

**TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E TRANSTORNOS DEPRESSIVOS: DIAGNÓSTICO
CONTEMPORÂNEO À LUZ DO DSM-5 E O PAPEL ESTRUTURANTE DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL**

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.070-006>

André da Silva de Souza

Graduando em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Maria Gabriela Gonçalves Campos

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Lucas Gabriel de Oliveira Souza

Graduando em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Tamyris Alexandre da Gama

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Kelliane de Oliveira Peçanha

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Clara Fonseca Silva

Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário UniFAMESC

Enoghalliton de Abreu Arruda

Doutor em Educação pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP)

Professor no Centro Universitário UniFAMESC

E-mail: enoghalliton.arruda@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5634-4724>

Monique Bessa de Oliveira Prucoli

Doutoranda em Cognição e Linguagem (UENF);

Mestra em Cognição e Linguagem (UENF); Enfermeira (UFF)

Professora no Centro Universitário UniFAMESC

E-mail: moniquebessauff@yahoo.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8197-8312>

Resumo

O presente artigo tem como objetivo discutir os aspectos diagnósticos contemporâneos dos transtornos de ansiedade e dos transtornos depressivos, tomando como referência a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), articulando essa discussão à necessidade premente de valorização e fortalecimento da equipe multiprofissional em saúde mental. Parte-se do pressuposto de que o diagnóstico psiquiátrico, embora estruturado a partir de critérios operacionais, não pode prescindir da escuta clínica ampliada, da compreensão do sujeito em seu contexto histórico, social e subjetivo, e da

atuação articulada de diferentes núcleos profissionais. Por meio de revisão narrativa da literatura, o estudo percorre a evolução dos sistemas classificatórios, discute os critérios diagnósticos atuais para os principais transtornos de ansiedade e depressivos, aponta os desafios do diagnóstico diferencial e das comorbidades, e problematiza a hegemonia do modelo biomédico centrado exclusivamente na figura médica, que tem historicamente subestimado e desvalorizado a contribuição de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e demais profissionais que compõem as equipes de saúde mental. Conclui-se que a superação da fragmentação do cuidado depende da consolidação de práticas interdisciplinares, do investimento em educação permanente e da revalorização simbólica, técnica e financeira dos profissionais não médicos, de modo a garantir diagnósticos mais precisos e cuidado integral, humanizado e resolutivo aos usuários dos serviços de saúde mental.

Palavras-chave: DSM-5; Diagnóstico psiquiátrico; Equipe multiprofissional; Saúde mental; Transtornos de ansiedade; Transtornos depressivos.

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos de ansiedade e os transtornos depressivos figuram, há décadas, entre as condições psiquiátricas de maior prevalência e impacto funcional em todo o mundo, sendo reconhecidos por organismos internacionais como importantes causas de incapacidade, absenteísmo laboral, sofrimento subjetivo e sobrecarga dos sistemas de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2022).

No Brasil, o cenário não é diferente: levantamentos epidemiológicos recentes indicam aumento expressivo da prevalência de sintomas ansiosos e depressivos na população geral, fenômeno agravado pelas transformações sociais, econômicas e sanitárias das últimas décadas, entre as quais se destaca o impacto psicossocial da pandemia de COVID-19, que reconfigurou de maneira duradoura os modos de adoecimento psíquico contemporâneo (Barros; Salles, 2021).

Diante desse quadro, o diagnóstico cuidadoso e tecnicamente qualificado desses transtornos assume papel central, pois é a partir dele que se torna possível planejar intervenções terapêuticas eficazes, evitando tanto a subnotificação e o subtratamento quanto a medicalização excessiva de experiências emocionais legítimas, como o luto, a frustração ou a insegurança diante de eventos estressores da vida cotidiana.

Trata-se de uma distinção clínica delicada: nem toda tristeza configura um episódio depressivo, assim como nem toda inquietação caracteriza um transtorno de ansiedade. É a intensidade, a persistência temporal e, sobretudo, o prejuízo funcional que autorizam a hipótese diagnóstica de um transtorno mental propriamente dito (Dalgalarrondo, 2019).

Historicamente, os principais sistemas classificatórios utilizados pelos profissionais de saúde mental foram a Classificação Internacional de Doenças, em suas sucessivas revisões, e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria.

Esses sistemas, ao longo do tempo, sofreram revisões significativas, refletindo mudanças paradigmáticas na compreensão do sofrimento psíquico. A publicação do DSM-5, em 2013, e sua tradução e disseminação no Brasil a partir de 2014, representou um marco importante, ao reorganizar substancialmente as categorias diagnósticas, abandonar o sistema multiaxial vigente nas edições anteriores e incorporar uma perspectiva dimensional e desenvolvimental para a compreensão dos transtornos mentais (American Psychiatric Association, 2014).

Paralelamente, a Organização Mundial da Saúde publicou a décima primeira revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), buscando maior alinhamento conceitual com o manual estadunidense, ainda que preservando particularidades próprias (World Health Organization, 2019).

Entretanto, é fundamental reconhecer que nenhum sistema classificatório, por mais sofisticado que seja, é capaz de captar isoladamente a totalidade da experiência subjetiva do paciente. Autores críticos da psiquiatria contemporânea têm alertado para os riscos de uma prática clínica reduzida à mera checagem de critérios operacionais, destituída da escuta qualificada e da compreensão biográfica do sujeito (Dunker, 2015; Caponi, 2014).

Um diagnóstico tecnicamente correto, mas desprovido de sentido clínico e de escuta ampliada, corre o risco de produzir intervenções ineficazes ou mesmo iatrogênicas. É nesse ponto que se localiza uma das teses centrais deste artigo: o diagnóstico em saúde mental é, por natureza, um processo interdisciplinar, que se enriquece e se qualifica na medida em que incorpora os diferentes olhares e saberes que compõem a equipe multiprofissional.

Ocorre que, apesar de décadas de avanço nas políticas públicas de saúde mental e da consolidação de marcos legais que preveem o trabalho em equipe — como a Reforma Psiquiátrica brasileira e a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) —, observa-se, na prática cotidiana dos serviços, uma persistente hegemonia do saber médico-psiquiátrico e uma consequente desvalorização simbólica, técnica e financeira dos demais profissionais que integram as equipes: psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros (Peduzzi, 2001; Saupe et al., 2005).

Essa desvalorização se manifesta em precarização de vínculos empregatícios, sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, limitada participação nos processos decisórios clínicos e, não raro, invisibilização de sua contribuição diagnóstica e terapêutica diante do protagonismo conferido ao diagnóstico e à prescrição médica (Amarante, 2007; Onocko-Campos, 2019). Essa configuração, ainda fortemente ancorada em um modelo hospitalocêntrico e biomédico, contraria os princípios fundantes da

Reforma Psiquiátrica e compromete a qualidade do cuidado ofertado, na medida em que fragmenta um processo que, por definição, deveria ser coletivo, dialógico e corresponsabilizado.

Diante desse cenário, o presente artigo se propõe a articular duas dimensões que, embora frequentemente tratadas de forma isolada na literatura, são intrinsecamente interdependentes: de um lado, a atualização técnica sobre os critérios diagnósticos contemporâneos dos transtornos de ansiedade e depressivos à luz do DSM-5; de outro, a reflexão crítica sobre o papel estruturante — e ainda insuficientemente reconhecido — da equipe multiprofissional na construção de diagnósticos mais precisos, contextualizados e eticamente comprometidos com a integralidade do cuidado em saúde mental.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Discutir os critérios diagnósticos contemporâneos dos transtornos de ansiedade e dos transtornos depressivos, conforme preconizado pelo DSM-5, relacionando essa discussão à necessidade de fortalecimento e valorização da equipe multiprofissional em saúde mental como elemento estruturante do processo diagnóstico e terapêutico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a evolução histórica dos sistemas classificatórios em psiquiatria, com ênfase nas transformações introduzidas pelo DSM-5 em relação às edições anteriores;
- Apresentar os principais critérios diagnósticos atuais para os transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, fobia social e agorafobia) e para os transtornos depressivos (transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente e transtorno disruptivo da desregulação do humor);
- Discutir os desafios inerentes ao diagnóstico diferencial e à identificação de comorbidades entre quadros ansiosos e depressivos;
- Problematicar a hegemonia do modelo biomédico centrado na figura médica no processo diagnóstico em saúde mental;
- Refletir sobre o papel de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e demais profissionais na construção de diagnósticos ampliados e no cuidado integral em saúde mental.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, de natureza qualitativa e caráter exploratório-descritivo. A revisão narrativa foi escolhida por permitir uma análise ampla, crítica e reflexiva

sobre a temática proposta, sem a rigidez metodológica das revisões sistemáticas, possibilitando articular dados técnicos oriundos de manuais classificatórios com discussões teóricas de caráter mais amplo, oriundas dos campos da saúde coletiva, da psicologia e das ciências sociais aplicadas à saúde.

Foram consultadas as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e Google Acadêmico, utilizando os descritores "transtornos de ansiedade", "transtornos depressivos", "DSM-5", "diagnóstico psiquiátrico", "equipe multiprofissional" e "saúde mental", isolados e combinados por meio do operador booleano "AND".

Foram priorizadas publicações em português, inglês e espanhol, dos últimos quinze anos, sem prejuízo da inclusão de obras clássicas de reconhecida relevância teórica para a compreensão histórica do tema. Como fontes primárias normativas, foram utilizados o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5), e a Classificação Internacional de Doenças, décima primeira revisão (CID-11).

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 DA NOSOGRAFIA CLÁSSICA AO DSM-5: TRAJETÓRIA DOS SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS

A construção dos sistemas de classificação em psiquiatria acompanha, historicamente, as transformações epistemológicas do próprio campo. As primeiras tentativas sistemáticas de categorização dos transtornos mentais remontam aos trabalhos de Emil Kraepelin, no final do século XIX, que buscava diferenciar quadros com base em curso clínico e prognóstico. Ao longo do século XX, sucessivas edições do DSM — publicado pela primeira vez em 1952 — refletiram diferentes orientações teóricas, desde influências psicanalíticas nas primeiras versões até a guinada neokraepeliniana consolidada a partir do DSM-III, em 1980, que instituiu critérios operacionais explícitos, listas de sintomas e limiares quantitativos, buscando maior confiabilidade diagnóstica entre avaliadores (Dalgallarrondo, 2019; Pereira, 2013).

O DSM-5, publicado em 2013 pela Associação Americana de Psiquiatria, representou uma ruptura significativa em relação ao modelo multiaxial adotado desde o DSM-III-R e mantido no DSM-IV-TR. A supressão dos cinco eixos avaliativos — que separavam, por exemplo, transtornos clínicos (Eixo I) de transtornos de personalidade e deficiência intelectual (Eixo II) — cedeu lugar a uma listagem única e não hierarquizada de diagnósticos, acompanhada da recomendação de avaliação complementar por meio de escalas dimensionais transversais e específicas, capazes de capturar a gravidade e a variação contínua dos sintomas, e não apenas sua presença ou ausência categórica (American Psychiatric Association, 2014).

Essa mudança buscou responder às críticas de longa data sobre a excessiva rigidez categorial dos manuais anteriores, que tendiam a artificializar fronteiras entre quadros clínicos que, na prática, apresentam

sobreposição sintomática relevante — como é notoriamente o caso da relação entre ansiedade e depressão (American Psychiatric Association, 2014).

O DSM-5 também reorganizou capítulos inteiros: os transtornos de ansiedade, antes reunidos em um único grande capítulo que incluía também o transtorno obsessivo-compulsivo e o transtorno de estresse pós-traumático, foram desmembrados em três capítulos distintos — Transtornos de Ansiedade, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtornos Relacionados, e Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores —, reconhecendo especificidades fisiopatológicas e clínicas entre esses quadros (American Psychiatric Association, 2014).

Paralelamente, a Organização Mundial da Saúde publicou, em 2019, a décima primeira revisão da Classificação Internacional de Doenças, com entrada em vigor oficial em 2022, buscando maior compatibilidade estrutural com o DSM-5, embora mantendo diferenças pontuais relevantes, sobretudo no que se refere aos limiares de duração sintomática e à ênfase relativamente maior conferida, na CID, a critérios de sofrimento e prejuízo funcional em detrimento de listas extensas de sintomas (World Health Organization, 2019; Fonseca; Andrade, 2020).

Essa convergência parcial entre os dois principais sistemas classificatórios reflete um esforço internacional de harmonização diagnóstica, sem, contudo, eliminar as tensões epistemológicas subjacentes ao próprio ato de classificar o sofrimento psíquico.

4.2 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS CONTEMPORÂNEOS

O DSM-5 reúne, sob o capítulo dos Transtornos de Ansiedade, um conjunto de condições caracterizadas por medo ou ansiedade excessivos, acompanhados de alterações comportamentais correlatas, distinguindo-se entre si principalmente pelo tipo de objeto ou situação que desencadeia a resposta ansiosa, bem como pela cognição associada (American Psychiatric Association, 2014).

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é definido pela presença de ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos dias por um período mínimo de seis meses, envolvendo diversos eventos ou atividades, e de difícil controle por parte do indivíduo. Devem estar presentes ao menos três dos seguintes sintomas associados: inquietação, fadigabilidade, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono, sendo exigido apenas um desses sintomas em crianças (American Psychiatric Association, 2014).

O quadro deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional, e não pode ser mais bem explicado por efeitos de substância, condição médica geral ou outro transtorno mental (American Psychiatric Association, 2014).

O Transtorno do Pânico se caracteriza por ataques de pânico recorrentes e inesperados, definidos como surtos abruptos de medo ou desconforto intenso que atingem um pico em minutos, acompanhados de

sintomas físicos e cognitivos como palpitações, sudorese, tremores, sensação de falta de ar, dor torácica, náusea, tontura, despersonalização ou desrealização, medo de perder o controle e medo de morrer. Para a configuração do transtorno, é necessário que ao menos um dos ataques tenha sido seguido, por um mês ou mais, de preocupação persistente quanto a novos ataques ou de mudança comportamental mal-adaptativa relacionada a eles, como a evitação de determinados locais ou atividades (American Psychiatric Association, 2014).

O Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) envolve medo ou ansiedade acentuados acerca de situações sociais nas quais o indivíduo pode ser avaliado negativamente por outros, com receio de agir de maneira humilhante ou de demonstrar sintomas de ansiedade que sejam percebidos de forma negativa. A situação social é quase sempre evitada ou suportada com sofrimento intenso, persistindo tipicamente por seis meses ou mais (American Psychiatric Association, 2014).

A Agorafobia, desvinculada do transtorno do pânico desde o DSM-5 e passando a constituir diagnóstico independente, refere-se a medo ou ansiedade acentuados em relação a duas ou mais das seguintes situações: uso de transporte público, permanência em espaços abertos, permanência em locais fechados, permanência em filas ou multidões, ou estar fora de casa sozinho, motivados pelo receio de que, na eventualidade de sintomas semelhantes ao pânico, seja difícil escapar ou obter ajuda (American Psychiatric Association, 2014).

Merece destaque, ainda, o Transtorno de Ansiedade de Separação, cuja inclusão entre os transtornos de ansiedade — e não mais exclusivamente entre os transtornos da infância — reconhece que essa condição pode manifestar-se ou persistir também na vida adulta, caracterizando-se por medo ou ansiedade excessivos e inapropriados ao nível de desenvolvimento do indivíduo, relacionados à separação em relação a figuras de apego (American Psychiatric Association, 2014).

Em todos esses quadros, o DSM-5 reforça a necessidade de exclusão de causas orgânicas e de uso de substâncias, bem como a avaliação cuidadosa do prejuízo funcional, elemento indispensável para diferenciar ansiedade patológica de reações emocionais esperadas diante de circunstâncias estressoras da vida cotidiana (Dalgalarondo, 2019).

4.3 TRANSTORNOS DEPRESSIVOS: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS CONTEMPORÂNEOS

O capítulo dos Transtornos Depressivos, também reorganizado no DSM-5, passou a incluir, além do já consagrado Transtorno Depressivo Maior e do Transtorno Depressivo Persistente (antiga distímia), duas categorias novas — o Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor e o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual —, que buscam capturar apresentações clínicas específicas anteriormente mal classificadas ou sujeitas a diagnósticos excessivos de transtorno bipolar em crianças (American Psychiatric Association, 2014).

O Transtorno Depressivo Maior exige a presença de ao menos cinco sintomas de um total de nove, durante um período mínimo de duas semanas, representando mudança em relação ao funcionamento anterior, sendo obrigatória a presença de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer (anedonia) como um dos sintomas. Os demais sintomas incluem alteração significativa de peso ou apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração ou indecisão, e pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida. Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional, não podem ser atribuíveis a efeitos fisiológicos de substância ou condição médica, e o quadro não pode ser mais bem explicado por transtornos do espectro esquizofrênico ou outros transtornos psicóticos (American Psychiatric Association, 2014).

Uma alteração relevante introduzida pelo DSM-5 foi a supressão do chamado "critério de exclusão do luto", presente no DSM-IV-TR, que impedia o diagnóstico de episódio depressivo maior nas primeiras semanas após a perda de um ente querido. A retirada dessa exclusão, embora tecnicamente justificada pelo reconhecimento de que o luto pode, em alguns casos, precipitar ou coexistir com um quadro depressivo maior genuíno, gerou intenso debate na comunidade científica, sendo apontada por críticos como um exemplo paradigmático do risco de patologização de processos emocionais esperados e culturalmente significativos (Frances, 2013; Caponi, 2014).

Em resposta à controvérsia anterior, o próprio manual incluiu uma nota de rodapé orientando o clínico a diferenciar, com base em juízo clínico cuidadoso, luto normal de episódio depressivo maior, considerando fatores como a natureza predominante do afeto, a presença de autoestima preservada e a variação temporal do sofrimento.

O Transtorno Depressivo Persistente (Distímia) unifica, no DSM-5, as antigas categorias de transtorno distímico e transtorno depressivo maior crônico, caracterizando-se por humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, por um período mínimo de dois anos em adultos (um ano em crianças e adolescentes), acompanhado de ao menos dois sintomas adicionais como alteração de apetite, alteração do sono, baixa energia, baixa autoestima, dificuldade de concentração ou sentimentos de desesperança (American Psychiatric Association, 2014).

O Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, aplicável a crianças entre seis e dezoito anos, foi introduzido para reduzir o diagnóstico excessivo de transtorno bipolar pediátrico, caracterizando-se por explosões de raiva graves e recorrentes, desproporcionais à situação, associadas a irritabilidade ou raiva persistente entre os episódios (American Psychiatric Association, 2014).

4.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E COMORBIDADES: UM TERRITÓRIO DE FRONTEIRAS TÊNUES

A elevada comorbidade entre transtornos de ansiedade e transtornos depressivos constitui um dos maiores desafios diagnósticos na prática clínica contemporânea. Estudos epidemiológicos indicam que entre 50% e 60% dos indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo maior apresentam, concomitantemente, algum transtorno de ansiedade ao longo da vida, fenômeno que levanta questionamentos sobre a validade da separação categórica estrita entre essas condições (Kessler et al., 2015; Ballone, 2018).

Sintomas como irritabilidade, tensão muscular, alterações do sono e dificuldade de concentração são compartilhados por ambos os quadros, exigindo do clínico — e, idealmente, da equipe multiprofissional como um todo — uma avaliação longitudinal cuidadosa, atenta à cronologia de instalação dos sintomas, aos fatores desencadeantes e ao padrão de resposta ao tratamento (Kessler et al., 2015; Ballone, 2018).

Some-se a isso a necessidade de diferenciar esses quadros de condições clínicas gerais que frequentemente mimetizam sintomas ansiosos e depressivos, como disfunções tireoidianas, anemias, deficiências nutricionais, uso e abstinência de substâncias psicoativas, e efeitos colaterais de medicamentos. O DSM-5 explicitamente recomenda a exclusão dessas causas orgânicas antes da confirmação de qualquer diagnóstico psiquiátrico primário, o que reforça, mais uma vez, a importância de uma avaliação clínica multidisciplinar, capaz de articular avaliação médica geral, exame psíquico detalhado, investigação psicossocial e, quando indicado, exames complementares (Dalgalarondo, 2019).

Também merece destaque a dimensão sociocultural do diagnóstico. Fatores como condições de vida precárias, violência doméstica, desemprego, racismo estrutural e desigualdades de gênero têm impacto direto sobre a manifestação e a intensidade de sintomas ansiosos e depressivos, exigindo que o processo diagnóstico não se restrinja à checagem de critérios operacionais, mas incorpore uma leitura ampliada do contexto de vida do sujeito — tarefa para a qual a contribuição de assistentes sociais e psicólogos é insubstituível (Amarante, 2007; Vasconcelos, 2010).

4.5 A HEGEMONIA DO MODELO BIOMÉDICO E SEUS LIMITES

Historicamente, o campo da saúde mental no Brasil e em boa parte do mundo ocidental estruturou-se a partir de um modelo fortemente centrado na figura do médico psiquiatra, detentor exclusivo da prerrogativa diagnóstica e prescritiva. Esse modelo, herdeiro de uma tradição asilar e organicista, tende a reduzir o sofrimento psíquico a uma disfunção neuroquímica a ser corrigida farmacologicamente, relegando a um segundo plano as dimensões subjetiva, relacional, social e existencial do adoecimento (Amarante, 2007; Basaglia, 1985).

Ainda que a Reforma Psiquiátrica brasileira, consolidada juridicamente pela Lei nº 10.216/2001, tenha promovido avanços significativos na direção de um modelo de cuidado territorial, comunitário e multiprofissional, materializado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), observa-se, na prática cotidiana dos serviços, a persistência de uma cultura institucional que reproduz hierarquias simbólicas entre os núcleos profissionais (Peduzzi, 2001; Onocko-Campos, 2019).

O diagnóstico, mesmo quando formalmente resultante de discussão em equipe, tende a ser "ratificado" ou "validado" pela assinatura médica, relegando às demais categorias profissionais um papel percebido como auxiliar ou complementar, e não como constitutivo do próprio ato diagnóstico (Peduzzi, 2001; Onocko-Campos, 2019).

Essa hierarquização traz consequências concretas: sobrecarga de trabalho para os profissionais médicos, subutilização do potencial clínico de psicólogos e terapeutas ocupacionais na construção de hipóteses diagnósticas, invisibilização do papel fundamental dos enfermeiros e técnicos de enfermagem na observação longitudinal do paciente, e desconsideração da leitura socioeconômica e familiar produzida pelos assistentes sociais — leitura frequentemente decisiva para a compreensão integral do quadro clínico e para o próprio êxito terapêutico (Saupe et al., 2005; Conselho Federal de Psicologia, 2019).

Além disso, tal hierarquização reflete-se em desigualdades salariais expressivas, em menor participação dos profissionais não médicos em espaços de decisão institucional e em barreiras à sua atuação plena, como ocorre nas recorrentes disputas corporativas em torno da prerrogativa diagnóstica formal (Saupe et al., 2005; Conselho Federal de Psicologia, 2019).

4.6 O PAPEL ESTRUTURANTE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PROCESSO DIAGNÓSTICO

Em contraposição a essa lógica hegemônica, um número crescente de autores tem defendido a concepção do diagnóstico em saúde mental como um processo essencialmente coletivo e interdisciplinar, no qual cada núcleo profissional contribui com um olhar específico, insubstituível e complementar aos demais (Peduzzi, 2001; Merhy, 2002).

O psicólogo, por meio de entrevistas clínicas aprofundadas, testes psicológicos padronizados e escalas de avaliação de sintomas, contribui decisivamente para a caracterização qualitativa do sofrimento psíquico, para a investigação de fatores desencadeantes e mantenedores dos sintomas, e para a diferenciação entre quadros reativos a eventos de vida e quadros de base mais endógena ou estrutural. Sua escuta prolongada, muitas vezes mais extensa do que a consulta médica tradicional, permite captar nuances biográficas, padrões relacionais e mecanismos defensivos que raramente emergem em avaliações pontuais

e objetivas, enriquecendo substancialmente a formulação diagnóstica final (Conselho Federal de Psicologia, 2019; Dunker, 2015).

O assistente social, por sua vez, desempenha papel insubstituível na leitura das condições concretas de existência do usuário — vínculos familiares, situação habitacional, inserção no mercado de trabalho, acesso a direitos sociais, exposição a violências e vulnerabilidades. Sintomas ansiosos e depressivos frequentemente têm raízes ou são fortemente agravados por determinantes sociais que escapam à clínica estritamente individual; ignorar essa dimensão compromete não apenas a precisão diagnóstica, mas também a pertinência das intervenções propostas (Vasconcelos, 2010; Iamamoto, 2015).

É o assistente social quem, muitas vezes, identifica que um quadro de "ansiedade generalizada" é, na verdade, resposta compreensível a uma situação de insegurança alimentar, violência doméstica ou desemprego crônico — circunstâncias que demandam intervenção psicossocial e articulação intersetorial, e não exclusivamente psicofarmacológica (Vasconcelos, 2010; Iamamoto, 2015).

O terapeuta ocupacional contribui com uma avaliação funcional detalhada, observando o impacto concreto dos sintomas sobre o desempenho ocupacional do sujeito — sua capacidade de trabalhar, estudar, cuidar de si e de outros, manter rotinas e vínculos sociais. Essa avaliação é particularmente relevante para diferenciar sofrimento subclínico de quadros que efetivamente configuram prejuízo funcional significativo, um dos critérios centrais e por vezes negligenciados nos manuais diagnósticos (American Psychiatric Association, 2014; Bartalotti, 2006).

O enfermeiro e a equipe de enfermagem, por meio do acompanhamento longitudinal, da observação de padrões de sono, apetite e comportamento, e do vínculo cotidiano estabelecido especialmente em contextos de internação ou acompanhamento intensivo em CAPS, oferecem informações clínicas valiosas, frequentemente captadas em momentos e contextos aos quais o médico não tem acesso direto (Kantorski et al., 2009).

Da mesma forma, profissionais de educação física, arteterapeutas, musicoterapeutas e demais integrantes das equipes ampliadas de saúde mental contribuem com leituras complementares sobre a expressão corporal, criativa e simbólica do sofrimento psíquico, dimensões frequentemente inacessíveis pela via exclusivamente verbal e anamnésica.

A integração desses múltiplos olhares, longe de fragmentar o processo diagnóstico, tende a qualificá-lo e a torná-lo mais fidedigno à complexidade real da experiência humana adoecida. Experiências consolidadas em CAPS de diferentes regiões do país demonstram que a discussão de casos em equipe, com participação ativa e horizontal de todos os núcleos profissionais — e não apenas do médico psiquiatra —, resulta em formulações diagnósticas mais consistentes, projetos terapêuticos singulares mais aderentes à realidade do usuário e menor incidência de erros diagnósticos, sobretudo em quadros de apresentação

atípica ou fortemente influenciados por determinantes sociais (Onocko-Campos, 2019; Kantorski et al., 2009).

4.7 CAMINHOS PARA A VALORIZAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A superação da fragmentação e da hierarquização historicamente instaladas nos serviços de saúde mental exige investimentos em múltiplas frentes, que vão muito além do discurso formal de "trabalho em equipe" frequentemente esvaziado de efetividade prática. Em primeiro lugar, impõe-se a necessidade de educação permanente em saúde, capaz de qualificar tecnicamente todos os núcleos profissionais quanto aos critérios diagnósticos atualizados do DSM-5 e da CID-11, mas também de sensibilizá-los quanto à importância do trabalho interdisciplinar genuíno, superando a mera justaposição de saberes em favor de uma efetiva construção compartilhada do cuidado (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Em segundo lugar, faz-se necessária a revisão de fluxos institucionais e protocolos clínicos, de modo a formalizar e valorizar a contribuição diagnóstica de cada categoria profissional, superando modelos em que a avaliação não médica figura como mero "subsídio" a ser referendado pela autoridade médica. Reuniões de equipe regulares, discussão de casos clínicos com metodologia estruturada, elaboração conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e prontuários compartilhados são dispositivos concretos capazes de operacionalizar essa mudança cultural (Onocko-Campos, 2019; Merhy, 2002).

Em terceiro lugar — e talvez mais urgentemente —, é imprescindível o enfrentamento das desigualdades salariais e das condições precárias de trabalho que atingem desproporcionalmente os profissionais não médicos da saúde mental, muitos dos quais atuam sob vínculos contratuais frágeis, jornadas exaustivas e remuneração incompatível com a complexidade técnica e o desgaste emocional inerentes à prática clínica em saúde mental. A valorização simbólica do trabalho interdisciplinar é condição necessária, mas não suficiente, se não for acompanhada de valorização material concreta, sob pena de perpetuar discursos institucionais contraditórios entre o que se proclama e o que efetivamente se pratica (Saupe et al., 2005; Amarante, 2007).

Por fim, cabe destacar o papel das entidades de classe e dos espaços de controle social — como conselhos profissionais, sindicatos e conselhos municipais e estaduais de saúde — na luta política pela consolidação de marcos normativos que garantam paridade de participação decisória entre os diferentes núcleos profissionais nos serviços de saúde mental, superando resistências corporativas historicamente arraigadas e avançando na construção de um modelo de cuidado verdadeiramente democrático, plural e resolutivo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou articular a atualização técnica sobre os critérios diagnósticos contemporâneos dos transtornos de ansiedade e dos transtornos depressivos, à luz do DSM-5, com uma reflexão crítica sobre o papel estruturante — e historicamente subestimado — da equipe multiprofissional no processo diagnóstico e terapêutico em saúde mental. A análise realizada permite concluir que, embora os sistemas classificatórios contemporâneos tenham avançado significativamente na busca por maior precisão, confiabilidade e sensibilidade clínica, nenhum critério operacional, por mais bem construído que seja, é capaz de substituir a riqueza da escuta ampliada, da compreensão contextualizada do sujeito e da construção coletiva e interdisciplinar do olhar diagnóstico.

A elevada prevalência de comorbidades entre quadros ansiosos e depressivos, a influência determinante de fatores sociais, econômicos e culturais sobre a manifestação do sofrimento psíquico, e os riscos concretos tanto de subdiagnóstico quanto de medicalização excessiva reforçam a tese central deste trabalho: o diagnóstico em saúde mental é, por natureza e por necessidade, um processo coletivo, que se qualifica e se legitima na medida em que incorpora, de forma horizontal e genuína, as contribuições de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e demais profissionais que compõem as equipes de saúde mental.

Persiste, contudo, um descompasso relevante entre o discurso formal do trabalho em equipe — amplamente consagrado nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Rede de Atenção Psicossocial — e a realidade concreta dos serviços, ainda marcada por hierarquias simbólicas, desigualdades salariais e limitada participação decisória dos profissionais não médicos. Superar essa contradição exige investimentos articulados em educação permanente, revisão de fluxos institucionais, enfrentamento das desigualdades trabalhistas e fortalecimento dos espaços de participação e controle social.

Conclui-se, portanto, que a qualificação do diagnóstico psiquiátrico contemporâneo e a garantia de cuidado integral, humanizado e resolutivo aos usuários dos serviços de saúde mental passam, necessariamente, pela valorização substantiva — simbólica, técnica e financeira — de toda a equipe multiprofissional, condição indispensável para a efetiva superação do modelo biomédico hegemônico e para a consolidação de uma prática em saúde mental verdadeiramente comprometida com a complexidade da experiência humana. Recomenda-se, para estudos futuros, a realização de pesquisas empíricas que investiguem, em diferentes contextos institucionais brasileiros, os impactos concretos de modelos efetivamente interdisciplinares sobre a precisão diagnóstica e os desfechos terapêuticos em saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BALLONE, G. J. Comorbidade entre ansiedade e depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica**, v. 45, n. 2, p. 34-41, 2018.

BARROS, M. B. A.; SALLES, D. Impacto psicossocial da pandemia de COVID-19 na saúde mental da população brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4211-4224, 2021.

BARTALOTTI, C. C. **Terapia ocupacional e saúde mental**. São Paulo: Plexus, 2006.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) no CAPS**. Brasília: CFP, 2019.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DUNKER, C. I. L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, 2015.

FONSECA, A. B.; ANDRADE, L. H. Comparação entre DSM-5 e CID-11: convergências e divergências. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 47, n. 3, p. 112-120, 2020.

FRANCES, A. **Saving normal**: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis. New York: William Morrow, 2013.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

KANTORSKI, L. P. et al. A enfermagem e o cuidado em saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 526-532, 2009.

KESSLER, R. C. et al. Comorbidade entre transtornos de ansiedade e depressão. **World Psychiatry**, v. 14, n. 2, p. 154-162, 2015.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. e00156119, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de saúde mental**: transformando a saúde mental para todos. Genebra: OMS, 2022.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, M. E. C. Do DSM-III ao DSM-5: trinta anos de nosografia psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 16, n. 2, p. 195-208, 2013.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 521-536, 2005.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11**: International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. 11. ed. Geneva: WHO, 2019.