



# SUMÁRIO



# ABREVIACIONES



1.	Contexto histórico do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e os critérios de autismo	04
1.1	DSM-1	05
1.2	DSM-2	06
1.3	DSM-3	06
1.4	DSM-4	07
1.5	DSM-5	08
2.	Principais características de acordo com o DSM-5 TR	09
3.	Bebês com risco de autismo	11
4.	Como o DSM-5 muda o diagnóstico do autismo?	12
5.	Como ficam as pessoas diagnosticadas antes do DSM-5?	17

## DSM:

Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

## TEA:

Transtorno do Espectro Autista

## APA:

Associação Americana de Psiquiatria

## CID:

Classificação Internacional de Doenças

## EBM:

Evidence-based Medicine, em português  
Medicina baseada em evidências (MBE)



# 1

## CONTEXTO HISTÓRICO DO MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM) E OS CRITÉRIOS DE AUTISMO

Por volta do século XIX, os transtornos mentais não obtinham uma classificação ou critérios diagnósticos preestabelecidos. Aqueles sujeitos que apresentavam comportamentos fora do esperado, como um surto psicótico, ficavam perambulando pelas ruas e podiam até serem presos. Eram tratados como alienados e não tinham acesso a tratamentos adequados. Ficavam internados em quartos hospitalares com o único objetivo de contenção.

Dessa forma, os pesquisadores buscaram novos modos de tratar e compreender os transtornos mentais, a partir de classificações de comportamentos e condutas que ocorrem no dia a dia das pessoas.

Em 1857, Benedict August Morel, psiquiatra franco-austríaco, foi pioneiro em cunhar o termo 'demência precoce' em seu "Tratado sobre as degenerações físicas, intelectuais e morais da espécie humana e as causas que produzem essas variedades prejudiciais".

Com isso, ele introduziu o conceito de degenerescência fortemente ligado a uma perspectiva religiosa católica, na qual as taras, os vícios e os traços mórbidos eram transmitidos para as gerações. E, à medida que esses deméritos eram passados pelas filiações, seus efeitos teriam a tendência de agravamento. Depois dessa teoria, diversos projetos de cunho higienista foram iniciados, visando o impedimento da dita propagação de degeneração de raça. O maior objetivo de Morel era designar uma nosografia psiquiátrica, fundada na etiologia natural dos transtornos.

Desse modo, a degenerescência hereditária constituía a mais importante causa das disfunções psiquiátricas e autorizava uma coerente sistematização dos diagnósticos e classificações. O tratado de Morel dá início ao processo de ampliação da psiquiatria.

Segundo Caponi (2012), ter uma classificação das doenças mentais propiciaria uma classificação etiológica e, com a determinação das causas, seria desenvolvido um sistema classificatório de patologias e uma terapêutica adequada para cada caso.

Entre os séculos XIX e XX, Emil Kraepelin foi considerado um sistematizador da psicopatologia descritiva: escreveu oito edições de seu Manual de Psiquiatria, nos quais tinham alterações nosológicas em todas as versões, ou seja, alterações de classificações de doenças ou transtornos.

Em 1917, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) se uniu à Comissão Nacional de Higiene Mental para desenvolver um manual de classificação de desordens mentais intitulado DSM, isto é, Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais. Após a segunda guerra mundial, houve uma maior necessidade de tratamento e classificação das desordens mentais, em função dos veteranos de guerra. Com todo o ocorrido, já era esperado o crescimento dos distúrbios de humor, como depressão e transtorno bipolar.

Em 1947, Abram Kardiner, psicanalista e ex-analisando de Freud, se dedica a estudar o que se tornaria o Transtorno Pós-traumático, com os levantamentos do pós-guerra. Com o desfecho do conflito, diversos desenvolvimentos ocorreram na área das síndromes traumáticas, principalmente no quesito de diagnóstico e tratamento.

## DSM-1, 1952

Segundo Alarcón e Freeman (2015), a partir da segunda metade do século XX, aflorou-se uma grande necessidade de padronizar as doenças e os transtornos em categorias para atender às finalidades terapêuticas, acadêmicas, administrativas e legais.

Então, em 1952, a APA publicou a versão inicial do DSM com mais de cem categorias diagnósticas, com um grande enfoque psicanalítico. Sob influência de Adolf Meyer, presidente da APA, predominou a descrição das categorias oriundas da psicodinâmica, visando à neurose e à psicose.

O conceito de psicodinâmica foi desenvolvido por Freud (1925/1980) e se refere ao movimento consciente e inconsciente na tomada de decisões dos sujeitos. Há uma relação de reação entre o que acontece, principalmente, na fase infantil do sujeito com os seus movimentos da vida adulta. O objetivo era estabelecer uma conformidade entre o corpo clínico, por meio de um glossário que trazia a descrição clínica de cada categoria diagnóstica. A etiologia, ou seja, as causas, eram diretamente levadas em conta.

O que hoje conhecemos como Transtorno do Espectro Autista é descrito como um sintoma da Reação Esquizofrênica do tipo infantil.

Sendo assim, nesse momento não é descrito como um grupo nosográfico, isto é, uma descrição ou classificação de doenças.

## DSM-2, 1968

A segunda publicação do DSM foi elaborada em paralelo à CID-8 (Código Internacional de Doenças), segundo Araujo e Lotufo (2014), ocorreram poucas alterações em relação à edição anterior. O conceito de neurose se mantém, comprovando a continuidade do predomínio da psicodinâmica.

Segundo Barrio (2009), essa versão não agradou aos cientistas. Logo após um ano da publicação, eles já propuseram uma nova edição. O autismo deixa de ser reconhecido como Reação Esquizofrênica do tipo infantil e se torna Esquizofrenia tipo infantil.

## DSM-3, 1980

No final da década de 1970, a psiquiatria não utilizava protocolos uniformizados internacionalmente. Os parâmetros diagnósticos para identificar as doenças não eram padronizados, sendo assim, o desenvolvimento do DSM-3 adotou os critérios da medicina baseada em evidências, fato considerado como uma revolução científica. Segundo El Dib (2007), a Medicina Baseada em Evidências (BEM) é o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica.

Dunker (2014) ressalta que a classificação de transtornos mentais foi muito bem aceita na época, de maneira que a atuação clínica seria padronizada, facilitando o exercício dos profissionais de saúde mental, da pesquisa científica e das coberturas das empresas de seguro.

Essa edição traz vantagens como a expansão do diagnóstico e a divisão entre os problemas do cotidiano e a doença mental, de fato. Expõe a ideia de desinstitucionalização de pacientes crônicos por meio da luta antimanicomial.

Segundo Hirdes (2009), em torno da mesma época da edição do DSM-3, iniciou-se um movimento de psiquiatria democrática, onde era preconizado o fechamento de todos os manicômios e a reconstituição da cidadania daqueles que passaram anos em instituições de saúde mental.

O objetivo era devolver o lugar de fala ao interno, ouvir suas reivindicações, aniquilar as práticas de tratamento abusivas e, por fim, reinseri-lo na sociedade.

O DSM-3 foi a primeira versão que criou uma classe diagnóstica chamada Transtornos Globais do Desenvolvimento, na qual o autismo infantil se encaixava como uma subcategoria. Na revisão da terceira edição, intitulada DSM-3 – R, o autismo passa a ser nomeado Transtorno Autístico.

## DSM-4, 1994

Segundo Alarcón e Freeman (2015), a quarta revisão surgiu para atender às exigências de aperfeiçoamento e qualidade das informações, de maneira que o manual ganhou clareza e consistência científica.

Essa versão recebeu uma revisão chamada de DSM-4-TR, devido ao grande número de publicações e pesquisas realizadas durante os anos entre a versão 4 e 5. Portanto, para diminuir a lacuna entre as edições foi publicada a revisão TR.

Os objetivos dessa revisão seriam corrigir quaisquer erros identificados no texto do DSM-4, garantir a atualização de todas as informações, fazer alterações que refletissem os novos dados disponíveis (uma vez que as revisões bibliográficas do DSM-4 foram realizadas em 1992), fazer aperfeiçoamentos que aumentassem o valor educativo do DSM-4 e atualizar os códigos da CID-9.

A maioria das alterações baseadas nas bibliografias diz respeito às seções de características e transtornos associados, que incluem os achados laboratoriais associados.

Essas características são específicas de cultura, idade e gênero, prevalência, curso e padrão familiar. Para uma série de transtornos, a seção diagnóstica diferencial também foi ampliada de modo a oferecer diagnósticos diferenciais mais abrangentes.

É importante salientar que diagnósticos diferenciais se referem a doenças possíveis do sujeito, que possam explicar seus sinais e sintomas, e não a diferentes métodos utilizados para chegar a um diagnóstico. São hipóteses que podem ser confirmadas ou não, porém, sempre é importante avaliá-las.

O autismo nesta edição está dentro da categoria de Transtornos Globais do Desenvolvimento. Categoria que inclui o Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento.

# DSM-5, 2013

Na versão anterior, o autismo era subdividido em cinco categorias clínicas, o que dificultava e atrasava o fechamento do diagnóstico. O DSM-5 normatizou as características globais do TEA, deixando os critérios diagnósticos homogêneos e facilitando a identificação do autismo.

Outra novidade foi a fusão do Transtorno Autista, do Transtorno de Asperger e do Transtorno Global do Desenvolvimento no Transtorno do Espectro Autista. Os sintomas, que antes eram diagnosticados separadamente, são um contínuo único de prejuízos com identidades - de leve a severas - nos domínios de comunicação e comportamentos restritos e repetitivos. Portanto, não há justificativa de diagnosticá-los de modo desassociado.

*“Essa mudança foi implementada para melhorar a sensibilidade e a especificidade dos critérios para o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista e para identificar alvos mais focados de tratamento para os prejuízos específicos observados.” (DSM-5, 2014)*

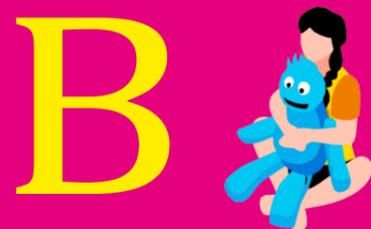
Os critérios diagnósticos do TEA foram divididos em quatro grandes categorias:



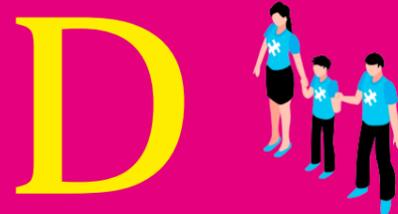
Déficits persistentes em comunicação e interação social.



Presença dos sintomas em idade precoce da vida e em contextos sociais.



Padrões repetitivos e interesses restritos de comportamento e atividades.



Sintomas em conjunto devem limitar a funcionalidade da criança, por exemplo, a funcionalidade acadêmica ou social.

# 2

## PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DE ACORDO COM O DSM-5 TR

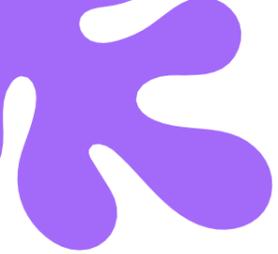
As primeiras grandes características são a presença de um desenvolvimento comprometido na interação social, a comunicação e os interesses restritos.

Há uma dificuldade clara em se relacionar com pares que sejam próprios do nível de desenvolvimento do indivíduo. Aqueles mais jovens têm a tendência de demonstrar pouco ou nenhum interesse para estabelecer amizades, já os mais velhos podem demonstrar interesse por amizades, mas ainda apresentam impasses para compreender certas convenções da interação humana. Em síntese, pode haver escassez de busca espontânea por atividades compartilhadas, aliada a falta de reciprocidade social exemplificada em predileção por atividades solitárias ou em envolver o outro apenas como instrumento ou auxiliar. Com frequência, há dificuldade em perceber e considerar os outros. É comum que autistas ignorem outras crianças, inclusive irmãos. Eles podem não ter a percepção das necessidades alheias ou não perceber o sofrimento alheio.

Em relação ao comprometimento da comunicação, são verificados déficits tanto na linguagem verbal quanto na não-verbal. Pode haver atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada.

Aqueles sujeitos que chegam a falar, demonstram comprometimento da capacidade de manter uma conversa. É recorrente o uso repetitivo ou estereotipado da linguagem ou até uma linguagem idiossincrática, ou seja, o uso de palavras ou frases para explicar eventos que são inexplicáveis para os ouvintes, como verbalizar “dormir” quando na verdade quer dizer “dormir”. Há também a ausência de brincadeira espontânea de faz de conta ou de imitação.

Quando a fala se apresenta desenvolvida, constata-se um tom de voz monótono e alterações no timbre, velocidade e entonação. É correto usar tom interrogativo ao final de frases afirmativas. No quesito de estrutura gramatical, frequentemente são construídas estruturas imaturas, com a presença de repetição das palavras ou jingles (mensagem musical publicitária, elaborada com um refrão simples e de curta duração). Ocorre ainda uma perturbação no entendimento do uso social das palavras. Portanto, uso social de palavras, de forma que gírias, piadas ou aspectos figurativos da fala são de difícil entendimento para os autistas. No quesito de restrição de interesses e atividades, há uma adesão aparentemente inflexível a rotinas, presença de maneirismos motores repetitivos e estereotipados e uma



preocupação continua com partes de objetos, como botões ou partes do corpo.

Os interesses são restritos e podem se preocupar com áreas de interesse limitado, como números de telefone, datas e assim por diante. No dia a dia, tal característica pode ser evidenciada por enfileirar um número predeterminado de brinquedos ou assistir ao mesmo vídeo diversas de vezes.

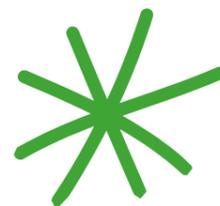
Constantemente, os autistas insistem na mesmice e manifestam elevada resistência ou sofrimento frente a mudanças triviais, como uma troca de cortina ou alteração do lugar da mesa de jantar. Há também a repetição de rotinas não funcionais, como percorrer o mesmo caminho para a escola todos os dias.

Os movimentos estereotipados podem envolver as mãos, como estalar os dedos ou bater palmas. Em outros casos, podem envolver o corpo todo como inclinar-se de maneira rítmica. Os autistas podem apresentar também anormalidades de postura, como caminhar na ponta dos pés. Eles podem ter fascinação com movimentos com rodinhas de brinquedos, abrir e fechar de portas e até ventiladores. É possível ainda apegarem-se a algum objeto inanimado, como um pedaço de barbante ou tiras de plásticos.

As características relatadas acima se manifestam antes dos três anos de idade, sendo que em 20% dos casos, segundo o DSM-V TR, os pais descrevem um desenvolvimento adequado pelo primeiro e segundo anos de vida. Nesses casos, as demandas são de crianças que começaram a verbalizar algumas palavras, mas que depois de certa idade tiveram o desenvolvimento estagnado.

Certos sintomas comportamentais podem ocorrer como atitudes autodestrutivas, impulsividade, agressividade, desatenção, hiperatividade e, particularmente, com crianças mais jovens, acessos de raiva e irritação. Respostas incomuns a estímulos sensoriais ocorrem devido a hipersensibilidade a sons, toque, luzes e odores.

Podem ocorrer anormalidades na alimentação, como a limitação apenas a alguns alimentos, ou no sono, com despertadores noturnos com balanço no corpo. No humor e afeto podem ocorrer desequilíbrios, como risadas ou choros sem motivos e fora do contexto, e uma aparente ausência de reação emocional. É comum haver ausência de medo frente a reais perigos e temor excessivo em resposta a objetos inofensivos, ocasionando comportamento autolesivo, como bater a cabeça na parede, morder os dedos e se jogar no chão. Na adolescência e na vida adulta, percebendo os seus comprometimentos, o indivíduo pode desenvolver depressão ao lidar com questões ligadas ao seu atual nível de capacidade intelectual.



# 3



## BEBÊS COM RISCO DE AUTISMO

Percebe-se a indiferença ou aversão ao contato físico ou afeição, ausência de aconchego, falta de contato visual direto, de sorriso social, de respostas faciais e uma evidente ausência de resposta à voz dos pais. É usual os pais levantarem a possibilidade de a criança ser surda.

Os bebês começam a sorrir por volta dos dois meses. Nesse momento, eles ainda não sabem o que o sorriso significa, ainda estão treinando esse tipo de movimento quando estão acompanhados de adultos e outras crianças.

No bebê autista, o sorriso raramente está presente e a criança sempre apresenta a mesma expressão facial. Os pais podem ter a impressão de que dificilmente o bebê está contente.

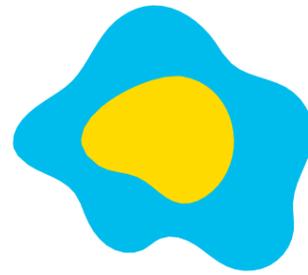
Habitualmente, crianças de colo gostam de beijos e abraços, sabem que é um afeto aprendido com o hábito, que traz sentimento de segurança e de ser amado. No caso de autistas, desde os primeiros meses de vida, percebe-se uma certa repulsa pelo toque, carícias e beijos.

Na rotina, não gostam de ir no colo, nem de pessoas distantes e nem de pessoas próximas. Podem usar as mãos dos adultos para alcançar objetos que desejam sem nunca fazer contato visual, focando apenas na mão e não na pessoa.

Outra particularidade é a falta de emissão de sons. Geralmente, os autistas são bebês que não balbuciam sons esperados para a idade de seis a nove meses de vida.



# 4



## COMO O DSM-5 MUDA O DIAGNÓSTICO DO AUTISMO?



Os critérios A, B, C e D explicam de modo claro e eficaz as características do Transtorno do Espectro Autista. Sendo o critério A aquele relacionado aos déficits na comunicação e interação social, que foi dividido em três grupos:

### A1 Déficit na reciprocidade social e emocional com partilha reduzida de interesses e de continuidade nos diálogos:

*Na prática, esse critério refere-se à criança que dá as costas quando alguém dirige a palavra a ela, não responde quando é chamada pelo nome e não compartilha a sua brincadeira, seja com adultos ou crianças.*

### A2 Déficit na comunicação social não-verbal (gestos, contato visual, linguagem corporal e expressão social):

*Na prática, esse critério refere-se à criança que tem grande dificuldade em iniciar ou manter contato visual, se expressar por meio de gestos e demonstrar sentimentos com expressões faciais.*

### A3 Dificuldade em gerar e manter relacionamentos e de ajustar o seu comportamento de acordo com o contexto:

*Na prática, esse critério refere-se à criança que tem o mesmo comportamento, independente do ambiente em que está, seja na igreja ou no parque, por exemplo. Ela também apresenta pouco interesse em manter amigos e predileção por fazer as atividades sem companhia.*

O critério B, aquele que se refere a padrões e interesses restritos de atividades e comportamentos, é apresentado em quatro subcritérios:

### B1 Movimentos, uso de objetos e linguagem estereotipada e sem função social:

*Na prática, esse critério refere-se à criança que insiste em brincar com os mesmos objetos ou brinquedos, independentemente da situação ou ambiente. Apresenta um comportamento repetitivo sem função social, como fazer movimentos circulares com as mãos ou balançar o tronco. Também é muito comum que a criança gire objetos ou que repita frases ou palavras fora de contexto.*

### B2 Rituais e resistência às mudanças:

*Na prática, esse critério refere-se à criança que não aceita sentar em lugares diferentes do carro, no sofá ou até na cama. Ela quer frequentar apenas os mesmos ambientes com as mesmas pessoas. É comum também que aceitem somente comer com o mesmo prato e talheres a mesma comida. Outro comportamento é realizar simetrias e categorizações, como separar os brinquedos por cor ou colocar quadros e objetos de decorações nos lugares preestabelecidos por eles.*

## B3

Interesse exagerado em assuntos ou tópicos:

*Na prática, esse critério refere-se à criança que tem predileção por conversar ou fazer atividades dentro de um mesmo assunto. Por exemplo: uma criança que gosta de dinossauros e simplesmente se recusa a sair de casa quando não está com seu boneco dinossauro. Ela brinca e conversa apenas sobre eles.*

## B4

Hiper ou hipo reação a estímulos sensoriais do ambiente ou procura excessiva por esses estímulos:

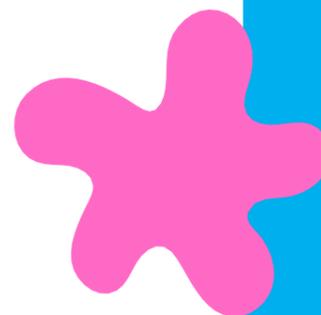
*Na prática, esse critério refere-se à criança que tem aversão a barulhos, como pessoas conversando ou sons de carros. Também tem aversão a abraços ou toques físicos. Podem ter interesse exagerado de luzes piscantes ou objetos que rodam.*

Na sequência, o critério C cita que os sintomas devem começar em idade precoce, podendo ter grande variabilidade até os oito anos de vida e considera que o relato do cuidador principal não é o mais importante. Ou seja, devem ser levantados outros relatos de familiares ou professores e o cuidador principal não é mais a via única de relato dos sinais e sintomas.

Por fim, o critério D avalia o nível de prejuízo que os sintomas e sinais descritos nos critérios A e B ocasionaram na funcionalidade da criança.

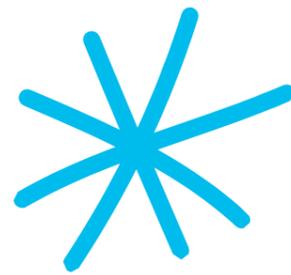
Para fechar o diagnóstico, a criança tem que ter três sintomas dos três critérios A e dois sintomas dos quatro critérios B. Os critérios C e D devem estar presentes impreterivelmente.

O DSM-5 também trouxe especificadores de gravidade, reconhecendo que a gravidade pode oscilar de acordo com o contexto e o tempo. Foram descritos três níveis de gravidade:



## Nível 1: Exigindo apoio

No nível 1, em relação à comunicação social, deve ser evidente um prejuízo notável, dificuldade para iniciar interações e presença de respostas atípicas dentro do contexto social. Por exemplo: um sujeito que fala frases completas e se envolve em algumas interações sociais, mas que apresenta falhas na conversação e as tentativas de fazer amizades são inadequadas e malsucedidas. No quesito de comportamentos restritos e repetitivos, é necessário ter uma inflexibilidade que causa interferência no funcionamento. Em síntese, refere-se à dificuldade em trocar de atividade e problemas para organização e planejamento.



5

## Nível 2: Exigindo apoios sociais

No nível 2, há déficits graves nas habilidades de comunicação verbal e não verbal, prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio. Por exemplo: uma pessoa que interage, mas se limita a interesses específicos reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente inadequada. Há grande dificuldade em lidar com mudanças, trocar o foco e presença de comportamento repetitivo.

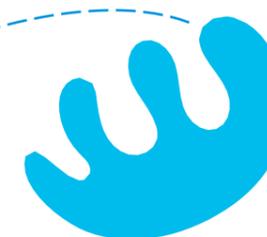
## COMO FICAM AS PESSOAS DIAGNOSTICADAS ANTES DO DSM-5

O DSM-5 foi publicado em maio de 2013, e sua versão anterior, o DSM-4, foi utilizada entre os anos de 1994 e 2013. Sendo assim, aqueles que receberam o diagnóstico nesse período com alguma síndrome que não se utiliza mais a mesma nomenclatura podem receber uma atualização do diagnóstico. Tal mudança não anula o diagnóstico recebido anteriormente, apenas o atualiza de acordo com as modificações propostas na nova versão.

## Nível 3: Exigindo apoio muito substancial

No nível 3, há grande limitação em dar início a interações sociais e abertura social mínima. Interage somente para satisfazer às necessidades individuais por meio de abordagens incomuns. Apresenta inflexibilidade de comportamento, gerando perdas acentuadas no funcionamento.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**KARDINER**, Abram; **SPIEGEL**, Herbert. Tyhe traumatic Neurosis of War. New York: Paulo B. Horber, Inc, 1947.

**HIRDES**, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

**ALARCON G**, Renato D.; **FREEMAN**, Arthur M. Rutas ontológicas de la nosología psiquiátrica: ¿Cómo se llegó al DSM-5? *Rev Neuropsiquiatr*, Lima, v. 78, nº1, enero 2015.

**EL DIB**, Regina Paolucci. Como praticar a medicina baseada em evidências. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 6, n. 1, p. 1-4, 2007.

**BARRIO**, Victoria del. Raíces y evolución del DSM. *Revista de história de la psicología*, Valencia, vol. 30, nº 2-3, p. 81-90, 2009.

**CAPONI**, Sandra. Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

**DUNKER**, Christian Ingo Lenz. Questões entre a psicanálise e o DSM. *J. psicanal.*, São Paulo, v. 47, n. 87, p. 79-107, dez. 2014.

**FREUD**, S. (1980). Inibição, sintoma e ansiedade. In S. Freud, *Obras psicológicas de Sigmund Freud* (pp. 95-203). Edição standard de obras completas de Sigmund Freud, v. 20. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925).

**MOREL**, Benedict-Augustin. Tratado sobre as degenerações físicas, intelectuais e morais da espécie humana e as causas que produzem essas variedades doentias. Paris: Baillière, 1857.

**KRAEPELIN**, Emil. *Clinical Psychiatry. A Text book for students and physicians*. New York: Macmillan, 1904.

**AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*. 1 ed. Washington D/C, 1952.

**AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*. 2 ed. Washington D/C, 1968.

**AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM*. 3 ed. Washington D/C, 1980.

**ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA**. *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais – DSM*. 3 ed. – Revisão. Tradução Lúcia Helena Siqueira Barbosa; revisão técnica Sylvio Giordano Júnior. São Paulo: Manole, 1989.

**AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*. 4 ed. Washington D/C, 1994.

**ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA**. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM*. 4 ed. Tradução Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

**ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA**. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM*. 4 ed. – Texto Revisado. Tradução Claudia Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

**AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*. 5 ed. Washington D/C, 2013.

**ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA**. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.



### Expediente Instituto PENSI



Sandra Mutarelli Setúbal (presidente)  
José Luiz Egydio Setúbal (vice-presidente)  
Fátima Rodrigues Fernandes (diretora executiva)  
Carla Regina Furlani Pereira (gerente administrativo)  
Yasmine Martins (assessoria técnica)  
Carlos Augusto Takeuchi (assessoria técnica)

Imagens e ilustrações: Freepick e Shutterstock  
Projeto e diagramação: Stärke Comunicação



INSTITUIÇÕES DA

