

Inovações e mudanças na classificação CID-11 de transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento

Geoffrey M. Reed^{1,2}, Michael B. First^{2,3}, Cary S. Kogan⁴, Steven E. Hyman⁵, Oye Gureje⁶, Wolfgang Gaebel⁷, Mario Maj⁸, Dan J. Stein⁹, Andreas Maercker¹⁰, Peter Tyrer¹¹, Angelica Claudino¹², Elena Garralda¹¹, Luis Salvador-Carulla¹³, Rajat Ray¹⁴, John B. Saunders¹⁵, Tarun Dua¹, Vladimir Poznyak¹, María Elena Medina-Mora¹⁶, Kathleen M. Pike², José L. Ayuso-Mateos¹⁷, Shigenobu Kanba¹⁸, Jared W. Keeley¹⁹, Brigitte Khoury²⁰, Valery N. Krasnov²¹, Maya Kulygina²¹, Anne M. Lovell²², Jair de Jesus Mari¹², Toshimasa Maruta²³, Chihiro Matsumoto²⁴, Tahilia J. Rebello^{2,3}, Michael C. Roberts²⁵, Rebeca Robles¹⁶, Pratap Sharan²⁶, Min Zhao²⁷, Assen Jablensky²⁸, Pichet Udomratn²⁹, Afarin Rahimi-Movaghar³⁰, Per-Anders Rydellius³¹, Sabine Bährer-Kohler³², Ann D. Watts³³, Shekhar Saxena³⁴

¹ Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça; ² Departamento de Psiquiatria, Centro Médico da Universidade de Columbia, Nova York, Nova Iorque, EUA; ³ Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova Iorque, Nova Iorque, NY, EUA; ⁴ Escola de Psicologia, Universidade de Ottawa, Ottawa, ON, Canadá; ⁵ Centro Stanley para Psiquiatria; Pesquisa, Broad Institute de Harvard e do Instituto de Tecnologia de Massachusetts, Cambridge, MA, EUA; ⁶ Departamento de Psiquiatria, Universidade de Ibadan, Ibadan, Nigéria; ⁷ Departamento de Psiquiatria e Psicoterapia, Faculdade de Medicina, Universidade Heinrich-Heine, Düsseldorf, Alemanha; ⁸ Departamento de Psiquiatria, Universidade da Campânia "L. Vanvitelli", Nápoles, Itália; ⁹ Departamento de Psiquiatria, Universidade da Cidade do Cabo e Unidade de Pesquisa Médica do Conselho Sul-Africano sobre Risco e Resiliência em Transtornos Mentais, Cidade do Cabo, África do Sul; ¹⁰ Departamento de Psicologia, Universidade de Zurique, Zurique, Suíça; ¹¹ Centro de Saúde Mental, Imperial College, Londres, Reino Unido; ¹² Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM), São Paulo, Brasil; ¹³ Escola de Pesquisa em Saúde Populacional, Universidade Nacional da Austrália, Canberra, ACT, Austrália; ¹⁴ Centro Nacional de Tratamento da Dependência de Drogas, Instituto de Ciências Médicas da Índia, Nova Delhi, Índia; ¹⁵ Centro de Pesquisa sobre Abuso de Substâncias em Jovens, Universidade de Queensland, Brisbane, QLD, Austrália; ¹⁶ Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente Muñiz, Cidade do México, México; ¹⁷ Departamento de Psiquiatria, Universidade Autónoma de Madri; Instituto de Saúde Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Saúde Mental (CIBERSAM); Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa, Madrid, Espanha; ¹⁸ Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade de Kyushu, Fukuoka, Japão; ¹⁹ Departamento de Psicologia, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, EUA; ²⁰ Departamento de Psiquiatria, Centro Médico da Universidade Americana de Beirute, Beirute, Líbano; ²¹ Instituto de Pesquisa em Psiquiatria de Moscou, Centro Nacional de Pesquisa Médica em Psiquiatria e Narcologia, Moscou, Federação Russa; ²² Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale U988, Paris, França; ²³ Centro de Gestão em Saúde, Universidade Seitoku, Matsudo, Japão; ²⁴ Sociedade Japonesa de Psiquiatria e Neurologia, Tóquio, Japão; ²⁵ Escritório de Estudos de Pós-Graduação e Programa de Psicologia Clínica Infantil, Universidade do Kansas, Lawrence, KS, EUA; ²⁶ Departamento de Psiquiatria, Instituto de Ciências Médicas da Índia, Nova Delhi, Índia; ²⁷ Centro e Departamento de Saúde Mental de Xangai; ²⁸ Centro de Pesquisa Clínica em Neuropsiquiatria, Universidade da Austrália Ocidental, Perth, WA, Austrália; ²⁹ Departamento de Psiquiatria, Universidade Príncipe de Songkla, Hat Yai, Tailândia; ³⁰ Centro Nacional Iraniense de Estudos sobre Dependência Química, Universidade de Ciências Médicas de Teerã, Teerã, Irã; ³¹ Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Instituto Karolinska, Estocolmo, Suécia; ³² Federação Internacional de Assistentes Sociais, Basileia, Suíça; ³³ Hospital Entabeni, Durban, África do Sul; ³⁴ Escola de Saúde Pública Harvard T.H. Chan, Boston, MA, EUA

Após a aprovação da CID-11 pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2019, os Estados-membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) farão a transição da CID-10 para a CID-11, com a divulgação de estatísticas de saúde baseadas no novo sistema a partir de 1º de janeiro de 2022. O Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS publicará as Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas (DCD) para os Transtornos Mentais, Comportamentais e do Neurodesenvolvimento da CID-11 após a sua aprovação. O desenvolvimento das DCD da CID-11 ao longo da última década, baseado nos princípios da utilidade clínica e da aplicabilidade global, constituiu o processo de revisão mais abrangente, multilíngue, multidisciplinar e participativo já implementado para uma classificação de transtornos mentais. As inovações da CID-11 incluem o fornecimento de informações consistentes e sistematicamente caracterizadas, a adoção de uma abordagem ao longo da vida e orientações culturais para cada transtorno.

Abordagens dimensionais foram incorporadas à classificação, particularmente para transtornos de personalidade e transtornos psicóticos primários, de maneiras que são consistentes com as evidências atuais, mais compatíveis com abordagens baseadas na recuperação, eliminam a comorbidade artificial e capturam com mais eficácia as mudanças ao longo do tempo. Neste artigo, descrevemos as principais mudanças na estrutura da classificação de transtornos mentais da CID-11 em comparação com a CID-10, e o desenvolvimento de dois novos capítulos da CID-11 relevantes para a prática em saúde mental. Ilustramos um conjunto de novas categorias que foram adicionadas à CID-11 e apresentamos a justificativa para sua inclusão. Finalmente, fornecemos uma descrição das mudanças importantes que foram feitas em cada agrupamento de transtornos da CID-11. Essas informações visam ser úteis tanto para clínicos quanto para pesquisadores, auxiliando-os a se familiarizarem com a CID-11 e a se prepararem para a implementação em seus próprios contextos profissionais.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Doenças, CID-11, diagnóstico, transtornos mentais, utilidade clínica, abordagens dimensionais, orientações relacionadas à cultura

(World Psychiatry 2019;18:3–19)

Em junho de 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou uma versão pré-final da 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) para estatísticas de mortalidade e morbidade aos seus 194 Estados-membros, para revisão e preparação para implementação¹. A Assembleia Mundial da Saúde, composta pelos ministros da saúde de todos os Estados-membros, deverá aprovar a CID-11 em sua próxima reunião, em maio de 2019. Após a aprovação, os Estados-membros iniciarão um processo de transição da CID-10 para a CID-11, com o novo envio de estatísticas de saúde à OMS utilizando a CID-11 a partir de 1º de janeiro de 2022².

O Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS foi responsável pela coordenação do desenvolvimento de quatro capítulos da CID-11: transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento; transtornos do sono-vigília; doenças do sistema nervoso; e condições relacionadas à saúde sexual (em conjunto com o Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da OMS).

O capítulo sobre transtornos mentais da CID-10, a versão atual da CID, é de longe a classificação de transtornos mentais mais utilizada em todo o mundo³. Durante o desenvolvimento da CID-10, o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS considerou que diferentes versões da

A classificação teve que ser produzida para atender às necessidades de seus diversos usuários. A versão do CID-10 para relatórios estatísticos contém definições curtas, semelhantes a glossários, para cada categoria de transtorno, mas isso foi considerado insuficiente para uso por profissionais de saúde mental em contextos clínicos⁴.

Para profissionais de saúde mental, o Departamento desenvolveu as Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas (CDDG) para Transtornos Mentais e Comportamentais da CID-10⁴, informalmente conhecido como o "livro azul", destinado ao uso clínico, educacional e de serviços em geral. Para cada transtorno, foi fornecida uma descrição das principais características clínicas e associadas, seguida de diretrizes diagnósticas mais operacionais, elaboradas para auxiliar os profissionais de saúde mental a fazerem um diagnóstico preciso.

Informações de uma pesquisa recente⁵ sugerem que os médicos utilizam regularmente o material do CDDG e frequentemente o revisam sistematicamente ao fazer um diagnóstico inicial, o que contraria a crença generalizada de que os médicos utilizam a classificação apenas para obter códigos de diagnóstico para fins administrativos e de faturamento. O Departamento publicará uma versão equivalente do CDDG para a CID-11 assim que possível após a aprovação do sistema como um todo pela Assembleia Mundial da Saúde.

Mais de uma década de trabalho intenso foi dedicada ao desenvolvimento do ICD-11 CDDG. Envolveu centenas de especialistas no assunto como membros de Grupos Consultivos e de Trabalho e como consultores, bem como uma ampla colaboração com os Estados-Membros da OMS, agências de financiamento e sociedades profissionais e científicas. O desenvolvimento do ICD-11 CDDG foi o processo de revisão mais global, multilíngue, multidisciplinar e participativo já implementado para uma classificação de transtornos mentais.

GERAÇÃO DO CDDG ICD-11: PROCESSO E PRIORIDADES

Já descrevemos anteriormente a importância da utilidade clínica como princípio organizador no desenvolvimento do CDDG da CID-10^{6,7}. As classificações de saúde representam a interface entre os atendimentos de saúde e as informações de saúde. Um sistema que não fornece informações clinicamente úteis no nível do atendimento de saúde não será implementado fielmente pelos profissionais de saúde e, portanto, não poderá fornecer uma base válida para os dados resumidos dos atendimentos de saúde usados na tomada de decisões no sistema de saúde, em nível nacional e global.

A utilidade clínica foi, portanto, fortemente enfatizada nas instruções fornecidas a uma série de Grupos de Trabalho, geralmente organizados por agrupamento de transtornos, nomeados pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS para fazer recomendações sobre a estrutura e o conteúdo do CDDG da CID-11.

Naturalmente, além de ser clinicamente útil e aplicável globalmente, a CID-11 deve ser cientificamente válida. Assim, os Grupos de Trabalho também foram solicitados a revisar as evidências científicas disponíveis relevantes para suas áreas de atuação como base para o desenvolvimento de suas propostas para a CID-11.

A importância da aplicabilidade global⁶ também foi fortemente enfatizada aos Grupos de Trabalho. Todos os grupos incluíram representantes de todas as regiões globais da OMS – África, Américas, Europa, Mediterrâneo Oriental, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental – e uma proporção substancial de indivíduos de países de baixa e média renda, que representam mais de 80% da população mundial⁸.

Uma deficiência do CDDG da CID-10 foi a falta de consistência no material fornecido entre os diferentes agrupamentos de transtornos⁹. Para o CDDG da CID-11, os Grupos de Trabalho foram solicitados a apresentar suas recomendações em "formulários de conteúdo", incluindo informações consistentes e sistemáticas para cada transtorno, que serviram de base para as diretrizes diagnósticas.

Já publicamos anteriormente uma descrição detalhada do processo de trabalho e da estrutura das diretrizes diagnósticas da CID-11¹⁰. O desenvolvimento das Diretrizes Diagnósticas de Diagnóstico da CID-11 (CDDG) ocorreu durante um período que coincidiu substancialmente com a produção do DSM-5 pela Associação Psiquiátrica Americana, e muitos Grupos de Trabalho da CID-11 incluíam membros em comum com os grupos correspondentes que trabalhavam no DSM-5. Os Grupos de Trabalho da CID-11 foram solicitados a considerar a utilidade clínica e a aplicabilidade global do material que estava sendo desenvolvido para o DSM-5.

Um dos objetivos era minimizar as diferenças aleatórias ou arbitrárias entre a CID-11 e o DSM-5, embora diferenças conceituais justificadas fossem permitidas.

INOVAÇÕES NO CDDG DA CID-11

Uma característica particularmente importante das Diretrizes de Diagnóstico de Transtornos Mentais (CDDG) da CID-11 é a sua abordagem para descrever as características essenciais de cada transtorno, que representam os sintomas ou características que um médico poderia razoavelmente esperar encontrar em todos os casos do transtorno. Embora as listas de características essenciais nas diretrizes se assemelhem superficialmente aos critérios diagnósticos, limites arbitrários e requisitos precisos relacionados à contagem e duração dos sintomas são geralmente evitados, a menos que tenham sido empiricamente estabelecidos em diferentes países e culturas ou que haja outra razão convincente para incluí-los.

Esta abordagem visa adequar-se à forma como os clínicos efetivamente realizam diagnósticos, com o exercício flexível do julgamento clínico, e aumentar a utilidade clínica, permitindo variações culturais na apresentação, bem como fatores contextuais e do sistema de saúde que possam afetar a prática diagnóstica. Esta abordagem flexível está em consonância com os resultados de inquéritos realizados junto de psiquiatras e psicólogos no início do processo de desenvolvimento da CID-11, relativamente às características desejáveis de um sistema de classificação de perturbações mentais^{3,10}. Estudos de campo em contextos clínicos em

Três países confirmaram que os médicos consideram o clínico a utilidade desta abordagem é alta¹¹. É importante salientar que a fiabilidade diagnóstica das diretrizes do CID-11 parece ser pelo menos tão elevada como a obtida com uma abordagem rigorosa baseada em critérios¹².

Diversas outras inovações no CDDG da CID-11 também foram introduzidas por meio do modelo fornecido ao Grupo de Trabalho. Grupos para fazer suas recomendações (isto é, o "con-

“formato de tenda”). Como parte da padronização das informações fornecidas nas diretrizes, foi dedicada atenção, para cada distúrbio, à caracterização sistemática do limite com a variação normal e à expansão das informações fornecidas sobre os limites com outros distúrbios (diagnóstico diferencial).

A abordagem do ciclo de vida adotada para a CID-11 significou a eliminação do agrupamento separado de transtornos comportamentais e emocionais com início geralmente na infância e adolescência, e a redistribuição desses transtornos para outros grupos com os quais compartilham sintomas. Por exemplo, o transtorno de ansiedade de separação foi transferido para o grupo de transtornos relacionados à ansiedade e ao medo. Além disso, o CDDG da CID-11 fornece informações para cada transtorno e/ou grupo, sempre que houver dados disponíveis que descrevam as variações na apresentação do transtorno entre crianças e adolescentes, bem como entre adultos mais velhos.

Informações relacionadas à cultura foram incorporadas sistematicamente com base em uma revisão da literatura sobre influências culturais na psicopatologia e sua expressão para cada grupo diagnóstico da CID-11, bem como uma revisão detalhada do material relacionado à cultura no CDDG da CID-10 e no DSM-5. A orientação cultural para o transtorno de pânico é fornecida na Tabela 1 como exemplo.

Outra grande inovação na classificação CID-11 foi a incorporação de abordagens dimensionais dentro do contexto de um sistema explicitamente categórico com restrições taxonômicas específicas. Esse esforço foi estimulado pela evidência de que a maioria dos transtornos mentais pode ser melhor descrita por meio de uma série de dimensões sintomáticas interativas, em vez de como discretas.

Tabela 1. Considerações culturais sobre o transtorno de pânico

- A apresentação dos sintomas de ataques de pânico pode variar de pessoa para pessoa. culturas, influenciadas por atribuições culturais sobre sua origem ou fisiopatologia. Por exemplo, indivíduos de origem cambojana podem enfatizar sintomas de pânico atribuídos à desregulação do *khyâl*, uma substância semelhante ao vento na etnofisiologia tradicional cambojana (por exemplo, tontura, zumbido, dor no pescoço).
- Existem vários conceitos culturais notáveis de sofrimento relacionados ao transtorno do pânico, que vinculam pânico, medo ou ansiedade a atribuições etiológicas referentes a influências sociais e ambientais específicas. Exemplos incluem atribuições relacionadas a conflitos interpessoais (como " *ataque de nervios*" entre latino-americanos), esforço ou ortostase (como " *khyâl cap*" entre cambojanos) e vento atmosférico (como " *trúng gió*" entre vietnamitas). Esses rótulos culturais podem ser aplicados a apresentações de sintomas diferentes de pânico (como paroxismos de raiva, no caso de " *ataque de nervios*"), mas frequentemente constituem episódios de pânico ou apresentações com sobreposição fenomenológica parcial com ataques de pânico.
- Esclarecer as atribuições culturais e o contexto da experiência dos sintomas pode ajudar a determinar se os ataques de pânico devem ser considerados esperados ou inesperados, como seria o caso no transtorno do pânico. Por exemplo, os ataques de pânico podem envolver focos específicos de apreensão que são melhor explicados por outro transtorno (por exemplo, situações sociais no transtorno de ansiedade social). Além disso, a ligação cultural do foco de apreensão com exposições específicas (por exemplo, vento ou frio e ataques de pânico) pode sugerir que a ansiedade aguda é esperada quando considerada dentro da estrutura cultural do indivíduo.

categorias 13-15, e foi facilitada por inovações na estrutura de codificação para a CID-11. O potencial dimensional da CID-11 é mais claramente realizado na classificação dos transtornos de personalidade 16,17.

Para contextos não especializados, a classificação dimensional da gravidade dos transtornos de personalidade da CID-11 oferece maior simplicidade e utilidade clínica do que a classificação da CID-10 para transtornos de personalidade específicos, melhor diferenciação de pacientes que necessitam de tratamentos complexos em comparação com aqueles que necessitam de tratamentos mais simples, e um mecanismo mais eficaz para acompanhar mudanças ao longo do tempo. Em contextos mais especializados, o conjunto de traços de personalidade individuais pode orientar estratégias de intervenção específicas. O sistema dimensional elimina tanto a comorbidade artificial dos transtornos de personalidade quanto os diagnósticos de transtornos de personalidade não especificados, além de fornecer uma base para pesquisas sobre as dimensões subjacentes e intervenções em diversas manifestações de transtornos de personalidade.

Um conjunto de qualificadores dimensionais também foi introduzido para descrever as manifestações sintomáticas da esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos primários¹⁸. Em vez de se concentrar em subtipos diagnósticos, a classificação dimensional se concentra em aspectos relevantes da apresentação clínica atual de maneiras muito mais consistentes com as abordagens de reabilitação psiquiátrica baseadas na recuperação.

As abordagens dimensionais dos transtornos de personalidade e as manifestações sintomáticas dos transtornos psicóticos primários são descritas com mais detalhes nas respectivas seções posteriores deste artigo.

ESTUDOS DE CAMPO DA CID-11

O programa de estudos de campo do CID-11 também representa uma área de grande inovação. Este programa de trabalho incluiu o uso de metodologias inovadoras para estudar a utilidade clínica das diretrizes diagnósticas preliminares, incluindo sua precisão e consistência de aplicação pelos médicos em comparação com o CID-10, bem como os elementos específicos responsáveis por qualquer confusão observada. Um ponto forte fundamental do programa de pesquisa tem sido... que a maioria dos estudos foram conduzidos em um período de tempo que permitiu que seus resultados fornecessem uma base para a revisão das diretrizes para abordar quaisquer fragilidades observadas²⁰.

A participação global também tem sido uma característica definidora do programa de estudos de campo do ICD-11 CDDG. A Rede Global de Práticas Clínicas (GCPN) foi criada para permitir que profissionais de saúde mental e de atenção primária de todo o mundo participem diretamente do desenvolvimento do ICD-11 CDDG por meio de estudos de campo online.

Ao longo do tempo, a GCPN expandiu-se para incluir quase 15.000 profissionais clínicos de 155 países. Todas as regiões globais da OMS estão representadas em proporções que refletem, em grande parte, a disponibilidade de profissionais de saúde mental por região, com as maiores proporções provenientes da Ásia, Europa e Américas (aproximadamente divididas igualmente entre os EUA e o Canadá, por um lado, e a América Latina, por outro). Mais da metade da GCPN

Os membros são médicos, predominantemente psiquiatras, e 30% são psicólogos.

Aproximadamente uma dúzia de estudos do GCPN foram concluídos até o momento, a maioria focando em comparações das diretrizes diagnósticas propostas para a CID-11 com as diretrizes da CID-10 em termos de precisão e consistência das formulações diagnósticas dos clínicos, utilizando material de casos padronizado manipulado para testar diferenças-chave^{19,21}. Outros estudos examinaram a escala para qualificadores diagnósticos²² e como os clínicos realmente usam as classificações⁵. Os estudos do GCPN foram conduzidos em chinês, francês, japonês, russo e espanhol, além de inglês, e incluíram uma análise dos resultados por região e idioma para identificar possíveis dificuldades na aplicabilidade global ou cultural, bem como problemas de tradução.

Estudos clínicos também foram conduzidos por meio de uma rede internacional de centros de estudo de campo para avaliar a utilidade clínica e a usabilidade das diretrizes diagnósticas propostas para a CID-11 em condições naturais, nos contextos em que se pretende utilizá-las¹¹. Esses estudos também avaliaram a confiabilidade dos diagnósticos que representam a maior proporção da carga de doenças e da utilização de serviços de saúde mental¹².

Os estudos de campo internacionais foram realizados em 14 países em todas as regiões globais da OMS, e as entrevistas com os pacientes foram conduzidas no idioma local de cada país.

ESTRUTURA GERAL DA CID-11

CAPÍTULO SOBRE SAÚDE MENTAL, COMPORTAMENTAL E DISTÚRBIOS DO NEURODESENVOLVIMENTO

Na CID-10, o número de agrupamentos de transtornos era artificialmente limitado pelo sistema de codificação decimal utilizado na classificação, de modo que era possível ter, no máximo, dez agrupamentos principais de transtornos no capítulo sobre transtornos mentais e comportamentais. Como resultado, foram criados agrupamentos diagnósticos que não se baseavam na utilidade clínica ou em evidências científicas (por exemplo, os transtornos de ansiedade foram incluídos no agrupamento heterogêneo de transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes). O uso de uma estrutura de codificação alfanumérica flexível na CID-11 permitiu um número muito maior de agrupamentos, possibilitando o desenvolvimento de agrupamentos diagnósticos mais fundamentados em evidências científicas e nas necessidades da prática clínica.

A fim de fornecer dados que auxiliem no desenvolvimento de uma estrutura organizacional que seja mais útil clinicamente, dois estudos de campo formativos foram conduzidos^{23,24} para examinar as concepções mantidas por profissionais de saúde mental em todo o mundo em relação às relações entre transtornos mentais.

Esses dados fundamentaram as decisões sobre a estrutura ideal da classificação. A estrutura organizacional da CID-11 também foi influenciada pelos esforços da OMS e da Associação Americana de Psiquiatria para harmonizar a estrutura geral do capítulo da CID-11 sobre transtornos mentais e comportamentais com a estrutura do DSM-5.

A organização do capítulo da CID-10 sobre transtornos mentais e comportamentais refletiu em grande parte a organização do capítulo.

Originalmente utilizado no livro de psiquiatria de Kraepelin, que começava com transtornos orgânicos, seguidos por psicoses, transtornos neuróticos e transtornos de personalidade.²⁵ Os princípios que nortearam a organização da CID-11 incluíram a tentativa de ordenar os agrupamentos diagnósticos seguindo uma perspectiva desenvolvimental (portanto, os transtornos do neurodesenvolvimento aparecem primeiro e os transtornos neurocognitivos por último na classificação) e o agrupamento de transtornos com base em supostos fatores etiológicos e fisiopatológicos compartilhados (por exemplo, transtornos especificamente associados ao estresse), bem como fenomenologia compartilhada (por exemplo, transtornos dissociativos). A Tabela 2 apresenta uma lista dos agrupamentos diagnósticos no capítulo da CID-11 sobre transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento.

A classificação dos distúrbios do sono na CID-10 baseava-se na separação, agora obsoleta, entre distúrbios orgânicos e não orgânicos. Consequentemente, os distúrbios do sono "não orgânicos" foram incluídos no capítulo sobre transtornos mentais e comportamentais da CID-10, enquanto os distúrbios do sono "orgânicos" foram incluídos em outros capítulos (ou seja, doenças do sistema nervoso, doenças do sistema respiratório e distúrbios endócrinos, nutricionais e metabólicos). Na CID-11, foi criado um capítulo específico para distúrbios do sono-vigília, que abrange todos os diagnósticos relevantes relacionados ao sono.

Tabela 2. Agrupamentos de transtornos no capítulo da CID-11 sobre transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento.

Transtornos do neurodesenvolvimento
Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos primários
Catatonias
Transtornos de humor
Transtornos de ansiedade e medo
Transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados
Transtornos especificamente associados ao estresse
Transtornos dissociativos
Transtornos alimentares e da alimentação
Distúrbios de eliminação
Transtornos de sofrimento corporal e experiência corporal
Transtornos decorrentes do uso de substâncias e comportamentos aditivos
Transtornos de controle de impulsos
Comportamento disruptivo e transtornos dissociais
Transtornos de personalidade
Transtornos parafilias
Transtornos factícios
Transtornos neurocognitivos
Transtornos mentais e comportamentais associados à gravidez, ao parto e ao puerpério.
Fatores psicológicos e comportamentais que afetam transtornos ou doenças classificados em outra parte
Síndromes mentais ou comportamentais secundárias associadas a transtornos ou doenças classificadas em outro lugar

A CID-10 também incorporava uma dicotomia entre causas orgânicas e não orgânicas no âmbito das disfunções sexuais, com as disfunções sexuais "não orgânicas" incluídas no capítulo sobre transtornos mentais e comportamentais, e as disfunções sexuais "orgânicas", em sua maioria, listadas no capítulo sobre doenças do sistema genitourinário. Um novo capítulo integrado para condições relacionadas à saúde sexual foi adicionado à CID-11 para abrigar uma classificação unificada.

classificação das disfunções sexuais e distúrbios de dor sexual²⁶ bem como alterações na anatomia masculina e feminina. Além disso, os transtornos de identidade de gênero da CID-10 foram renomeados como "incongruência de gênero" na CID-11 e transferidos do capítulo de transtornos mentais para o novo capítulo de saúde sexual²⁶, o que significa que uma identidade transgênero não deve mais ser considerada um transtorno mental. A incongruência de gênero não é proposta para eliminação na CID-11 porque, em muitos países, o acesso aos serviços de saúde relevantes depende de um diagnóstico. As diretrizes da CID-11 afirmam explicitamente que o comportamento e as preferências de gênero variantes, por si só, não são suficientes para o diagnóstico.

NOVAS ABORDAGENS MENTAIS, COMPORTAMENTAIS E TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO NO CID-11

Com base numa revisão das evidências científicas disponíveis, Considerando a validade, a utilidade clínica e a aplicabilidade global, vários novos transtornos foram adicionados ao capítulo da CID-11 sobre transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento. Uma descrição desses transtornos, conforme definidos nas diretrizes diagnósticas da CID-11, e a justificativa para sua inclusão são apresentadas a seguir.

Catatonía

Na CID-10, a catatonía foi incluída como um dos subtipos de esquizofrenia (isto é, esquizofrenia catatônica) e como um dos transtornos orgânicos (isto é, transtorno catatônico orgânico). Reconhecendo que a síndrome da catatonía pode ocorrer em associação com uma variedade de transtornos mentais²⁷, um novo agrupamento diagnóstico para catatonía (no mesmo nível hierárquico que os transtornos de humor, ansiedade e transtornos relacionados ao medo, etc.) foi adicionado na CID-11.

A catatonía é caracterizada pela ocorrência de diversos sintomas, como estupor, catalepsia, flexibilidade cêrea, mutismo, negativismo, posturas anormais, maneirismos, estereotípias, agitação psicomotora, caretas, ecolalia e ecopraxia. Três condições estão incluídas no novo agrupamento diagnóstico: a) catatonía associada a outro transtorno mental (como transtorno de humor, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico primário, ou transtorno do espectro autista); b) catatonía induzida por substâncias psicoativas, incluindo medicamentos (por exemplo, antipsicóticos, anfetaminas, fenciclidina); e c) catatonía secundária (ou seja, causada por uma condição médica, como cetoacidose diabética, hipercalcemia, encefalopatia hepática, homocisteinemia, encefalopatia hepática ...

cistinúria, neoplasia, traumatismo craniano, doença cerebrovascular ou encefalite).

Transtorno bipolar tipo II

O DSM-IV introduziu dois tipos de transtorno bipolar. O transtorno bipolar tipo I aplica-se a apresentações caracterizadas por pelo menos um episódio maníaco, enquanto o transtorno bipolar tipo II requer pelo menos um episódio hipomaniaco mais pelo menos um episódio depressivo maior, na ausência de histórico de episódios maníacos. Evidências que apoiam a validade da distinção entre esses dois tipos incluem diferenças na resposta à monoterapia com antidepressivos²⁸, medidas neurocognitivas^{28,29}, efeitos genéticos^{28,30} e achados de neuroimagem^{28,31,32}.

Considerando essas evidências e a utilidade clínica de diferenciar entre esses dois tipos³³, o transtorno bipolar na CID-11 também foi subdividido em transtorno bipolar tipo I e tipo II.

transtorno dismórfico corporal

Indivíduos com transtorno dismórfico corporal apresentam uma preocupação persistente com um ou mais defeitos ou imperfeições em sua aparência física, que são imperceptíveis ou apenas levemente perceptíveis para os outros³⁴. Essa preocupação é acompanhada por comportamentos repetitivos e excessivos, incluindo o exame repetido da aparência ou da gravidade do defeito ou imperfeição percebido, tentativas excessivas de camuflar ou alterar o defeito percebido, ou uma evitação acentuada de situações sociais ou gatilhos que aumentam o sofrimento relacionado ao defeito ou imperfeição percebido.

Originalmente chamada de "dismorfofobia", essa condição foi incluída pela primeira vez no DSM-III-R. Ela apareceu na CID-10 como um termo de inclusão embutido, porém incongruente, sob o rótulo de hipocondria, mas os clínicos foram instruídos a diagnosticá-la como transtorno delirante nos casos em que as crenças associadas fossem consideradas delirantes. Isso criou a possibilidade de o mesmo transtorno receber diagnósticos diferentes sem reconhecer todo o espectro de gravidade do transtorno, que pode incluir crenças que parecem delirantes devido ao grau de convicção ou fixidez com que são mantidas.

Em reconhecimento à sua sintomatologia distinta, prevalência na população em geral e semelhanças com os transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados (TOCR), o transtorno dismórfico corporal foi incluído neste último grupo na CID-1135.

Distúrbio de referência olfativa

Esta condição é caracterizada por uma preocupação persistente com a crença de que se está emitindo um odor corporal ou hálito desagradável ou ofensivo, que é imperceptível ou apenas ligeiramente perceptível para os outros³⁴.

Em resposta à sua preocupação, os indivíduos se envolvem em comportamentos repetitivos e excessivos, como verificar repetidamente.

para odor corporal ou verificação da fonte percebida do cheiro; busca repetida de reafirmação; tentativas excessivas de camuflar, alterar ou impedir o odor percebido; ou evitação acentuada de situações sociais ou gatilhos que aumentam o sofrimento em relação ao odor desagradável ou ofensivo percebido. Os indivíduos afetados geralmente temem ou estão convencidos de que os outros, ao perceberem o cheiro, os rejeitarão ou humilharão.

O transtorno de referência olfativa está incluído no grupo de transtornos de referência olfativa da CID-11, pois compartilha semelhanças fenomenológicas com outros transtornos desse grupo em relação à presença de preocupações intrusivas persistentes e comportamentos repetitivos associados³⁵.

Transtorno de acumulação

O transtorno de acumulação é caracterizado pelo acúmulo de pertences, devido à aquisição excessiva ou à dificuldade em descartá-los, independentemente de seu valor real^{35,37}. A aquisição excessiva é caracterizada por impulsos ou comportamentos repetitivos relacionados ao acúmulo ou à compra de itens. A dificuldade em descartar é caracterizada por uma necessidade percebida de guardar itens e um sofrimento associado ao descarte dos mesmos. O acúmulo de pertences resulta em espaços habitacionais desorganizados a ponto de comprometer seu uso ou segurança.

Embora os comportamentos de acumulação possam ser exibidos como parte de uma ampla gama de transtornos mentais e comportamentais e outras condições – incluindo transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos depressivos, esquizofrenia, demência, transtornos do espectro autista e síndrome de Prader-Willi – há evidências suficientes que apoiam o transtorno de acumulação como um transtorno separado e único³⁸.

Indivíduos afetados pelo transtorno de acumulação são subdiagnosticados e subtratados, o que, de uma perspectiva de saúde pública, justifica sua inclusão na CID-11³⁹.

Transtorno de escoriação

Um novo subgrupo diagnóstico, transtornos de comportamento repetitivo focados no corpo, foi adicionado ao grupo de Transtornos Obsessivo-Compulsivos de Comportamento Reprodutivo (TOCR). Ele inclui a tricotilomania (que estava incluída no grupo de transtornos de hábito e impulso na CID-10) e uma nova condição, o transtorno de escoriação (também conhecido como transtorno de dermatilomania).

O transtorno de escoriação é caracterizado pela prática recorrente de cutucar a própria pele, levando a lesões cutâneas, acompanhada de tentativas frustradas de diminuir ou interromper o comportamento. A cutucada da pele deve ser suficientemente grave para causar sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento. O transtorno de escoriação (e a tricotilomania) se distingue de outros transtornos obsessivo-compulsivos de comportamento, pois o comportamento raramente é precedido por fenômenos cognitivos como pensamentos intrusivos, obsessões ou preocupações, podendo, em vez disso, ser precedido por experiências sensoriais.

A inclusão deles no grupo OCRD baseia-se em fenomenologia compartilhada, padrões de agregação familiar e possíveis causas.

mecanismos etiológicos com outros distúrbios neste grupo^{35,40}.

Transtorno de estresse pós-traumático complexo

Transtorno de estresse pós-traumático complexo (TEPT complexo)⁴¹
Normalmente, isso ocorre após situações de estresse severo e prolongado, ou múltiplos ou repetidos eventos adversos dos quais a fuga é difícil ou impossível, como tortura, escravidão, campanhas genocidas, violência doméstica prolongada ou abuso sexual ou físico repetido na infância.

O perfil dos sintomas é marcado pelas três características principais do TEPT (ou seja, reviver o evento ou eventos traumáticos no presente na forma de memórias intrusivas vívidas, flashbacks ou pesadelos; evitar pensamentos e memórias do evento ou atividades, situações ou pessoas que lembram o evento; percepções persistentes de ameaça atual elevada), que são acompanhadas por distúrbios adicionais persistentes, generalizados e duradouros na regulação afetiva, no autoconceito e no funcionamento relacional.

A inclusão do TEPT complexo na CID-11 é justificada com base na evidência de que indivíduos com o transtorno têm um prognóstico pior e se beneficiam de tratamentos diferentes em comparação com indivíduos com TEPT⁴². O TEPT complexo substitui a categoria sobreposta da CID-10 de alteração duradoura da personalidade após experiência catastrófica⁴¹.

Transtorno de luto prolongado

O transtorno de luto prolongado descreve respostas anormalmente persistentes e incapacitantes ao luto⁴¹. Após a morte de um parceiro, pai, filho ou outra pessoa próxima ao enlutado, há uma resposta de luto persistente e generalizada, caracterizada por saudade do falecido ou preocupação persistente com o falecido, acompanhada de intensa dor emocional.

Os sintomas podem incluir tristeza, culpa, raiva, negação, auto-recriminação, dificuldade em aceitar a morte, sensação de ter perdido uma parte de si mesmo, incapacidade de experimentar um humor positivo, entorpecimento emocional e dificuldade em participar de atividades sociais ou de outras naturezas. A resposta ao luto deve persistir por um período atipicamente longo após a perda (mais de seis meses) e claramente exceder as normas sociais, culturais ou religiosas esperadas para a cultura e o contexto do indivíduo.

Embora a maioria das pessoas relate pelo menos uma remissão parcial da dor do luto agudo por volta de seis meses após o falecimento, aquelas que continuam a apresentar reações de luto severas têm maior probabilidade de sofrer prejuízos significativos em seu funcionamento. A inclusão do transtorno de luto prolongado na CID-11 é uma resposta às crescentes evidências de uma condição distinta e debilitante que não é adequadamente descrita pelos diagnósticos atuais da CID-10.⁴³ Sua inclusão e diferenciação do luto culturalmente normativo e do episódio depressivo são importantes, devido às diferentes implicações na seleção do tratamento e aos prognósticos desses últimos transtornos.⁴⁴

Transtorno da compulsão alimentar

O transtorno da compulsão alimentar é caracterizado por episódios frequentes e recorrentes de compulsão alimentar (por exemplo, uma vez por semana ou mais, durante vários meses). Um episódio de compulsão alimentar é um período distinto durante o qual o indivíduo experimenta uma perda subjetiva de controle sobre a alimentação, come consideravelmente mais ou de forma diferente do habitual e sente-se incapaz de parar de comer ou limitar o tipo ou a quantidade de alimento ingerido.

A compulsão alimentar é vivenciada como algo muito angustiante e frequentemente acompanhada por emoções negativas como culpa ou repulsa. Contudo, ao contrário do que ocorre na bulimia nervosa, os episódios de compulsão alimentar não são regularmente seguidos por comportamentos compensatórios inadequados destinados a evitar o ganho de peso (por exemplo, vômito autoinduzido, uso indevido de laxantes ou enemas, exercícios extenuantes). Embora o transtorno da compulsão alimentar periódica seja frequentemente associado ao ganho de peso e à obesidade, essas características não são um requisito e o transtorno pode estar presente em indivíduos com peso normal.

A inclusão do transtorno da compulsão alimentar periódica na CID-11 baseia-se em extensa pesquisa que surgiu nos últimos 20 anos, apoiando sua validade e utilidade clínica^{45,46}. Indivíduos que relatam episódios de compulsão alimentar sem comportamentos compensatórios inadequados representam o grupo mais comum entre aqueles que recebem diagnósticos de outros transtornos alimentares especificados ou não especificados na CID-10, de modo que se espera que a inclusão do transtorno da compulsão alimentar periódica reduza esses diagnósticos⁴⁷.

Transtorno alimentar restritivo/evitativo

O transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE) é caracterizado por comportamentos alimentares anormais que resultam na ingestão de quantidade ou variedade insuficiente de alimentos para atender às necessidades energéticas ou nutricionais adequadas. Isso resulta em perda de peso significativa, dificuldade em ganhar peso conforme o esperado na infância ou gravidez, deficiências nutricionais clinicamente significativas, dependência de suplementos nutricionais orais ou alimentação por sonda, ou ainda afeta negativamente a saúde do indivíduo ou resulta em comprometimento funcional significativo.

O ARFID distingue-se da anorexia nervosa pela ausência de preocupações com o peso ou a forma corporal. A sua inclusão na CID-11 pode ser considerada uma expansão da categoria da CID-10 "transtorno alimentar da infância e da adolescência" e provavelmente melhorará a utilidade clínica ao longo da vida (ou seja, ao contrário da sua contraparte na CID-10, o ARFID aplica-se a crianças, adolescentes e adultos), bem como manterá a consistência com o DSM-5^{45,47}.

disforia de integridade corporal

A disforia de integridade corporal é um transtorno raro caracterizado pelo desejo persistente de ter uma deficiência física específica (por exemplo, amputação, paraplegia, cegueira, surdez) que começa na infância ou no início da adolescência⁴⁸. O desejo pode se manifestar

De diversas maneiras, incluindo fantasiar sobre ter a deficiência física desejada, envolver-se em comportamentos de "fingimento" (por exemplo, passar horas em uma cadeira de rodas ou usar aparelhos ortopédicos nas pernas para simular fraqueza nas pernas) e dedicar tempo à busca de maneiras de alcançar a deficiência desejada.

A preocupação com o desejo de ter a deficiência física (incluindo o tempo gasto fingindo) interfere significativamente na produtividade, nas atividades de lazer ou no funcionamento social (por exemplo, a pessoa não está disposta a ter relacionamentos íntimos porque isso dificultaria fingir). Além disso, para uma minoria significativa de indivíduos com esse desejo, a preocupação vai além da fantasia, e eles buscam a concretização do desejo por meios cirúrgicos (isto é, realizando uma amputação eletiva de um membro saudável) ou autolesionando um membro a ponto de a amputação ser a única opção terapêutica (por exemplo, congelando um membro em gelo seco).

Transtorno de jogos

Com o aumento significativo da popularidade dos jogos online nos últimos anos, têm sido observados problemas relacionados ao envolvimento excessivo nesses jogos. O transtorno de jogos foi incluído em um novo grupo diagnóstico chamado "transtornos devido a comportamentos aditivos" (que também inclui o transtorno do jogo) em resposta às preocupações globais sobre o impacto do uso problemático de jogos, especialmente na forma online.

O transtorno de jogos é caracterizado por um padrão persistente ou recorrente de comportamento de jogo online ou offline ("jogos digitais" ou "videogames") que se manifesta por um controle prejudicado sobre o comportamento (por exemplo, incapacidade de limitar o tempo gasto jogando), dando prioridade crescente aos jogos a ponto de estes se sobreporem a outros interesses da vida e atividades diárias; e continuando ou intensificando o jogo apesar de suas consequências negativas (por exemplo, sendo repetidamente demitido do emprego por excesso de faltas devido aos jogos). Diferencia-se do comportamento de jogo não patológico pelo sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento que produz.

transtorno de comportamento sexual compulsivo

O transtorno do comportamento sexual compulsivo é caracterizado por um padrão persistente de incapacidade de controlar impulsos ou desejos sexuais intensos e repetitivos, resultando em comportamento sexual repetitivo por um período prolongado (por exemplo, seis meses ou mais) que causa sofrimento acentuado ou prejuízo no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida.

Possíveis manifestações do padrão persistente incluem: atividades sexuais repetitivas tornando-se o foco central da vida do indivíduo, a ponto de negligenciar a saúde e os cuidados pessoais ou outros interesses, atividades e responsabilidades; o indivíduo fazendo inúmeras tentativas malsucedidas de controlar ou reduzir significativamente o comportamento sexual repetitivo; o indivíduo continuando a se envolver em comportamento sexual repetitivo apesar de consequências adversas.

conseqüências como a ruptura repetida de relacionamentos; e o indivíduo continuar a se envolver em comportamentos sexuais repetitivos, mesmo quando não obtém mais nenhuma satisfação com isso.

Embora essa categoria se assemelhe fenomenologicamente à dependência de substâncias, ela está incluída na seção de transtornos do controle de impulsos da CID-11 em reconhecimento à falta de informações definitivas sobre se os processos envolvidos no desenvolvimento e na manutenção do transtorno são equivalentes aos observados nos transtornos por uso de substâncias e nos vícios comportamentais. Sua inclusão na CID-11 ajudará a atender às necessidades não satisfeitas de pacientes que buscam tratamento, bem como possivelmente a reduzir a vergonha e a culpa associadas à busca de ajuda entre indivíduos em sofrimento.

Transtorno explosivo intermitente

O transtorno explosivo intermitente é caracterizado por episódios breves e repetidos de agressão verbal ou física, ou destruição de propriedade, que representam uma falha no controle dos impulsos agressivos, sendo a intensidade do surto ou o grau de agressividade desproporcional à provocação ou aos fatores de estresse psicossocial que o precipitam.

Como esses episódios podem ocorrer em diversas outras condições (por exemplo, transtorno desafiador opositivo, transtorno de conduta, transtorno bipolar), o diagnóstico não é feito se os episódios forem melhor explicados por outro transtorno mental, comportamental ou do neurodesenvolvimento.

Embora o transtorno explosivo intermitente tenha sido introduzido no DSM-III-R, ele apareceu na CID-10 apenas como um termo de inclusão em "outros transtornos de hábitos e impulsos". Ele está incluído na seção de transtornos do controle de impulsos da CID-11 em reconhecimento às evidências substanciais de sua validade e utilidade em contextos clínicos⁵¹.

Transtorno disfórico pré-menstrual

O transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) é caracterizado por uma variedade de sintomas graves de humor, somáticos ou cognitivos que começam vários dias antes do início da menstruação, começam a melhorar em poucos dias e tornam-se mínimos ou ausentes em aproximadamente uma semana após o início da menstruação.

Mais especificamente, o diagnóstico requer um padrão de sintomas de humor (humor deprimido, irritabilidade), sintomas somáticos (letargia, dor nas articulações, compulsão alimentar) ou sintomas cognitivos (dificuldades de concentração, esquecimento) que ocorreram durante a maioria dos ciclos menstruais no último ano. Os sintomas são suficientemente graves para causar sofrimento significativo ou prejuízo significativo no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida, e não representam a exacerbação de outro transtorno mental.

Na CID-11, o TDPM (Transtorno Disfórico Pré-Menstrual) é diferenciado da síndrome da tensão pré-menstrual, muito mais comum, pela gravidade dos sintomas.

sintomas e a exigência de que causem sofrimento ou prejuízo significativo⁵². A inclusão do TDPM nos apêndices de pesquisa do DSM-III-R e do DSM-IV estimulou uma grande quantidade de pesquisas que estabeleceram sua validade e confiabilidade^{52,53}, levando à sua inclusão tanto no CID-11 quanto no DSM-5.

Embora sua localização principal na CID-11 seja no capítulo sobre doenças do sistema genitourinário, o TDPM (Transtorno Disfórico Pré-Menstrual) também está listado no subgrupo de transtornos depressivos devido à proeminência dos sintomas de humor.

RESUMO DAS ALTERAÇÕES POR TRANSTORNO DA CID-11 AGRUPAMENTO

As seções a seguir resumem as mudanças introduzidas em cada um dos principais agrupamentos de transtornos do capítulo da CID-11 sobre transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento, além das novas categorias descritas na seção anterior.

Essas alterações foram feitas com base em uma revisão das evidências científicas disponíveis pelos Grupos de Trabalho da CID-11 e consultores especializados, considerando a utilidade clínica e a aplicabilidade global e, quando possível, os resultados de testes de campo.

Transtornos do neurodesenvolvimento

Os transtornos do neurodesenvolvimento são aqueles que envolvem dificuldades significativas na aquisição e execução de funções intelectuais, motoras, de linguagem ou sociais específicas, com início durante o período de desenvolvimento. Os transtornos do neurodesenvolvimento da CID-11 abrangem os agrupamentos da CID-10 de deficiência intelectual e transtornos do desenvolvimento psicológico, com a adição do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

As principais mudanças na CID-11 incluem a renomeação dos transtornos do desenvolvimento intelectual, anteriormente denominados retardo mental na CID-10. Este termo era obsoleto e estigmatizante, não abrangendo adequadamente a gama de formas e etiologias associadas a essa condição.⁵⁴ Os transtornos do desenvolvimento intelectual continuam a ser definidos com base em limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, idealmente determinadas por medidas padronizadas, normatizadas adequadamente e administradas individualmente. Reconhecendo a falta de acesso a medidas padronizadas apropriadas localmente ou a pessoal treinado para administrá-las em muitas partes do mundo, e devido à importância de determinar a gravidade para o planejamento do tratamento, o CDDG da CID-11 também fornece um conjunto abrangente de tabelas de indicadores comportamentais.⁵⁵

Tabelas separadas para os domínios de funcionamento intelectual e comportamento adaptativo (conceitual, social, prático) são organizadas de acordo com três faixas etárias (primeira infância, infância/adolescência e idade adulta) e quatro níveis de gravidade (leve, moderado, grave, profundo). Os indicadores comportamentais descrevem as habilidades e capacidades tipicamente observadas em cada uma dessas categorias e espera-se que melhorem a confiabilidade da caracterização da gravidade e da avaliação.

Melhorar os dados de saúde pública relacionados ao impacto dos distúrbios do desenvolvimento intelectual.

O transtorno do espectro autista (TEA) na CID-11 engloba tanto o autismo infantil quanto a síndrome de Asperger da CID-10 em uma única categoria caracterizada por déficits na comunicação social e padrões restritos, repetitivos e inflexíveis de comportamento, interesses ou atividades. As diretrizes para o TEA foram substancialmente atualizadas para refletir a literatura atual, incluindo as apresentações ao longo da vida.

São fornecidos qualificadores para o grau de comprometimento no funcionamento intelectual e nas habilidades de linguagem funcional, a fim de capturar toda a gama de apresentações do transtorno do espectro autista de uma maneira mais dimensional.

O TDAH substituiu os transtornos hipercinéticos da CID-10 e foi transferido para o grupo dos transtornos do neurodesenvolvimento devido ao seu início no desenvolvimento, às alterações características nas funções intelectuais, motoras e sociais e à ocorrência frequente com outros transtornos do neurodesenvolvimento. Essa mudança também aborda a fragilidade conceitual de se considerar o TDAH mais intimamente relacionado a comportamentos disruptivos e transtornos antissociais, visto que indivíduos com TDAH geralmente não são intencionalmente disruptivos.

O TDAH pode ser caracterizado na CID-11 usando qualificadores para tipo predominantemente desatento, predominantemente hiperativo-impulsivo ou combinado, e é descrito ao longo da vida.

Por fim, os distúrbios de tiques crônicos, incluindo a síndrome de Tourette, são classificados no capítulo da CID-11 sobre doenças do sistema nervoso, mas também são listados no grupo de distúrbios do neurodesenvolvimento devido à sua alta ocorrência simultânea (por exemplo, com o TDAH) e ao início típico durante o período de desenvolvimento.

Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos primários

A classificação da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos primários na CID-11 substitui a classificação da esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes na CID-10. O termo "primário" indica que os processos psicóticos são uma característica central, em contraste com os sintomas psicóticos que podem ocorrer como um aspecto de outras formas de psicopatologia (por exemplo, transtornos de humor)¹⁸.

Na CID-11, os sintomas da esquizofrenia permaneceram praticamente inalterados em relação à CID-10, embora a importância dos sintomas de primeira ordem de Schneider tenha sido minimizada.

A mudança mais significativa é a eliminação de todos os subtipos de esquizofrenia (por exemplo, paranoide, hebefrênica, catatônica), devido à sua falta de validade preditiva ou utilidade na seleção do tratamento.

Em vez dos subtipos, foi introduzido um conjunto de descritores dimensionais¹⁸. Estes incluem: sintomas positivos (delírios, alucinações, pensamento e comportamento desorganizados, experiências de passividade e controle); sintomas negativos (afeto restrito, embotado ou plano, alogia ou escassez de fala, avoiação, anedonia); sintomas de humor depressivo; sintomas de humor maníaco; sintomas psicomotores (agitação psicomotora, retardo psicomotor, sintomas catatônicos); e sintomas cognitivos (particularmente déficits na velocidade de processamento,

atenção/concentração, orientação, julgamento, abstração, aprendizagem verbal ou visual e memória de trabalho). Essas mesmas classificações de sintomas também podem ser aplicadas a outras categorias do grupo (transtorno esquizoafetivo, transtorno psicótico agudo e transitório, transtorno delirante).

O diagnóstico de transtorno esquizoafetivo segundo a CID-11 ainda exige a presença quase simultânea da síndrome esquizofrênica e de um episódio de humor. O diagnóstico visa refletir o episódio atual da doença e não é concebido como longitudinalmente estável.

O transtorno psicótico agudo e transitório da CID-11 é caracterizado pelo início súbito de sintomas psicóticos positivos que fluam rapidamente em natureza e intensidade durante um curto período de tempo e persistem por no máximo três meses. Isso corresponde apenas à forma "polimórfica" do transtorno psicótico agudo na CID-10, que é a apresentação mais comum e não indicativa de esquizofrenia.^{^{56,57}} Os subtipos não polimórficos do transtorno psicótico agudo na CID-10 foram eliminados e seriam classificados na CID-11 como "outros transtornos psicóticos primários".

Assim como na CID-10, o transtorno esquizotípico é classificado desta forma. agrupamento e não é considerado um transtorno de personalidade.

Transtornos de humor

Diferentemente do que ocorre na CID-10, os episódios de humor na CID-11 não são condições diagnosticáveis independentemente, mas sim seu padrão ao longo do tempo é usado como base para determinar qual transtorno de humor melhor se encaixa na apresentação clínica.

Os transtornos de humor são subdivididos em transtornos depressivos (que incluem transtorno depressivo de episódio único, transtorno depressivo recorrente, transtorno distímico e transtorno misto depressivo e de ansiedade) e transtornos bipolares (que incluem transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II e ciclotimia).

A CID-11 subdivide o transtorno afetivo bipolar da CID-10 em transtornos bipolares tipo I e tipo II. A subcategoria separada da CID-10 para transtornos de humor persistentes, que consistia em distímia e ciclotimia, foi eliminada⁵⁸.

As diretrizes diagnósticas para episódio depressivo são um dos poucos pontos na CID-11 em que se exige uma contagem mínima de sintomas. Isso se deve à longa tradição clínica e de pesquisa de conceituar a depressão dessa maneira. Requer-se um mínimo de cinco dos dez sintomas, em vez dos quatro dos nove sintomas possíveis estipulados na CID-10, aumentando assim a consistência com o DSM-5. As Diretrizes Diagnósticas de Depressão da CID-11 organizam os sintomas depressivos em três grupos – afetivo, cognitivo e neurovegetativo – para auxiliar os clínicos na compreensão e na recordação de todo o espectro da sintomatologia depressiva.

A fadiga faz parte do grupo de sintomas neurovegetativos, mas já não é considerada suficiente como sintoma inicial; em vez disso, é necessário apresentar humor deprimido quase diário ou diminuição do interesse em atividades com duração de pelo menos duas semanas. A desesperança foi adicionada como sintoma cognitivo adicional devido à forte evidência de seu valor preditivo para o diagnóstico de transtornos depressivos.^{⁵⁹} As Diretrizes de Desenvolvimento Cognitivo da CID-11 fornecem orientações claras sobre

a diferenciação entre reações de luto culturalmente normativas e sintomas que justificam consideração como um episódio depressivo no contexto do luto⁶⁰.

Para episódios maníacos, a CID-11 exige a presença do sintoma inicial de aumento da atividade ou experiência subjetiva de aumento de energia, além de euforia, irritabilidade ou expansividade. Isso visa evitar falsos positivos que poderiam ser melhor caracterizados como flutuações normativas do humor. Os episódios hipomaniacos da CID-11 são conceituados como uma forma atenuada de episódios maníacos na ausência de comprometimento funcional significativo.

Os episódios mistos são definidos na CID-11 de uma forma conceitualmente equivalente à CID-10, com base em evidências da validade dessa abordagem⁶¹. São fornecidas orientações sobre os sintomas contrapolares típicos observados quando predominam sintomas maníacos ou depressivos. A presença de um episódio misto indica um diagnóstico de transtorno bipolar tipo I.

A CID-11 fornece vários qualificadores para descrever o episódio de humor atual ou o estado de remissão (ou seja, em remissão parcial ou completa). Episódios depressivos, maníacos e mistos podem ser descritos com ou sem sintomas psicóticos. Episódios depressivos atuais no contexto de transtornos depressivos ou bipolares podem ser ainda caracterizados pela gravidade (leve, moderada ou grave); por um qualificador de características melancólicas que tem relação direta com o conceito de síndrome somática na CID-10; e por um qualificador para identificar episódios persistentes com duração superior a dois anos. Todos os episódios de humor no contexto de transtornos depressivos ou bipolares podem ser ainda descritos usando um qualificador de sintomas de ansiedade proeminentes; um qualificador que indica a presença de ataques de pânico; e um qualificador para identificar o padrão sazonal. Um qualificador para ciclagem rápida também está disponível para diagnósticos de transtorno bipolar.

A CID-11 inclui a categoria de transtorno misto depressivo e de ansiedade devido à sua importância em contextos de cuidados primários^{62,63}. Esta categoria foi transferida dos transtornos de ansiedade na CID-10 para os transtornos depressivos na CID-11 devido a evidências de sua sobreposição com a sintomatologia do humor⁶⁴.

Transtornos de ansiedade e medo

A CID-11 reúne, nesta nova classificação, os transtornos que têm ansiedade ou medo como principal característica clínica.⁶⁵ Em consonância com a abordagem da CID-11 ao longo da vida, essa classificação também inclui o transtorno de ansiedade de separação e o mutismo seletivo, que na CID-10 estavam entre os transtornos da infância. A distinção da CID-10 entre transtornos de ansiedade fóbica e outros transtornos de ansiedade foi eliminada na CID-11 em favor do método clinicamente mais útil de caracterizar cada transtorno relacionado à ansiedade e ao medo de acordo com seu foco de apreensão;⁶⁶ ou seja, o estímulo relatado pelo indivíduo como desencadeador de sua ansiedade, excitação fisiológica excessiva e respostas comportamentais desadaptativas. O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é caracterizado por apreensão ou preocupação generalizada que não se restringe a nenhum estímulo específico.

Na CID-11, o TAG possui um conjunto mais elaborado de características essenciais, refletindo os avanços na compreensão de sua fenomenologia singular; em particular, a preocupação é adicionada à apreensão geral como uma característica central do transtorno. Ao contrário da CID-10, o CDDG da CID-11 especifica que o TAG pode ocorrer concomitantemente com transtornos depressivos, desde que os sintomas estejam presentes independentemente dos episódios de humor. Da mesma forma, outras regras hierárquicas de exclusão da CID-10 (por exemplo, o TAG não pode ser diagnosticado juntamente com transtorno de ansiedade fóbica ou transtorno obsessivo-compulsivo) também são eliminadas, devido à melhor delimitação da fenomenologia do transtorno na CID-11 e à evidência de que essas regras interferem na detecção e no tratamento de condições que exigem atenção clínica específica separada.

Na CID-11, a agorafobia é conceituada como medo ou ansiedade acentuados e excessivos que ocorrem em, ou na antecipação de, múltiplas situações em que a fuga pode ser difícil ou a ajuda indisponível. O foco da apreensão é o medo de resultados negativos específicos que seriam incapacitantes ou constrangedores nessas situações, o que é distinto do conceito mais restrito da CID-10 de medo de espaços abertos e situações relacionadas, como multidões, onde a fuga para um local seguro pode ser difícil.

O transtorno de pânico é definido na CID-11 como ataques de pânico recorrentes e inesperados que não se restringem a estímulos ou situações específicas. O Guia de Diagnóstico de Transtornos de Ansiedade e Depressão da CID-11 indica que ataques de pânico que ocorrem inteiramente em resposta à exposição ou antecipação do estímulo temido em um determinado transtorno (por exemplo, falar em público no transtorno de ansiedade social) não justificam um diagnóstico adicional de transtorno de pânico. Em vez disso, o qualificador "com ataques de pânico" pode ser aplicado ao diagnóstico do outro transtorno de ansiedade. O qualificador "com ataques de pânico" também pode ser aplicado no contexto de outros transtornos em que a ansiedade é uma característica proeminente, embora não definidora (por exemplo, em alguns indivíduos durante um episódio

O transtorno de ansiedade social da CID-11, definido com base no medo da avaliação negativa por parte dos outros, substitui as fobias sociais da CID-10.

O CID-11 CDDG descreve especificamente o transtorno de ansiedade de separação em adultos, sendo mais comum que esteja relacionado a um parceiro romântico ou a um filho.

Transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados

A introdução do grupo de Transtornos Obsessivo-Compulsivos de Relação ao Transtorno de Personalidade (TOCR) na CID-11 representa um afastamento significativo em relação à CID-10. A justificativa para a criação de um grupo de TOCR distinto dos transtornos relacionados à ansiedade e ao medo, apesar da sobreposição fenomenológica, baseia-se na utilidade clínica de reunir transtornos com sintomas comuns de pensamentos indesejados repetitivos e comportamentos repetitivos associados como principal característica clínica. A coerência diagnóstica desse grupo deriva de evidências emergentes de validadores comuns entre os transtornos incluídos, provenientes de estudos de imagem, genéticos e neuroquímicos.³⁵

Os Transtornos de Personalidade Obsessivo-Compulsiva (TPOC) da CID-11 incluem transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno dismórfico corporal, transtorno de referência olfativa, hipocondria (transtorno de ansiedade relacionado a doenças) e transtorno de acumulação.

Categorias equivalentes existentes na CID-10 estão localizadas em agrupamentos distintos. Também está incluído no TOCR um subgrupo de transtornos de comportamento repetitivo focados no corpo, que inclui a tricotilomania (transtorno de arrancar os cabelos) e o transtorno de escoriação (arrancar a pele), ambos compartilhando a característica central do comportamento repetitivo, sem o aspecto cognitivo de outros TOCRs.

A síndrome de Tourette, uma doença do sistema nervoso segundo a CID-11, está incluída no grupo de Transtornos Obsessivo-Compulsivos e de Regressão a Doenças (TOCRD) devido à sua frequente ocorrência concomitante com o transtorno obsessivo-compulsivo.

A CID-11 mantém as características principais do transtorno obsessivo-compulsivo da CID-10, ou seja, obsessões e/ou compulsões persistentes, mas com algumas revisões importantes. A CID-11 amplia o conceito de obsessões, indo além de pensamentos intrusivos, para incluir imagens indesejadas e impulsos/compulsões. Além disso, o conceito de compulsões é expandido para incluir comportamentos repetitivos encobertos (por exemplo, contagem repetida), bem como manifestos.

Embora a ansiedade seja a experiência afetiva mais comum associada às obsessões, a CID-11 menciona explicitamente outros fenômenos relatados pelos pacientes, como repulsa, vergonha, sensação de "incompletude" ou desconforto com a percepção de que as coisas não parecem ou não se sentem "certas". Os subtipos de TOC da CID-10 foram eliminados, pois a maioria dos pacientes relata tanto obsessões quanto compulsões, e porque não possuem validade preditiva para a resposta ao tratamento. A proibição da CID-10 contra o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo juntamente com transtornos depressivos foi removida na CID-11, refletindo a alta taxa de comorbidade desses transtornos e a necessidade de tratamentos distintos.

A hipocondria (transtorno de ansiedade relacionado à saúde) é classificada no grupo de Transtornos de Preocupação com a Saúde e Transtornos Relacionados ao Cotidiano (TCSC), em vez de entre os transtornos relacionados à ansiedade e ao medo, embora as preocupações com a saúde sejam frequentemente associadas à ansiedade e ao medo, devido à fenomenologia compartilhada e aos padrões de agregação familiar com o TCSC67. No entanto, a hipocondria (transtorno de ansiedade relacionado à saúde) também é listada no grupo de transtornos relacionados à ansiedade e ao medo, em reconhecimento de alguma sobreposição fenomenológica.

O transtorno dismórfico corporal, o transtorno de referência olfativa e o transtorno de acumulação são novas categorias da CID-11 que foram incluídas no grupo de Transtornos Clínicos de Referência Olfativa (TCRO).

Em transtornos obsessivo-compulsivos de conduta (TOC) com componente cognitivo, as crenças podem ser mantidas com tal intensidade ou fixidez que parecem delirantes. Quando essas crenças fixas são totalmente consistentes com a fenomenologia do TOC, na ausência de outros sintomas psicóticos, deve-se usar o qualificador "com insight deficiente ou ausente", e não se deve atribuir um diagnóstico de transtorno delirante. Isso visa evitar o tratamento inadequado para psicose em indivíduos com TOC.

Transtornos especificamente associados ao estresse

A classificação dos transtornos especificamente associados ao estresse na CID-11 substitui as reações ao estresse grave e os transtornos de adaptação da CID-10, para enfatizar que esses transtornos compartilham o requisito etiológico necessário (mas não suficiente) de exposição a um evento estressante, bem como para distinguir os transtornos incluídos.

transtornos decorrentes de vários outros transtornos mentais que surgem

como reação a fatores estressantes (por exemplo, transtornos depressivos)41. CID-10 O transtorno de apego reativo da infância e o transtorno de apego desinibido da infância foram reclassificados para este grupo devido à abordagem do ciclo de vida da CID-11 e em reconhecimento aos estressores específicos relacionados ao apego inerentes a esses transtornos. A CID-11 inclui diversas atualizações conceituais importantes em relação à CID-10, bem como a introdução do transtorno de estresse pós-traumático complexo e do transtorno de luto prolongado, que não possuem equivalente na CID-10.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é definido por três características que devem estar presentes em todos os casos e causar prejuízo significativo. São elas: reviver o evento traumático no presente; evitar deliberadamente estímulos que possam desencadear a revivência; e percepções persistentes de ameaça elevada no presente. A inclusão da exigência de reviver os aspectos cognitivos, afetivos ou fisiológicos do trauma no aqui e agora, em vez de apenas recordar o evento, visa abordar o baixo limiar diagnóstico para TEPT na CID-1042.

Na CID-11, o transtorno de adaptação é definido com base na característica central da preocupação com um fator estressante da vida ou suas consequências, enquanto na CID-10 o transtorno era diagnosticado se os sintomas que ocorriam em resposta a um fator estressante da vida não atendessem aos requisitos de definição de outro transtorno.

Por fim, a reação aguda ao estresse não é mais considerada um transtorno mental na CID-11, mas sim uma reação normal a um estressor extremo. Assim, ela é classificada no capítulo da CID-11 sobre "fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde", mas também incluída no grupo de transtornos especificamente associados ao estresse para auxiliar no diagnóstico diferencial.

Transtornos dissociativos

O agrupamento de transtornos dissociativos da CID-11 corresponde aos transtornos dissociativos (de conversão) da CID-10, mas foi significativamente reorganizado e simplificado para refletir descobertas empíricas recentes e aprimorar sua utilidade clínica. A referência ao termo "conversão" foi eliminada do título do agrupamento. ⁶⁸ O transtorno de sintomas neurológicos dissociativos da CID-11 é conceitualmente consistente com os transtornos dissociativos do movimento e da sensação da CID-10, mas é apresentado como um único transtorno com doze subtipos definidos com base no sintoma neurológico predominante (por exemplo, distúrbio visual, crises não epiléticas, distúrbio da fala, paralisia ou fraqueza). A amnésia dissociativa da CID-11 inclui um qualificador para indicar a presença de fuga dissociativa, um fenômeno classificado como um transtorno separado na CID-10.

A CID-11 divide o transtorno de posse em transe da CID-10 em diagnósticos separados de transtorno de transe e transtorno de posse em transe. Essa separação reflete a característica distintiva do transtorno de posse em transe, no qual o senso habitual de identidade pessoal é substituído por uma identidade externa de "posse" atribuída à influência de um espírito, poder, divindade ou outra entidade espiritual.

entidade. Além disso, uma gama maior de comportamentos mais complexos pode ser exibida no transtorno de obsessão, enquanto o transtorno de transe normalmente envolve a repetição de um pequeno repertório de comportamentos mais simples.

O transtorno dissociativo de identidade da CID-11 corresponde ao conceito de transtorno de personalidade múltipla da CID-10 e foi renomeado para estar em consonância com a nomenclatura atualmente utilizada em contextos clínicos e de pesquisa. A CID-11 também introduz o transtorno dissociativo de identidade parcial, refletindo o fato de que a maioria dos transtornos dissociativos não especificados da CID-10 se deve a apresentações em que estados de personalidade não dominantes não assumem, de forma recorrente, o controle executivo da consciência e do funcionamento do indivíduo.

O transtorno de despersonalização e desrealização, que estava localizado no grupo de outros transtornos neuróticos da CID-10, foi transferido para o grupo de transtornos dissociativos na CID-11.

Transtornos alimentares e da alimentação

O agrupamento de transtornos alimentares e de alimentação do CID-11 integra os transtornos alimentares do CID-10 e os transtornos alimentares da infância, em reconhecimento da interconexão desses transtornos ao longo da vida, bem como refletindo a evidência de que esses transtornos podem se aplicar a indivíduos em uma faixa etária mais ampla^{45,47}.

A CID-11 fornece conceitualizações atualizadas de anorexia nervosa e bulimia nervosa para incorporar evidências recentes, o que elimina a necessidade de categorias "atípicas" da CID-10. Ela também inclui as novas entidades de transtorno da compulsão alimentar periódica, introduzida com base em evidências empíricas de sua validade e utilidade clínica, e ARFID (Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo), que expande o transtorno alimentar da infância e da adolescência da CID-10.

A inclusão da anorexia nervosa na CID-11 elimina a exigência da CID-10 de presença de um transtorno endócrino generalizado, pois as evidências sugerem que isso não ocorre em todos os casos e, mesmo quando presente, é uma consequência do baixo peso corporal, e não uma característica definidora distinta do transtorno.

Além disso, os casos sem distúrbio endócrino foram os principais responsáveis pelos diagnósticos atípicos de anorexia. O limiar para baixo peso corporal na CID-11 foi elevado de 17,5 kg/m² para 18 kg/m².

Mas as diretrizes contemplam situações em que o índice de massa corporal pode não refletir adequadamente um quadro clínico agravado (por exemplo, perda de peso abrupta no contexto de outras características do transtorno). A anorexia nervosa não exige "fobia à gordura", como na CID-10, para permitir todo o espectro de justificativas culturalmente diversas para a recusa alimentar e expressões de preocupação com o corpo.

São fornecidos qualificadores para caracterizar a gravidade do baixo peso, visto que um índice de massa corporal extremamente baixo está associado a um maior risco de morbidade e mortalidade. Um qualificador que descreve o padrão de comportamentos associados também é incluído (ou seja, padrão restritivo, padrão de compulsão alimentar e purgação).

Na CID-11, a bulimia nervosa pode ser diagnosticada independentemente do peso atual do indivíduo, desde que o corpo...

O índice de massa corporal não é tão baixo a ponto de atender aos requisitos de definição para anorexia nervosa. Em vez de frequências mínimas específicas de compulsão alimentar que, na verdade, não são sustentadas por evidências, a CID-11 oferece diretrizes mais flexíveis. O diagnóstico de bulimia nervosa não exige compulsões alimentares "objetivas" e pode ser feito com base em compulsões alimentares "subjetivas", nas quais o indivíduo come mais ou de forma diferente do habitual e experimenta uma perda de controle sobre a alimentação acompanhada de sofrimento, independentemente da quantidade de comida realmente ingerida. Espera-se que essa mudança reduza o número de diagnósticos de transtornos alimentares não especificados.

Distúrbios de eliminação

O termo "não orgânico" foi removido da lista de transtornos de exclusão da CID-11, que inclui enurese e encoprese. Esses transtornos são diferenciados daqueles que podem ser melhor explicados por outra condição de saúde ou pelos efeitos fisiológicos de uma substância.

Transtornos de sofrimento corporal e experiência corporal

Os transtornos de sofrimento corporal e experiência corporal da CID-11 abrangem dois transtornos: transtorno de sofrimento corporal e disforia de integridade corporal. O transtorno de sofrimento corporal da CID-11 substitui os transtornos somatoformes da CID-10 e também inclui o conceito de neurastenia da CID-10. A hipocondria da CID-10 não está incluída e, em vez disso, é realocada para o grupo de Transtornos de Personalidade Obsessivo-Compulsiva e de Relação com o Transtorno de Personalidade (TPCR).

O transtorno de sofrimento corporal é caracterizado pela presença de sintomas corporais que causam sofrimento ao indivíduo e por uma atenção excessiva direcionada a esses sintomas, o que pode se manifestar por meio de contato repetido com profissionais de saúde. O transtorno é concebido como existente em um espectro de gravidade e pode ser classificado de acordo (leve, moderado ou grave) dependendo do impacto no funcionamento. É importante ressaltar que o transtorno de sofrimento corporal é definido pela presença de características essenciais, como sofrimento e pensamentos e comportamentos excessivos, e não com base na ausência de explicações médicas para os sintomas incômodos, como ocorre nos transtornos somatoformes da CID-10.

A disforia de integridade corporal da CID-11 é um diagnóstico recentemente introduzido que está incorporado neste agrupamento⁴⁸.

Transtornos decorrentes do uso de substâncias e comportamentos aditivos

A classificação da CID-11 de transtornos decorrentes do uso de substâncias e comportamentos aditivos abrange transtornos que se desenvolvem como resultado do uso de substâncias psicoativas, incluindo medicamentos, e transtornos decorrentes de comportamentos aditivos que se desenvolvem como resultado de comportamentos repetitivos específicos de recompensa e reforço.

A organização dos transtornos do CID-11 devido ao uso de substâncias é consistente com a abordagem do CID-10, em que as síndromes clínicas são classificadas de acordo com as classes de substâncias⁷⁰.

No entanto, a lista de substâncias na CID-11 foi expandida para refletir a disponibilidade atual e os padrões de uso contemporâneos das substâncias. Cada substância ou classe de substâncias pode ser associada a síndromes clínicas primárias mutuamente exclusivas: episódio único de uso nocivo de substâncias ou padrão nocivo de uso de substâncias, que representa um refinamento do uso nocivo da CID-10; e dependência de substâncias. A intoxicação por substâncias e a abstinência de substâncias podem ser diagnosticadas em conjunto com as síndromes clínicas primárias ou independentemente, como motivo para a prestação de serviços de saúde quando o padrão de uso ou a possibilidade de dependência forem desconhecidos.

Considerando a carga global extremamente elevada de transtornos relacionados ao uso de substâncias, a classificação foi revisada para otimizar a coleta de informações de saúde que serão úteis em múltiplos contextos, apoiar o monitoramento e a notificação precisos e orientar tanto a prevenção quanto o tratamento. A inclusão do episódio único de uso nocivo de substâncias, segundo a CID-11, oferece uma oportunidade para intervenção precoce e prevenção da escalada do uso e dos danos, enquanto os diagnósticos de padrão nocivo de uso de substâncias e dependência química sugerem a necessidade de intervenções cada vez mais intensivas.

A CID-11 amplia o conceito de dano à saúde devido ao uso de substâncias para abranger o dano à saúde de outras pessoas, que pode incluir dano físico (por exemplo, dirigir embriagado) ou dano psicológico (por exemplo, desenvolvimento de TEPT após um acidente de automóvel).

A CID-11 inclui os transtornos mentais induzidos por substâncias como síndromes caracterizadas por sintomas mentais ou comportamentais clinicamente significativos, semelhantes aos de outros transtornos mentais, mas que se desenvolvem devido ao uso de substâncias psicoativas. Os transtornos induzidos por substâncias podem estar relacionados à intoxicação ou à abstinência, mas a intensidade ou duração dos sintomas são substancialmente maiores do que as características da intoxicação ou da abstinência das substâncias especificadas.

A CID-11 também inclui categorias de uso de substâncias nocivas, que não são classificadas como transtornos mentais, mas sim situadas no capítulo sobre "fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde". Essas categorias podem ser utilizadas quando um padrão de uso de substâncias aumenta o risco de consequências nocivas à saúde física ou mental do usuário ou de terceiros, a ponto de justificar a atenção e o aconselhamento de profissionais de saúde, mesmo que ainda não tenha ocorrido nenhum dano evidente. Elas visam sinalizar oportunidades para intervenções precoces e breves, particularmente em ambientes de atenção primária.

Os transtornos decorrentes de comportamentos aditivos, segundo a CID-11, incluem duas categorias diagnósticas: transtorno do jogo (jogo patológico na CID-10) e transtorno do jogo, uma categoria recentemente introduzida. Na CID-10, o jogo patológico era classificado como um transtorno de hábito e impulso. No entanto, evidências recentes apontam para importantes semelhanças fenomenológicas entre os transtornos decorrentes de comportamentos aditivos e os transtornos por uso de substâncias, incluindo sua maior ocorrência simultânea, bem como a característica comum de serem inicialmente prazerosos, seguidos pela progressão para a perda do valor hedônico e necessidade de uso crescente. Além disso,

Os transtornos decorrentes do uso de substâncias e os transtornos decorrentes de comportamentos aditivos parecem compartilhar uma neurobiologia semelhante, especialmente a ativação e a neuroadaptação nos circuitos neurais de recompensa e motivação.

Transtornos de controle de impulsos

Os transtornos do controle dos impulsos, de acordo com a CID-11, são caracterizados pela falha repetida em resistir a um forte impulso, desejo ou vontade de realizar um ato que seja gratificante para a pessoa, pelo menos a curto prazo, apesar do dano a longo prazo causado ao próprio indivíduo ou a outros.

Este grupo inclui a piromania e a cleptomania, que são classificadas na CID-10 como transtornos de hábitos e impulsos.

A CID-11 introduz o transtorno explosivo intermitente e reclassifica o desejo sexual excessivo da CID-10 para este grupo como transtorno de comportamento sexual compulsivo da CID-1150,72,73.

Comportamento disruptivo e transtornos dissociais

A classificação de transtornos de comportamento disruptivo e antissociais da CID-11 substitui os transtornos de conduta da CID-10. O novo termo reflete melhor toda a gama de gravidade dos comportamentos e da fenomenologia observada nas duas condições incluídas neste grupo: transtorno desafiador opositivo e transtorno de conduta antissocial. Uma mudança importante introduzida na CID-11 é que ambos os transtornos podem ser diagnosticados ao longo da vida, enquanto a CID-10 os considerava transtornos da infância. Além disso, a CID-11 introduz qualificadores que caracterizam subtipos de transtornos de comportamento disruptivo e antissociais, com o objetivo de melhorar a utilidade clínica (por exemplo, para o prognóstico).

O transtorno desafiador opositivo (TDO) da CID-11 é conceitualmente semelhante à sua categoria equivalente na CID-10. No entanto, um qualificador "com irritabilidade e raiva crônicas" é fornecido para caracterizar as apresentações do transtorno com humor irritável ou raiva predominantes e persistentes. Reconhece-se que essa apresentação aumenta significativamente o risco de depressão e ansiedade subsequentes. A conceituação dessa apresentação na CID-11 como uma forma de TDO está em consonância com as evidências atuais e diverge da abordagem do DSM-5 de introduzir um novo transtorno, o transtorno disruptivo da desregulação do humor.

O transtorno de conduta da CID-11 consolida os três diagnósticos separados de transtorno de conduta classificados na CID-10 (ou seja, confinado ao contexto familiar, não socializado e socializado). A CID-11 reconhece que o comportamento disruptivo e os transtornos antissociais estão frequentemente associados a ambientes psicossociais problemáticos e fatores de risco psicossociais, como rejeição por pares, influências de grupos de pares desviantes e transtornos mentais parentais. Uma distinção clinicamente significativa entre o início da doença na infância e na adolescência pode ser indicada com um qualificador, com base na evidência de que o início mais precoce está associado a uma patologia mais grave e a um curso mais desfavorável da doença.

Um qualificador que indique emoções pró-sociais limitadas pode ser atribuído tanto a comportamentos disruptivos quanto a transtornos dissociais. No contexto de um diagnóstico de transtorno desafiador opositivo, essa apresentação está associada a um padrão mais estável e extremo de comportamentos opostos. No contexto do transtorno de conduta dissocial, está associada a uma tendência a um padrão mais grave, agressivo e estável de comportamento antissocial.

Transtornos de personalidade

Os problemas com a classificação ICD-10 de dez transtornos de personalidade específicos incluíam um subdiagnóstico substancial em relação à sua prevalência entre indivíduos com outros transtornos mentais, o fato de que apenas dois dos transtornos de personalidade específicos (transtorno de personalidade emocionalmente instável, tipo borderline e transtorno de personalidade dissocial) eram registrados com alguma frequência em bancos de dados disponíveis publicamente e que as taxas de coocorrência eram extremamente altas, com a maioria dos indivíduos com transtornos graves atendendo aos requisitos para transtornos de personalidade múltiplos^{16,17}.

O guia de diagnóstico de transtornos de personalidade da CID-11 solicita ao profissional clínico que determine, em primeiro lugar, se o quadro clínico do indivíduo atende aos requisitos gerais de diagnóstico para transtorno de personalidade. Em seguida, o profissional determina se um diagnóstico de transtorno de personalidade leve, moderado ou grave é apropriado, com base em: a) o grau e a abrangência das perturbações no funcionamento de aspectos do self (por exemplo, estabilidade e coerência da identidade, autoestima, precisão da autoimagem, capacidade de autodireção); b) o grau e a abrangência da disfunção interpessoal (por exemplo, compreensão das perspectivas dos outros, desenvolvimento e manutenção de relacionamentos íntimos, gestão de conflitos) em diversos contextos e relacionamentos; c) a abrangência, a gravidade e a cronicidade das manifestações emocionais, cognitivas e comportamentais da disfunção de personalidade; e d) a extensão em que esses padrões estão associados a sofrimento ou prejuízo psicossocial.

Os transtornos de personalidade são então descritos com mais detalhes pela indicação da presença de traços de personalidade desadaptativos característicos. Cinco domínios de traços são incluídos: afetividade negativa (a tendência a experimentar uma ampla gama de emoções negativas); distanciamento (a tendência a manter distância social e interpessoal dos outros); dissocialidade (desrespeito pelos direitos e sentimentos dos outros, abrangendo tanto o egocentrismo quanto a falta de empatia); desinibição (a tendência a agir impulsivamente em resposta a estímulos internos ou ambientais imediatos, sem considerar as consequências a longo prazo); e anancastia (um foco restrito em um padrão rígido de perfeição e de certo e errado, e no controle do próprio comportamento e do comportamento dos outros para garantir a conformidade com esses padrões).

Podem ser atribuídos ao diagnóstico tantos domínios de traços quantos forem considerados proeminentes e que contribuam para o transtorno de personalidade e sua gravidade.

Além disso, é fornecido um qualificador opcional para "padrão limitrofe". Este qualificador visa garantir a continuidade de

O cuidado durante a transição do CID-10 para o CID-11 pode aumentar a utilidade clínica, facilitando a identificação de indivíduos que podem responder a certos tratamentos psicoterapêuticos. Pesquisas adicionais serão necessárias para determinar se essa abordagem fornece informações distintas daquelas fornecidas pelos domínios de traços.

A CID-11 também inclui uma categoria para dificuldade de personalidade, que não é considerada um transtorno mental, mas sim listada no grupo de problemas associados às interações interpessoais no capítulo sobre "fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde". Dificuldade de personalidade refere-se a características de personalidade acentuadas que podem afetar o tratamento ou a prestação de serviços de saúde, mas que não atingem o nível de gravidade necessário para justificar um diagnóstico de transtorno de personalidade.

Transtornos parafilicos

A classificação dos transtornos parafilicos na CID-11 substitui a classificação dos transtornos da preferência sexual na CID-10, em consonância com a terminologia contemporânea utilizada em contextos clínicos e de pesquisa. A principal característica dos transtornos parafilicos é o envolvimento de padrões de excitação sexual direcionados a outras pessoas sem o seu consentimento.

Os transtornos parafilicos da CID-11 incluem o transtorno exibicionista, o transtorno voyeurista e o transtorno pedófilo. Novas categorias foram introduzidas: transtorno de sadismo sexual coercitivo, transtorno frotteurista e outros transtornos parafilicos envolvendo indivíduos não consentidos. Uma nova categoria de outros transtornos parafilicos envolvendo comportamento solitário ou indivíduos consentidos também foi incluída, podendo ser atribuída quando pensamentos, fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais estão associados a sofrimento substancial (mas não como consequência de rejeição ou medo de rejeição do padrão de excitação por outros) ou conferem risco direto de lesão ou morte (por exemplo, asfixofilia).

A CID-11 distingue entre condições relevantes para a saúde pública e a psicopatologia clínica e aquelas que refletem meramente o comportamento privado, e por esta razão as categorias de sadomasoquismo, fetichismo e travestismo fetichista da CID-10 foram eliminadas²⁶.

Transtornos factícios

A CID-11 introduz um novo agrupamento de transtornos factícios que inclui o transtorno factício imposto a si mesmo e o transtorno factício imposto a outrem. Este agrupamento é conceitualmente equivalente ao diagnóstico da CID-10 de produção ou simulação intencional de sintomas ou deficiências, sejam físicas ou psicológicas (transtorno factício), mas ampliado para incluir a situação clínica em que um indivíduo simula, falsifica ou induz ou agrava intencionalmente sinais e sintomas médicos, psicológicos ou comportamentais em outro indivíduo (geralmente uma criança).

Os comportamentos não são motivados exclusivamente por recompensas ou incentivos externos óbvios, e distinguem-se por esse motivo de outros comportamentos.

A simulação, que não é classificada como um transtorno mental, comportamental ou do neurodesenvolvimento, mas sim aparece no capítulo sobre "fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde".

Transtornos neurocognitivos

Os transtornos neurocognitivos da CID-11 são condições adquiridas caracterizadas por déficits clínicos primários no funcionamento cognitivo e incluem a maioria das condições classificadas na CID-10 como transtornos mentais orgânicos, incluindo os sintomáticos.

Assim, o agrupamento inclui delírio, transtorno neurocognitivo leve (denominado transtorno cognitivo leve na CID-10), transtorno amnésico e demência. O delírio e o transtorno amnésico podem ser classificados como decorrentes de uma condição médica classificada em outra categoria, devido a uma substância ou medicamento, ou devido a múltiplos fatores etiológicos. A demência pode ser classificada como leve, moderada ou grave.

forte.

As características sindrômicas da demência associadas a diferentes etiologias (por exemplo, demência devido à doença de Alzheimer, demência devido ao vírus da imunodeficiência humana) são classificadas e descritas no capítulo sobre transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento, enquanto as etiologias subjacentes são classificadas usando categorias do capítulo sobre doenças do sistema nervoso ou outras seções da CID, conforme apropriado. O transtorno neurocognitivo leve também pode ser identificado em conjunto com um diagnóstico etiológico, refletindo métodos aprimorados de detecção do declínio cognitivo precoce, o que representa uma oportunidade para fornecer tratamento a fim de retardar a progressão da doença. A CID-11, portanto, reconhece claramente os componentes cognitivos, comportamentais e emocionais dos transtornos neurocognitivos, bem como suas causas subjacentes.

CONCLUSÕES

O desenvolvimento da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) para Transtornos Mentais, Comportamentais e do Neurodesenvolvimento, bem como sua classificação estatística subjacente, representa a primeira grande revisão da principal classificação mundial de transtornos mentais em quase 30 anos. Envolveu um nível e uma abrangência sem precedentes de participação global, multilíngue e multidisciplinar. Foram feitas mudanças substanciais para aumentar a validade científica à luz das evidências atuais e para aprimorar a utilidade clínica e a aplicabilidade global com base em um programa sistemático de testes de campo.

Agora, tanto a versão do capítulo da CID-11 a ser usada pelos Estados-Membros da OMS para estatísticas de saúde quanto o CDDG para uso em contextos clínicos por profissionais de saúde mental estão substancialmente concluídos. Para que a CID-11 alcance seu potencial no mundo, o foco da OMS se voltará para o trabalho conjunto com os Estados-Membros e com profissionais de saúde na implementação e no treinamento.

A implementação de um novo sistema de classificação envolve a interação da classificação com as leis de cada país.

Políticas, sistemas de saúde e infraestrutura de informação. É necessário desenvolver múltiplas modalidades para a formação de uma vasta gama de profissionais de saúde internacionais. Aguardamos com expectativa a continuidade da nossa colaboração muito produtiva com a WPA e a colaboração com os Estados-Membros, centros acadêmicos, organizações profissionais e científicas e com a sociedade civil nesta próxima fase de trabalho.

AGRADECIMENTOS

Os autores são os únicos responsáveis pelas opiniões expressas neste artigo, que não representam necessariamente as decisões, políticas ou opiniões da OMS. Os autores expressam sua gratidão às seguintes pessoas que contribuíram substancialmente para o desenvolvimento da classificação CID-11 de transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento: G. Baird, J. Lochman, LA Clark, S. Evans, BJ Hall, R. Lewis-Fernández, E. Nijenhuis, RB Krueger, MD Feldman, JL Levenson, D. Skuse, MJ Tassé, P. Caramelli, HG Shah, DP Goldberg, G. Andrews, N. Sartorius, K. Ritchie, M. Rutter, R. Thara, Y. Xin, G. Mellsoy, J. Mez-zich, D. Kupfer, D. Regier, K. Saeed, M. van Ommeren e B. Saraceno. Agradecem também aos demais membros dos Grupos de Trabalho da CID-11 e aos consultores, numerosos demais para serem mencionados aqui (consulte http://www.who.it/mental_health/evidence/). (Consulte ICD_11_contributors para obter uma lista mais completa).

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. CID-11 para estatísticas de mortalidade e morbidade (CID-11 MMS) versão 2018. <https://icd.who.int/browse11/lm/en>.
2. Organização Mundial da Saúde. Classificação das doenças (CID). <http://www.who.int/classificações/icd/en/>.
3. Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. O levantamento global da WPA-OMS sobre as atitudes dos psiquiatras em relação à classificação dos transtornos mentais. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
4. Organização Mundial da Saúde. A classificação CID-10 dos transtornos mentais e comportamentais: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1992.
5. First MB, Rebello TJ, Keeley JW et al. Os profissionais de saúde mental utilizam as classificações diagnósticas da maneira que pensamos que utilizam? Uma pesquisa global. *World Psychiatry* 2018;17:187-95.
6. Grupo Consultivo Internacional para a Revisão da CID-10 - Transtornos Mentais e Comportamentais. Uma estrutura conceitual para a revisão da classificação CID-10 de transtornos mentais e comportamentais. *World Psychiatry* 2011;10:86-92.
7. Reed GM. Rumo à CID-11: aprimorando a utilidade clínica da classificação internacional de transtornos mentais da OMS. *Prof Psychol Res Pr* 2010;41:457-64.
8. Banco Mundial. Países e grupos de empréstimo do Banco Mundial. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>.
9. First MB, Reed GM, Hyman SE et al. O desenvolvimento das descrições clínicas e diretrizes diagnósticas da CID-11 para transtornos mentais e comportamentais. *World Psychiatry* 2015;14:82-90.
10. Evans SC, Reed GM, Roberts MC et al. Perspectivas dos psicólogos sobre a classificação diagnóstica dos transtornos mentais: resultados do levantamento global WHO-IUPsyS. *Int J Psychol* 2013;48:177-93.
11. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. Utilidade clínica das diretrizes de diagnóstico da CID-11 para transtornos mentais de alta prevalência: resultados de serviços de saúde mental em 13 países. *World Psychiatry* 2018;17:306-15.
12. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. O estudo de campo de desenvolvimento da CID-11 sobre a confiabilidade dos diagnósticos de transtornos mentais de alta prevalência: resultados entre pacientes adultos em serviços de saúde mental de 13 países. *World Psychiatry* 2018;17:174-86.
13. Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernandez R et al. CID-11, DSM-5 e RDoC: três abordagens para compreender e classificar transtornos mentais. *Psychol Sci Publ Int* 2017;18:72-145.
14. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. Progresso na obtenção de classificação quantitativa da psicopatologia. *World Psychiatry* 2018;17:282-93.
15. Markon KE. Modelagem da estrutura da psicopatologia: uma análise em nível de sintomas de transtornos dos eixos I e II. *Psychol Med* 2010;40:273-88.
16. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classificação, avaliação, prevalência e efeito do transtorno de personalidade. *Lancet* 2015;385:717-26.

17. Reed GM. Progresso no desenvolvimento de uma classificação de transtornos de personalidade para CID-11. *Psiquiatria Mundial* 2018;17:227-9.
18. Gaebel W. Situação dos transtornos psicóticos na CID-11. *Schizophr Bull* 2012;38:895-8.
19. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al. Desenvolvendo uma ciência da utilidade clínica em sistemas de classificação diagnóstica: estratégias de estudo de campo para transtornos mentais e comportamentais da CID-11. *Am Psychol* 2016;71:3-16.
20. First MB. A importância dos ensaios de campo de desenvolvimento na revisão das classificações psiquiátricas. *Lancet Psychiatry* 2016;3:579-84.
21. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al. Transtornos especificamente associados ao estresse: um estudo de campo caso-controle para transtornos mentais e comportamentais da CID-11. *Int J Clin Health Psychol* 2016;16:109-27.
22. Keeley JW, Gaebel W, First MB et al. Escalas de avaliação de sintomas de transtornos psicóticos: escalas dicotômicas ou de múltiplos pontos são mais úteis clinicamente? Um estudo de campo do CID-11. *J Schizophr Res* (no prelo).
23. Roberts MC, Reed GM, Medina-Mora ME et al. Um mapa global de transtornos mentais elaborado por clínicos para aprimorar a CID-11: analisando a metaestrutura para aumentar a utilidade clínica. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:578-90.
24. Reed GM, Roberts MC, Keeley J et al. Taxonomias naturais de transtornos mentais de profissionais de saúde mental: implicações para a utilidade clínica da CID-11 e do DSM-5. *J Clin Psychol* 2013;69:1191-212.
25. Kraepelin E. *Psiquiatria: um Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Lipsia: Barth, 1899.
26. Reed GM, Drescher J, Krueger R. Transtornos relacionados à sexualidade e identidade de gênero na CID-11: revisão da classificação da CID-10 com base em evidências científicas atuais, melhores práticas clínicas e considerações de direitos humanos. *Psiquiatria Mundial* 2016;15:205-21.
27. Chakrabarti S. Apresentações psicóticas e catatônicas em transtornos bipolares e depressivos. *World Psychiatry* 2012;11(Supl. 1):59-64.
28. Vieta E, Suppes T. Transtorno bipolar II: argumentos a favor e contra uma entidade diagnóstica distinta. *Bipolar Disord* 2008;10:163-78.
29. Solé B, Martínez-Arán A, Torrent C et al. Os pacientes com transtorno bipolar II apresentam comprometimento cognitivo: uma revisão sistemática. *Psychol Med* 2011;41:1791-803.
30. Wang Z, Li Z, Chen J et al. Associação do polimorfismo do gene BDNF com transtornos bipolares na população chinesa Han. *Genes Brain Behav* 2012;11:524-8.
31. Chou YH, Wang SJ, Lin CL et al. Diminuição da ligação do transportador de serotonina cerebral no estado eutímico do transtorno bipolar I, mas não do transtorno bipolar II: um estudo SPECT. *Bipolar Disord* 2010;12:312-8.
32. Ha TH, Ha K, Kim JH et al. Anormalidades regionais da substância cinzenta cerebral em pacientes com transtorno bipolar II: um estudo comparativo com pacientes bipolares I e controles saudáveis. *Neurosci Lett* 2009;456:44-8.
33. Strakowski S. Transtornos bipolares na CID-11. *World Psychiatry* 2012;11(Supl. 1):31-6.
34. Veale D, Matsunaga H. Transtorno dismórfico corporal e transtorno de referência olfativa: propostas para a CID-11. *Rev Bras Psiquiatr* 2014;36(Supl. 1):14-20.
35. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M et al. A classificação dos transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados na CID-11. *J Affect Disord* 2016;190:663-74.
36. Suzuki K, Takei N, Iwata Y et al. A síndrome de referência olfativa e o jiko-shu-kyofu (um subtipo de tajiin-kyofu) compartilham uma entidade comum? *Acta Psiquiatr Scand* 2004;109:150-5.
37. Fontanelle LF, Grant JE. Transtorno de acumulação: uma nova categoria diagnóstica em CID-11. *Rev Bras Psiquiatr* 2014;36(Supl. 1):28-39.
38. Timpano KR, Exner C, Glaesmer H et al. A epidemiologia do transtorno de acumulação proposto pelo DSM-5: exploração do especificador de aquisição, características associadas e sofrimento. *J Clin Psychiatry* 2011;72:780-6.
39. Mataix-Cols D, Fernandez de la Cruz L. O transtorno de acumulação finalmente chegou, mas muitos desafios ainda estão por vir. *World Psychiatry* 2018;17:224-5.
40. Grant JE, Stein DJ. Transtorno de comportamento repetitivo focado no corpo na CID-11. *Rev Bras Psiquiatr* 2014;36(Supl. 1):59-64.
41. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. Diagnóstico e classificação de transtornos especificamente associados ao estresse: propostas para a CID-11. *World Psychiatry* 2013;12:198-206.
42. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P. Uma revisão das evidências atuais sobre as propostas da CID-11 para o diagnóstico de TEPT e TEPT complexo. *Clin Psychol Rev* 2017;58:1-15.
43. Bryant RA. Luto como transtorno psiquiátrico. *Br J Psychiatry* 2012;201:9-10.
44. Shear K, Frank E, Houck PR et al. Tratamento do luto complicado: um ensaio controlado randomizado. *JAMA* 2005;293:2601-8.
45. Uher R, Rutter M. Classificação dos transtornos alimentares: revisão de evidências e propostas para a CID-11. *World Psychiatry* 2012;11:80-92.
46. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchel JE et al. A validade e a utilidade clínica do transtorno da compulsão alimentar periódica. *Int J Eat Disord* 2009;42:687-705.
47. Al-Adawi S, Bax B, Bryant-Waugh R et al. Revisão da CID: atualização sobre transtornos alimentares. *Adv Eat Disord* 2013;1:10-20.
48. First MB, Fisher CE. Transtorno de identidade de integridade corporal: o desejo persistente de adquirir uma deficiência física. *Psicopatologia* 2012;45:3-14.
49. Saunders JB, Hao W, Long J et al. Transtorno de jogos: sua delimitação como uma condição importante para diagnóstico, manejo e prevenção. *J Behav Addict* 2017;6:271-9.
50. Kraus SW, Krueger RB, Briken P et al. Transtorno de comportamento sexual compulsivo na CID-11. *World Psychiatry* 2018;17:109-10.
51. Coccaro EF. Transtorno explosivo intermitente como um transtorno de agressão impulsiva para o DSM-5. *Am J Psychiatry* 2012;169:577-88.
52. Figueira ML, Dias V. Depressão pós-parto e transtorno disfórico pré-menstrual: opções para a CID-11. *World Psychiatry* 2012;11(Supl. 1):73-6.
53. Epperson CE, Steiner M. Transtorno disfórico pré-menstrual: evidências para uma nova categoria para o DSM-5. *Am J Psychiatry* 2012;169:465-75.
54. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM et al. Transtornos do desenvolvimento intelectual: em direção a um novo nome, definição e estrutura para "retardo mental/deficiência intelectual" na CID-11. *World Psychiatry* 2011;10:175-80.
55. Tassé M, Balboni G, Navas P et al. Identificação de indicadores comportamentais para o funcionamento intelectual e comportamento adaptativo em transtornos do desenvolvimento intelectual segundo a CID-11. *J Intellect Disabil Res* (no prelo).
56. Farooq S. O transtorno psicótico agudo e transitório (TPAT) é uma mini esquizofrenia? Evidências da fenomenologia e epidemiologia. *Psychiat Danub* 2012;24(Supl. 3):311-5.
57. Udomratn P, Burns J, Farooq S. Transtornos psicóticos agudos e transitórios: uma visão geral dos estudos na Ásia. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:463-6.
58. Paykel E, Andrade LH, Njenga F. Mudanças necessárias na classificação dos transtornos depressivos: opções para a CID-11. *World Psychiatry* 2012;11(Supl. 1):37-42.
59. McGlinchey JB, Zimmerman M, Young D et al. Diagnóstico do transtorno depressivo maior VIII: alguns sintomas são melhores do que outros? *J Nerv Ment Dis* 2006;194:785-90.
60. Maj M. Diferenciando depressão de tristeza comum: abordagens contextuais, qualitativas e pragmáticas. *World Psychiatry* 2012;11(Supl. 1):43-7.
61. Maj M. Estados mistos e ciclagem rápida: questões conceituais e opções para a CID-11. *World Psychiatry* 2012;11(Supl. 1):65-8.
62. Das-Munshi J, Goldberg D, Bebbington PE et al. Significado para a saúde pública da ansiedade e depressão mistas: além da classificação atual. *Br J Psychiatry* 2008;192:171-7.
63. Goldberg DP, Lam TP, Minhas F et al. Uso da classificação proposta de transtornos mentais comuns para a CID-11 por médicos de atenção primária. *Fam Pract* 2017;34:574-80.
64. Ziebold C, Goldberg DP, Reed GM et al. Análise dimensional de sintomas depressivos, ansiosos e somáticos apresentados por pacientes de atenção primária e sua relação com os diagnósticos propostos pela CID-11 em APS. *Psychol Med* (no prelo).
65. Kogan CS, Stein DJ, Maj M et al. A classificação dos transtornos de ansiedade e medo relacionados na CID-11. *Depress Anxiety* 2016;33:1141-54.
66. Brown TA, Barlow DH. Classificação dos transtornos de ansiedade e humor. Em: Barlow DH (ed). *Ansiedade e seus transtornos: a natureza e o tratamento da ansiedade e do pânico*, 2ª ed. Nova York: Guilford, 2002:292-327.
67. Bienvenu OJ, Samuels JF, Wuyek LA et al. O transtorno obsessivo-compulsivo é um transtorno de ansiedade e quais são, se houver, as condições do espectro? Uma perspectiva de estudo familiar. *Psychol Med* 2012;42:1-13.
68. Brown RJ, Cardeña E, Nijenhuis E et al. O transtorno de conversão deve ser reclassificado como um transtorno dissociativo no DSM V? *Psicossomática* 2007;48:369-78.
69. Gureje O, Reed GM. Transtorno de sofrimento corporal na CID-11: problemas e prós- aspectos. *Psiquiatria Mundial* 2016;15:291-2.
70. Poznyak V, Reed GM, Medina-Mora ME. Alinhando a classificação CID-11 de transtornos por uso de substâncias com as necessidades globais de serviços. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018;27:212-8.
71. Fauth-Bühler M, Mann K, Potenza MN. Jogo patológico: uma revisão das evidências neurobiológicas relevantes para sua classificação como transtorno aditivo. *Addict Biol* 2017;22:885-97.
72. Stein DJ, Billieux J, Bowden-Jones H et al. Equilibrando validade, utilidade e considerações de saúde pública em transtornos devido a comportamentos aditivos. *World Psychiatry* 2018;17:363-4.
73. McLaughlin KA, Green JG, Hwang I et al. Transtorno explosivo intermitente no Suplemento para Adolescentes da Replicação do Estudo Nacional de Comorbidade. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:1131-9.

74. Lochman JE, Evans SC, Burke JD et al. Uma alternativa empiricamente baseada ao transtorno de desregulação disruptiva do humor do DSM-5 para o CID-11. *World Psychiatry* 2015;14:30-3.
75. Evans SC, Burke JD, Roberts MC et al. Irritabilidade na psicopatologia infantil e adolescente: uma revisão integrativa para a CID-11. *Clin Psychol Rev* 2017; 53:29-45.
76. Leibenluft E. Irritabilidade em crianças: o que sabemos e o que precisamos saber aprender. *Psiquiatria Mundial* 2017;16:100-1.
77. Krueger RB, Reed GM, First MB et al. Propostas para transtornos paráfilicos na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Primeira Revisão (CID-11). *Arch Sex Behav* 2017;46:1529-45.
78. Gaebel W, Jessen F, Kanba S. Transtornos neurocognitivos na CID-11: o debate e seu resultado. *World Psychiatry* 2018;17:229-30.

DOI:10.1002/wps.20611