTIDIANA

Pessoas com TDAH podem frequentemente se autoavaliar e podem ser descritos, por terceiros como indivíduos que tendem a sentir mais raiva e frustração ou a ter reações emotivas exageradas. A prevalência é afetada pela variação cultural, em atitudes, normas e expectativas estabelecidas para crianças e jovens em seus contextos e histórico social.





5. TRANSTORNO ESPECÍFICO DE APRENDIZAGEM

É um transtorno do neurodesenvolvimento com uma origem biológica especificamente no nível cognitivo, as quais são associadas com os comportamentos do indivíduo.

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

- Dificuldades na aprendizagem e no uso de habilidades acadêmicas.
- As habilidades acadêmicas afetadas estão abaixo do esperado para a idade do indivíduo, interferindo no desempenho acadêmico ou profissional ou nas atividades cotidianas.
- Iniciam-se durante os anos escolares, mas podem não se manifestar completamente até que as exigências pelas habilidades acadêmicas afetadas excedam as capacidades limitadas do indivíduo.
- As dificuldades de aprendizagem não podem ser explicadas por deficiências intelectuais, acuidade visual ou auditiva não corrigida, outros transtornos mentais ou neurológicos, adversidade psicossocial, falta de proficiência na língua de instrução acadêmica ou instrução educacional inadequada.

Domínio das dificuldades	Prejuízo principal
Leitura (Dislexia - termo alternativo)	Decodificação e compreensão
Escrita	Ortografia e expressão
Matemática	Cálculo e raciocínio

COMO SE APRESENTAM NOS ESTÁGIOS EVOLUTIVOS

Diferentemente de andar ou falar, que são marcos adquiridos do desenvolvimento que emergem com a maturação cerebral, as habilidades acadêmicas precisam ser ensinadas e aprendidas de forma explícita. O transtorno específico de Aprendizagem não constitui somente uma consequência de ausência de oportunidade de aprender ou acesso a educação

Infância: Podem ter dificuldades em pronunciar as palavras, lembrar os nomes de letras, números e dias da semana

Adolescência: Podem apresentar problemas relacionados a compreensão de leitura, expressão escrita, domínio insatisfatório de conhecimentos matemáticos

Vida adulta: Podem manifestar limitações e restrições em determinadas atividades da vida cotidiana nas áreas de comunicação, interações interpessoais e com a suas relações sociais



5. TRANSTORNO MOTORES

O diagnóstico do transtorno do desenvolvimento da coordenação é feito a partir de informações sobre a história de vida e saúde da pessoa, exames físicos, relatórios da escola ou trabalho e testes específicos adequados para avaliar suas dificuldades de coordenação.

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

- A aquisição e a execução de habilidades motoras coordenadas estão substancialmente abaixo do esperado considerando-se a idade cronológica do indivíduo e a oportunidade de aprender e usar a habilidade.
- O déficit nas habilidades motoras do Critério A interfere, significativa e persistentemente, nas atividades cotidianas apropriadas à idade
- O início dos sintomas ocorre precocemente no período do desenvolvimento.
- Os déficits nas habilidades motoras não são mais bem explicados por transtorno do desenvolvimento intelectual (deficiência intelectual) ou por deficiência visual e não são atribuíveis a alguma condição neurológica que afete os movimentos.

COMO SE APRESENTAM NOS ESTÁGIOS EVOLUTIVOS

Diferentemente de andar ou falar, que são marcos adquiridos do desenvolvimento que emergem com a maturação cerebral, as habilidades acadêmicas precisam ser ensinadas e aprendidas de forma explícita.

O transtorno específico de Aprendizagem não constitui somente uma consequência de ausência de oportunidade de aprender ou acesso a educação.

Infância: Podem demorar mais para aprender movimentos importantes, como sentar, engatinhar e andar, embora muitas consigam aprender normalmente depois. Elas também podem ter dificuldade para desenvolver habilidades do dia a dia, como subir escadas ou fechar zíper.

Adolescência: Podem apresentar problemas relacionados a compreensão de leitura, expressão escrita, domínio insatisfatório de conhecimentos matemáticos

Vida adulta: Podem manifestar limitações e restrições em determinadas atividades da vida cotidiana nas áreas de comunicação, interações interpessoais e com a suas relações sociais

6. OUTROS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO

Outro Transtorno do Neurodesenvolvimento Especificado

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno do neurodesenvolvimento que causam prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos do neurodesenvolvimento.

Rereferência:
American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.



Capítulo 4

O Mosaico da Psicose

Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos

Alayse Schynnaider da Silva
Jhully Ellem Chaves da Silva



O Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos representam uma categoria complexa de condições mentais caracterizadas por sintomas psicóticos proeminentes, como delírios, alucinações, pensamentos e comportamentos desorganizados e sintomas negativos. O conceito de espectro reflete a ideia de que esses transtornos compartilham uma base etiológica e sintomatológica comum, mas se manifestam de maneiras diversas. A compreensão sobre a duração, gravidade e presença de outros sintomas associados é fundamental para o diagnóstico diferencial e para o planejamento de intervenções eficazes.

Os transtornos psicóticos são definidos por cinco domínios principais de sintomas:

1. Delírios: são crenças fixas e falsas que resistem a evidências contrárias. Podem assumir diversas formas, como persecutórios (crença de perseguição), de referência (sinais ambientais direcionados a si), grandiosos, erotomaníacos, niilistas, de ciúme, ou relacionados ao controle do pensamento (inserção, retirada ou transmissão).

2. Alucinações: Experiências perceptivas vívidas sem estímulo externo real. As auditivas são as mais comuns (frequentemente vozes), mas também podem ser visuais, olfativas, gustativas ou táteis. É importante considerar o contexto cultural na avaliação das alucinações.

3. Discurso Desorganizado: Manifesta-se por descarrilamento (mudança ilógica de tópicos) ou incoerência (discurso ininteligível).

4. Comportamento Grosseiramente Desorganizado ou Catatônico:

Varia de infantilismo a agitação imprevisível. A catatonia envolve diminuição da reatividade ao ambiente, podendo incluir negativismo, posturas bizarras, mutismo, estupor ou excitação catatônica

5. Sintomas Negativos: Ausência ou diminuição de funções normais, proeminentes na esquizofrenia. Incluem expressão emocional diminuída, avolia (falta de iniciativa), alogia (redução da fala), anedonia (incapacidade de sentir prazer) e associabilidade.

As psicoses se apresentam da seguinte forma:

1. Esquizofrenia



A Esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico grave e crônico, caracterizado por uma gama de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais. Diferente de mitos populares, a esquizofrenia não se refere a uma “personalidade dividida” mas sim a uma desestruturação das funções mentais que interferem na percepção da realidade. A prevalência ao longo da vida é estimada entre 0,3% a 0,7% da população mundial, com variações dependendo de fatores como urbanidade e status de migrante (APA, 2023).

Características Diagnósticas

Para receber esse diagnóstico, a pessoa deve apresentar pelo menos dois sintomas principais por no mínimo um mês, sendo obrigatoriamente um deles delírios, alucinações ou uma fala muito confusa.

Além disso, é necessário que ocorra uma queda clara na capacidade de trabalhar, se relacionar com os outros ou cuidar de si mesmo, com sinais do problema persistindo por pelo menos seis meses.

Por fim, é preciso descartar que esses sintomas sejam causados por outros transtornos de humor, pelo uso de substâncias ou por doenças físicas.

Comorbidades e Consequências

A esquizofrenia frequentemente coexiste com:

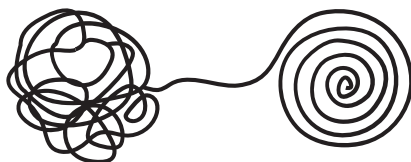
- Transtornos relacionados ao uso de substâncias (especialmente tabaco).
- Transtornos de ansiedade.
- Transtornos da personalidade (esquizotípica ou paranoide).
- Condições médicas (doenças cardiovasculares, diabetes), reduzindo a expectativa de vida.

As consequências funcionais são severas, impactando a educação, o emprego e as relações sociais, resultando frequentemente em isolamento



Observações Gerais

Na prática clínica, é fundamental compreender que o espectro da esquizofrenia vai além dos sintomas produtivos. Um dos maiores desafios é a **falta de insight (anosognosia)**, em que o indivíduo não tem consciência de sua condição, o que frequentemente leva à não adesão ao tratamento. Somado a isso, os **déficits cognitivos**, que afetam a memória, a velocidade de processamento e as funções executivas, são fatores que limitam severamente a recuperação funcional. **O transtorno costuma surgir** entre o fim da adolescência e os 30 anos, sendo que o sexo feminino geralmente apresenta um prognóstico mais favorável. Além disso, o **contexto cultural** desempenha um papel crucial na forma como os sintomas são expressos e no estigma enfrentado pelo paciente. Por fim, **o curso da doença** tende a ser variável e crônico, marcado por exacerbações e remissões parciais que exigem um acompanhamento contínuo e multidisciplinar.



2. Transtorno Delirante

É uma condição psiquiátrica caracterizada pela presença de um ou mais delírios crenças falsas e inabaláveis que persistem por pelo menos um mês. Diferente da esquizofrenia, a pessoa com transtorno delirante geralmente mantém um funcionamento social e ocupacional relativamente normal, e seu comportamento não parece obviamente estranho fora do contexto do delírio (APA, 2023).



Características Diagnósticas

O Transtorno Delirante ocorre quando uma pessoa mantém uma ou mais crenças falsas e fixas por pelo menos um mês, sem que isso seja causado por drogas, doenças físicas ou outros problemas mentais. Diferente da esquizofrenia, a pessoa não apresenta os sintomas graves dessa doença e consegue manter uma vida social e funcional razoável, sem agir de forma estranha ou bizarra fora do tema do seu delírio. Embora possam surgir alterações de humor, elas duram pouco tempo se comparadas à persistência das ideias delirantes.

Subtipos comuns



Os delírios podem ser de vários tipos, como erotomaníaco (crença de que outra pessoa está apaixonada), grandioso, ciumento, persecutório (crença de que está sendo perseguido) ou somático (crença de ter uma condição física ou defeito)

3. Transtorno Psicótico Breve

É uma condição mental de curta duração, caracterizada pelo surgimento súbito de sintomas psicóticos. A principal marca desse transtorno é que ele dura pelo menos um dia, mas menos de um mês, com o paciente retornando completamente ao seu estado normal de funcionamento após esse período (APA, 2023).

Características Diagnósticas

O Transtorno Psicótico Breve caracteriza-se pelo surgimento súbito de pelo menos um sintoma psicótico, como delírios, alucinações, fala desorganizada ou comportamentos motores anormais, incluindo a catatonia. O episódio dura de um dia a, no máximo, um mês, e a pessoa retorna completamente ao seu estado normal de saúde após esse período. Para confirmar o diagnóstico, deve-se garantir que os sintomas não sejam causados por outros transtornos (como depressão ou bipolaridade), pelo uso de drogas ou por condições médicas físicas.

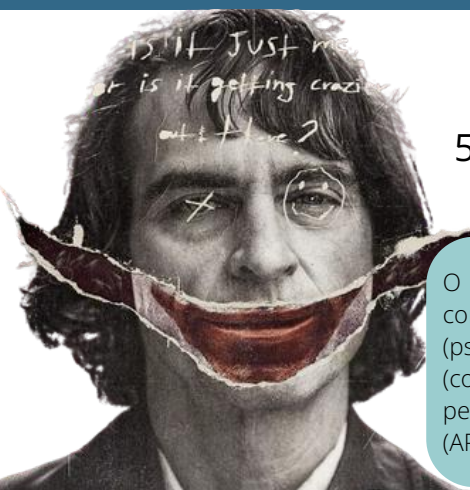
4. Transtorno Esquizofreniforme

É uma condição mental cujos sintomas são idênticos aos da esquizofrenia, mas com uma diferença fundamental: a duração. Ele funciona como um estágio intermediário entre o Transtorno Psicótico Breve e a Esquizofrenia crônica (APA, 2023).

Características Diagnósticas

O transtorno é diagnosticado quando uma pessoa apresenta os sintomas clássicos da esquizofrenia como delírios, alucinações, fala desorganizada ou falta de motivação por um período de **pelo menos um mês, mas menos de seis meses**. Se os sintomas passarem antes de um mês, o diagnóstico é de transtorno psicótico breve; se persistirem por mais de seis meses, passa a ser considerado esquizofrenia. Diferente da esquizofrenia, nem sempre há um prejuízo grave no funcionamento social ou profissional durante todo o período, embora a pessoa precise de tratamento medicamentoso e apoio psicossocial para se recuperar.





5. Transtorno Esquizoafetivo

O Transtorno Esquizoafetivo é uma condição complexa que combina sintomas de esquizofrenia (psicose) com sintomas de transtorno de humor (como depressão ou bipolaridade). É como se a pessoa tivesse duas condições ao mesmo tempo (APA, 2023).

Características Diagnósticas

O Transtorno Esquizoafetivo é diagnosticado quando um indivíduo apresenta, simultaneamente, sintomas psicóticos, como delírios ou alucinações e um episódio grave de humor, que pode ser do tipo depressivo ou bipolar (com mania). A característica principal que o diferencia de outros transtornos é que os sintomas psicóticos (delírios ou alucinações) devem ocorrer sozinhos por pelo menos duas semanas, sem a presença dos sintomas de humor. No entanto, os sintomas de humor estão presentes na maior parte da duração total da doença.

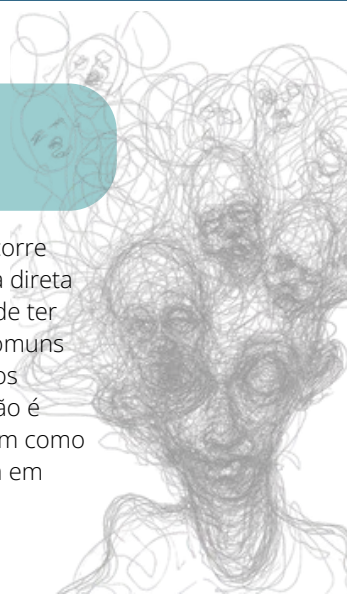
Existem dois tipos principais: o tipo bipolar, onde ocorrem episódios de mania (euforia extrema) e às vezes depressão, e o tipo depressivo, onde ocorrem apenas episódios de depressão grave. O tratamento costuma ser uma combinação de medicamentos antipsicóticos com estabilizadores de humor ou antidepressivos.

6. Transtorno Psicótico induzido por Substâncias/Medicamentos

Transtorno Psicótico induzido por substâncias ou medicamentos ocorre quando o indivíduo apresenta delírios ou alucinações como resultado direto do uso de drogas, intoxicação ou abstinência de certos remédios. Esse quadro surge logo após o contato com substâncias como cocaína, maconha ou anfetaminas, além de medicamentos prescritos ou exposição a toxinas. A principal característica é que os sintomas psicóticos estão ligados ao efeito químico no cérebro.

7. Transtorno Psicótico devido a outra Condição Médica

O Transtorno Psicótico devido a outra condição médica ocorre quando alucinações e delírios surgem como consequência direta de um problema físico no organismo, já que o cérebro pode ter sua química alterada por doenças sistêmicas. Exemplos comuns incluem tumores cerebrais, doenças autoimunes, distúrbios endócrinos graves ou epilepsia. Nesses casos, a psicose não é vista como uma doença psiquiátrica independente, mas sim como um sintoma da enfermidade principal, e o tratamento foca em resolver a causa médica para que os sintomas psicóticos desapareçam.



O Fenômeno da Catatonia

A catatonia é tratada no DSM-5-TR não como uma doença isolada, mas como um especificador que acompanha outros diagnósticos mentais ou médicos. Para ser identificada, a pessoa deve apresentar comportamentos motores anormais, como o estupor, que é a falta total de atividade e resposta ao ambiente, ou a catalepsia, caracterizada por uma postura rígida mantida por muito tempo. Outros sinais incluem a flexibilidade cêrea, onde o corpo oferece uma resistência moldável a movimentos, o mutismo, que é a ausência de resposta verbal, e o negativismo, que se manifesta pela oposição ou falta de resposta a qualquer instrução ou estímulo externo.



Rereferência:

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.

Capítulo 5

Cisne Negro: a dança entre os extremos

Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados

*Alaylla Gabriele Nunes Araújo
Vivia Gabrielly Silva Santos*

Os polos do humor

Para compreender o espectro bipolar, é crucial inicialmente diferenciar os dois níveis de ativação do polo alto, mania e hipomania.

• Mania

A mania apresenta um período distinto de humor anormal e persistente, às vezes elevado, expansivo, psicótico ou irritável que causa prejuízos ao indivíduo, podendo prejudicar a ele ou demais. Acompanhado de um aumento perceptível de energia, em que o indivíduo pode agir com a autoestima inflada, se sentir descansado mesmo dormindo pouco, mais falante, com fuga de ideias, pensamentos acelerados, ficar distraído facilmente, focado em alguma atividade com aumento de energia, agitação psicomotora e se colocando em atividades potencialmente perigosas ou que possam ter consequências desagradáveis.

• Hipomania

Partilha dos mesmos sintomas da mania, mas em uma intensidade e dinâmica diferentes, altera o comportamento de uma maneira visível para as pessoas ao redor, mas não causam prejuízo acentuado, não exigem hospitalização e, por definição, não possuem características psicóticas. Dura pelo menos 4 dias consecutivos.



CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS BIPOLARES



TRASTORNO BIPOLAR TIPO I:

A característica central é a ocorrência de pelo menos um episódio maníaco na vida. É obrigatório um período de humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável com aumento de energia por no mínimo 1 semana (ou qualquer duração se houver hospitalização).

A gravidade se dá quando os episódios causam prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional, podem exigir internação ou apresentar características psicóticas (delírios/alucinações).

Episódios depressivos maiores são extremamente comuns e frequentes, mas tecnicamente não são obrigatórios para o diagnóstico.

TRASTORNO BIPOLAR TIPO II

A característica central é a alternância clássica entre episódios de depressão e formas mais leves de mania, chamadas de hipomania.

Não é uma versão "mais leve" do tipo I, pois a fase depressiva costuma ser mais frequente, longa e incapacitante.

É obrigatório ter pelo menos um episódio hipomaníaco, com duração mínima de 4 dias consecutivos, e pelo menos um episódio depressivo maior com duração mínimo de 2 semanas.

A hipomania altera o comportamento de forma visível, mas não causa prejuízo grave, não exige hospitalização e nunca apresenta psicose.

Tem como critério de exclusão que se o indivíduo apresentar um único episódio maníaco na vida, o diagnóstico muda permanentemente para Tipo I.

TRANSTORNO CICLOTÍMICO:

Possui critérios semelhantes aos episódios maníacos, hipomaniaco ou depressivos maiores, o indivíduo oscila por sintomas hipomaniacos e depressivos moderados, mas o tempo é um dos diferenciais, para o transtorno ciclotímico é necessário 2 anos com sintomas rotineiros, 1 ano para crianças e adolescentes, e com intervalos que não duram mais que dois meses.





EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR NA BIPOLARIDADE

No transtorno bipolar, o episódio depressivo representa a fase de sofrimento mais prolongada. No tipo I, ele é extremamente comum, mas tecnicamente não é obrigatório para o diagnóstico. No Tipo II, ele é obrigatório, muito mais frequente, crônico, duradouro e o principal responsável pelo prejuízo profissional e social do paciente.
ou prazer.



O POLO MAIS BAIXO EPÍSDIO DEPRESSIVO MAIOR



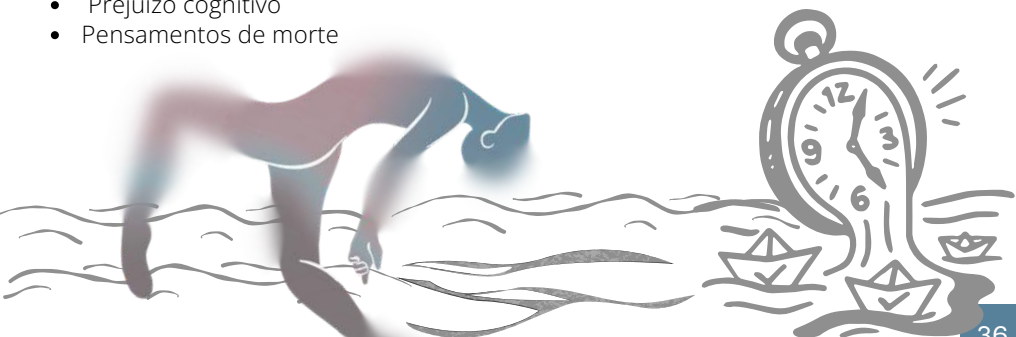
Critério Central (Duração e Sintomas-Chave)

Para ser caracterizado como um episódio depressivo maior, o indivíduo deve apresentar 5 ou mais desses 9 sintomas:

- Humor deprimido
- Anhedonia
- Alterações de peso ou apetite
- Distúrbios do sono
- alteração psicomotora
- Fadiga
- Sentimentos de desvalia
- Prejuízo cognitivo
- Pensamentos de morte

A duração desses sintomas deve ser o mesmo período de 2 semanas, representando uma mudança no funcionamento anterior.

Regra: Pelo menos um dos sintomas preenchidos deve ser obrigatoriamente (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.



- Outros transtornos bipolares e relacionados
- Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento
- Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado

Devido a Outra Condição Médica

- Outro Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Especificado
- Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Não Especificado

Rereferência:

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.

Capítulo 6

Entre Sintomas e Silêncios

Transtornos Depressivos

Jasthya Rhaysee da Costa Queiroz

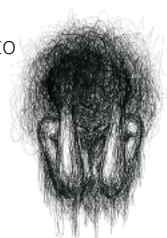
Maria Eduarda Silva Rodrigues

DO QUE SE TRATA?

Trata-se de características comuns como o humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que comprometem a funcionalidade do indivíduo. Dessa forma, o que os diferenciam é duração, momento ou etiologia presumida.

Os transtornos depressivos abrangem:

- Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor
- Transtorno Depressivo Maior (incluindo episódio depressivo maior)
- Transtorno Depressivo Persistente (distímia)
- Transtorno Disfórico Pré-Menstrual
- Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento
- Transtorno Depressivo devido a outra condição médica
- Outro Transtorno Depressivo especificado
- Transtorno Depressivo não especificado.



Especificamos abaixo alguns deles:

1. TRANSTORNO DISRUPTIVO DA DESREGULAÇÃO DO HUMOR (TDDH)

A característica principal deste transtorno é a **irritabilidade crônica grave**. Ela apresenta-se de duas formas: explosões recorrentes de raiva e humor constantemente irritável ou zangado entre essas



explosões. Essas reações, em geral, costumam surgir diante de frustrações e podem ser verbais ou comportamentais.

Além disso, as explosões devem ocorrer em média três ou mais vezes por semana por pelo menos um ano em no mínimo dois ambientes, e devem ser inadequadas para o desenvolvimento da criança.

Seus sintomas se alteram conforme o desenvolvimento desta, por isso, o **diagnóstico limita-se à idade de 6 a 18 anos**.

2. TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR (TDM)

SINAIS

atenção

Episódio depressivo maior com duração mínima de duas semanas.

Ausência de histórico prévio de episódios maníacos ou hipomaníacos.

Presença de humor deprimido ou perda significativa de interesse e prazer nas atividades cotidianas.

Ocorrência de, pelo menos, quatro sintomas adicionais: alterações no apetite ou peso, no sono e na atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades de pensamento, concentração ou tomada de decisões; pensamentos recorrentes de morte, ideação, planejamento ou tentativas de suicídio.

Possibilidade de prejuízos significativos em diferentes áreas da vida, incluindo comprometimento do funcionamento diário e da capacidade de realizar atividades básicas de autocuidado.



OBS: Não se aplica em episódios induzidos por substâncias ou atribuíveis a efeitos fisiológicos de outra condição médica.

3. TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE (TDP)

O Transtorno Depressivo Persistente representa uma consolidação do Transtorno Depressivo Maior Crônico e do Transtorno Distímico, tendo como característica essencial a **duração mínima de dois anos**, na qual podem surgir intervalos livres de sintomas, porém, estes não ultrapassam dois meses. Apresenta um início precoce, evoluindo de forma discreta e permanece ao longo do tempo.



4. TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL

O transtorno é caracterizado por alterações de humor, irritabilidade, tristeza, ansiedade e sintomas físicos e comportamentais que aparecem repetidamente antes da menstruação e melhoram no início ou logo após ela. Esses sintomas são intensos, semelhantes aos observados em transtornos como depressão e ansiedade generalizada, e prejudicam a vida social e profissional. Para o diagnóstico, os sintomas **devem ocorrer na maioria dos ciclos menstruais ao longo de um ano** e ser acompanhados por pelo menos dois meses de monitoramento.



5. TRANSTORNO DEPRESSIVO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA/MEDICAMENTO



O Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento caracteriza-se pela perturbação acentuada e persistente no humor, durante ou após intoxicação, abstinência ou exposição de uma substância ou medicamento, capazes de produzir sintomas depressivos. Este transtorno é mais provável desenvolver-se quando há o uso de altas dosagens de uma droga e não houver histórico de episódios depressivos independentes.

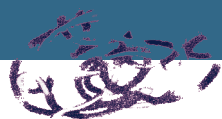


6. TRANSTORNO DEPRESSIVO DEVIDO A OUTRA CONDIÇÃO MÉDICA

Para que ocorra o diagnóstico deste transtorno, é necessário a **ausência de episódios depressivos antes do início da condição médica**, sendo esta uma potencialidade para o desenvolvimento do transtorno depressivo.

Rereferência:

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.



Capítulo 7

O Labirinto da Mente

Transtornos de Ansiedade

Ana Luiza da Silva Araujo
Fernanda Lima Carvalho

Você sabe o é que medo e ansiedade?

- **Medo:** Reação emocional imediata a uma ameaça real ou percebida como presente.
- **Ansiedade:** Estado de alerta focado na antecipação de um perigo futuro.

Como diferenciá-los? Eles se distinguem pelo gatilho (o objeto ou situação que causa o medo/esquiva) e pelo conteúdo dos pensamentos (ideação cognitiva). Eles deixam de ser uma resposta natural do desenvolvimento quando se tornam excessivos, desproporcionais e persistentes.

1. Transtorno de Ansiedade de Separação

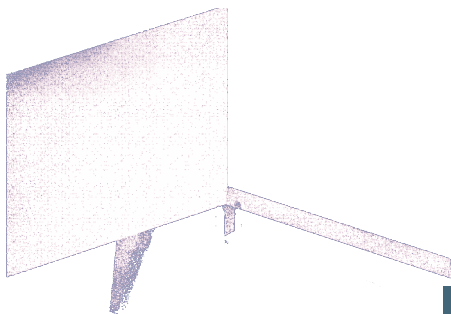
Principais características

- Sofrimento intenso e frequente ao prever ou vivenciar o afastamento de casa ou dos cuidadores.
- Preocupação constante de que algo ruim aconteça às figuras de apego
- Medo persistente de sofrer um imprevisto que force a separação ;
- Recusa ou forte relutância em sair de casa, ir à escola, ao trabalho ou a outros locais por medo de se separar.
- Receio crônico de ficar sozinho ou sem os cuidadores, mesmo em ambientes familiares.
- Resistência ou recusa em dormir longe de casa ou sem estar perto da figura de apego.

- Pesadelos frequentes com a temática de separação.
- Queixas físicas recorrentes quando a separação se aproxima ou acontece.

Dura pelo menos 4 semanas para crianças/adolescentes; geralmente 6 meses ou mais para adultos.

Causa prejuízo visível na rotina social, escolar, profissional ou em outras áreas da vida, mas, não deve ser melhor explicado por outros quadros (como o isolamento por apego à rotina no Autismo, delírios em Psicoses, ou medo de passar mal na Agorafobia).



Características Associadas

Quando afastadas de suas referências, as crianças podem demonstrar isolamento social, apatia, tristeza e falta de foco em atividades ou brincadeiras. Dependendo da idade, também surgem medos secundários (escuro, monstros, assaltos, acidentes), vistos como riscos indiretos à sua segurança ou à da família.

Prevalência

2. Mutismo Seletivo

Principais características

- Incapacidade constante de falar em situações sociais específicas onde há cobrança para isso, mesmo que o indivíduo converse normalmente em outros contextos;
- O silêncio prejudica o rendimento escolar/profissional ou a socialização;
- Deve estar presente por pelo menos um mês;
- O problema não decorre da falta de conhecimento ou desconforto com a língua local.

O quadro não é explicado por um transtorno da fala e não ocorre apenas durante o Autismo ou Esquizofrenia.

Características Associadas

É comum notar timidez extrema, pavor de passar vergonha, isolamento. Na clínica, a imensa maioria dessas crianças também fecha critérios para outro transtorno ansioso, sendo o mais comum a Ansiedade Social.



3. Fobia Específica

Principais características

- Medo ou ansiedade marcantes diante de um objeto ou situação específica
- O contato com o estímulo fóbico gera uma reação de ansiedade quase imediata.
- A pessoa evita ativamente a situação ou a suporta sob intenso sofrimento.
- A reação é desproporcional ao perigo real que o objeto representa e ao contexto cultural.

Geralmente dura por mais de 6 meses.

Principais Tipos:

- Animal
- Ambiente Natural
- Sangue-Injeção-Ferimentos
- Situacional: Aviões, elevadores, espaços fechados

Características Associadas

Há uma forte ativação do sistema nervoso (taquicardia, sudorese) ao antecipar ou encarar o medo. A resposta física exata varia conforme o tipo da fobia (por exemplo, fobia de sangue pode causar queda de pressão e desmaio, ao contrário das outras).



4. Transtorno de Ansiedade Social

Principais características

- Medo ou ansiedade intensos em situações sociais onde a pessoa possa ser avaliada ou julgada por outros.
- O indivíduo teme demonstrar sinais de ansiedade que gerem humilhação, rejeição ou que ofendam os outros.
- *O ambiente social dispara o medo de forma quase unânime.*
- As interações sociais são evitadas ou toleradas com altíssimo custo emocional.

Geralmente se apresenta por mais de 6 meses. E traz prejuízo profundo na vida pessoal, acadêmica ou profissional e não é causado por drogas/medicamentos, nem explicado por Autismo ou TOC.

Características Associadas

Podem adotar posturas corporais rígidas, desviar o olhar e falar muito baixo. Costumam ser excessivamente submissos ou, no outro extremo, tentar controlar rigidamente a conversa para evitar surpresas. É comum escolherem empregos isolados (exceto no tipo "somente desempenho") e demorarem mais para sair da casa dos pais.

Especificador "Somente Desempenho": Aplica-se quando o medo é restrito estritamente a falar, apresentar ou atuar em público.



5. Transtorno de Pânico

Principais características

- Ataques de pânico repetidos e que surgem sem motivo aparente.

O ataque é uma crise súbita de medo ou desconforto extremo que atinge o ápice em poucos minutos

AO MENOS 4 DESTES SINTOMAS DEVEM ESTAR PRESENTES

- ⇒ Suor excessivo (sudorese).
- ⇒ Tremores no corpo.
- ⇒ Falta de ar ou sensação de sufocamento
- ⇒ Sensação de asfixia (garganta fechando).
- ⇒ Palpitações ou coração batendo muito forte/rápido.
- ⇒ Calafrios ou ondas repentinas de calor.
- ⇒ Dor ou aperto no peito.
- ⇒ Náuseas ou desconforto no estômago.
- ⇒ Tontura, fraqueza, instabilidade ou sensação de desmaio.

- Formigamentos ou dormência pelo corpo (parestésias).
- Sensação de irreabilidade (desrealização) ou de estar fora do próprio corpo (despersonalização).
- Medo iminente de morrer.

Pelo menos um dos ataques desencadeou, ao longo do mês seguinte, uma ou ambas as reações:

1. Preocupação contínua com a chegada de novas crises ou com as consequências delas (como enfartar ou enlouquecer).
2. Mudança drástica no comportamento para evitar novos ataques (por exemplo, parar de fazer exercícios físicos ou não ir a lugares desconhecidos).

Os sintomas não advêm de problemas médicos (como hipertireoidismo) ou uso de substâncias, e não ocorrem apenas como resposta a gatilhos de outras fobias (como o medo de uma barata na fobia específica).

Características Associadas

Indivíduos com este transtorno costumam desenvolver uma hipervigilância com o corpo, alimentando preocupações crônicas em relação à sua saúde física e sanidade mental.

6. Especificador de Ataque de Pânico

O ataque de pânico não se caracteriza como transtorno mental, podendo ocorrer no contexto de diversos transtornos mentais, sendo anotado como um especificador, com exceção do transtorno de pânico, onde caracteriza-se como critério.

Principais características

- Ataques de pânico frequentes e repentinos marcados por medo e desconforto intenso;
- Tais ataques acompanhados por múltiplos sintomas físicos e cognitivos.



Características Associadas

Configurando-se como um ataque de pânico inesperado, há o ataque de pânico noturno, no qual o indivíduo acorda do sono em estado de pânico.

7. Agorafobia

Principais características

- Ansiedade ou medo impactante relacionados a situações como **andar de transporte público, ficar em lugares abertos ou fechados, ficar em uma fila ou entre várias pessoas e sair de casa sozinho**;
- Tais situações frequentemente causam medo ou ansiedade pela preocupação em relação a dificuldade de escapar ou de não ter ajuda disponível na presença de sintomas de pânico e outros;



- Tais situações requerem a presença de outra pessoa, são frequentemente evitadas e são suportadas com intensa ansiedade e medo;
- Sintomas como medo e ansiedade são desproporcionais frente a tais situações, assim como também na presença de outras questões médicas;
- Ansiedade, medo ou esquiva duram 6 meses ou mais e resultam em sofrimento e prejuízo significativo em áreas importantes da vida do indivíduo.

Características Associadas

A agorafobia pode resultar em confinamento caseiro definitivo do indivíduo, além de redundar em dependência de outra pessoa. Ademais, é comum que pessoas com agorafobia desenvolvam desmoralização, sintomas depressivos, abuso de álcool e automedicação.

A incidência da agorafobia tem seu pico no final da adolescência e começo da vida adulta, no qual mulheres têm o dobro de chance de apresentar o transtorno comparado a homens.

8. Transtorno de Ansiedade Generalizada

Principais características

- Ocorrência praticamente cotidiana durante 6 meses de preocupações excessivas e ansiedade, no qual o indivíduo considera difícil controlar, estando relacionados a diversos eventos ou atividades.
- A preocupação e ansiedade estão relacionadas com pelo menos três outros sintomas físicos e psicológicos, tais sintomas causam prejuízo e sofrimento significativo em áreas importantes da vida do indivíduo.
- Os eventos não têm relação com efeitos de substâncias ou outras condições médicas e nem são explicados por outro transtorno mental.

Características Associadas

Possível ocorrência de contrações, tremores, abalos e dores musculares, nervosismo ou irritabilidade associados a tensão muscular, além da presença de sintomas somáticos. Acompanham o transtorno outras condições relacionadas ao estresse.



Mulheres e meninas adolescentes têm o **dobro de chance** de apresentar o transtorno de ansiedade generalizada em relação a homens e meninos adolescentes.



9. Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento



Caracterizado pela presença de ataques de pânico ou ansiedade, no qual existem evidências que tais acontecimentos se desenvolveram durante ou após a intoxicação/abstinência/exposição a um medicamento, onde este é capaz de fabricar os sintomas destacados anteriormente. Estes acontecimentos causam prejuízo e sofrimento significativo em áreas importantes da vida do indivíduo.

10. Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica

Caracterizado pela presença de ataques de pânico ou ansiedade, no qual existem evidências que tais acontecimentos são efeitos fisiopatológicos decorrentes de outra condição médica. Estes acontecimentos causam sofrimento significativo em áreas importantes da vida do indivíduo.



11. Outro Transtorno de Ansiedade Especificado

Esta categoria refere-se a quando indivíduos apresentam sintomas ansiosos característicos, sofrimento e prejuízo significativo em áreas importantes da vida, mas não satisfazem todos os critérios diagnósticos para algum dos transtornos de ansiedade. Utiliza-se quando o clínico opta por comunicar especificamente a razão pela qual a identificação não satisfaz os critérios para algum dos transtornos de ansiedade específicos.

12. Outro Transtorno de Ansiedade Não Especificado

Esta categoria refere-se a quando indivíduos apresentam sintomas ansiosos característicos, sofrimento e prejuízo significativo em áreas importantes da vida mas não satisfazem todos os critérios diagnósticos para algum dos transtornos de ansiedade. Utiliza-se quando o clínico opta por não comunicar especificamente a razão pela qual a identificação não satisfaz os critérios para algum dos transtornos de ansiedade específicos.

Rereferência:

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.

Capítulo 8

Pensamentos Intrusivos e Comportamentos Repetitivos

Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtornos Relacionados

Maria Clara de Souza Mendes
Mirele de Jesus da Silva

1. Transtorno Obsessivo-Compulsivo: são

compreendidos, como um grupo de condições psiquiátricas caracterizadas pela presença de obsessões e compulsões.



- Os comportamentos repetitivos (compulsões) são geralmente realizados para aliviar a ansiedade ou desconforto causado pelas obsessões, embora nem sempre tenham uma relação lógica com aquilo que se pretende prevenir.
- O alívio proporcionado pelos rituais é geralmente temporário.

Conteúdos comuns das obsessões e compulsões:



- Contaminação e limpeza;
- Necessidade de organização, simetria ou repetição;
- Pensamentos proibidos ou tabus;
- Medo de causar ou sofrer danos.

● **Obsessões:** pensamentos repetitivos e persistentes, impulsos ou imagens intrusivas e indesejadas.

● **Compulsões:** comportamentos repetitivos ou atos mentais realizados como resposta a conteúdos internos ou a regras rígidas estabelecidas.

Principais características:

- Presença de obsessões e/ou compulsões;
- Os sintomas consomem tempo significativo do indivíduo, causam sofrimento e prejudicam o seu funcionamento em diversas esferas da vida;



Nos transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados, o grau de insight pode variar de bom ou razoável, pobre e até ausente, dependendo do nível de reconhecimento do indivíduo sobre suas crenças e comportamentos.



Fatores de risco: complicações no período gestacional e perinatal, nascimento prematuro, exposição ao tabaco durante a gravidez, características temperamentais, eventos estressantes na infância, histórico familiar e alterações neurobiológicas.

Transtornos Relacionados:

Envolvem a presença de comportamentos repetitivos recorrentes, incluindo aqueles que são focados no próprio corpo, como puxar cabelos ou beliscar a pele. Geralmente são acompanhados de tentativas de controlar ou interromper esses atos, causando sofrimento significativo e prejuízos no funcionamento do indivíduo.

2. Transtorno Dismórfico

Corporal: consiste em uma preocupação intensa e persistente com aspectos da aparência, os quais são considerados defeituosos pelo próprio indivíduo, ainda que tais aspectos sejam inexistentes ou pouco perceptíveis para outros indivíduos.



Principais características:

- Preocupação excessiva com defeitos ou imperfeições na aparência;
- As preocupações podem envolver diferentes partes do corpo;
- As preocupações são frequentes, difíceis de controlar e consomem tempo significativo do indivíduo, gerando sofrimento e afetando a qualidade de vida;

Comportamentos comuns:

- Comparar a própria aparência com a de outras pessoas;
- Verificar constantemente a aparência em espelhos ou superfícies refletoras;
- Buscar repetidamente a opinião ou confirmação de terceiros sobre a própria aparência;
- Realizar procedimentos estéticos e exercícios físicos de forma desproporcional e excessiva;
- Tentar esconder ou corrigir defeitos percebidos com roupas, maquiagem e penteados.



Fatores de risco: traços de indecisão, eventos estressantes e histórico familiar.



3. Transtorno de Acumulação:

caracteriza-se pela existência de um padrão persistente de dificuldade de se desfazer de objetos, motivados pela necessidade de mantê-los e pelo desconforto e sofrimento associado a sua eliminação/descarte, o que resulta no acúmulo, compra e roubo de objetos.

Principais características e comportamentos:

- Sofrimento intenso diante da possibilidade de jogar fora ou doar objetos;
- Apego emocional intenso aos pertences e crença de que eles podem vir a serem úteis no futuro;
- Acúmulo progressivo de itens que compromete a organização e o uso adequado dos espaços;
- Sofrimento intenso quando outras pessoas sugerem ou tentam descartar, limpar e reorganizar os ambientes;

Fatores de risco: traços de indecisão, eventos estressantes e histórico familiar



4. Tricotilomania (Transtorno de Arrancar o Cabelo):

caracteriza-se pela existência de um padrão comportamental que envolve arrancar os próprios cabelos, tendo como resultado a perda capilar. O indivíduo geralmente apresenta dificuldades em controlar ou interromper esse comportamento, o que pode acarretar em sofrimento e prejuízos em diferentes esferas da vida do indivíduo.

Principais características:

- Comportamento recorrente de arrancar os próprios cabelos ou pelos;
- O comportamento de arrancar cabelos pode ocorrer em diferentes partes do corpo (couro cabelo, sobrancelhas e cílios);
- Perda perceptível de cabelos ou pelos;

- Tentativas repetidas de reduzir ou interromper o comportamento de arrancar os cabelos e pelos;
- O quadro causa sofrimento significativo e acarreta em prejuízos em diferentes áreas da vida do indivíduo.

Fatores de risco: vulnerabilidade genética

5. Transtorno de Escoriação (Skin-picking) : O transtorno de escoriação tem como característica primordial o ato de beliscar a própria pele de forma recorrente. Sendo que as regiões mais frequentemente beliscadas são rosto, braços e mãos, mas podendo beliscar múltiplas partes do corpo. Além do comportamento de beliscar a pele, podem ocorrer outros como esfregar, espremer e morder.

Principais características e comportamentos:

- Tentativas recorrentes de reduzir ou interromper o ato de beliscar a pele
- O ato de beliscar a pele de forma recorrente, que tem como consequência lesões
- Beliscar a pele não está atrelado aos efeitos fisiológicos de uma substância
- O comportamento de beliscar a pele causa sofrimento clínico significativo ou compromete o funcionamento social e profissional do indivíduo

Fatores de Risco: Genéticos e fisiológicos.

6. Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento:

Caracteriza-se pelo surgimento de sintomas desencadeados pelo uso, intoxicação, abstinência ou exposição a substâncias, medicamentos ou toxinas. Sintomas nos quais podem aparecer durante ou logo após o uso da substância e podem diminuir após a sua interrupção.

Principais características:

- Apresentam evidências obtidas por meio da história, do exame físico ou de achados laboratoriais.
- O transtorno é considerado independente (não induzido por substâncias) se os sintomas antecedem o uso, persistem por um mês após a desintoxicação ou têm histórico de recorrência sem relação com o consumo.
- Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.



7. Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica: O transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado devido a outra condição médica é caracterizado pela presença de sintomas obsessivo-compulsivos e comportamentos repetitivos que surgem como consequência direta de uma condição médica.

Diversas doenças médicas podem apresentar sintomas obsessivo-compulsivos e sintomas relacionados como manifestação clínica, incluindo doenças que provocam lesões estriatais, como infarto cerebral e doença de Huntington.



Principais características e comportamentos:

- Comportamentos que vão desde as obsessões, compulsões, preocupação excessiva com a imagem corporal, arrancar o cabelo e comportamentos repetitivos focados no corpo.
- Há evidências clínicas, físicas ou laboratoriais de que a sintomatologia apresentada é uma consequência fisiológica direta de uma condição médica subjacente
- Não é explicado os sintomas por outro transtorno mental.
- Os sintomas não ocorrem definitivamente durante o curso do delírium.

8. Outro Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Especificado:

Apresenta sintomas característicos de um transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado que causam sofrimento ou prejuízo significativo para o indivíduo, mas não atendem totalmente aos critérios de um transtorno específico. O clínico opta por comunicar a razão específica da apresentação.

Exemplos de razão específica:

- Ciúme obsessivo
- Transtorno tipo dismórfico corporal com defeitos reais
- Transtorno tipo dismórfico corporal sem comportamentos repetitivos
- Outro transtorno de comportamento repetitivo focado no corpo
- Transtorno de referência olfativa (síndrome de referência olfativa)
- Shubo-kyofu
- Koro



9. Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Não Especificado

Esta categoria consiste quando há apresentações em que sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo e relacionados que causam sofrimento ou prejuízo significativo, mas que não satisfazem completamente aos critérios de um transtorno específico.

Apresenta característica na qual o clínico opta por não especificar o motivo exato da não correspondência aos critérios e também podendo ser usada quando não há informações suficientes para um diagnóstico mais preciso (p. ex., em salas de emergência).



Rereferência:

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.

Capítulo 9

Entre Estresses e Traumas

Transtornos Relacionados a Trauma e Estressores

Ana Ruth de Sousa Santos
Ana Catrine Gomes Coelho

Os transtornos relacionados a traumas e estressores são compreendidos como um grupo de condições psiquiátricas desencadeadas pela exposição do indivíduo a um evento traumático e/ou estressante.

São descritos como transtornos relacionados a traumas e estressores:

1. Transtorno de Apego Reativo:

Caracteriza-se pela ausência de vínculo entre a criança e seus cuidadores adultos, manifestada por:

- Falta de procura esperada por conforto e pela ausência de resposta a comportamentos reconfortantes.
- A criança raramente recorre a uma figura de apego para receber conforto, proteção ou carinho, além de responder minimamente a esses esforços por parte de seus cuidadores.
- Essa criança apresenta uma capacidade de regulação emocional comprometida.
- Possíveis episódios de medo, tristeza ou irritabilidade que não possuam explicação aparente.
- A criança deve apresentar os sinais a partir dos 9 meses.



- Pode apresentar atrasos no desenvolvimento, sobretudo atrasos na cognição e na linguagem. Como também, incluem estereotípias e outros sinais de negligência grave (ex: desnutrição ou sinais de maus cuidados).

2. Transtorno de Interação Social Desinibida:

Caracteriza-se por um padrão de comportamento excessivamente familiar e culturalmente inapropriado com pessoas estranhas, manifestam-se de forma que:

- A criança aborda e interage de forma excessivamente familiar com adultos desconhecidos.
- Esses comportamentos não se limitam a impulsividade, incluindo comportamento socialmente desinibido.

- O diagnóstico desse transtorno não deve ser feito antes de a criança ser capaz de formar vínculos.
- É preciso que ela tenha uma idade de desenvolvimento mínima de 9 meses.
- Pode apresentar atrasos cognitivos e de linguagem, estereotípias e outros sinais de negligência grave, como desnutrição ou maus cuidados.



Os sinais do transtorno persistem mesmo depois de outros sinais de negligência não estarem mais presentes. Ademais, a condição pode estar presente em crianças que não exibem sinais de vínculo ausente ou superficial.

3. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT):

Caracteriza-se pelo desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos, manifestando-se:

- O indivíduo pode apresentar uma manifestação clínica variada que pode incluir revivência do medo, estados anedônicos, cognições negativas ou sintomas dissociativos.
- O evento traumático é frequentemente revivido por meio de lembranças intrusivas e recorrentes, sonhos angustiantes ou estados dissociativos, como os flashbacks, nos quais o indivíduo se comporta como se o trauma estivesse ocorrendo no presente.
- No caso de crianças com menos de 6 anos, essa reencenação pode manifestar-se por meio de brincadeiras temáticas.
- Observa-se um esforço deliberado para evitar estímulos, pensamentos ou conversas associados ao trauma, acompanhado por alterações negativas na cognição e no humor.
- Incluindo mudanças quanto a incapacidade de recordar aspectos-chave do evento (amnésia dissociativa), crenças exageradamente negativas sobre si e o mundo, além de sentimentos persistentes de culpa, vergonha ou raiva.
- O indivíduo pode apresentar um distanciamento social notável, com redução do interesse em atividades anteriormente prazerosas e uma incapacidade persistente de sentir emoções positivas.
- É comum a presença de respostas de sobressalto exageradas e involuntárias, além de dificuldades de concentração e distúrbios do sono.



- O quadro é marcado por alterações na excitabilidade e reatividade, manifestadas por irritabilidade, comportamento agressivo ou autodestrutivo e hipervigilância a ameaças.
- Para a confirmação diagnóstica, os sintomas devem persistir por mais de um mês, podendo ser específicas com "sintomas dissociativos" quando há experiências de despersonalização ou desrealização.
- Pode apresentar regressão no desenvolvimento, como a perda da fala em crianças pequenas. Assim como, pseudoalucinações auditivas, ideias paranoides, dificuldades na regulação de emoções ou na manutenção de relacionamentos interpessoais estáveis.
- Se o evento traumático envolve a perda de alguém com quem o indivíduo tinha uma relação próxima, sintomas do transtorno do luto prolongado podem estar presentes concomitantemente aos sintomas do TEPT.
- A apresentação clínica varia entre respostas de ansiedade com revivência do trauma e quadros de distanciamento ou desrealização, podendo incluir ainda reações de raiva intensa e comportamentos agressivos.
- O indivíduo apresenta uma incapacidade de sentir emoções positivas e realiza esforços deliberados para evitar pensamentos ou estímulos que remetam ao evento, manifestando, por vezes, amnésia dissociativa sobre aspectos importantes do ocorrido.
- O quadro envolve uma hipersensibilidade a ameaças e respostas de sobressalto exageradas, frequentemente acompanhadas por dificuldades de concentração e distúrbios do sono associados à hipervigilância.



4. Transtorno de Estresse Agudo (TEA):

Caracteriza-se pelo desenvolvimento de sintomas característicos que se manifestam entre três dias e um mês após exposição a eventos traumáticos, manifestando-se:

- O transtorno é caracterizado pelo desenvolvimento de sintomas de intrusão, humor negativo, dissociação, evitação e excitação, que se manifestam entre três dias e um mês após a exposição a eventos traumáticos.
- Para a confirmação diagnóstica, é preciso que o quadro sintomático pleno esteja presente por pelo menos três dias e seja identificado em até um mês após o trauma.
- Caso os sintomas cedam em um período inferior a três dias, os critérios para o transtorno de estresse agudo não são atendidos.

- Além disso, caso o quadro persista após esse período, pode evoluir para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).
- Podem estar presentes: pensamentos catastróficos ou extremamente negativos sobre o próprio papel no trauma e a probabilidade de danos futuros.
- Assim como, a interpretação catastrófica dos próprios sintomas dissociativos, que podem ser percebidos pelo indivíduo como um sinal de capacidade mental diminuída, além da demonstração de comportamentos caóticos ou impulsivos.
- Em crianças, pode haver ansiedade de separação significativa e, se o evento envolver uma lesão cerebral traumática leve, sintomas pós-concussivos podem estar presentes concomitantemente com os sintomas do transtorno de estresse agudo.

5. Transtorno de Adaptação:

Caracteriza-se pela presença de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor identificável.

- Os sintomas causam sofrimento desproporcional em relação ao estressor.
- Prejuízo significativo em áreas importantes da vida.
- Os sintomas podem surgir em resposta a um único evento ou mais.
- Podem ser recorrentes, manifestando-se periodicamente ao longo do tempo, ou contínuos, mantendo-se presentes por períodos prolongados.

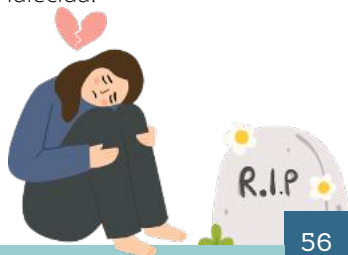
- A depender do subtipo manifesta-se sintomas como: Humor deprimido, sentimentos de desesperança, nervosismo, preocupação, inquietação ou ansiedade de separação e perturbação da conduta, podendo apresentar-se ainda sintomas emocionais e de conduta ao mesmo tempo.



A avaliação do Transtorno de Adaptação deve levar em consideração o contexto cultural, pois esse influencia a forma como reações mal-adaptativas são vistas.

6. Transtorno de Luto Prolongado:

- O indivíduo pode desenvolver crenças negativas sobre si próprio, sentir-se culpada pela morte e apresentar dificuldade em visualizar perspectivas positivas para o futuro.
- Podem ocorrer sintomas semelhantes aos observados na depressão e na ansiedade, além de dificuldades na percepção de si mesmo, aumento nas idas a consultas médicas e queixas físicas parecidas com aquelas apresentadas pela pessoa falecida.
- Falta de autocuidado e preocupações, alucinações com a pessoa falecida.



- Ressentimento, raiva e inquietação, busca responsabilizar outras pessoas pela morte e diminuição na qualidade e quantidade do sono.
- Saudade intensa, preocupação com pensamentos e memória do falecido.
- Crianças e adolescentes tendem a ter uma maior preocupação as circunstâncias da morte.
- Perturbação na identidade, descrença acentuada sobre a morte, evitação de lembranças do falecido, dificuldades de se reintegrar as relações sociais e atividades, apatia emocional e solidão.



A perturbação é tão significativa que causa prejuízo no funcionamento social, profissional e outras áreas importantes. A duração e intensidade do luto excedem as normas sociais, culturais ou religiosas.

8. Transtorno Relacionado a Trauma e Estressores Não Especificado:

Os sintomas causam prejuízos significativos em áreas importantes na vida do indivíduo mas não satisfazem os critérios de diagnóstico para qualquer outro transtorno relacionado a trauma e a estressores. Aqui o clínico opta por não especificar a razão pela qual os critérios não satisfazem.



7. Outro Transtorno Relacionado a Trauma e Estressores

Especificado: Sintomas característicos de um transtorno relacionado a trauma e a estressores que causam prejuízos em áreas importantes na vida do indivíduo mas não satisfazem todos os critérios diagnósticos para qualquer outro transtorno relacionado ao trauma ou estressores. Aqui o clínico informa a razão específica da não satisfação dos critérios para qualquer outro transtorno relacionado.

Rereferência:

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.

Capítulo 10

Fragmentos da Consciência

Transtornos Dissociativos

*Kalily Raly Arrais de Sousa
Ynara Carvalho de Sousa*

Os Transtornos Dissociativos envolvem uma ruptura na integração normal de funções psicológicas, como consciência, memória, identidade e controle motor.

Geralmente estão associados a experiências traumáticas vividas em diferentes fases da vida.

Seus sintomas incluem alterações involuntárias na consciência e no comportamento, além de dificuldades para acessar ou controlar informações e funções mentais.

Fatores como traumas precoces, negligência e abusos aumentam o risco de desenvolvimento desses transtornos.

São transtornos deste grupo:

1. Transtorno Dissociativo de Identidade



Principais sinais e sintomas:

- Presença de dois ou mais estados de personalidade distintos, com alterações na identidade, comportamento, consciência e percepção.
 - Esquecimento recorrente de informações pessoais, eventos cotidianos ou traumáticos além do esperado.
 - Os sintomas causam sofrimento clínico e prejuízos significativos na vida do indivíduo.
 - A perturbação não é explicada por práticas culturais ou religiosas aceitas.
 - Os sintomas não resultam do uso de substâncias ou de condições médicas.
-
- O transtorno dissociativo de identidade caracteriza-se pela presença de múltiplos estados de personalidade ou experiências de posseção, que podem ocorrer com ou sem a sensação de uma identidade externa assumindo o controle.
 - A amnésia dissociativa é comum, envolvendo lacunas na memória de eventos pessoais, cotidianos ou traumáticos.
 - Os sintomas costumam ser involuntários, causar sofrimento significativo e não incluem estados de posseção cultural ou religiosamente aceitos.

2. Amnésia dissociativa

Principais sinais e sintomas:

- Esquecimento de informações autobiográficas importantes, geralmente relacionadas a trauma ou estresse, incompatível com o esquecimento normal.
- Os sintomas causam sofrimento significativo ou prejuízo funcional.
- Os sintomas não é causada por substâncias, medicamentos ou condições neurológicas.
- A perturbação não é mais bem explicada por outros transtornos mentais.

Tipo específico:

- **Com fuga dissociativa**

Viagem ou perambulação associada à perda de identidade ou de informações autobiográficas importantes.

Formas de manifestação:

- **Amnésia localizada:** incapacidade de recordar eventos durante um período específico;
- **Amnésia seletiva:** recordação parcial de determinados eventos;
- **Amnésia sistematizada:** perda de memória referente a uma categoria específica de informações;
- **Amnésia generalizada:** perda completa das memórias sobre a maioria ou toda a história de vida e da identidade pessoal; - tem início agudo e há frequentemente a presença de fuga dissociativa.
- **Amnésia contínua:** incapacidade de registrar novos acontecimentos.

O transtorno apresenta, predominantemente, prejuízo de memória retrógrada.

Consequências Funcionais da Amnésia Dissociativa:

- Os prejuízos funcionais variam de leves a graves.
- Muitos indivíduos apresentam dificuldades persistentes nos relacionamentos interpessoais e no funcionamento ocupacional.
- Nos casos crônicos de amnésia generalizada, podem ocorrer déficits severos de memória autobiográfica com comprometimento global do funcionamento psicossocial.

3. Transtorno de Despersonalização/Desrealização

Principais sinais e sintomas:

- Presença persistente ou recorrente de experiências de despersonalização, desrealização ou ambas.

1. Despersonalização

- Sensação de estar desconectado de si mesmo, como se estivesse observando a própria vida de fora.
- Pode haver estranhamento em relação aos próprios pensamentos, emoções, corpo ou ações.

2. Desrealização

- Sensação de que o ambiente ao redor não é real.
- Pessoas, objetos e lugares podem parecer estranhos, distantes, nebulosos ou semelhantes a um sonho.



- Durante as experiências de despersonalização ou desrealização, o teste de realidade permanece intacto.
- Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida.
- A perturbação não pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de substâncias, medicamentos ou outra condição médica.

Características do transtorno:

- Episódios persistentes ou recorrentes de despersonalização e/ou desrealização.
- Nos episódios de despersonalização, o indivíduo pode sentir distanciamento de si mesmo; Sensação de perda de domínio das próprias ações; Desapego dos sentimentos; Sensação de não possuir identidade.
- Na desrealização: Visão embaçada; Objetos parecendo maiores ou menores; Percepção de distância alterada.

Consequências funcionais:

Os principais prejuízos ocorrem nas relações interpessoais, no trabalho e em outras áreas da vida, devido à dificuldade de conexão emocional, concentração, memória e sensação de desconexão da realidade.



4. Outro Transtorno Dissociativo Especificado:

- Essa categoria é utilizada quando o indivíduo apresenta sintomas dissociativos que causam sofrimento significativo ou prejuízo na vida social, profissional ou em outras áreas importantes, mas não preenche completamente os critérios de um transtorno dissociativo específico.
- Entre os exemplos estão: síndromes crônicas e recorrentes de sintomas dissociativos mistos; perturbação da identidade causada por persuasão coercitiva intensa, como lavagem cerebral, tortura ou seitas; reações dissociativas agudas a eventos estressantes; transe dissociativo, caracterizado por estreitamento ou perda da consciência do ambiente e diminuição da responsividade aos estímulos.

5. Transtorno Dissociativo Não Especificado:

- Essa categoria também envolve sintomas dissociativos com sofrimento significativo ou prejuízo funcional, mas é utilizada quando o clínico não especifica o motivo pelo qual os critérios de um transtorno dissociativo específico não foram totalmente preenchidos.
- Também pode ser usada quando não há informações suficientes para um diagnóstico mais preciso, como em atendimentos de emergência.

Rereferência:

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.

Capítulo 11

O Corpo que Sente, o Medo que Persiste

Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados

Ana Luísa Silva Sousa

Phelipp Kauê Lima Sampaio

Este grupo de transtornos caracteriza-se pela proeminência de sintomas somáticos associados a sofrimento e prejuízo significativos. Diferente de edições anteriores, o diagnóstico atual foca em sintomas positivos (pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta aos sintomas) e não apenas na ausência de uma explicação médica. Esses pacientes são encontrados com mais frequência em contextos de cuidados primários do que em serviços de saúde mental.



Pertencem a este grupo:

1. Transtorno de Sintomas Somáticos (TSS)

- **Características Principais:** Presença de um ou mais sintomas somáticos que causam aflição ou perturbação significativa na vida diária.
- **Crítérios Psicológicos:** O diagnóstico exige pensamentos desproporcionais sobre a gravidade, ansiedade elevada com a saúde ou tempo/energia excessivos dedicados aos sintomas.
- **Autenticidade do Sofrimento:** O sofrimento do indivíduo é autêntico, independentemente de o sintoma ser ou não explicado medicalmente. O transtorno pode coexistir com condições médicas diagnosticadas, como diabetes ou doença cardíaca.

2. Transtorno de Ansiedade de Doença

- Foco Diagnóstico: Preocupação em ter ou contrair uma doença grave.
- Diferencial: Ao contrário do TSS, aqui os sintomas somáticos estão ausentes ou são apenas leves.

Comportamento: O indivíduo exibe alto nível de ansiedade e realiza verificações corporais repetidas ou evita consultas médicas por medo.



3. Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais (Transtorno Conversivo)

- Manifestação: Apresenta-se como alteração na função motora ou sensorial voluntária (ex: fraqueza, paralisia, tremores ou convulsões não epiléticas).
- Evidência Clínica: A chave é a demonstração de incompatibilidade entre o sintoma e as condições neurológicas ou médicas reconhecidas.
- Mudança de Paradigma: Não é mais obrigatória a identificação de um estressor psicológico para o diagnóstico.

Fatores Psicológicos que Afetam Outras Condições Médicas

- Conceito: Presença de um ou mais fatores psicológicos ou comportamentais que afetam adversamente uma condição médica existente.
- Impacto: Esses fatores podem influenciar o curso da doença, interferir no tratamento (má adesão), constituir riscos adicionais à saúde ou agravar a fisiopatologia subjacente.

Exemplos: Ansiedade que exacerba a asma ou negação de sintomas de dor torácica aguda.

4. Transtorno Factício

- Definição: Falsificação intencional de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão, associada a fraude identificada.
 - Motivação: O indivíduo busca o papel de doente mesmo na ausência de recompensas externas óbvias (como ganho financeiro ou licença do trabalho).
- Tipos: Pode ser autoimposto ou imposto a outro (anteriormente chamado de transtorno factício por procuração), onde o perpetrador, e não a vítima, recebe o diagnóstico.

Diagnósticos Diferenciais e Comorbidades

- É fundamental distinguir esses transtornos de quadros de depressão maior, transtorno de pânico ou ansiedade generalizada, que também podem apresentar queixas somáticas.
- Muitos pacientes com transtorno de sintomas somáticos possuem taxas elevadas de comorbidade com transtornos depressivos e de ansiedade, o que agrava o prejuízo funcional.

Diferenças entre Transtorno de Sintomas Somáticos e Ansiedade de Doença

TSS	Ansiedade de Doença
Sintomas físicos presente e angustiantes	Ausentes ou mínimos
Sofrimento causao pelo sintoma	Medo de ter uma doença grave
Ansiedade focada na dor/sintoma	Ansiedade focada no diagnóstico futuro.

Rereferência:
American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.

Capítulo 12

Quando comer deixa de ser apenas nutrição

Transtornos Alimentares

Jamile Veras de Sousa
Sávia Santos Carvalho

Os transtornos alimentares são definidos como perturbações persistentes na alimentação ou em comportamentos relacionados à ingestão alimentar, que resultam em alterações no consumo ou na absorção de alimentos e produzem impacto significativo na saúde física ou no funcionamento psicossocial (APA, 2023). Em outras palavras, tratam-se de condições em que a relação do indivíduo com a alimentação passa a gerar prejuízos importantes para sua saúde, rotina e qualidade de vida.

O DSM-5-TR descreve como principais categorias diagnósticas: **Pica, Transtorno de ruminação, Transtorno evitativo/restritivo da ingestão alimentar, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa e Transtorno de compulsão alimentar.** Embora esses transtornos compartilhem determinados aspectos comportamentais e psicológicos, diferenciam-se em função de seus critérios diagnósticos específicos, curso clínico e implicações terapêuticas.

A obesidade é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença crônica e recidivante, resultante da interação de múltiplos fatores biológicos, comportamentais, ambientais e sociais (OMS, 2025).

Embora seja considerada um importante problema de saúde pública, a obesidade não é classificada como transtorno mental no DSM-5-TR. O manual a descreve como uma condição multifatorial influenciada por fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais, embora apresente associação frequente com diferentes transtornos mentais (APA, 2023).



1. Transtorno Pica

Características e Critérios Diagnósticos:

A pica caracteriza-se pela ingestão repetida de substâncias não alimentares e sem valor nutritivo, como terra, papel, tecido, cabelo, giz, tinta, metal ou carvão. A natureza dos materiais ingeridos pode variar conforme a idade do indivíduo e o contexto ambiental. Em geral, não há aversão global à alimentação habitual, o que ajuda a diferenciar a pica de outros transtornos alimentares marcados por restrição ou seletividade alimentar.

O termo “não alimentar” é importante porque o diagnóstico não se refere apenas a preferências alimentares incomuns ou dietas pouco nutritivas.

É importante ressaltar que recomenda-se cautela diagnóstica antes dos 2 anos de idade, pois trata-se de um período em que a exploração oral faz parte do desenvolvimento esperado.

- Para que o comportamento seja considerado clinicamente relevante, ele deve estar presente por um período mínimo de um mês.
- É necessário que o comportamento seja incompatível com o nível de desenvolvimento do indivíduo

- A ingestão dessas substâncias não pode ser explicada por práticas culturalmente aceitas
- Quando ocorre no contexto de outro transtorno mental ou de uma condição médica, como deficiência intelectual, transtorno do espectro autista ou gestação, a pica somente deve ser diagnosticada quando a gravidade do comportamento excede aquela usualmente associada a essas condições, justificando atenção clínica independente.



Fatores de Risco:

Fatores ambientais desempenham papel importante no desenvolvimento da pica, especialmente aqueles relacionados a contextos de vulnerabilidade.

Entre os principais fatores descritos estão negligência, falta de supervisão e ambientes com baixa estimulação.

Esses elementos sugerem que o comportamento pode estar associado não apenas a aspectos individuais, mas também às condições de cuidado, proteção e desenvolvimento oferecidas ao indivíduo.

2. Transtorno de Ruminação

Crítérios Diagnósticos:

O transtorno de ruminação caracteriza-se pela regurgitação repetida de alimentos previamente ingeridos, comportamento que pode envolver remastigação, nova deglutição ou expulsão do alimento.

Diferentemente do vômito, a regurgitação costuma ocorrer sem náusea ou ânsia. Para o diagnóstico, os seguintes critérios devem estar presentes:

- Regurgitação repetida de alimentos durante um período mínimo de um mês.
- A regurgitação não pode ser explicada por condições médicas, especialmente alterações gastrointestinais, como refluxo gastroesofágico.
- O comportamento não ocorre exclusivamente durante anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar ou transtorno evitativo/restritivo da ingestão alimentar.

Consequência clínicas:

O transtorno de ruminação pode causar desnutrição, perda de peso e atraso no crescimento, especialmente em lactentes. Em casos persistentes, os prejuízos físicos e sociais podem impactar significativamente a qualidade de vida do indivíduo (APA, 2023).

Fatores de risco:

Fatores ambientais, como negligência, baixa estimulação e dificuldades na relação cuidador-criança, são descritos como relevantes para o desenvolvimento do transtorno, especialmente nas fases iniciais da vida.



3. Transtorno Alimentar Restritivo/ Evitativo

CrITÉRIOS diagnÓsticos:

O transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE) caracteriza-se por uma limitação importante da alimentação, que pode ocorrer por desinteresse em comer, sensibilidade às características dos alimentos, como textura, cheiro ou temperatura, ou medo de consequências desagradáveis relacionadas à alimentação, como engasgos ou vômitos.

Para o diagnóstico, os seguintes critérios devem estar presentes:

- A restrição alimentar leva a dificuldades importantes na ingestão adequada de nutrientes ou energia, estando associada a um ou mais dos seguintes aspectos: perda de peso significativa ou dificuldade no crescimento esperado em crianças; deficiência nutricional; necessidade de suplementação nutricional ou alimentação enteral; prejuízo importante no funcionamento social, emocional ou cotidiano.
- O comportamento alimentar não pode ser explicado apenas pela falta de acesso a alimentos ou por práticas culturais.
- O quadro não ocorre exclusivamente durante anorexia nervosa ou bulimia nervosa, e não há preocupação intensa com peso ou forma corporal.

- Quando ocorre associado a outra condição médica ou transtorno mental, o comportamento alimentar deve apresentar gravidade suficiente para justificar atenção clínica específica.

Fatores de risco e prognóstico:

Entre os fatores associados ao desenvolvimento do TARE destacam-se transtornos de ansiedade, transtorno do espectro autista, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.

Aspectos familiares, como ansiedade dos cuidadores e histórico de transtornos alimentares, também podem contribuir para o surgimento do quadro.

Além disso, experiências médicas prévias envolvendo alimentação, refluxo, vômitos ou desconfortos gastrointestinais podem favorecer comportamentos alimentares restritivos (APA, 2023).



Aspectos clínicos:

A avaliação diagnóstica do TARE exige considerar o contexto cultural, descartando situações em que a restrição alimentar esteja relacionada exclusivamente a práticas culturais ou religiosas.

Clinicamente, o transtorno pode estar associado a baixo peso, atraso no crescimento, desnutrição e necessidade de suporte nutricional.

Além dos prejuízos físicos, são frequentes dificuldades sociais relacionadas à alimentação e impacto significativo na dinâmica familiar (APA, 2023).

4. Anorexia Nervosa

Características diagnósticas:

Caracterizada pela restrição calórica persistente, levando ao peso corporal abaixo do peso mínimo normal;

Indivíduos com o transtorno apresentam medo intenso de ganhar peso, por mais que já se encaixem em peso baixo;

Normalmente não percebem a gravidade do baixo peso atual e sua autoavaliação é afetada pelo modo como o próprio peso ou forma corporal são vivenciados.



O DSM propõe 2 subtipos:

Tipo restritivo: perda de peso ocorre por dieta, jejum e/ou exercício

Tipo compulsão alimentar

purgativa: nos últimos 3 meses o indivíduo deve ter se envolvido em episódio recorrentes de compulsão alimentar, seguido de comportamento purgativos, como vômito autoinduzido ou uso de laxantes ou diuréticos com o intuito de não ganhar peso.



DSM sugere a classificação baseada no Índice de massa corporal (IMC) e pode ser classificada em:

- Leve
- Moderada
- Grave
- Extrema

O peso corporal do indivíduo já satisfaz uma característica essencial para presença de transtorno, contudo, vale ressaltar que a determinação do peso pode ser problemática pois a faixa normal de peso difere entre os indivíduos.



Pessoas que apresentam esse transtorno apresentam uma visão distorcida de seu próprio corpo, podendo se sentir completamente acima do peso ou preocupar-se com pontos específicos do corpo, como abdômen e membros inferiores;

A perda de peso é algo marcante, sendo vista como uma conquista, além de que, geralmente, não percebem sua própria situação, sendo levado à atenção profissional por familiares;

Em casos graves, podem apresentar sinais e sintomas depressivos, medo de se alimentares publicamente e desejo por controle no ambiente;

Alguns indivíduos apresentam excesso de atividade física, o que dificulta a recuperação do peso;



Indivíduos com anorexia nervosa do tipo compulsão alimentar purgativa apresentam maior taxa de impulsividade e tendência a buscar álcool e outras drogas.

Fatores de risco:

Presença de transtorno de ansiedade ou traços obsessivos na infância;

Contextos socioculturais e ambientes profissionais que valorizam a magreza, como a modelagem;

Apresenta maior incidência entre parentes biológicos de indivíduos com o transtorno.

5. Bulimia Nervosa

Características diagnósticas:

Marcada por episódios recorrentes de compulsão alimentar, seguido de comportamentos compensatórios inapropriados também recorrentes, com o objetivo de impedir o ganho de peso.

Para qualificar diagnóstico, os episódios devem ocorrer no mínimo 1 vez por semana pelo período de 3 meses para obter diagnóstico

A autoavaliação deve se apresentar indevidamente influenciada pela forma e peso corporal.

O curso do transtorno não deve ocorrer apenas em episódios de anorexia nervosa



O DSM sugere especificar a gravidade atual baseada na frequência em que os comportamentos compensatórios ocorrem

- Leve: de 1 a 3 episódios por semana;
- Moderada: 4 a 7 episódios por semana;
- Grave: 8 a 13 episódios por semana;
- Extrema: 14 ou mais episódios por semana



OBSERVAÇÃO:

Dentro da bulimia nervosa, ocorrem episódios de compulsão alimentar, que é caracterizada por 2 fatores principais:

- A ingestão de uma grande quantidade de comida em um curto espaço de tempo
- sensação de falta de controle sobre a ingestão

Deve-se considerar o contexto da ingestão, visto que costuma-se comer mais do que o habitual em festividades

Há uso recorrente de comportamentos compensatórios inapropriados para evitar ganho de peso, o mais comum dentre eles é o vômito autoinduzido, contudo, podem ocorrer uso indevido de laxantes/diuréticos, jejum, exercício excessivo;

Indivíduos com bulimia nervosa costumam esconder os sintomas por sentirem vergonha de seus problemas alimentares;

Deve-se levar em conta que, durante episódios de compulsão alimentar, os indivíduos tendem a consumir alimentos que costumam evitar em outras circunstâncias.

Fatores de risco:

Preocupações com o peso, baixa autoestima, sintomas depressivos, transtorno de ansiedade ou transtorno de ansiedade social na infância estão associados ao maior risco de desenvolver bulimia nervosa;

Fatores ambientais como a internalização do ideal corporal magro e histórico de abuso sexual ou físico na infância aumentam a probabilidade de desenvolver bulimia nervosa;

Vulnerabilidades genéticas para a perturbação, obesidade infantil e puberdade precoce também são fatores de risco.



6. Transtorno de Compulsão Alimentar

Características diagnósticas:

Caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, devendo ocorrer, no mínimo, uma vez por semana durante três meses, estando associados à:

- comer mais rápido que o normal e até se sentir desconfortavelmente cheio;
- ingerir grandes quantidades de alimento, mesmo sem fome;
- comer sozinho por vergonha da quantidade que está ingerindo;
- sentir-se desgostoso com si mesmo, deprimido ou culpado em seguida

O comportamento compulsivo **não** deve estar associado ao uso recorrente de comportamentos compensatórios inapropriado, nem ocorrer exclusivamente no curso da bulimia ou anorexia nervosa;

Lanches contínuos e de pequenas quantidades ao longo do dia não é considerado compulsão alimentar;

Indivíduos com compulsão alimentar costumam esconder seus sintomas por sentirem vergonha de seus problemas alimentares;

A prática de fazer dieta segue o desenvolvimento de compulsão alimentar em grande parcela dos indivíduos com o transtorno;



O DSM propõe especificar a gravidade atual, que é baseada na frequência de episódios de compulsão alimentar, podendo ser indicada como:

- Leve: 1 a 3 episódios por semana;
- Moderada: 4 a 7 episódios por semana;
- Grave: 8 a 13 episódios por semana;
- Extrema: 14 ou mais episódios por semana.

A característica essencial do transtorno de compulsão alimentar são episódios recorrentes de compulsão alimentar, ocorrendo por no mínimo 1 vez por semana durante o período de 3 meses;



Um episódio de compulsão alimentar é definido pela ingestão de uma grande quantidade de comida em um curto período de tempo, contudo, é importante analisar o contexto no qual a ingestão ocorre, visto que em festividades costuma-se comer mais que o habitual;

OBSERVAÇÃO:



A ocorrência de consumo e deve ser acompanhada pela sensação de falta de controle para ser considerada episódio de compulsão alimentar, um indicador da perda de controle é a incapacidade de evitar comer ou parar de comer após começar.

Está associado ao sobrepeso e à obesidade em indivíduos que buscam tratamento, entretanto, é algo distinto da obesidade.

Fatores de risco:

O transtorno de compulsão alimentar parece ser comum em famílias que já apresentam o transtorno alimentar, o que pode refletir influências genéticas adicionais

O DSM ainda propõe dois outros diagnósticos:

- Outro Transtorno Alimentar Especificado
- Transtorno Alimentar Não Especificado

Rereferências:

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.

World Health Organization. (2025, May 7). Obesity and Overweight. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Capítulo 13

Corpo, Mente e Controle no Desenvolvimento

Transtornos da Eliminação

Laysa Lariete Bastos Rabelo

Stephany Waleska Pereira de Sousa

Os Transtornos de Eliminação são compreendidos como eliminação voluntária ou involuntária de urina, e de fezes, em lugares considerados impróprios.

São Transtornos deste grupo:

1.Enurese: Episódios repetidos de eliminação de urina, de forma voluntária ou involuntária, em locais como roupas e cama.

Enurese Primária: Nunca adquiriu controle voluntário da urina.

Enurese Secundária: Já apresentou controle voluntário da urina por um determinado tempo.

Subtipos:

Norturno:

Ocorre apenas no período da noite, durante o sono.

Diurno:

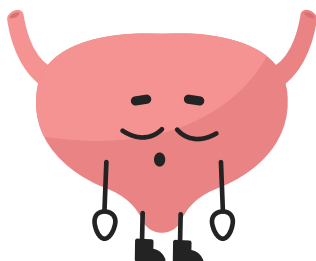
Ocorre exclusivamente durante o dia, apresentando-se na forma de urgência urinária ou de incontinência resultante do adiamento voluntário da urina.

Noturno e Diurno: Combinação de sintomas dos subtipos noturno e diurno.

Critérios diagnósticos:

- Repetida eliminação de urina em locais impróprios, como cama ou roupas, durante o dia ou noite, de forma voluntária ou involuntária.
- Ocorrência de no mínimo duas vezes por semana, durante três meses seguidos, ou causar sofrimento e prejuízos significativos em diferentes áreas da vida.
- A partir dos 5 anos de idade, ou nível de desenvolvimento compatível.
- Sintomas não devem ser explicados por uso de medicamentos ou por condições saúde.

Impactos Emocionais: A enurese pode causar prejuízos nas relações sociais, impacto direto na autoestima, além de estar associada a situações de rejeição e punição.



2. Encoprese

A encoprese é caracterizado por episódios repetidos de evacuação em locais inadequados, como no chão ou na roupa, de forma voluntária ou involuntária, geralmente após a idade esperada para o controle intestinal.

Crítérios diagnósticos: Para que o diagnostico seja considerado, tais comportamentos devem ocorrer em uma frequência de ao menos de uma vez ao mês, durante um período de três meses, em crianças com idade mínima de quatro anos ou nível equivalente de desenvolvimento. É necessário também que a Encoprese não seja explicada exclusivamente pelos efeitos de substancias, como laxantes, e nem por outras condições medicas, exceto quando envolve constipação.

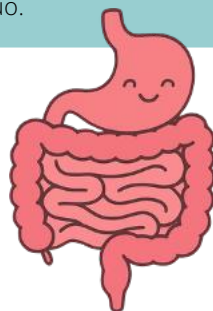
Tipos:

A- As fezes se acumulam no intestino, dificultando a evacuação e podendo causar dor. Por isso, a criança pode evitar ir ao banheiro, agravando a retenção. Os episódios costumam ocorrer mais durante o dia.

B- não há retenção fecal, e as fezes geralmente apresentam consistência normal. Os episódios são intermitentes e, em alguns casos, podem ser relacionados a transtornos comportamentais, como transtorno opositor desafiante ou transtorno da conduta.

com constipação	sem constipação
mais comum	menos comum
retenção fecal	sem retenção
extravasamento	episodios intermitentes
geralmente é dolorido	fezes normais

Impactos emocionais: A encoprese pode gerar impactos significativos na vida emocional e social da criança. É comum que muitas crianças vivenciem sentimentos de vergonha, constrangimento e culpa devido aos episódios de incontinência fecal, o que pode levá-las a evitar ambientes sociais, escolares ou situações de convivência com outras crianças. Além disso, conflitos familiares, punições excessivas e dificuldades nas relações interpessoais podem intensificar o sofrimento emocional e comprometer o bem-estar psicológico do individuo.



Mitos e verdades:

Mito: “Todo xixi na cama ou escape fecal é transtorno.”

Verdade: Nem sempre. É necessário considerar a idade da criança e o desenvolvimento esperado do controle esfinteriano.

Mito: “A criança faz isso por preguiça ou má educação.”

Verdade: Os transtornos de eliminação podem estar associados a fatores fisiológicos, emocionais e do desenvolvimento.

Mito: “Punir ajuda a resolver.”

Verdade: Punições podem aumentar sentimentos de vergonha e piorar o sofrimento emocional, tornando o manejo mais difícil.



Tratamento e cuidados:

O tratamento dos transtornos de eliminação deve considerar aspectos biológicos, psicológicos e sociais, uma vez que o sofrimento psíquico e o contexto familiar podem influenciar diretamente na persistência do quadro. O manejo envolve investigação médica para identificação de possíveis causas fisiológicas, estabelecimento de rotinas adequadas de eliminação e orientação familiar. Estratégias acolhedoras e de reforço positivo tendem a ser mais eficazes do que punições, já que sentimentos de vergonha e humilhação podem intensificar o sofrimento da criança. Em alguns casos, o acompanhamento psicológico também pode auxiliar no manejo de fatores emocionais, dificuldades comportamentais e situações estressoras associadas ao transtorno.

Outros transtornos da eliminação:

Além da enurese e da encoprese, o DSM-5-TR também prevê categorias diagnósticas para situações em que o indivíduo apresenta sintomas relacionados à eliminação, mas não atende completamente aos critérios necessários para um transtorno específico. Nesses casos, podem ser utilizados os diagnósticos de outro transtorno da eliminação especificado ou transtorno da eliminação não especificado.

Rereferência:

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.

Capítulo 14

Noites Inquietas, Dias Comprometidos

Transtornos do Sono-Vigília

Emili Cristinny Cabral Silva
Maria Clara Machado dos Santos



Vamos saber o que é?

O DSM-5-TR classifica os Transtornos do Sono-Vigília para ajudar profissionais da saúde a identificarem problemas relacionados ao sono, como insônia, narcolepsia, pesadelos e síndrome das pernas inquietas. Esses transtornos afetam a qualidade e a quantidade do sono, causando prejuízos no dia a dia. O manual também facilita o diagnóstico e acompanha avanços da medicina do sono, utilizando exames específicos em alguns casos (APA, 2023).

Como identificar? Polissonografia

A polissonografia é um exame usado para monitorar o sono e identificar alterações na qualidade, duração e organização das fases do sono.



Sintomas Cruzados

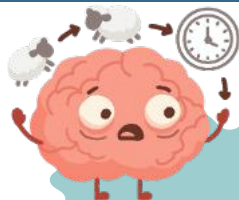
Coocorrência de transtornos e diagnóstico diferencial

Os transtornos do sono podem ocorrer junto com ansiedade, depressão e outras doenças físicas e mentais. Além disso, podem aumentar o risco de desenvolver outros transtornos, por isso o diagnóstico deve considerar diferentes fatores e possíveis comorbidades.

Até onde pode chegar?

Associação com pensamentos ou comportamentos suicidas

Problemas de sono, como insônia e pesadelos, estão associados ao aumento do risco de pensamentos e comportamentos suicidas, mesmo quando a depressão é considerada. Estudos também mostram que adolescentes e universitários com poucas horas de sono apresentam maior risco de ideação suicida e autolesão.



1. Transtorno de Hipersonolência

O que é?

É um transtorno caracterizado por sonolência excessiva durante o dia, mesmo quando a pessoa dorme por várias horas durante a noite.

Principais sintomas:

- Muito sono ao longo do dia.
- Dificuldade para permanecer acordado.
- Cansaço constante.
- Dificuldade de concentração e memória.
- Dificuldade para acordar.
- Sensação de sono não reparador.
- Cochilos diurnos que geralmente não aliviam o cansaço.
- Adormecimento em situações cotidianas, como estudando ou assistindo televisão.

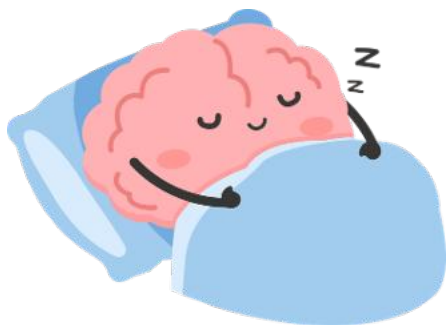
2. Transtorno de Insônia

O que é?

É um transtorno caracterizado pela dificuldade para iniciar ou manter o sono, mesmo quando há oportunidade para dormir.

Principais sintomas

- Dificuldade para adormecer.
- Acordar várias vezes durante a noite.
- Despertar muito cedo.
- Cansaço.
- Irritabilidade.
- Dificuldade de concentração.
- Sonolência durante o dia.
- Ansiedade e preocupação excessiva associadas ao sono.
- Estado constante de alerta, dificultando ainda mais o descanso.



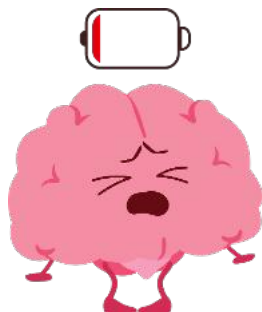
3.Narcolepsia

O que é?

É um transtorno do sono caracterizado por episódios frequentes e irresistíveis de sono durante o dia, mesmo após uma noite de sono adequada.

Principais sintomas

- Sonolência excessiva durante o dia.
- Cochilos repentinos e involuntários.
- Cataplexia (perda repentina da força muscular).
- Paralisia do sono.
- Alucinações ao adormecer ou ao despertar.
- Sono noturno fragmentado.
- Dificuldade para manter o estado de alerta em atividades diárias.
- Início frequente na adolescência ou no início da vida adulta.
- Episódios de cataplexia desencadeados por emoções intensas.



4.Transtornos do Sono Relacionados à Respiração

- **Apneia e Hipopneia Obstrutivas do Sono**

O que é?

É um transtorno do sono relacionado à respiração, caracterizado por episódios repetidos de interrupção parcial ou total da passagem de ar durante o sono, causando fragmentação do sono e redução da oxigenação

Principais sintomas

- Ronco intenso.
- Pausas respiratórias durante o sono.
- Sensação de sufocamento durante a noite.
- Sonolência excessiva durante o dia.
- Fadiga.
- Sono não reparador.
- Dificuldade de concentração.
- Irritabilidade.
- Obstrução das vias aéreas superiores durante o sono.
- Maior frequência em pessoas com obesidade, hipertensão ou alterações anatômicas das vias respiratórias.



5. Apneia Central do Sono

O que é?

É um transtorno do sono relacionado à respiração em que ocorrem pausas respiratórias durante o sono devido à redução ou ausência do esforço respiratório, sem obstrução das vias aéreas.

Principais sintomas

- Sonolência excessiva durante o dia.
- Despertares frequentes durante a noite.
- Sensação de falta de ar durante o sono.
- Fadiga.
- Insônia.
- Sono fragmentado.
- Alterações no controle da respiração pelo cérebro.
- Possível associação com doenças cardíacas, neurológicas ou uso de opioides.
- Presença, em alguns casos, do padrão respiratório denominado respiração de Cheyne-Stokes.

6. Hipoventilação Relacionada ao Sono

O que é?

É um transtorno respiratório do sono caracterizado pela respiração lenta ou reduzida durante o sono, causando aumento do gás carbônico (CO₂) no organismo e diminuição da oxigenação.

Principais sintomas

- Sonolência excessiva durante o dia.
- Despertares frequentes durante a noite.
- Sensação de falta de ar durante o sono.
- Fadiga.
- Insônia.
- Sono fragmentado.
- Alterações no controle da respiração pelo cérebro.
- Possível associação com doenças cardíacas, neurológicas ou uso de opioides.
- Presença, em alguns casos, do padrão respiratório denominado respiração de Cheyne-Stokes.

7. Transtornos do Sono- Vigília do Ritmo Circadiano

O que é?

São transtornos causados por alterações no relógio biológico do sono, levando a horários inadequados para dormir e acordar em relação às demandas sociais, escolares ou profissionais.

Tipos de sono-vigília do ritmo circadiano:

Fase do sono atrasada:

dorme e acorda muito tarde.

Fase do sono avançada: dorme e acorda muito cedo.

Sono-vigília irregular: horários de sono desorganizados ao longo do dia.

Sono-vigília não de 24 horas: o ciclo do sono não acompanha as 24h do dia.

Trabalho em turnos: alterações do sono causadas por trabalho noturno ou horários irregulares.

Principais sintomas

- Insônia.
- Sonolência excessiva durante o dia.
- Dificuldade para acordar.
- Fadiga.
- Cansaço.
- Prejuízo nas atividades da rotina diária.
- Atraso do horário de dormir (em alguns casos).
- Adiantamento do horário de dormir (em alguns casos).
- Sono fragmentado.
- Dificuldade de adaptação aos horários sociais, escolares ou de trabalho.

8. Transtornos do Sono- Transtornos de Despertar do Sono NREM

O que é?

Caracterizam-se por despertares incompletos durante o sono NREM, geralmente no primeiro terço da noite, com sonambulismo ou terrores noturnos. Há pouca lembrança do evento e amnésia posterior. causam prejuízo funcional e não são explicados por substâncias ou outros transtornos.

Subtipos

- **Sonambulismo:** andar ou realizar comportamentos automáticos durante o sono.
- **Terror noturno:** gritos, medo intenso e forte ativação física.

Características principais

- Episódios curtos, geralmente de poucos minutos.
- Consciência parcial durante o evento.
- Dificuldade para despertar completamente.
- Pesadelos.
- Epilepsia noturna.
- Transtornos respiratórios do sono.
- Uso de substâncias.



9. Transtorno do Pesadelo



O que é?

Transtorno do sono com pesadelos recorrentes e angustiantes que levam ao despertar.

Principais sintomas

- Pesadelos recorrentes, longos e muito vívidos.
- Sonolência diurna (devido à piora da qualidade do sono.)
- Despertar rápido, totalmente alerta e orientado.
- Lembrança clara e detalhada do sono.
- Sofrimento significativo ou prejuízo social, acadêmico e profissional.

10. Transtorno Comportamental do Sono REM

O que é?

Transtorno em que a pessoa “atua” os sonhos durante o sono REM, com movimentos ou fala durante o sono.

Principais sintomas

- Movimentos durante o sono, como chutar, socar, gritar ou falar.
- Comportamentos associados a sonhos intensos e vívidos.

Características

- Ocorre durante o sono REM.
- Mais frequente no final da noite.
- A pessoa desperta lúcida e orientada.
- Geralmente há lembrança clara do sonho após acordar.



11. Síndrome das Pernas Inquietas (SPI)

O que é?

Transtorno neurológico caracterizado por necessidade de movimentar as pernas devido a desconforto.

Principais sintomas

- Vontade intensa de mover as pernas.
- Sensação de formigamento, queimação ou desconforto nas pernas.
- Piora dos sintomas durante o repouso e à noite.
- Alívio temporário com o movimento.
- Sintomas mais intensos no final do dia ou à noite.
- Ocorre principalmente em situações de repouso.
- Interfere no início e na manutenção do sono.
- Pode causar cansaço e sonolência durante o dia.



12. Transtorno do Sono Induzido por Substância/Medicamento

O que é?

Transtorno do sono causado pelo uso, intoxicação ou abstinência de substâncias ou medicamentos.

Principais sintomas

- Insônia.
- Sonolência excessiva.
- Parassônias ou comportamentos anormais durante o sono.
- Possível combinação de diferentes sintomas do sono.
- Início diretamente relacionado ao uso ou à retirada de uma substância.
- Relação temporal clara com intoxicação ou abstinência.
- Manifestações variam conforme a substância envolvida (ex.: álcool, cafeína, estimulantes ou sedativos).
- Tendência à melhora após a suspensão da substância.

Rereferência:

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.

Capítulo 15

Pane no Desejo

Disfunções Sexuais

Débora Raíssa Lima Sales
Tais Laura Rodrigues de Sousa

As Disfunções Sexuais são transtornos clinicamente significativos que impactam a vida do indivíduo, prejudicando sua capacidade de responder a estímulos ou de experimentar o prazer sexual. Elas se manifestam como dificuldades persistentes em qualquer fase do ato, como a falta de desejo, problemas de excitação, ausência de orgasmo ou dores físicas, gerando sofrimento e frustração. Essas condições podem ter origens psicológicas, físicas ou emocionais, e o tratamento especializado ajuda a devolver a qualidade de vida.

"A disfunção sexual não deve ser vista apenas como um problema mecânico ou orgânico, mas sim como o resultado de uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e interpessoais."

— Associação Psiquiátrica Americana (APA), no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR).

Um mesmo indivíduo pode apresentar mais de uma disfunção sexual ao mesmo tempo (ex: ejaculação precoce e disfunção erétil).

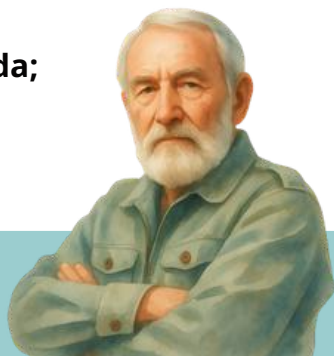


PRINCIPAIS SUBTIPOS E ESPECIFICADORES

A classificação dos subtipos e especificadores é necessária para identificar os eixos de tempo e espaço dos sintomas, pois eles mudam completamente a etiologia e o tratamento.



Quanto ao início da vida;



Ao longo da vida:

Presente desde as primeiras experiências sexuais.

Adquirido:

Desenvolve-se após um período de funcionamento normal.

Quanto ao contexto;

Situacional

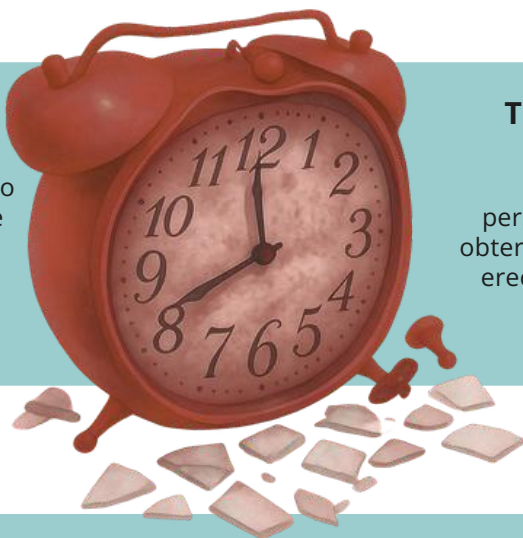
Ocorre apenas com determinados tipos de estimulação, situação ou parcerias específicas.

Generalizada

Ocorre em qualquer situação, tipo de estimulação ou com qualquer parceria.

Ejaculação Retardada:

É compreendida como um atraso marcante ou ausência de ejaculação contra a vontade do homem.



Transtorno Erétil:

Dificuldade persistente para obter ou manter a ereção de forma adequada.

Transtorno do Orgasmo Feminino:

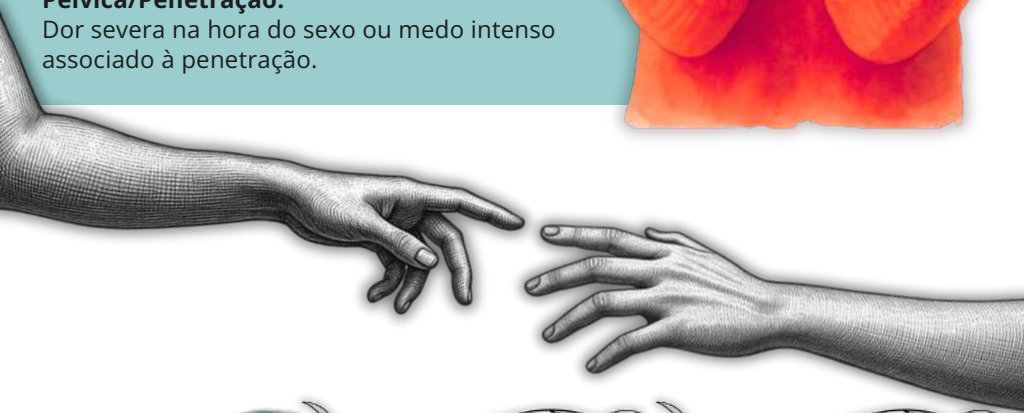
Dificuldade marcante, atraso severo ou ausência completa de orgasmo na mulher.

Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminino:

Falta de desejo ou de resposta física e emocional ao estímulo sexual.

Transtorno da Dor Gêrito-Pélvica/Penetração:

Dor severa na hora do sexo ou medo intenso associado à penetração.



Transtorno do Desejo Sexual Masculino Hipoativo:

Deficiência crônica ou ausência persistente de pensamentos ou desejo sexual no homem.

Ejaculação Prematura (Precoce):

Ocorrência da ejaculação antes do momento desejado, com tempo de latência extremamente curto.





CATEGORIAS ESPECIAIS E INDUZIDAS

Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento:

Perturbação sexual grave gerada pelo efeito direto de drogas ou tratamentos médicos.

Outra Disfunção Sexual Especificada:

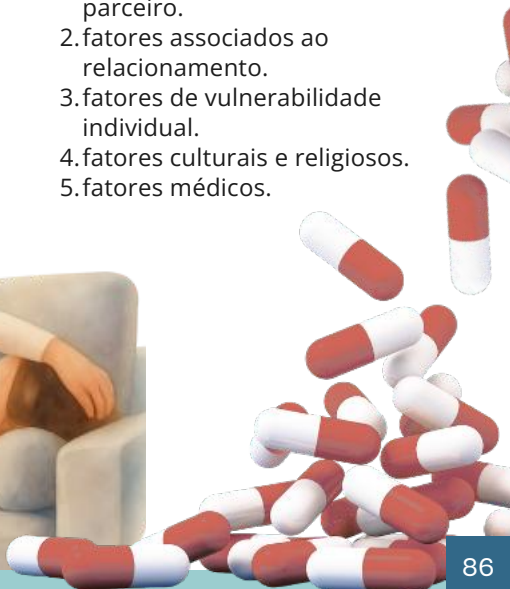
Casos com sofrimento sexual nítido, mas que falham em preencher os critérios exatos.

Disfunção Sexual Não Especificada

Sofrimento sexual clínico presente, sem especificação ou detalhamento técnico do motivo.

Outros fatores que devem ser investigados durante a avaliação

1. fatores relacionados ao parceiro.
2. fatores associados ao relacionamento.
3. fatores de vulnerabilidade individual.
4. fatores culturais e religiosos.
5. fatores médicos.



REGRAS DE EXCLUSÃO E DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Cenário	Conduta
A queixa sexual é totalmente explicada por outra condição psiquiátrica.	Diagnostica-se apenas o transtorno mental de base. A alteração sexual é tratada como um sintoma deste transtorno, e não como uma disfunção independente.
O problema surge devido ao uso, abuso ou descontinuação de alguma substância/fármaco.	O caso deve ser classificado especificamente como Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento.
A causa do problema sexual é puramente orgânica ou fisiológica .	O indivíduo não recebe o diagnóstico psiquiátrico da disfunção. O foco deve ser o tratamento da condição médica subjacente.
A ausência de resposta ou desejo sexual está diretamente ligada a problemas severos de relacionamento ou dinâmica de abuso.	Não se aplica o diagnóstico de disfunção sexual. Em vez disso, utiliza-se um Código Z para identificar o problema relacional como o foco da atenção clínica.

DIVERSIDADE DE GÊNERO

Embora alguns termos dentro dos transtornos de disfunções sexuais usem marcadores de gênero (ex: Interesse feminino), os critérios descrevem experiências humanas que independem disso. Já para disfunções ligadas a órgãos específicos, o diagnóstico deve se basear na anatomia atual do paciente e não no sexo designado no nascimento. (APA, 2023)

Rereferência:
American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.

Capítulo 16

O corpo em disputa: quando o reconhecimento encontra o sofrimento psíquico

Disforia de Gênero

Maria Sílvia Sousa Silva
Inácio Augusto Rocha Silva



O que é disforia de gênero?

Em princípio, a Disforia de Gênero é uma sensação de que algo está intrínseca erroneidade com si mesmo. Não há embasamento lógico para essa erroneidade, não há nada que a explica, você não consegue descrever o porque você se sente assim, ela simplesmente está lá.

Dessa forma, se caracteriza por um desconforto intenso ou sofrimento que pode acompanhar a incongruência entre o gênero atribuído ao nascimento e o gênero experiência do pelo indivíduo.



Atente-se:

É necessário compreender se o sofrimento está ligado ao estigma social ou a questões internas do sujeito. Embora o estigma o intensifique, ele não explica toda a vivência. Assim, a disforia de gênero é entendida como uma condição clínica relacionada ao sofrimento, e não como uma identidade.

"Um rótulo de uma vivência sem compreensão do sofrimento, é mais um gerador de sofrimento e vazio das possibilidades de cuidado."

Maria Sílvia Sousa Silva

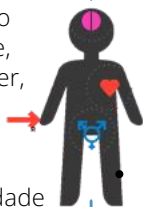
O DSM- 5- TR nos lembra que **a área que envolve sexo e gênero** ao longo dos anos, resultou em uma proliferação de termos cujos **significados variam ao longo do tempo entre as disciplinas e dentro delas.**



Judith Butler destaca que os conceitos de sexualidade e gênero são construídos socialmente por normas e discursos heteronormativos, que associam sexo biológico, gênero e desejo sexual como se fossem naturalmente coerentes. Assim, essa coerência não é natural, mas produzida socialmente. Dessa forma, torna-se essencial que profissionais e cidadãos compreendam a complexidade dos ternos e as singularidades das diferentes vivências que envolvem a sexualidade (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017).

Dimensões da sexualidade

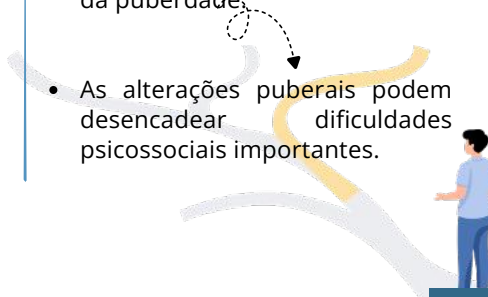
- **Sexo** aqui vai referir-se aos indicadores biológicos, reconhecido no nascimento e compreendidos no contexto da capacidade reprodutiva.
- **Gênero** é a construção social e cultural do que se espera do comportamento conforme o sexo reconhecido ao nascer. Está diretamente ligado ao fator biológico dentro do contexto cultural que a sociedade se organiza.
- **Identidade de gênero** é a sensação subjetiva de como a pessoa se sente, como ela se percebe: homem, mulher, os dois (gênero não binário, gênero fluido) ou nenhum (agênero).
- **Cisgênero** é o indivíduo cuja identidade de gênero coincide com o sexo reconhecido no nascimento. Transgênero é o indivíduo cuja identidade de gênero não coincide com o sexo reconhecido no nascimento.
- **Transgênero** refere-se ao amplo espectro de indivíduos cuja identidade de gênero é diferente do gênero designado no nascimento.
- **Expressão de gênero** é o modo como as pessoas se mostram às outras pessoas: como aparenta (vestimenta, corte de cabelo, papel de gênero). É socialmente e culturalmente determinado.



- **Orientação Sexual:** é para onde o afeto, o desejo, a atração emocional e sexual estão direcionados: a pessoas do mesmo sexo (homossexuais: lésbicas e gays), pessoas do sexo oposto (heterossexuais), pessoas de ambos os sexos (bissexuais). Existem ainda diversas outras nuances: assexuais, pansexuais...

Caminhos Associados ao Diagnóstico

- Crianças podem expressar a convicção de pertencer ao sexo oposto ou demonstrar desconforto com suas características sexuais.
- Pode haver preferência por roupas, brinquedos, jogos e brincadeiras culturalmente associados ao outro gênero.
- Na adolescência, a inconformidade com o sexo biológico tende a se intensificar devido às mudanças corporais da puberdade.
- As alterações puberais podem desencadear dificuldades psicossociais importantes.



- Pode existir forte desejo de eliminar ou impedir o desenvolvimento das características sexuais primárias e/ou secundárias, em razão da incongruência entre o sexo biológico e o gênero experienciado/expresso.

Atente-se

Para fins diagnósticos, é necessário que haja:

- sofrimento clinicamente significativo;
- prejuízo no funcionamento social
- acadêmico ou profissional;
- Prejuízo em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Você sabia?

- Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, o grau de inconformidade pode variar de **leve a intenso**.
- E a inconformidade pode estar associada a transtornos de internalização, como:
- ansiedade;
- depressão;
- isolamento social.



Vamos observar!



- O DSM-5-TR considera um período mínimo de 6 meses de incongruência acentuada para fins diagnósticos.
- Para crianças, é necessário o preenchimento de 6 dos 8 critérios diagnósticos estabelecidos.
- Para adolescentes, é necessário o preenchimento de, no mínimo, 2 dos 6 critérios diagnósticos.

Especificadores:

- se há uma condição biológica associada → “com transtorno/diferença do desenvolvimento sexual”
- se a pessoa já fez transição → “pós-transição”.

Qual a importância?

entender melhor o contexto da pessoa, orientar o cuidado (psicológico, médico, social), evitar generalizações (cada experiência é diferente).

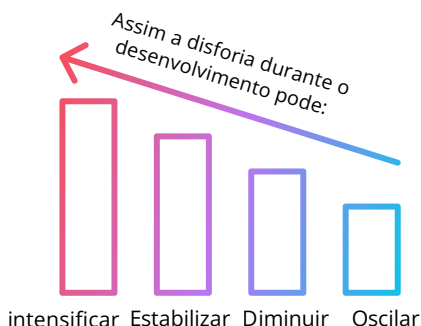
Verificar como a experiência está acontecendo na vida da pessoa **será sempre critério indispensável**.

Desenvolvimento em curso:

FASE DO DESENVOLVIMENTO	MANIFESTAÇÕES PRINCIPAIS DA DISFORIA	FATORES ASSOCIADOS AO SOFRIMENTO	ASPECTOS RELEVANTES
 INFÂNCIA (Crianças mais novas)	- Contrariedade em relação à identidade de gênero. - Preferência por expressões de gênero alinhadas à identidade sentida. - Expressão geralmente comportamental, concreta e não verbal.	- Rejeição, incompreensão e não reconhecimento da identidade de gênero. - Limitação ou proibição da expressão de gênero. - Preconceito e estigma social.	- O sofrimento surge principalmente quando a criança é contrariada em relação à sua identidade de gênero. - Muitas encontram formas de expressão mais alinhadas mesmo em contextos de restrição.

 ADOLESCÊNCIA	- Intensificação da incongruência entre identidade de gênero e sexo atribuído ao nascimento. - Aumento da disforia com o desenvolvimento das características sexuais secundárias e mudanças corporais da puberdade.	- Puberdade e alterações hormonais e corporais. - Maior pressão social, bullying e discriminação. - Comparação com pares e maior consciência social.	- Período crítico para o aumento do sofrimento emocional. - Risco aumentado para ansiedade, depressão e ideação suicida.
---	--	--	---

 VIDA ADULTA	- Persistência da disforia ou retorno após remissão na infância/adolescência. - Impacto contínuo na qualidade de vida e bem-estar.	- Impactos acumulados ao longo do desenvolvimento. - Falta de acesso a apoio, informação e tratamento adequados. - Estresse crônico, isolamento social e experiências negativas.	- O sofrimento pode retornar ou se intensificar na vida adulta. - Acolhimento, respeito à identidade de gênero e acesso a cuidados adequados são fatores protetivos.
--	---	--	---



Atente-se

Nesse contexto, **o diagnóstico não atua como fator patologizante**, mas como recurso para intervenções médicas e identificação precoce, favorecendo acolhimento e qualidade de vida, especialmente diante das frequentes comorbidades psiquiátricas (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017).



Alguns Prejuízos Associados:

rejeição da escola, desenvolvimento de depressão, ansiedade, problemas com os pares e comportamentais, e abuso de substâncias podem ser consequências da disforia de gênero. A sociedade brasileira de pediatria (2017) ainda acrescenta: tentativa de suicídio, automutilação.



Você Sabia?

A disforia de gênero varia de acordo com o estágio do desenvolvimento e o contexto sociocultural.

Você Sabia?

As reações negativas dos profissionais, os altos custos e a pouca oferta de serviços especializados dificultam a busca dessas pessoas por assistência em saúde.

Fatores de risco e prognóstico:



FATORES TEMPERAMENTAIS	FATORES AMBIENTAIS	FATORES GENÉTICOS E FISIOLÓGICOS
Maior intensidade da inconformidade de gênero, identificação persistente com outro gênero e sofrimento significativo relacionado ao corpo ou papel de gênero (DSM-5-TR, 2023).	Aspectos familiares, culturais e sociais podem estar associados. Além disso, preconceito, discriminação e exclusão social podem intensificar o sofrimento psíquico MS, 2022).	Não existe um gene específico associado. Mas fatores hormonais e alterações na sensibilidade hormonal são investigados como possíveis fatores (DSM-5-TR, 2023).

Entre os principais fatores associados ao prognóstico estão:



- apoio familiar e social;
- acesso aos serviços de saúde;
- acolhimento escolar e profissional;
- possibilidade de expressão da identidade de gênero de forma segura.

Os ambientes acolhedores e relações sociais positivas tendem a reduzir significativamente o sofrimento psíquico e melhorar a qualidade de vida do indivíduo.

Questões diagnósticas relativas à cultura / sexo e gênero / diagnóstico diferencial

A experiência da identidade de gênero sofre influência do contexto cultural e social.

Butler (2022) afirma que normas rígidas sobre masculinidade e feminilidade podem contribuir para processos de exclusão e sofrimento.

Outra disforia de gênero especificada / não especificada

A categoria **“Outra disforia de gênero especificada”** é utilizada quando há sofrimento clinicamente significativo, mas os critérios diagnósticos não são totalmente preenchidos.

Já a **“Disforia de gênero não especificada”** costuma ser utilizada em contextos clínicos com informações insuficientes para um diagnóstico mais detalhado (OMS, 2022).



Considerações finais

A disforia de gênero é multifatorial, envolve aspectos sociais, culturais e históricos.

A mente transexual não pode ser transformada em uma orientação de gênero falsa, portanto, é lógico e justificável fazer o oposto e tentar ajustar o corpo à mente.

Por isso, é fundamental que profissionais da saúde mental atuem de forma ética, acolhedora e sem práticas estigmatizantes.



Atente-se a função dos profissionais:

- **encaminhar** para outros órgãos profissionais;
- **acompanhar** o paciente ao longo do tratamento;
- **orientar** familiares e instituições sobre questões relacionadas à identidade de gênero.



- **realizar** o diagnóstico da disforia de gênero e de possíveis comorbidades;
- **oferecer** psicoterapia e orientação sobre tratamentos;
- **avaliar** a elegibilidade para hormonioterapia e cirurgias;

Referências:

Sociedade Brasileira de Pediatria.
Departamento Científico de Adolescência.
(2017). Disforia de gênero. Sociedade Brasileira de
Pediatria. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19706c-GP_-_Disforia_de_Genero.pdf

Capetillo-Ventura, N. C., Jalil-Pérez, S. I., & Motilla-Negrete, K. (2015). Gender dysphoria: An overview. *Medicina Universitaria*, 17(66), 53–58.

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. Porto Alegre: Artmed.

Bento, B. (2017). A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Salvador: EDUFBA.

Butler, J. (2022). Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Dalgallarrondo, P. (2019). Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed.

Organização Mundial da Saúde. (2022). CID-11: Classificação Internacional de Doenças. Genebra: OMS.

Capítulo 17

Onde a Moral encontra o Patológico?

Transtornos Disruptivos do Controle de Impulsos e da Conduta

Magne Feitosa

Os Transtornos Disruptivos de Controle de Impulsos e da Conduta são compreendidos por padrões comportamentais que infrinjam a ordem social, os direitos alheios e que ponham o indivíduo em conflito direto com figuras de autoridade, sendo justamente a característica disruptiva dos comportamentos que diferencia esse grupo diagnóstico de outros transtornos que podem ter apresentação clínica similares (APA, 2023, p.).

A base dessa classificação é justamente a característica do controle, em que a pessoa tem dificuldades sérias em controlar seus impulsos e/ou comportamentos, levando a situações que acabam por atrapalhar de forma séria a ordem social, o bem estar da pessoa e daqueles ao seu redor.

O Manual Diagnostico dos Transtornos Mentais V-TR traz cinco diagnósticos nessa categoria:

- **Transtorno Opositor Desafiador;**
- **Transtorno Explosivo Intermitente;**
- **Transtorno de Conduta;**
- **Piromania; e**
- **Cleptomania.**



O Transtorno de Personalidade Antissocial também é considerado dentro dessa categoria, entretanto é explorado junto com outros transtornos da personalidade.





Diagnósticos como a Piromania e Cleptomania apresentam-se como “falha de controlar o impulso” (DSM-5-TR, p.748), o Transtorno Explosivo Intermitente apresenta-se como explosões agressivas verbais ou físicas, o Transtorno Opositor desafiador já puxa mais o componente comportamental, sendo caracterizado como um padrão de comportamentos focados em desafiar figuras de autoridade, já o transtorno de conduta é uma checklist de ações nocivas a sociedade ao seu redor que um indivíduo comete.

1. Transtorno Opositor Desafiador (TOD)

O TOD é caracterizado por um padrão persistente de comportamento questionador/desafiante ou de índole vingativa, podendo estar acompanhado de um padrão persistente de humor raivoso/irritável, sendo normalmente mais claro com pessoas que a criança conhece

É um transtorno associado à infância, podendo evoluir para um transtorno de conduta. Inclusive, grande parte das pessoas com diagnóstico de TC tiveram também o diagnóstico de TOD em algum momento da vida. Apesar desse fato a maioria das crianças com TOD tende a não desenvolver TC no futuro.

As causas são infinitas, sendo muito difícil identificar a etiologia de cada caso específico, podendo ser genéticos, ambientais, familiares, etc. Dessa forma, a causa não influencia no diagnóstico, desde que a apresentação clínica condiz com os critérios diagnósticos, considerando que, independente do contexto, a intervenção profissional pode ser benéfica.

A gravidade do caso é medida a partir da mensuração de quantos contextos os sintomas aparecem, é imprescindível que quem avalie se atente ao máximo de contextos possíveis e a forma que os sintomas se manifestam em cada um. Os sintomas devem aparecer relacionados a um indivíduo que não seja irmão da criança. Devem estar presentes quatro sintomas por pelo menos 6 meses antes do diagnóstico, sendo o critério de normalidade a fase do desenvolvimento na qual a criança se encontra.



2. Transtorno Explosivo Intermitente

O TEI se refere principalmente a incapacidade de controlar comportamentos agressivos impulsivos em resposta a provocações vivenciadas subjetivamente. A pessoa com TEI tem explosões de raiva que algumas vezes causam dano físico sério a outras pessoas, animais e/ou propriedades, que são perpassadas por outras explosões de menores intensidades, que podem não causar danos. Essas explosões ocorrem em resposta a situações da vida diária que não causariam reações tão grandes na maioria da população.

Crianças menores de seis anos não podem ser diagnosticadas, assim como pessoas entre seis e dezoito anos de idade que apresentem quadro de transtorno de adaptação. A mesma regra se aplica, se algum outro diagnóstico explica melhor esses comportamentos, o TEI não se aplica, assim como caso as explosões apresentem motivos razoáveis.

Esse padrão de comportamento precisa estar presente por pelo menos um ano para que se feche o diagnóstico.

3. Transtorno de Conduta (TC)

Se refere a um padrão de comportamentos repetitivos que infrigem as normas sociais (sendo muito importante averiguar a idade ao avaliar tais normas) e direitos básicos das outras pessoas.

A pessoa funciona de uma forma nociva a si mesmo e aos outros por meio de ações que perturbem o bem estar geral.

Esse diagnóstico só pode ser fechado a partir dos 18 anos, entretanto, se divide em três subtipos (os quais devem ser especificados) que tem como diferencial o período de início dos sintomas, sendo esses:

- Início na infância: apresentam pelo menos um sintoma característico de TC antes dos 10 anos.

- Início na adolescência: não apresentam pelo menos um sintoma característico de TC antes dos 10 anos.

- Início não especificado: Não há informações que determinem o início dos sintomas.

Apesar de o transtorno de conduta poder parecer com formas populares de “psicopatia”, há uma diferença entre ambos os conceitos. O Transtorno de Personalidade Antissocial é, como diz o nome, uma disfunção da personalidade, da forma que a pessoa percebe e existe no mundo, já o TC é uma análise dos comportamentos e da forma que a pessoa age disruptivamente para si e para os outros.

4. Piromania e Cleptomania

São diagnósticos de certa forma similares em relação ao funcionamento psíquico, sendo falhas recorrentes em resistir a impulsos (de roubar no caso da cleptomania e de atear fogo em relação a piromania), em ambos os casos há um aumento da tensão logo antes de cometer o ato, seguido de um grande prazer, gratificação ou alívio após.

Para o diagnóstico ser possível é necessário verificar se não existe nenhum outro motivo para as ações além desse.

Sendo assim, casos de revolta, vingança ou protesto não se encaixam nesses diagnósticos. Se a situação for melhor explicada por outro diagnóstico, esse deve ser descartado.

Os sintomas precisam estar presentes por mais de uma ocasião no caso da piromania. O tempo mínimo não é informado na cleptomania.

Rerreferências:

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.

CERQUEIRA, G. DE L. et al. Transtornos Disruptivos de Controle de Impulsos e da Conduta com ênfase em TOD: alterações neuroanatomofuncionais. *PsicoFAE/Revista PsicoFAE*, v. 12, n. 2, p. 146–156, 1 jan. 2023.



Capítulo 18

Uso, Abuso e Dependência: Compreendendo os Transtornos Relacionados a Substâncias

Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos

Maria Leynarah Sousa Paz
Yasmim Marques Pereira

O DSM - 5 - TR descreve 10 classes distintas de substâncias, sendo elas:

1. Cafeína
2. Álcool
3. Cannabis
4. Alucinógenos
5. Inalantes
6. Opioides
7. Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
8. Estimulantes
9. Tabaco
10. Outras substâncias

EM GERAL, OS PRINCIPAIS CRITÉRIOS SÃO:

- Uso da substância em maior quantidade ou por mais tempo que o planejado.
- Tentativas frustradas de diminuir ou parar o uso.
- Muito tempo gasto para obter, usar ou se recuperar da substância.
- Fissura intensa (craving).

- Prejuízo em responsabilidades diárias.
- Problemas sociais e interpessoais relacionados ao uso.
- Redução ou abandono de atividades importantes.
- Uso em situações de risco.
- Continuidade do uso apesar dos prejuízos físicos ou psicológicos.
- Desenvolvimento de tolerância.
- Sintomas de abstinência ao interromper o uso.

O DSM propõe identificar a partir da relação com as substâncias os seguintes transtornos:

1. Transtornos Por Uso de Substâncias

A característica principal deste transtorno é o conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e físicos que fazem a pessoa continuar usando a substância mesmo causando prejuízos importantes. Ocorrem alterações nos circuitos cerebrais, que podem permanecer mesmo após a desintoxicação, especialmente em casos graves. Essas mudanças favorecem recaídas frequentes e intensa fissura quando a pessoa entra em contato com estímulos relacionados à droga.



2. Transtornos Induzidos por Substâncias

A categoria geral de transtornos induzidos por substâncias inclui intoxicação, abstinência e transtornos mentais induzidos por substância/medicamento (p. ex., transtorno psicótico induzido por substância, transtorno depressivo induzido por substância).

Intoxicação por substância

- Síndrome reversível após uso recente.
- Alterações psicológicas e comportamentais pelo efeito no SNC.
- Sinais e sintomas específicos da substância.
- Não explicada por outra condição médica ou mental.
- Pode ocorrer com ou sem transtorno por uso.
- Alterações em percepção, atenção, humor e comportamento.
- Intoxicação aguda e crônica podem diferir.
- Nem todo efeito fisiológico caracteriza intoxicação.
- Efeitos podem persistir após eliminação da substância.



Abstinência de substância

- Surge após redução ou interrupção do uso.
- Sintomas físicos, cognitivos e comportamentais específicos.
- Causa sofrimento ou prejuízo significativo.
- Não explicada por outra condição médica ou mental.
- Geralmente associada ao transtorno por uso.
- Reutilização da substância para aliviar sintomas.
- Tolerância e abstinência em tratamento médico não contam para diagnóstico.

3. Transtornos Mentais Induzidos por Substância/Medicamento



São alterações psicológicas causadas pelo uso de drogas, medicamentos ou toxinas. Geralmente são temporários e diferem dos transtornos por uso de substâncias, que envolvem consumo contínuo apesar dos prejuízos. Reconhecer suas características ajuda na identificação desses transtornos.

Crítérios

- Presença de sintomas clínicos significativos.
- Sintomas surgem após intoxicação, abstinência ou uso de medicamento, capaz de causá-los.
- Não é melhor explicado por outro transtorno mental independente.
- Não ocorre exclusivamente durante delírium.
- Causa sofrimento ou prejuízo importante na vida do indivíduo.

Características Diagnósticas e Associadas

Substâncias sedativas, como álcool e ansiolíticos, costumam causar depressão durante a intoxicação e ansiedade na abstinência. Já substâncias estimulantes, como cocaína e anfetamina, estão mais associadas a ansiedade e psicose na intoxicação e depressão na abstinência. Ambas podem provocar alterações temporárias no sono e na sexualidade.

Para o transtorno ser considerado induzido por substância/medicamento, os sintomas devem estar relacionados ao uso, intoxicação ou abstinência, e não a um transtorno mental independente. Quando os sintomas ocorrem apenas durante delirium, diagnostica-se somente o delirium.

Embora o DSM-5-TR menciona vários transtornos relacionados à substâncias a seguir descreveremos apenas os mais comuns.

Transtornos Relacionados ao Álcool

Transtorno por Uso de Álcool

Padrão problemático de uso de álcool com prejuízo ou sofrimento significativo em 12 meses.

- Consumo maior ou por mais tempo do que o pretendido.
- Dificuldade em reduzir ou controlar o uso.
- Muito tempo gasto para obter, usar ou se recuperar do álcool.
- Forte desejo ou fissura pelo álcool.
- Prejuízos sociais, profissionais ou pessoais devido ao uso.
- Uso contínuo apesar de problemas físicos ou psicológicos.
- Tolerância: necessidade de maiores quantidades ou menor efeito.
- Abstinência: sintomas ou uso de álcool para evitá-los.



Características Diagnósticas

O transtorno por uso de álcool envolve sintomas físicos e comportamentais, como tolerância, abstinência e fissura. A abstinência surge após a redução do consumo prolongado e pode levar à continuidade do uso para aliviar os sintomas. A fissura provoca forte desejo de beber e dificulta o controle do consumo.

O transtorno também pode causar prejuízos escolares, profissionais, sociais e familiares, além do uso do álcool em situações perigosas. Mesmo diante de problemas físicos, psicológicos ou interpessoais, o indivíduo pode continuar consumindo álcool.

Intoxicação por Álcool

Critérios

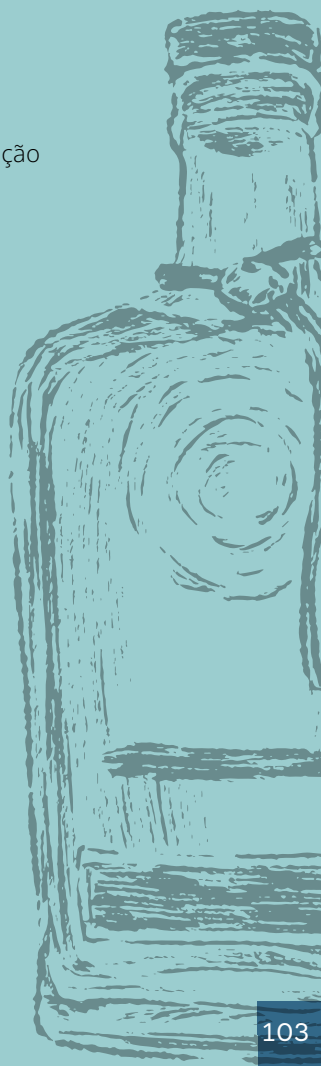
- Ingestão recente de álcool.
- Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas desenvolvidas durante ou logo após a ingestão de álcool.
- Um (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas, desenvolvidos durante ou logo após o uso de álcool:
 1. Fala arrastada.
 2. Incoordenação.
 3. Marcha instável.
 4. Nistagmo.
 5. Comprometimento da atenção ou da memória.
 6. Estupor ou coma.
- Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica ou psicopatológica

Características Diagnosticas

A intoxicação por álcool caracteriza-se pela presença de alterações comportamentais e psicológicas clinicamente significativas após o consumo da substância, como agressividade, comportamento inadequado, humor instável, prejuízo no julgamento, na tomada de decisão e no funcionamento social ou profissional. Também há comprometimento da coordenação motora e do funcionamento cognitivo, podendo ocorrer acidentes, lesões e, em casos graves, coma e morte.

Os sintomas variam conforme a quantidade ingerida e a concentração de álcool no sangue. No início da intoxicação, é comum haver desinibição, loquacidade e sensação de bem-estar; posteriormente, podem surgir depressão, retraimento e maior prejuízo cognitivo. A intoxicação também pode causar “apagões” de memória, alterações metabólicas, problemas cardiovasculares, respiratórios e gastrintestinais.

Além disso, a intoxicação por álcool está fortemente associada ao aumento de comportamentos violentos, autolesões, comportamentos suicidas e maior risco de acidentes devido ao julgamento prejudicado.



Abstinência de Álcool

Critérios

- Cessação (ou redução) do uso de álcool que tenha sido intenso e prolongado.
- Dois (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvidos no período de algumas horas a alguns dias após a ingestão
 1. Hiperatividade auton mica
 2. Tremor aumentado nas mãos.
 3. Insônia.
 4. Náusea ou vômitos.
 5. Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias.
 6. Agitação psicomotora.
 7. Ansiedade.
 8. Convulsões t nico-clínicas generalizadas.
- Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente signicativo ou prejuízo no funcionamento social, prossional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.



Características Diagnosticas

A abstinência de álcool caracteriza-se pelo surgimento de sintomas após a interrupção ou redução do uso intenso e prolongado da substância. Os sintomas geralmente aparecem entre 4 e 12 horas após a redução do consumo, atingem maior intensidade no segundo dia e costumam melhorar entre o quarto e o quinto dia.

Entre os principais sintomas estão hiperatividade auton mica, ansiedade, tremores e sintomas gastrintestinais, causando sofrimento e prejuízo significativo ao funcionamento do indivíduo.

Em alguns casos, sintomas como ansiedade, ins nia e alterações auton micas podem persistir por meses em menor intensidade. Menos de 10% dos indivíduos desenvolvem quadros graves, como delirium tremens, e menos de 3% apresentam convulsões t nico-clínicas.

O delirium por abstinência pode incluir confusão mental, alterações da consciência e alucinações visuais, táteis ou auditivas, frequentemente associado a outras condições médicas relevantes.



Transtornos Mentais Induzidos por Álcool

O álcool pode induzir diversos transtornos mentais, como transtornos psicóticos, bipolares, depressivos, de ansiedade, do sono, disfunções sexuais e transtornos neurocognitivos. Também podem ocorrer delirium por intoxicação ou abstinência de álcool.

Esses transtornos são diagnosticados separadamente da intoxicação ou abstinência apenas quando os sintomas apresentam intensidade suficiente para exigir atenção clínica independente.



Características Diagnósticas e Associadas

Os transtornos mentais induzidos por álcool apresentam sintomas semelhantes aos transtornos mentais independentes, porém costumam surgir durante intoxicação grave ou abstinência e tendem a melhorar após alguns dias ou semanas sem uso de álcool. O diagnóstico depende principalmente da relação temporal entre o consumo de álcool e o aparecimento dos sintomas psiquiátricos.

Para diferenciar de transtornos mentais independentes, observa-se se os sintomas já existiam antes do uso intenso de álcool ou persistem por mais de um mês após a interrupção da intoxicação ou abstinência. Quando os sintomas ocorrem apenas durante delirium, eles são considerados parte desse quadro e não recebem diagnóstico separado.

Esses transtornos precisam causar sofrimento significativo ou prejuízo funcional importante. Entre indivíduos com transtorno por uso de álcool, há altas taxas de sintomas depressivos, ansiosos e de sono induzidos pela substância, enquanto episódios psicóticos induzidos por álcool ocorrem em menos de 5% dos casos.



Transtornos Relacionados a Cannabis

Transtornos por Uso de Cannabis

Critérios

Transtorno por Uso de Cannabis (diagnóstico quando há 2 ou mais critérios em 12 meses):

- Uso em quantidades maiores ou por mais tempo do que o pretendido.
- Tentativas frustradas de diminuir ou controlar o uso.
- Muito tempo gasto para obter, usar ou se recuperar dos efeitos da Cannabis.
- Fissura (forte desejo de usar a substância).
- Prejuízo em atividades importantes (trabalho, escola ou casa).
- Continuação do uso apesar de problemas sociais ou interpessoais.
- Abandono ou redução de atividades sociais, profissionais ou recreativas.
- Uso em situações que oferecem risco à integridade física.

Características Diagnósticas e Associadas

O transtorno por uso de Cannabis caracteriza-se por um padrão problemático de consumo de Cannabis ou de canabinoides sintéticos, resultando em prejuízo ou sofrimento significativo. O principal componente psicoativo da substância é o THC, responsável por seus efeitos no sistema nervoso. A Cannabis pode ser consumida de diferentes formas, como fumada, vaporizada ou ingerida em alimentos e bebidas, apresentando diferentes níveis de potência.

O transtorno é identificado por sintomas como tolerância, abstinência, fissura, dificuldade de controlar o uso e manutenção do consumo apesar das consequências negativas. Em casos mais graves, o indivíduo continua utilizando a substância mesmo diante de prejuízos em áreas importantes da vida, como trabalho, estudos e relacionamentos. Além disso, a interrupção do uso frequente pode provocar sintomas de abstinência, dificultando a cessação do consumo e favorecendo recaídas.

Intoxicação por Cannabis

CrITÉRIOS

- Uso recente de Cannabis.
 - Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas (p. ex.,
 - prejuízo na coordenação motora, euforia, ansiedade, sensação de lentidão do tempo, julgamento
 - prejudicado, retraimento social) desenvolvidas durante ou logo após o uso de Cannabis.
 - Dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas, desenvolvidos no período de 2 horas após o uso de
 - Cannabis:
 1. Conjuntivas hiperemiadas.
 2. Apetite aumentado.
 3. Boca seca.
 4. Taquicardia.
 - Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por
- outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Características Diagnósticas e Associadas

A intoxicação por Cannabis caracteriza-se por alterações psicológicas e comportamentais que surgem durante ou logo após o uso da substância, como euforia, prejuízo da memória e da atenção, julgamento comprometido, alterações perceptivas e redução do desempenho motor.

Também podem ocorrer ansiedade, isolamento social, olhos avermelhados, aumento do apetite, boca seca e taquicardia. Os efeitos geralmente aparecem em minutos quando a Cannabis é fumada e podem durar várias horas, variando conforme a dose, a forma de uso e as características do indivíduo.

Abstinência de Cannabis

Critérios

- Cessação do uso pesado e prolongado de Cannabis (i. e., normalmente uso diário ou quase diário durante um período mínimo de alguns meses).
- Três (ou mais) dos seguintes sinais e sintomas, desenvolvidos no prazo de aproximadamente uma semana após o período de cessação:
 1. Irritabilidade, raiva ou agressividade.
 2. Nervosismo ou ansiedade.
 3. Dificuldade em dormir (insônia, sonhos perturbadores).
 4. Apetite reduzido ou perda de peso.
 5. Inquietação.
 6. Humor deprimido.
 7. Pelo menos um dos seguintes sintomas físicos causa desconforto significativo: dor abdominal, tremor, sudorese, febre, calafrios ou cefaleia.

Características Diagnósticas e Associadas

A abstinência de Cannabis ocorre após a interrupção do uso regular da substância e caracteriza-se pelo surgimento de sintomas como irritabilidade, ansiedade, humor deprimido, inquietação, dificuldades para dormir e diminuição do apetite.

Esses sintomas podem causar sofrimento significativo, dificultando a interrupção do consumo e favorecendo recaídas. Diferentemente da abstinência de outras substâncias, predominam sintomas emocionais e comportamentais em vez de manifestações físicas.



Transtornos Mentais Induzidos por Cannabis

Características Diagnósticas e Associadas

Além da intoxicação e da abstinência, o uso de Cannabis pode desencadear outros transtornos mentais induzidos pela substância, como transtorno psicótico, transtorno de ansiedade e transtorno do sono. Também podem ocorrer quadros de delirium relacionados à intoxicação por Cannabis ou ao uso de medicamentos à base de canabinoides.

Esses transtornos são diagnosticados quando os sintomas apresentam gravidade suficiente para exigir atenção clínica independente, ultrapassando o quadro esperado de intoxicação ou abstinência.



Transtornos Relacionados a Alucinógenos

Transtornos por Uso de Fenciclidina

Critérios

Caracteriza-se por um padrão problemático de uso da substância, causando prejuízo ou sofrimento significativo, evidenciado por pelo menos dois dos seguintes critérios em 12 meses:

- Uso em quantidades maiores ou por mais tempo do que o pretendido.
- Desejo persistente ou tentativas malsucedidas de reduzir ou controlar o uso.
- Muito tempo dedicado à obtenção, uso ou recuperação dos efeitos da substância.
- Fissura ou forte desejo de consumir fenciclidina.
- Prejuízo no desempenho escolar, profissional ou doméstico.
- Continuação do uso apesar de problemas sociais ou interpessoais.
- Abandono ou redução de atividades importantes devido ao uso.

Características Diagnósticas Associadas

A fenciclidina (PCP) e substâncias semelhantes, como a ketamina, são drogas dissociativas originalmente desenvolvidas como anestésicos. Seus efeitos incluem a sensação de separação entre mente e corpo, podendo causar, em doses mais elevadas, estupor e até coma. Geralmente são fumadas ou ingeridas, mas também podem ser inaladas ou injetadas. Embora seus efeitos psicoativos durem algumas horas, a substância pode permanecer no organismo por vários dias.

Em indivíduos vulneráveis, pode desencadear sintomas psicóticos persistentes semelhantes aos observados na esquizofrenia.

Entre as características associadas ao uso estão sintomas dissociativos, analgesia, nistagmo, alterações da pressão arterial, euforia, alucinações visuais e auditivas, desrealização e pensamentos incomuns. Além disso, podem ocorrer comportamentos agressivos ou violentos.

Transtornos por Uso de Outros Alucinógenos

Critérios

- Uso em quantidades maiores ou por mais tempo do que o planejado.
- Desejo persistente ou tentativas malsucedidas de reduzir ou controlar o uso.
- Muito tempo gasto para obter, usar ou recuperar-se dos efeitos da substância.
- Fissura ou forte desejo de consumir o alucinógeno.
- Prejuízos no trabalho, escola ou responsabilidades domésticas.
- Continuação do uso apesar de problemas sociais ou interpessoais.
- Abandono ou redução de atividades importantes devido ao uso.
- Uso em situações que oferecem risco à integridade física.
- Manutenção do consumo apesar de problemas físicos ou psicológicos relacionados à substância.

Características Diagnósticas Associadas

Os alucinógenos são substâncias que provocam alterações na percepção, no humor e na cognição. Entre os principais exemplos estão LSD, psilocibina, mescalina, DMT e MDMA (ecstasy).

O uso repetido pode levar à tolerância e a prejuízos significativos, especialmente no caso do MDMA. Em geral, não há uma síndrome de abstinência bem estabelecida para os alucinógenos, embora usuários de ecstasy possam apresentar sintomas como alterações de humor, problemas de sono e dificuldade de concentração após interromper o uso.

Intoxicação por Fenciclidina

Critérios

- Uso recente de fenciclidina (ou substância farmacologicamente semelhante).
- Alterações comportamentais clinicamente significativas e problemáticas (p. ex., beligerância,
- agressividade, impulsividade, imprevisibilidade, agitação psicomotora, julgamento prejudicado)
- desenvolvidas durante ou logo após o uso de fenciclidina.
- No prazo de 1 hora, dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas:
 1. Nistagmo vertical ou horizontal.
 2. Hipertensão ou taquicardia.
 3. Torpor ou resposta diminuída à dor.
 4. Ataxia.
- Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por
- outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.

Características Diagnósticas Associadas

A intoxicação por fenciclidina reflete as alterações comportamentais clinicamente significativas que ocorrem logo após a ingestão dessa substância (ou de uma substância farmacologicamente semelhante). As apresentações clínicas mais comuns de intoxicação por fenciclidina incluem desorientação, confusão sem alucinações, nistagmo, torpor ou resposta diminuída à dor, ataxia, disartria, rigidez muscular, hiperacusia e coma de gravidade variável.

Outras mudanças comportamentais clinicamente significativas associadas à intoxicação por fenciclidina incluem comportamento violento, agitação extrema, delírios persecutórios, euforia, amnésia retrógrada e hipertensão.



Transtornos Mentais Induzidos por Fenciclidina



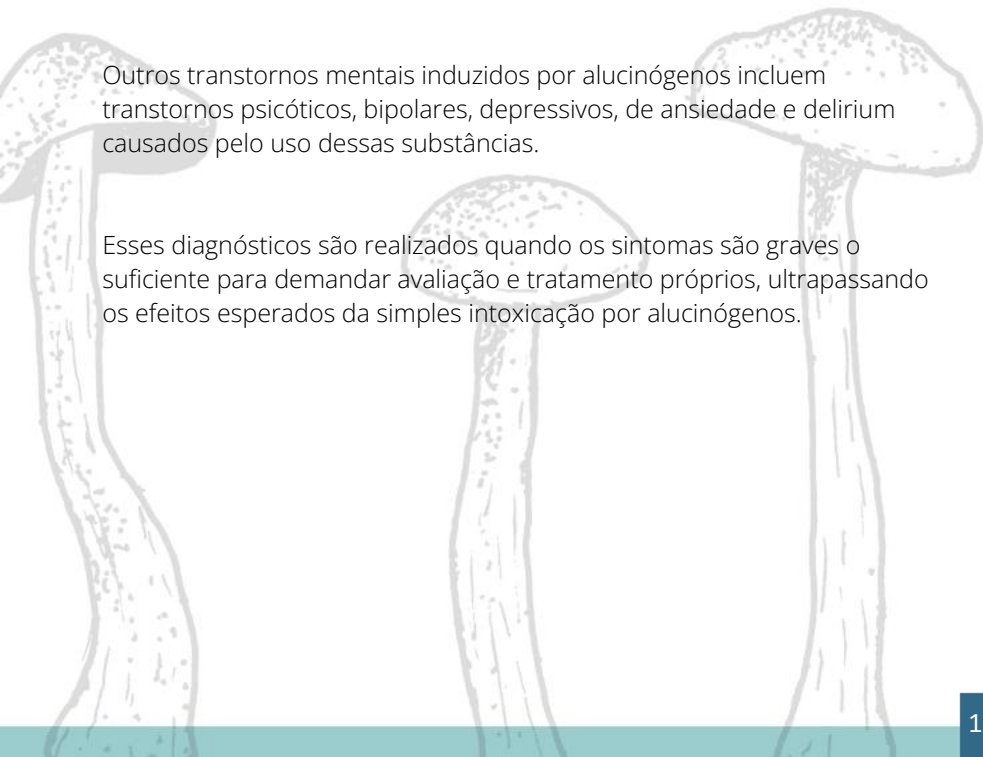
Outros transtornos mentais induzidos por fenciclidina (PCP) podem ocorrer além da intoxicação e incluem transtornos psicóticos, bipolares, depressivos e de ansiedade causados pelo uso da substância. Também pode haver delirium relacionado à intoxicação por fenciclidina ou ao uso de ketamina prescrita.

Esses diagnósticos são feitos quando os sintomas apresentados são suficientemente intensos e persistentes para exigir atenção clínica própria, não sendo explicados apenas pelo quadro de intoxicação.

Transtornos Mentais Induzidos por Alucinógenos

Outros transtornos mentais induzidos por alucinógenos incluem transtornos psicóticos, bipolares, depressivos, de ansiedade e delirium causados pelo uso dessas substâncias.

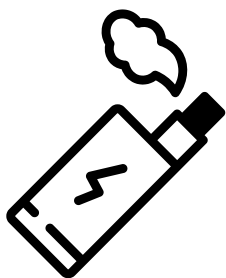
Esses diagnósticos são realizados quando os sintomas são graves o suficiente para demandar avaliação e tratamento próprios, ultrapassando os efeitos esperados da simples intoxicação por alucinógenos.



Transtorno por Uso do Tabaco

O Transtorno por Uso de Tabaco é caracterizado por um padrão problemático e persistente de consumo de produtos derivados do tabaco, levando a sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico, profissional ou pessoal. A dependência está relacionada principalmente à exposição contínua ao tabaco e seus componentes, sendo marcada por dificuldade em controlar o uso, desenvolvimento de tolerância, sintomas de abstinência e forte desejo de consumir a substância.

O transtorno pode ocorrer com cigarros convencionais, charutos, cachimbos, tabaco de mascar, rapé e dispositivos eletrônicos contendo nicotina.



Sintomas principais

Os principais sinais observados em indivíduos com Transtorno por Uso de Tabaco incluem:

- 1. Fissura (Craving):** Desejo intenso ou necessidade urgente de fumar ou utilizar produtos de tabaco, especialmente após períodos sem consumo.
- 2. Perda de Controle:** Dificuldade em reduzir ou interromper o uso, mesmo quando existe intenção de parar de fumar.
- 3. Tolerância:** Necessidade de quantidades cada vez maiores de tabaco para alcançar os efeitos desejados.

4. Abstinência: Sintomas desagradáveis quando o uso é interrompido ou reduzido, levando o indivíduo a voltar a fumar para obter alívio.

5. Persistência do Uso: Continuação do consumo apesar da presença de doenças físicas, problemas emocionais ou prejuízos sociais relacionados ao tabagismo.



Características diagnósticas

O diagnóstico exige a presença de pelo menos dois sintomas em um período de 12 meses, como:

- Tentativas frustradas de parar de fumar.
- Forte desejo de usar tabaco.
- Uso em maior quantidade do que o pretendido.
- Tolerância e abstinência.
- Prejuízos sociais, profissionais ou de saúde relacionados ao consumo.

Gravidade:

- Leve: 2 a 3 sintomas.
- Moderada: 4 a 5 sintomas.
- Grave: 6 ou mais sintomas.

Comorbidade e consequências

O transtorno está frequentemente associado a:

- Transtornos depressivos e de ansiedade.
- Transtorno bipolar.
- TDAH.
- Outros transtornos por uso de substâncias.

As principais consequências incluem doenças cardiovasculares, problemas pulmonares, câncer e complicações gestacionais.



Abstinência de Tabaco

A abstinência de tabaco ocorre após a interrupção abrupta ou redução significativa do uso de tabaco em indivíduos que fazem uso diário da substância por várias semanas. Para o diagnóstico, devem surgir quatro ou mais dos seguintes sintomas dentro de 24 horas:

- Irritabilidade, frustração ou raiva;
- Ansiedade;
- Dificuldade de concentração;
- Aumento do apetite;
- Inquietação;
- Humor deprimido;
- Insônia.

Além disso, os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida, não sendo explicados por outra condição médica ou transtorno mental.

Características Diagnósticas

A abstinência ocorre devido à privação de nicotina e é comum em usuários diários de tabaco. Os sintomas geralmente começam nas primeiras 24 horas, atingem o pico em 2 a 3 dias e costumam durar até 3 semanas. A fissura por nicotina é frequente e pode dificultar a interrupção do uso.



Transtorno relacionado ao tabaco não especificado

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno relacionado ao tabaco que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno relacionado ao tabaco específico nem para outro transtorno na classe diagnóstica de transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos.

Transtorno do Jogo

O Transtorno do Jogo é caracterizado por um comportamento persistente e recorrente de apostar, que causa sofrimento significativo e prejuízos pessoais, familiares, sociais ou profissionais. O indivíduo perde o controle sobre o hábito de jogar, mesmo diante de consequências negativas.



Características Diagnósticas

O diagnóstico exige um padrão problemático de jogo com a presença de quatro ou mais sintomas em um período de 12 meses, causando sofrimento ou comprometimento significativo.

Uma característica central é a perda progressiva de controle, acompanhada da necessidade de continuar jogando apesar dos prejuízos financeiros, sociais e emocionais. É comum o indivíduo desenvolver o comportamento de “recuperar prejuízos”, aumentando as apostas após perdas.

Sinais e sintomas

Os principais sinais do Transtorno do Jogo incluem a necessidade de apostar valores cada vez maiores, irritabilidade ao tentar parar, dificuldade em controlar o comportamento, preocupação constante com o jogo, jogar para aliviar sentimentos negativos, tentar recuperar perdas por meio de novas apostas e mentir para esconder o envolvimento com o jogo.

Rereferência:

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.

Capítulo 19

Quando a cognição muda de rota

Transtornos Neurocognitivos

Ana Beatriz Vieira e Silva
Crislane Viana Rocha

Os Transtornos Neurocognitivos (TNCs) são caracterizados por disfunções cognitivas adquiridas no percurso existencial e não inatas.



O DSM-5-TR define a existência de quadros de delirium, TNC Maior e TNC Leve. A "demência" passou a ser englobada ao quadro de TNC Maior (American Psychiatric Association, 2023).

A perda da excelência das funções psíquicas é comum, sobretudo com o envelhecer. O que determina tratar-se de um caso de TNC está atrelado ao nível de gravidade e disfuncionalidade em que tais déficits se apresentam (Lopes, 2025).

TNCs: um olhar para além do biológico

Couto et al. (2024) aponta que a incidência de internações de pessoas idosas com perturbação neurocognitiva ocupa o segundo lugar, além disso, alerta para o fator social como facilitador de tal frequência, pois a precariedade do amparo familiar, interrelacional e comunitário podem favorecer o comprometimento da "reserva cognitiva" do sujeito.

Onde a cognição se manifesta: explorando os domínios cerebrais

Atenção complexa

- Esquecer o que ia pegar na geladeira porque o telefone tocou no caminho.
- Ter dificuldade extrema em manter o fio da meada em uma conversa se houver música ao fundo ou outras pessoas falando perto.
- Levar o dobro do tempo para conferir um troco ou preencher um formulário simples.



Aprendizagem e memória

- Fazer a mesma pergunta sobre o horário do almoço várias vezes em um curto intervalo de tempo.
- Perder-se no enredo de um livro ou filme por não conseguir lembrar quem é o personagem que apareceu no capítulo anterior.
- Precisar de listas de lembretes para tarefas que antes eram automáticas, como tomar os remédios diários.

Perceptomotor

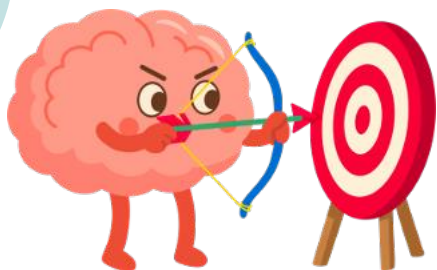
- Derrubar objetos ou esbarrar em móveis por calcular mal a distância entre a mão e o objeto.
- Sentir-se confuso para encontrar a saída em um shopping ou mercado que frequenta há anos.
- Dificuldade súbita em usar aparelhos eletrônicos simples, como o controle remoto da TV ou o micro-ondas.

Funções executivas

- Perder-se na ordem de preparo de uma receita de família (ex: esquecer de colocar o fermento ou repetir o sal).
- Sentir-se "travado" ou ansioso se um compromisso muda de horário repentinamente, demonstrando rigidez mental.
- Dificuldade em priorizar qual conta pagar primeiro quando o orçamento está apertado.

Linguagem

- Substituir o nome de objetos comuns por descrições vagas (ex: chamar a "geladeira" de "aquela coisa gelada da cozinha").
- Interromper a fala no meio de uma frase porque o nome de um amigo próximo "fugiu" da mente.
- Usar frases muito curtas e simplificadas para evitar erros de gramática ou confusão.



Entendendo a urgência do delirium

O delirium pode ser descrito como um estado agudo de alteração da consciência no qual se tem a presença de declínio atencional e mudanças perceptivas (American Psychiatric Association, 2023). Trata-se de um quadro que se apresenta com significativas flutuações na incidência sintomatológica, pois a depender do dia e horário os sintomas podem se expressar em menor ou maior grau (Sousa et al., 2026).

É um estado onde o cérebro "grita por socorro", demonstrando que algo no organismo (infecção, remédios ou abstinência) não vai bem. Tratar o delirium significa, antes de tudo, descobrir e tratar o que o causou (American Psychiatric Association, 2023).

Hiperativo: o paciente pode ficar agitado, ter alucinações e recusar cuidados médicos, pois níveis de agressividade acabam se levando, bem como, a atividade psicomotora. É o tipo mais fácil de notar, mas o de menor prevalência.

Hipoativo: este se torna mais perigoso por ser silencioso e ser o de maior incidência. Nele o paciente parece apenas "quietinho" ou letárgico, aproximando-se de um estado de estupor. Muitas vezes, em idosos, esse estado passa despercebido ou é confundido com depressão, justamente por se premonizar socialmente que velhice é sinônimo de apatia e declínio

Misto: quando a pessoa oscila rapidamente entre a agitação e a sonolência, tal manifestação ocupa o segundo lugar de incidência de casos.

Curiosidades em foco

- Pessoas acometidas pelo delirium podem apresentar sono invertido (sonolência ao longo do dia e hiperatividade durante a noite), devido a perturbação dos ciclo sono-vigília.
- Há ainda chances do sujeito apresentar alterações emocionais as quais se apresentam mais frequentemente no período noturno.
- O delirium possui fortes índices de prevalência em contextos hospitalares e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).
- Há uma maior incidência do quadro hiperativo em homens e hipoativo em mulheres.
- Existe uma certa propensão a institucionalizar, sobretudo se tratando de idosos, quando são acometidos pelo delirium.

(American Psychiatric Association, 2023).



O limiar entre o TNC Maior e o Leve

(American Psychiatric Association, 2023).

O que distingue o TNC Maior e o Leve é o fator da Independência que o sujeito porta, tornando-se assim difícil de estabelecer.

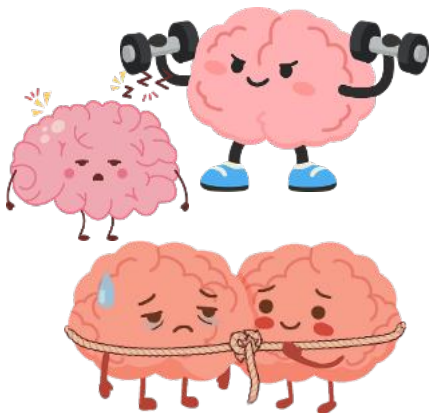
No TNC Maior o indivíduo perde a autonomia de realizar tarefas cotidianas, enquanto o TNC Leve permite que tais tarefas sejam desempenhadas ainda que com maiores esforços.

Escala de gravidade do TNC Maior:

Leve: a dificuldade se apresenta apenas em tarefas complexas (atividades instrumentais).

Moderado: o declínio passa a se manifestar em atividades básicas, como comer ou vestir-se

Grave: o indivíduo torna-se totalmente dependente de terceiros.



O desafio do diagnóstico

"É da idade?"

- O diagnóstico pode ser facilitado ou dificultado a depender da cultura em que o sujeito está, pois "normalizar" a perda funcional durante o envelhecimento ou estigmatizar a "demência" são mecanismos que podem desfavorecer o reconhecimento de quadros diagnósticos.

"Reserva cognitiva"

- Indivíduos que possuam uma reserva cognitiva elevada durante o estágio pré-mórbido possuem maiores chances de mascarar por mais tempo quadros de TNC do tipo Leve. É possível associar isso ao nível de escolaridade dos sujeitos, visto que, baixos níveis de alfabetização é considerado fator de risco.

"A fragilidade do gênero"

- Os TNCs são mais incidentes entre as mulheres, tendo em vista que a contemporaneidade apresenta o processo de feminização da velhice. Além disso, mulheres geralmente apresentam sintomatologia de alterações de humor e delírios, enquanto os homens parecem mais vegetativos.

Por trás do declínio: investigando as causas dos TNCs

Doença de Alzheimer (DA): o "inimigo" mais comum

A Doença de Alzheimer ocupa lugar de principal causa de demência entre pessoas idosas. Vale salientar que o declínio não cessa, mas segue progressivamente de modo gradual (silencioso) (Neto et al., 2024).

A principal característica é o prejuízo na aprendizagem e na memória. O sujeito pode começar a repetir perguntas durante uma mesma conversa e esquecer eventos que ocorreram recentemente, parece haver um comprometimento da "função cerebral de gravar" as informações (American Psychiatric Association, 2023).

Principais causas dos TNCs

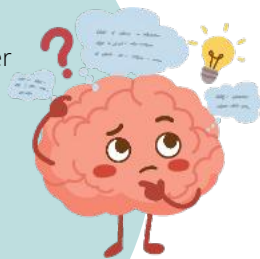
- TNC devido a Doença de Alzheimer (DA)
- TNC Frontotemporal Maior ou Leve
- TNC Maior ou Leve com corpos de Lewy
- TNC Vascular Maior ou Leve
- TNC Maior ou Leve devido a Lesão Cerebral Traumática
- TNC Maior ou Leve induzido por Substância/Medicamento
- TNC Maior ou Leve devido à infecção por HIV
- TNC Maior ou Leve devido à Doença de Prion
- TNC Maior ou Leve devido a Doença de Parkinson
- TNC Maior ou Leve devido a Doença de Huntington
- TNC Maior ou Leve devido a Outra Condição Médica

Você sabia?

- Sintomas no campo da alteração de humor, como a depressão, e alterações do Sono podem iniciar antes mesmo dos sintomas mais características da DA, como a perda de memória.
- Cerca de 60% a 90% dos quadros de demência podem ser decorrentes da DA.

O fechamento social

- O Progresso da doença tende a encurtar os ciclo social tanto dos portadores do quadro, quanto de seus cuidadores, isso se deve ao fato de que os primeiros tendem a perder as capacidades essenciais para a autonomia cotidiana, tornando o sujeitos totalmente dependentes de terceiros (American Psychiatric Association, 2023).





Por trás do declínio: investigando as causas dos TNCs



Corpos de Lewy: quando a mente oscila entre a lucidez e confusão

Entre seus principais sinais estão:

- oscilações marcantes na atenção e no estado de alerta
- alucinações visuais detalhadas
- sintomas semelhantes aos da doença de Parkinson

É comum que o indivíduo apresente distúrbios do sono e sensibilidade intensa a certos medicamentos.



Além disso, Demência com Corpos de Lewy (DCL) apresenta uma evolução progressiva, sendo mais frequente em indivíduos por volta de 70 anos. Durante o percurso da doença pode haver momentos de estabilidade, mas a tendência é o agravamento e isso impossibilita a autonomia do indivíduo.

A Demência com Corpos de Lewy (DCL) é considerada a segunda forma mais comum de demência neurodegenerativa, ficando atrás apenas da Doença de Alzheimer (Nobre et al., 2024).

Você sabia?

E para além das dificuldades de lembrar e pensar, essa doença afeta os movimentos, impossibilitando a manutenção da rotina e interação social do indivíduo, o que impacta diretamente em sua qualidade de vida.



Atente-se

Esse tipo de transtorno pode confundir o diagnóstico, justamente pela variação dos sintomas ao longo do dia. Com isso, é necessário que haja uma escuta atenta e uma investigação cuidadosa. É importante ficar atento também na ordem em que os sintomas aparecem para assim diferenciar a DCL de outros transtornos como a doença de Parkinson.

Por trás do declínio: investigando as causas dos TNCs

Quando o fluxo falha: compreendendo o AVC

O Transtorno Neurocognitivo Vascular ocorre quando alterações na circulação sanguínea, como acidente vascular cerebral (AVC) ou microlesões, comprometem o funcionamento cerebral e as funções cognitivas.

Diferente dos transtornos neurodegenerativos, seu declínio não é contínuo: pode surgir rapidamente após um evento vascular ou ocorrer gradualmente, com prejuízos acumulativos ao longo do tempo.

Essa alternância entre piora e relativa estabilidade pode dificultar o reconhecimento da doença.

Como o cérebro corresponde ao dano vascular?

- Afeta principalmente atenção e funções executivas.
- Compromete a velocidade de processamento de informação.



Saúde, estilo de vida e cognição: conexões que não podem ser ignorados

De acordo com o DSM, o desenvolvimento e a progressão do TNC vascular estão relacionados a fatores que envolvem tanto a dimensão biológica quanto o estilo de vida do indivíduo.

Fatores ambientais

- Nível de escolaridade
- Prática de atividades físicas
- Estímulo cognitivo ao longo da vida



Já no âmbito fisiológico, os principais fatores de risco estão diretamente relacionados às condições que comprometem a saúde vascular. Entre eles, destacam-se:

Fatores fisiológicos

- Hipertensão arterial
- Diabetes
- Tabagismo
- Obesidade
- Níveis altos de colesterol.

Curiosidade em foco

- Entre 20% e 30% dos indivíduos podem desenvolver comprometimento cognitivo após um AVC
- É uma das principais causas de declínio cognitivo na população idosa.



Referências:

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Porto Alegre, RS: Artmed, 2023.
- COUTO, M. B.; CORREIA, J. P.; ORTIGA, R.; GONÇALVES, A. S.; MONTELEONE, F.; SILVA, L.; OLIVEIRA, S. Idosos e saúde mental: o impacto social. RIAGE - Revista Ibero-Americana De Gerontologia, v. 5. Disponível em: <https://doi.org/10.61415/riage.238>. Acesso em: 8 de maio 2026.
- NETO, F. M. L.; OLIVEIRA, M. A.; PORTO, N. M.; LANDIVA, J. A. M.; SENJU, A. L. A.; CARVALHO, J. S. V.-N.; SILVA, B. M. V. Transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à Doença de Alzheimer: estudo neuropatológico. Revista Delos, v. 17, n. 58, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/rdelosv17.n58-020>. Acesso em: 8 de maio 2026.
- LOPES, G. Transtornos Neurocognitivos: o que são e como identificá-los. Instituto Sanapta, 2025. Disponível em: institutosanapta.com.br/blog/transtornos-neurocognitivos/. Acesso em: 8 de maio 2026.
- NOBRE, P. V. C.; BARRETO, R. A. C.; CORREIA, V. L. W. J.; LOPES, T. L. O. A.; MARANHÃO, E. B. A.; BRITO, I. M.; SILVEIRA, V. C. B.; SILVA, S. D. V.; CAVALCANTE, R. N. G. Q. H.; MARQUES, V. S.; MARQUES, T. P. S.; RIBEIRO, J. S. Demência com corpos de Lewy: considerações fisiopatológicas e terapêuticas. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 3, p. 2852-2861, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p2852-2861>. Acesso em: 3 de maio 2026.
- SOUSA, A. C. P. A.; NÓBREGA, R. P. A. M.; BRITO, C. C. M. Abordagens terapêuticas para delirium em idosos: uma revisão de escopo. Revista Neurociências, v. 34, 2026. Disponível em: periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/20152/14879. Acesso em: 8 de maio 2026.

Capítulo 20

A Psicopatologia da Personalidade

Transtornos de Personalidade

*Anna Caroline Guimarães Viana
Cecília dos Santos Rodrigues*

São compreendidos como padrões persistentes de pensamento, emoção e comportamento que se desviam das expectativas culturais e prejudicam a vida social, afetiva e profissional do indivíduo. Esses padrões costumam surgir na adolescência ou início da vida adulta e tendem a permanecer ao longo do tempo.

Para que seja considerado um transtorno da personalidade, o padrão precisa:

- ser rígido e persistente;
- aparecer em diferentes contextos;
- causar sofrimento ou prejuízo funcional;
- não ser explicado por outro transtorno mental, substâncias ou condição médica.

As 4 áreas de manifestação (pelo menos duas devem estar presentes):

1. Cognição (formas de perceber a si mesmo e aos outros); **2. Afetividade** (intensidade e adequação da resposta emocional); **3. Funcionamento interpessoal**; **4. Controle de impulsos.**

Os transtornos da personalidade estão reunidos em três grupos, com base em semelhanças descritivas:

Grupo A (Esquisitos ou Excêntricos)
→ inclui os transtornos da personalidade **paranoide, esquizoide e esquizotípica**

Grupo B (Dramáticos, Emotivos ou Erráticos) → inclui os transtornos da personalidade **antissocial, borderline, histriônica e narcisista**

Grupo C (Ansiosos ou Medrosos)
→ inclui os transtornos da personalidade **evitativa, dependente e obsessivo compulsiva**

Modelos dos Transtornos da Personalidade

O DSM-5 utiliza principalmente um modelo categórico, no qual cada transtorno da personalidade possui critérios diagnósticos específicos.

Entretanto, existe também o modelo dimensional, que entende os transtornos da personalidade como extremos disfuncionais de traços normais da personalidade.

Nesse modelo, os sintomas são vistos em um continuum, variando de leves a graves.

Traço de Personalidade x Transtorno da Personalidade

- Traços de personalidade fazem parte das diferenças naturais entre os indivíduos e influenciam a maneira de pensar, sentir e se comportar.
- Esses traços só são considerados transtornos quando se tornam rígidos, persistentes e mal-adaptativos, causando sofrimento significativo ou prejuízo funcional.

Transtornos da Personalidade do Grupo A

São caracterizados por comportamentos considerados estranhos, excêntricos ou socialmente distantes. Em geral, envolvem dificuldade nas relações interpessoais, desconfiança e isolamento social.

1. Transtorno da Personalidade Paranoide

Caracterizado por uma desconfiança e suspeita difusa dos outros, cujas motivações costumam ser interpretadas como malévolas.

Principais características:

- crença frequente de estar sendo enganado, explorado ou prejudicado;
- dificuldade intensa em confiar nas pessoas;
- hipersensibilidade a críticas;

- tendência a guardar rancor;
- ciúmes excessivos e questionamento constante da lealdade dos outros.

Funcionamento interpessoal:

As relações costumam ser marcadas por vigilância, conflitos e dificuldade de intimidade emocional. Comentários neutros podem ser interpretados como ataques ou ameaças.

Diagnóstico diferencial:

Apesar da intensa desconfiança, não há perda importante do contato com a realidade, como ocorre em transtornos psicóticos.

Consequências associadas:

- dificuldade em manter vínculos afetivos;
- conflitos interpessoais frequentes;
- isolamento social progressivo.

2. Transtorno da Personalidade Esquizoide

Caracteriza-se por um padrão persistente de distanciamento social e limitação da expressão emocional.

Principais características:

- preferência por atividades solitárias;
- pouco interesse em vínculos afetivos;
- dificuldade em expressar emoções;
- aparente frieza emocional;
- indiferença a elogios e críticas;
- poucos relacionamentos íntimos

Funcionamento emocional e social:

Esses indivíduos costumam parecer emocionalmente distantes e apresentam pouco interesse em interações sociais ou relacionamentos amorosos.

Diagnóstico diferencial:

Diferentemente do transtorno da personalidade evitativa, o indivíduo esquizoide geralmente não sofre intensamente pela ausência de relações sociais.

Consequências associadas:

- isolamento social;
- dificuldade em ambientes que exigem interação constante;
- limitação da vida afetiva.

3. Transtorno da Personalidade Esquizotípica

Caracterizado por dificuldades interpessoais importantes, comportamento excêntrico e distorções cognitivas ou perceptivas.

Principais características:

- pensamento mágico ou crenças incomuns;
- fala e comportamento excêntricos;
- ansiedade social intensa;
- ideias paranoides;
- experiências perceptivas incomuns;
- dificuldade em estabelecer vínculos próximos.

Funcionamento interpessoal:

Frequentemente são percebidos como “estranhos” ou “peculiares” devido à forma incomum de pensar, agir e se relacionar.

Diagnóstico diferencial:

Embora possam apresentar experiências perceptivas incomuns, o contato com a realidade costuma ser mais preservado do que em transtornos psicóticos.

Atente-se



O transtorno da personalidade esquizotípica pertence ao espectro relacionado à esquizofrenia, porém sem perda persistente do contato com a realidade.

Atente-se



As crenças incomuns e experiências perceptivas presentes nesse transtorno não equivalem necessariamente a delírios psicóticos completos.

Consequências associadas:

- prejuízo nas relações interpessoais;
- isolamento social;
- dificuldade de adaptação social.

Transtornos da Personalidade do Grupo B

Os transtornos do Grupo B envolvem padrões dramáticos, impulsivos, emocionalmente intensos ou instáveis. As relações interpessoais costumam ser marcadas por conflitos e impulsividade.

1. Transtorno da Personalidade Antissocial

Caracteriza-se por um padrão persistente de desrespeito e violação dos direitos das outras pessoas.

Principais características:

- impulsividade;
- agressividade;
- manipulação;
- irresponsabilidade;
- mentiras frequentes;
- ausência de remorso;
- desrespeito às normas sociais.

Funcionamento interpessoal:

As relações frequentemente são marcadas por exploração, agressividade e baixa empatia.

Critério importante:

O DSM-5 destaca que devem existir sinais de transtorno da conduta antes dos 15 anos de idade.

Atente-se

Nem todo indivíduo com transtorno da personalidade antissocial é considerado psicopata. A psicopatia está relacionada principalmente à ausência extrema de empatia, manipulação, frieza emocional e charme superficial.



Consequências associadas:

- maior risco de violência;
- conflitos legais;
- uso de substâncias;
- dificuldades profissionais e afetivas;
- comportamento de risco frequentes.

Comorbidades comuns:

- transtornos relacionados ao uso de substâncias;
- transtornos do controle de impulsos;
- histórico de transtorno da conduta.

2. Transtorno da Personalidade Borderline

Marcado por intensa instabilidade emocional, impulsividade e dificuldade nas relações interpessoais.

Principais características:

- medo intenso de abandono;
- alterações rápidas de humor;
- impulsividade;
- sensação crônica de vazio;
- automutilação;
- comportamentos suicidas;
- dificuldade no controle da raiva.

Funcionamento emocional:

As emoções costumam ser vivenciadas de forma extremamente intensa, principalmente em situações de rejeição, abandono ou frustração afetiva.

Funcionamento interpessoal:

Os relacionamentos tendem a ser instáveis, alternando entre idealização e desvalorização do outro.

Diagnóstico diferencial:

Difere do transtorno bipolar porque as alterações emocionais costumam ser rápidas e relacionadas a conflitos interpessoais.



O transtorno da personalidade borderline não é o mesmo que transtorno bipolar. No borderline, as mudanças emocionais costumam ser rápidas e relacionadas a conflitos interpessoais, enquanto no transtorno bipolar os episódios de humor tendem a durar mais tempo e ocorrer de maneira mais independente das situações sociais.

Comorbidades comuns:

- transtornos depressivos;
- transtornos de ansiedade;
- transtornos alimentares;
- uso de substâncias;
- comportamento suicida e automutilação.

A automutilação pode ocorrer como tentativa de aliviar sofrimento emocional intenso, sensação de vazio ou medo de abandono.

Consequências associadas:

- instabilidade nos relacionamentos;
- sofrimento emocional intenso;
- maior risco de suicídio;
- prejuízo social e profissional.

3. Transtorno da Personalidade Histriônica

Caracteriza-se por emocionalidade excessiva e necessidade constante de atenção.

Principais características:

- busca constante por aprovação;
- dramatização;
- sedução excessiva;
- emoções intensas e superficiais;

- busca constante por aprovação;
- dramatização;
- sedução excessiva;
- emoções intensas e superficiais;

Funcionamento interpessoal:

Os relacionamentos podem parecer superficiais ou mais íntimos do que realmente são.

Funcionamento emocional:

As emoções tendem a mudar rapidamente e podem parecer exageradas.

Diagnóstico diferencial:

Diferencia-se do transtorno borderline pela menor presença de impulsividade autodestrutiva e medo intenso de abandono.

Consequências associadas:

- dificuldade em relações estáveis;
- dependência de validação externa;
- conflitos interpessoais frequentes.

4. Transtorno da Personalidade Narcisista

Caracterizado por grandiosidade, necessidade excessiva de admiração e dificuldade de empatia.

Principais características:

- sentimento de superioridade;
- necessidade constante de reconhecimento;
- fantasias de sucesso e poder;
- arrogância;
- dificuldade em aceitar críticas;
- exploração interpessoal.

Funcionamento interpessoal:

As relações frequentemente são utilizadas para validação pessoal ou obtenção de vantagens.

Funcionamento emocional:

Apesar da aparência autoconfiante, muitos indivíduos apresentam fragilidade emocional diante de críticas e rejeições.

Diagnóstico diferencial:

Diferencia-se do transtorno histriônico porque a principal necessidade é admiração e superioridade, e não apenas atenção.

Consequências associadas:

- dificuldades em relações interpessoais;
- sensibilidade intensa a críticas;
- conflitos em ambientes sociais e profissionais.

Transtornos da Personalidade do Grupo C

Os transtornos do Grupo C são marcados principalmente por ansiedade, insegurança e medo.

1. Transtorno da Personalidade Evitativa

Caracteriza-se por forte inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à crítica.

Principais características:

- baixa autoestima;
- medo intenso de rejeição;
- insegurança;
- evitação de relações sociais;

- insibilidade exagerada a críticas;
- sentimento constante de inadequação.

Funcionamento interpessoal:

Embora desejem vínculos afetivos, evitam relações por medo de humilhação ou desaprovação.

No transtorno da personalidade evitativa, o indivíduo deseja relações afetivas e sociais, mas evita aproximação devido ao medo intenso de rejeição, crítica ou humilhação.

Diagnóstico diferencial:

Isso o diferencia do transtorno esquizoide, no qual geralmente existe pouco interesse por vínculos interpessoais.

Consequências associadas:

- isolamento social;
- prejuízo acadêmico e profissional;
- baixa autoestima persistente;
- dificuldade em estabelecer relacionamentos afetivos.

2. Transtorno da Personalidade Dependente

Marcado por necessidade excessiva de cuidado e dificuldade em agir de forma independente.

Principais características:

- dificuldade em tomar decisões;
- comportamento submisso;
- medo intenso de abandono;
- necessidade constante de apoio;
- dificuldade em discordar;
- dependência emocional.



Funcionamento interpessoal:

As relações costumam ser marcadas por submissão e necessidade excessiva de proteção.

Consequências associadas:

- maior vulnerabilidade a relações abusivas;
- dificuldade em manter autonomia emocional;
- medo intenso da solidão.

Diagnóstico diferencial:

Diferencia-se do transtorno borderline pela predominância da submissão e dependência, e não da intensa instabilidade emocional.

3. Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva

Caracteriza-se por preocupação excessiva com organização, perfeccionismo, controle e rigidez.

Principais características:

- perfeccionismo excessivo;
- necessidade intensa de controle;
- rigidez moral;
- preocupação exagerada com regras;
- dificuldade em delegar tarefas;
- excesso de organização.

Funcionamento emocional:

Pode haver dificuldade em lidar com mudanças, imprevistos e situações fora do controle.

Apesar do nome semelhante, o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva não é o mesmo que o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

No transtorno da personalidade predominam:

- perfeccionismo;
- rigidez;
- necessidade de controle.



Já no TOC predominam:

- obsessões;
- compulsões;
- pensamentos intrusivos.

O perfeccionismo excessivo pode prejudicar a produtividade, pois o indivíduo frequentemente encontra dificuldade em finalizar tarefas por considerá-las “nunca boas o suficiente”.

Funcionamento interpessoal:

A rigidez e necessidade de controle podem gerar conflitos nas relações pessoais e profissionais.

Consequências associadas:

- dificuldade de adaptação;
- excesso de autocobrança;
- prejuízo nas relações interpessoais;
- dificuldade em flexibilizar rotinas.

Considerações Finais

Os transtornos da personalidade influenciam profundamente a forma como o indivíduo percebe a si mesmo, os outros e o mundo ao seu redor. Seus impactos podem atingir relações afetivas, vida profissional, funcionamento social e saúde mental de maneira ampla e persistente.

O diagnóstico deve considerar fatores culturais, sociais e históricos, evitando interpretações simplificadas ou estigmatizantes. O objetivo clínico é compreender padrões duradouros de funcionamento psicológico que causam sofrimento e prejuízo funcional, possibilitando intervenções terapêuticas adequadas.

Rereferência:
American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.

Capítulo 21

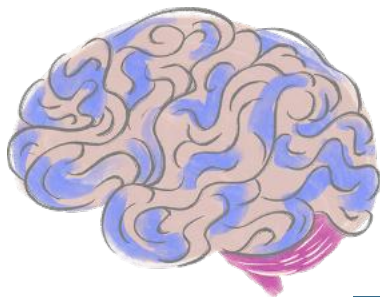
Desejos Incomuns

Transtornos Parafílicos

Luciele Ferreira Dias Bitencourt

Conceituação e diferenciação de Parafilias e Transtornos Parafílicos

- É válido ressaltar que o DSM-5-TR conceitua a parafilia como um interesse sexual intenso e persistente que não se direciona à estimulação genital nem às carícias preliminares com parceiros humanos que consentem e apresentam maturidade física adequada (American Psychiatric Association [APA], 2023).
- Entretanto, comportamentos sexuais que não correspondem a padrões socialmente estabelecidos não são, por si só, considerados desvios sexuais ou indicativos de parafilia, especialmente quando ocorrem de forma consensual entre os indivíduos envolvidos.
- Nesse viés, o transtorno parafílico pode ser compreendido como uma condição em que os interesses parafílicos estão associados a sofrimento significativo, prejuízos no funcionamento do indivíduo ou situações que envolvam danos ou risco de danos a outras pessoas.
- Entretanto, a presença de uma parafilia, isoladamente, não é suficiente para caracterizar um transtorno parafílico nem implica, necessariamente, necessidade de intervenção clínica.
- Para fins diagnósticos, o DSM-5-TR estabelece critérios A e B específicos para diferenciar parafilia de transtorno parafílico que são:
 - A. Refere-se à natureza da parafilia;**
 - B. Envolve suas consequências negativas, como sofrimento, prejuízo funcional ou risco de danos.**
- Dessa forma, o diagnóstico de transtorno parafílico exige a presença simultânea de ambos os critérios.
- Quando apenas o Critério A está presente, considera-se a existência de uma parafilia, mas não de um transtorno parafílico (APA, 2023).



Principais Transtornos Parafílicos descritos no DSM-5-TR

- Excitação sexual recorrente e intensa decorrente da observação de indivíduos desprevenidos que estejam nus, despindo-se ou envolvidos em atividade sexual.
- Presença de sofrimento significativo, prejuízo no funcionamento do indivíduo ou envolvimento em comportamentos relacionados ao interesse parafílico. Na ausência desses fatores, pode-se considerar a existência de um interesse sexual voyeurista, mas não necessariamente de um transtorno voyeurista (APA, 2023).

Este transtorno pode se apresentar através das seguintes características:

- Após compreender a diferença entre parafilia e transtorno parafílico, torna-se essencial conhecer os oito principais transtornos descritos pelo DSM-5-TR que são: transtorno voyeurista, transtorno exibicionista, transtorno frotteurista, transtorno de masoquismo sexual, transtorno de sadismo sexual, transtorno pedofílico, transtorno fetichista e transtorno de travestismo.
- Cada um deles possui características próprias e critérios diagnósticos específicos, que serão apresentados a seguir, de modo a facilitar a compreensão e o aprofundamento sobre o tema.

4.1 Transtorno Voyeurista

Conceito:

Caracteriza-se pela presença recorrente e intensa de excitação sexual relacionada à observação de pessoas desprevenidas que estejam nuas, se despindo ou envolvidas em atividade sexual (APA, 2023).



4.2 Transtorno Exibicionista

Conceito:

O transtorno exibicionista caracteriza-se pela presença de excitação sexual intensa e recorrente relacionada ao ato de expor os próprios órgãos genitais a uma pessoa desprevenida ou quando não há consentimento. Essa excitação pode manifestar-se por fantasias, impulsos ou comportamentos persistentes (APA, 2023).

Este transtorno pode se apresentar através das seguintes características:

- Para o diagnóstico do transtorno exibicionista é necessária a presença recorrente desses impulsos, fantasias ou comportamentos associados à exposição genital, acompanhados de sofrimento clinicamente significativo,
- Prejuízo no funcionamento do indivíduo ou prática do comportamento envolvendo pessoas sem consentimento.
- A presença isolada de interesse sexual relacionado ao exibicionismo não é suficiente para caracterizar um transtorno parafílico (APA, 2023).

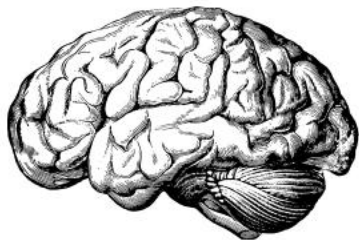
Este transtorno pode se apresentar através das seguintes características:

- O transtorno Frotteurista envolve fantasias, impulsos ou comportamentos recorrentes relacionados ao ato de tocar ou esfregar-se em indivíduos sem consentimento.
- Para o diagnóstico, esses interesses devem estar associados a sofrimento clinicamente significativo, prejuízo no funcionamento do indivíduo ou prática do comportamento envolvendo pessoas que não consentem
- . A presença isolada do interesse sexual, sem sofrimento, prejuízo funcional ou prática do comportamento, não é suficiente para caracterizar o transtorno. Além disso, comportamentos recorrentes relacionados ao interesse parafílico podem contribuir para a avaliação diagnóstica (APA, 2023).

4.3 Transtorno Frotteurista

Conceito:

Caracteriza-se por excitação sexual recorrente relacionada ao ato de tocar ou esfregar-se em indivíduos sem consentimento, geralmente em ambientes públicos (APA, 2023).



4.4 Transtorno do Masoquismo Sexual

Conceito:

O transtorno de masoquismo sexual caracteriza-se pela presença de excitação sexual intensa e recorrente relacionada ao ato de ser humilhado, agredido, submetido ou submetido a sofrimento físico (APA, 2023).

Este transtorno pode se apresentar através das seguintes características:

- Para o diagnóstico, essas fantasias, impulsos ou comportamentos devem estar associados a sofrimento clinicamente significativo, prejuízo funcional ou impactos relevantes no funcionamento do indivíduo. A presença isolada do interesse sexual não caracteriza, necessariamente, um transtorno parafílico (APA, 2023).

Este transtorno pode se apresentar através das seguintes características:

- O transtorno de sadismo sexual pode ser identificado tanto em indivíduos que reconhecem interesses sexuais relacionados ao sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa quanto naqueles que os negam, mesmo diante de evidências comportamentais.
- Para o diagnóstico, esses interesses devem estar associados a sofrimento clinicamente significativo, prejuízo funcional ou comportamentos que envolvam dano, risco de dano ou ausência de consentimento.
- A presença isolada de interesse sexual sádico, sem sofrimento, prejuízo ou prática desses comportamentos, não é suficiente para caracterizar o transtorno (APA, 2023).

4.5 Transtorno do Sadismo Sexual

Conceito:

O transtorno de sadismo sexual caracteriza-se pela presença de excitação sexual intensa e recorrente associada ao sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa, podendo manifestar-se por fantasias, impulsos ou comportamentos persistentes. Para a caracterização do transtorno, esses interesses devem estar relacionados a sofrimento clinicamente significativo, prejuízo funcional ou envolver indivíduos sem consentimento (APA, 2023).



4.6 Transtorno Pedofílico

Conceito:

O transtorno pedofílico caracteriza-se pela presença de fantasias, impulsos ou comportamentos sexualmente excitantes, recorrentes e intensos envolvendo crianças pré-púberes, geralmente com idade igual ou inferior a 13 anos. Para a caracterização do transtorno, esses interesses devem estar associados a sofrimento clinicamente significativo, prejuízo funcional ou prática dos comportamentos relacionados ao interesse sexual (APA, 2023).

Este transtorno pode se apresentar através das seguintes características:

- O transtorno pedofílico pode ser identificado tanto em indivíduos que reconhecem atração sexual persistente por crianças pré-púberes quanto naqueles que a negam, apesar de evidências comportamentais.
- Para o diagnóstico, esses interesses devem estar associados a sofrimento clinicamente significativo, prejuízo funcional ou prática dos impulsos sexuais relacionados ao interesse parafílico.
- A presença isolada do interesse sexual, sem sofrimento, prejuízo importante ou comportamento relacionado, não é suficiente para caracterizar o transtorno. Além disso, comportamentos persistentes relacionados ao interesse sexual por crianças podem contribuir para a avaliação diagnóstica (APA, 2023).

4.7 Transtorno Fetichista

Conceito:

O transtorno fetichista caracteriza-se pela presença de excitação sexual intensa e recorrente relacionada ao uso de objetos inanimados ou a um foco específico em partes do corpo não genitais, manifestando-se por fantasias, impulsos ou comportamentos persistentes (APA, 2023).

Este transtorno pode se apresentar através das seguintes características:

- O transtorno fetichista envolve excitação sexual recorrente e intensa relacionada ao uso de objetos inanimados ou ao foco em partes do corpo não genitais, como pés, dedos ou cabelos.
- Para ser considerado um transtorno, esse padrão precisa causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida. Quando não há sofrimento ou prejuízo associado, trata-se apenas de um interesse fetichista, e não de um transtorno (APA, 2023).

4.8 Transtorno Transvêstico

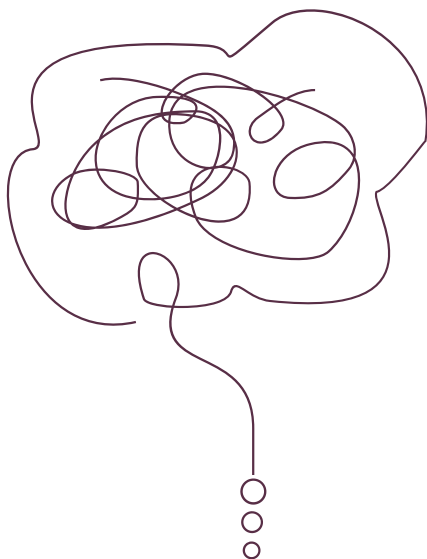
Conceito:

O transtorno transvêstico é um transtorno parafílico caracterizado por excitação sexual intensa e recorrente relacionada ao uso de roupas tradicionalmente associadas ao gênero oposto, causando sofrimento significativo ou prejuízo na vida social, profissional ou pessoal do indivíduo (APA, 2023).



Este transtorno pode se apresentar através das seguintes características:

- As características diagnósticas do transtorno transvêstico envolvem a presença de excitação sexual recorrente relacionada ao uso de roupas do gênero oposto, acompanhada de sofrimento emocional significativo ou prejuízo social e interpessoal. O transtorno não se aplica a todas as pessoas que praticam o cross-dressing (uso de roupas associadas ao outro gênero), mas apenas àquelas em que o comportamento está associado à excitação sexual frequente e causa sofrimento clínico relevante.
- O uso das roupas pode variar desde poucas peças até a caracterização completa do gênero oposto, podendo também estar associado à masturbação, fantasias sexuais e dificuldades em relações sexuais sem o uso dessas roupas (APA, 2023).



REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.
- Silva, B. L., Souza, L. do C., Santos, V. É. da S., Pereira, G. dos S., & Targino, G. C. (2020). Parafilias, transtornos parafilicos e aspectos na contemporaneidade. *Revista Brasileira de Direito e Gestão Pública*, 8(2), 308–318. <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/RDGP/article/view/7908>

Capítulo 22

Além dos Transtornos Mentais

Outros Transtornos Mentais e Códigos Adicionais; Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos; Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica

Eunaihara Lígia Lira Marques

Sabe-se que o DSM delinea e categoriza critérios diagnósticos para a avaliação dos transtornos mentais. Dessa forma, o manual se propõe a codificá-los, isto é, atribuir-lhes códigos específicos. Contudo, para além dos transtornos mentais, o DSM também se propõe a tentar compreender e codificar outras condições associadas ao sofrimento psíquico e prejuízos, com o objetivo de facilitar o registro clínico e epidemiológico.

Assim, os capítulos finais do manual se propõem a discutir e apresentar essas codificações, as quais serão detalhadas a seguir.

O Capítulo intitulado: "**Outros Transtornos Mentais e Códigos Adicionais**" apresenta descrições e códigos diagnósticos para quadros psiquiátricos que

causam sofrimento clinicamente significativo e/ou prejuízo funcional, e que não atendem aos critérios de nenhum transtorno descrito.

São exemplos: Outro Transtorno Mental Especificado Devido a Outra Condição Médica (F06.8) e Transtorno Mental Não Especificado Devido a Outra Condição Médica (F09).

O Capítulo dos: "**Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos e Outros Efeitos Adversos de Medicamentos**"

discute as condições frequentes e clinicamente relevantes associadas ao uso de medicamentos que exigem atenção por possível confusão diagnóstica e impacto no manejo terapêutico. Apesar de levar o nome não são considerados transtornos mentais em si, são condições clínicas relevantes associadas ao uso de fármacos.

Por exemplo: Parkinsonismo Induzido por Medicamento, Tremor Postural Induzido por Medicamento dentre outros.

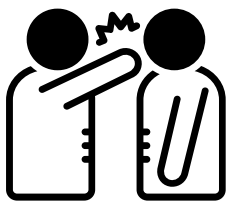
Já o capítulo "**Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica**"

inclui condições e problemas psicossociais e ambientais que podem ser foco da atenção clínica ou afetar, de outra forma, o diagnóstico, o curso, o prognóstico ou o tratamento do transtorno mental de um indivíduo.

As condições e os problemas listados neste capítulo **não são transtornos mentais**. Sua inclusão no DSM-5-TR pretende atrair atenção para a abrangência das questões adicionais que podem ser encontradas na prática clínica de rotina, além de constituir uma lista sistemática que pode ser útil aos clínicos na documentação dessas questões.

São exemplos: Comportamento suicida e autolesão não suicida; Abuso e negligência; Problemas de relacionamento; Problemas educacionais; Problemas profissionais; e Problemas de moradia.

(APA, 2023)



Rereferência:

American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado). Artmed.

Parte III - Aspectos reflexivos

Capítulo 23

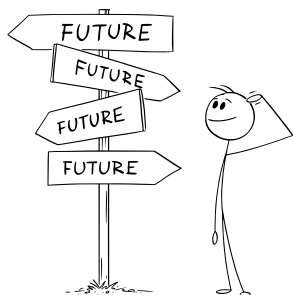
O Futuro do DSM: Interfaces entre Dimensões Biológicas, Culturais e Sociais

Eunaihara Lígia Lira Marques

A Associação Americana de Psiquiatria (APA), em janeiro de 2026, através do Comitê Estratégico para o Futuro do DSM, publicou **cinco importantes documentos** que oferecem uma compreensão sobre o futuro do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

Além disso, esses materiais são resultados de um ano de estudos que trazem um modelo prospectivo para a evolução do DSM, bem como análises críticas e avanços científicos.

Em seguida há uma breve síntese desses materiais:



1. O futuro do DSM: o funcionamento e a qualidade de vida são elementos essenciais para um diagnóstico psiquiátrico completo?

(American Journal of Psychiatry, Drexler et al., 2026)

O documento em formato de "Comentário" argumenta que um diagnóstico psiquiátrico completo não deveria se limitar aos sintomas, como ocorre majoritariamente no DSM atual. Propõe que o diagnóstico seja uma avaliação do impacto global da condição na vida da pessoa.

Assim, o diagnóstico deveria incorporar:

- O funcionamento psicossocial (trabalho, estudo, relações, autonomia).

Isso permitiria avaliar gravidade real do transtorno, distinguir sintomas leves vs. incapacitantes e orientar melhor decisões terapêuticas.

- A qualidade de vida percebida pelo paciente também deveria integrar o diagnóstico. Pois duas pessoas com mesma sintomatologia podem ter experiências subjetivas muito diferentes de sofrimento e bem-estar.

Isso introduz uma dimensão centrada no paciente, aproximando a psiquiatria de modelos de medicina baseada em resultados relevantes para o indivíduo.

- Propõem-se que futuros sistemas diagnósticos incluam três eixos principais:

1. Sintomas psicopatológicos
2. Funcionamento
3. Qualidade de vida

Esse modelo permitiria diagnóstico mais preciso, avaliação longitudinal mais sensível e maior utilidade clínica.

2. O futuro do DSM: uma visão estratégica para a incorporação dos determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais e da interseccionalidade

(American Journal of Psychiatry, Wainberg et al., 2026)

O documento questiona o foco da origem dos sintomas no DSM que se concentra especialmente nos aspectos biológicos.

Os autores argumentam que isso é insuficiente, porque a saúde mental é profundamente influenciada pelas condições de vida das pessoas, como renda, educação, ambiente, cultura e acesso aos serviços de saúde.

Assim, esses fatores devem ser incorporados diretamente no processo diagnóstico, pois eles:

- influenciam o risco de desenvolver transtornos mentais
- afetam o acesso ao cuidado
- impactam a evolução e recuperação dos pacientes

Determinantes sociais e contexto

O texto reforça que a saúde mental não pode ser entendida isoladamente do contexto.

Fatores como:

- pobreza
- desigualdade social
- condições de moradia
- acesso à educação
- qualidade dos serviços de saúde moldam tanto o adoecimento quanto as possibilidades de tratamento.

Além disso, há uma relação bidirecional:

➡ esses fatores influenciam a saúde mental

➡ e os transtornos mentais também podem piorar essas condições (ex: perda de emprego, insegurança alimentar)



Interseccionalidade

O texto destaca o conceito de interseccionalidade que "trata-se do(s) estudo(s) das sobreposições contextuais e culturais entre identidades sociais e dos sistemas relacionados de opressão ou discriminação. Estes estudos visam descrever como raça, classe, gênero, orientação sexual, capacidade física e outras características individuais se cruzam e se combinam, moldando experiências únicas de marginalização para indivíduos e grupos.

Neste sentido, a interseccionalidade mostra que a saúde, especialmente a saúde mental, é resultado da interação complexa entre identidades sociais e determinantes estruturais, sendo essencial para compreender desigualdades e orientar práticas mais equitativas.

Abordagem de Prevenção

O texto propõe um modelo de prevenção em três níveis: **primária** (combate às causas raízes, como pobreza), **secundária** (detecção precoce sensível ao contexto) e **terciária** (apoio à recuperação, abordando instabilidades como moradia e insegurança econômica).

Estratégias para o Futuro DSM

Três estratégias principais são discutidas para incorporar esses fatores sem alterar os critérios diagnósticos básicos:

1. Integração nos fluxos de trabalho rotineiros para identificar domínios relevantes de risco.
2. Uso de árvores de decisão clínica para estratificação de risco, onde uma alta carga de determinantes sociais aciona planos de cuidados mais intensivos.
3. Desenvolvimento de modelos diagnósticos ajustados ao risco, que utilizam modificadores contextuais para informar o tratamento.

Ferramentas e Inovações

Propõe-se a criação de novos especificadores (ex: "com instabilidade habitacional" ou "exposição a discriminação crônica"), o uso de ferramentas de pontuação dimensional e modelos de formulação de caso como os 4Ps (fatores predisponentes, precipitantes, perpetuadores e protetores).

Papel da Comunidade

O artigo enfatiza a importância de recursos comunitários, como igrejas, curadores indígenas e promotores de saúde como componentes essenciais de um ecossistema de saúde mental equitativo.

Por fim, o objetivo principal deste texto é transformar o DSM em um "documento vivo" que promova uma psiquiatria mais justa, precisa e centrada na pessoa, capturando a complexidade da experiência vivida sem sobrecarregar excessivamente os clínicos.

3. O Futuro do DSM: Um Relatório do Subcomitê de Estrutura e Dimensões

(American Journal of Psychiatry, Öngür et al. 2026)

Apresenta as deliberações de um subcomitê da Associação Psiquiátrica Americana (APA) encarregada de identificar a estrutura mais útil clinicamente para as futuras edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

Em linhas gerais, o artigo trata de uma proposta para mudar a estrutura do DSM, que permanece essencialmente o mesmo desde 1980, para melhor capturar a natureza complexa e multidimensional da saúde mental

Os principais objetivos do artigo e do modelo proposto são:



- **Incorporar a Dimensionalidade e a Gravidade:** O modelo sugere que a gravidade da doença seja documentada explicitamente como um parâmetro independente, reconhecendo que os transtornos ocorrem em um continuum de psicopatologia e não apenas como categorias discretas de "presente" ou "ausente";
- **Permitir Diferentes Níveis de Especificidade:** O subcomitê propõe que os clínicos possam utilizar diagnósticos com graus variáveis de detalhamento. Por exemplo, um paciente poderia ser diagnosticado apenas dentro de uma "categoria principal" (como transtorno psicótico) se as informações forem insuficientes para um diagnóstico específico (como esquizofrenia);
- **Integrar Fatores Contextuais e Biológicos:** Pela primeira vez, propõe-se a inclusão formal de domínios para fatores contextuais (determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais) e biomarcadores/fatores biológicos (genética, neuroimagem, etc.) na formulação diagnóstica.
- **Abordar Características Transdiagnósticas:** O modelo inclui um domínio para características que transcendem categorias diagnósticas específicas, como ansiedade ou dificuldades cognitivas presentes em diversos quadros.

- **Manter a Utilidade Clínica e a Harmonização:**

Um objetivo central é garantir que a nova estrutura continue sendo uma ferramenta prática para comunicação entre profissionais e que mantenha a compatibilidade com os códigos da CID (Classificação Internacional de Doenças) para fins de faturamento e registros médicos;

- **Transição para um Modelo de "Melhoria Contínua":** O artigo defende que o DSM se torne um "documento vivo", com atualizações digitais regulares baseadas em novos avanços científicos, em vez de passar por revisões completas e periódicas a cada década.

O subcomitê neste texto enfatiza que este modelo reflete uma discussão em evolução e serve para solicitar feedback da comunidade científica e clínica, não sendo ainda um produto final para implementação imediata.

4. O futuro do DSM: o papel dos biomarcadores candidatos e dos fatores biológicos

(American Journal of Psychiatry, CUTHBERT et al., 2026)

O artigo trata da transição necessária na psiquiatria de um sistema de diagnóstico puramente baseado em sintomas para um modelo informado por medidas biológicas objetivas.

- **Estado Atual do DSM:**

Atualmente, o DSM (desde a versão III até a 5-TR) utiliza uma abordagem descritiva baseada em sintomas. O artigo reconhece que, embora o DSM-5 tenha considerado uma abordagem neurobiológica, ela não foi adotada na época porque, com exceção da doença de Alzheimer, faltavam biomarcadores com especificidade e sensibilidade suficientes para a prática clínica rotineira.

- **Definição e Categorias de Biomarcadores:** O artigo utiliza a definição da FDA (Que significa Administração de Alimentos e Medicamentos, agência reguladora dos Estados Unidos) que classifica biomarcadores em oito tipos, incluindo diagnósticos, preditivos (para resposta ao tratamento), prognósticos e de suscetibilidade/risco.

- **Exemplos de Biomarcadores Candidatos:** O texto detalha áreas promissoras que podem transformar o diagnóstico e o tratamento, tais como: Marcadores Genéticos: O uso de Escores de Risco Poligênico (PRS) para avaliar a predisposição a transtornos como a esquizofrenia.

Os pontos principais abordados no texto:

Marcadores Imunológicos: O uso da Proteína C-Reativa (CRP) para identificar subtipos inflamatórios de depressão que respondem melhor a determinados medicamentos, dentre outros.

- **Papel do RDoC:** O programa Research Domain Criteria (RDoC - Proposto pelo NIMH - National Institute of Mental Health) é destacado como essencial pois visa construir uma classificação baseada em dimensões do funcionamento humano, integrando: genética, neurobiologia, comportamento e processos psicológicos.
- **O Futuro do DSM como um "Documento Vivo":** A Associação Psiquiátrica Americana (APA) planeja que o DSM se torne um documento dinâmico e continuamente atualizado. O objetivo é integrar conhecimentos biológicos à medida que forem validados, permitindo uma psiquiatria de precisão que ofereça tratamentos personalizados e facilite a detecção precoce.
- **Desafios e Ética:** O artigo ressalta que a implementação desse modelo exige validação rigorosa, padronização e a consideração de fatores éticos, culturais e sociodemográficos para evitar preconceitos e estigmas.

O artigo defende que, embora a maioria dos biomarcadores ainda esteja em fase de pesquisa, a inclusão de biomarcadores candidatos no DSM é imperativa para mudar a forma como os clínicos compreendem e tratam os transtornos mentais.

5. Estratégia Inicial para o Futuro do DSM

(American Journal of Psychiatry, OQUENDO et al., 2026)

Por fim, o último texto/ documento aborda críticas históricas ao DSM para informar sua evolução.

Destaca-se:

- **Abordagem Ateórica vs. Teórica:** O DSM tem sido tradicionalmente ateórico para fornecer uma linguagem comum entre diferentes escolas de pensamento. No entanto, discute-se se já existe conhecimento suficiente sobre a **interação de fatores neurobiológicos, ambientais e psicossociais** para adotar um referencial teórico mais robusto.
- **Categorização vs. Dimensionalidade:** Critica-se o modelo binário (ter ou não um transtorno), já que muitos sintomas ocorrem em um espectro de severidade e são transdiagnósticos (ocorrem em múltiplos transtornos). O desafio é manter a utilidade clínica para decisões de tratamento, que muitas vezes exigem escolhas categóricas.
- **Confiabilidade vs. Validade:** Questiona-se se o foco na confiabilidade diagnóstica (concordância entre clínicos) comprometeu a validade (se as categorias representam "tipos naturais"). A falta de biomarcadores é vista como um obstáculo para "cortar a natureza em suas juntas".

- **Dualismo e Neurociência:**

Existe a preocupação de que, à medida que a base biológica de certas condições é descoberta (como no caso da síndrome de Rett), elas deixem de ser consideradas do domínio da psiquiatria, o que pode levar ao apagamento do campo ou à perda de acesso dos pacientes a cuidados psicossociais.

- **Vieses Culturais e Sociais:** O texto reconhece que o DSM tem raízes em contextos ocidentais que frequentemente ignoram epistemologias não ocidentais e o impacto do racismo estrutural e da classe social no diagnóstico.

DESSA FORMA, O OBJETIVO CENTRAL É DETERMINAR A DIREÇÃO ESTRATÉGICA PARA O FUTURO DO DSM, FOCANDO EM:

- **Harmonização:** Alinhar o DSM com outros sistemas, como a CID-11 da OMS, e marcos de pesquisa como o RDoC e o HiTOP.
- **Integração de Biomarcadores:** Desenvolver critérios para incluir fatores biológicos e dados de tecnologias vestíveis (wearables) conforme a ciência evolui, preenchendo a lacuna entre psiquiatria e neurociência.
- **Foco em Funcionalidade e Qualidade de Vida:** Mover a avaliação da funcionalidade das seções finais do manual para o centro do diagnóstico, visando um cuidado orientado para a recuperação.

- **Determinantes Sociais e**

Culturais: Incorporar uma visão de interseccionalidade e perspectivas globais (incluindo indígenas) para reduzir disparidades e estigma.

- **Documento Vivo:** Transformar o DSM em um "documento vivo", com atualizações mais frequentes (possivelmente anuais) em resposta a avanços científicos.

Uma proposta notável é a mudança do nome do manual para Manual Diagnóstico e Científico (Diagnostic and Scientific Manual), removendo a palavra "Estatístico". O comitê argumenta que o termo atual é anacrônico e que a mudança reforça o compromisso de que a evolução do manual seja guiada pela ciência.

Além disso, busca-se incluir pessoas com experiência de vida (pacientes) e clínicos no processo de revisão para aumentar a utilidade clínica e a inclusividade.



Considerações Finais

Pode-se afirmar que, embora o DSM seja alvo de críticas, especialmente no que se refere à sua abordagem categorial, ao risco de patologização do sofrimento e à medicalização da vida, observa-se um movimento contínuo de revisão e atualização que busca ampliar horizontes teóricos e perspectivas clínicas no campo da saúde mental.

Nesse sentido, iniciativas complementares, como modelos dimensionais e integrativos, indicam um esforço para aprimorar a compreensão dos fenômenos psicopatológicos de forma mais contextualizada e baseada em evidências.

Diante desse cenário, os profissionais da área acompanham com expectativa as possibilidades futuras, sobretudo no que diz respeito à construção de classificações mais sensíveis à complexidade da experiência humana, aos determinantes sociais da saúde e às múltiplas formas de expressão do sofrimento psíquico.

Referências e mais informações:

- American Psychiatric Association. (n.d.). HAPA Releases Roadmap for the Future of the DSM. Retrieved January 28, 2026, from <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm/history-of-the-dsm>
- DREXLER, Karen et al. The Future of DSM: Are Functioning and Quality of Life Essential Elements of a Complete Psychiatric Diagnosis? *American Journal of Psychiatry*, 2026. Disponível em: <https://www.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.20250874>
- WAINBERG, M. L. et al. The Future of DSM: A Strategic Vision for Incorporating Socioeconomic, Cultural, and Environmental Determinants and Intersectionality. *American Journal of Psychiatry*, 2026. Disponível em: <https://www.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.20250875>
- ÖNGÜR, D. et al. The Future of DSM: A Report From the Structure and Dimensions Subcommittee. *American Journal of Psychiatry*, 2026. Disponível em: <https://www.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.20250876>
- CUTHBERT, B. N. et al. The Future of DSM: Role of Candidate Biomarkers and Biological Factors. *American Journal of Psychiatry*, 2026. Disponível em: <https://www.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.20250877>
- OQUENDO, M. A. et al. Initial Strategy for the Future of DSM. *American Journal of Psychiatry*, 2026. Disponível em: <https://www.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.20250878>

Compreender os transtornos mentais não significa apenas classificá-los, mas reconhecer, em cada diagnóstico, a complexidade e a singularidade da experiência humana. Isso implica evitar sua redução a categorias rígidas que podem contribuir para a patologização do sofrimento e a medicalização da vida, sobretudo quando desconsideram os contextos históricos, sociais e culturais que atravessam a subjetividade.

Eunaihara Ligia Lira Marques

