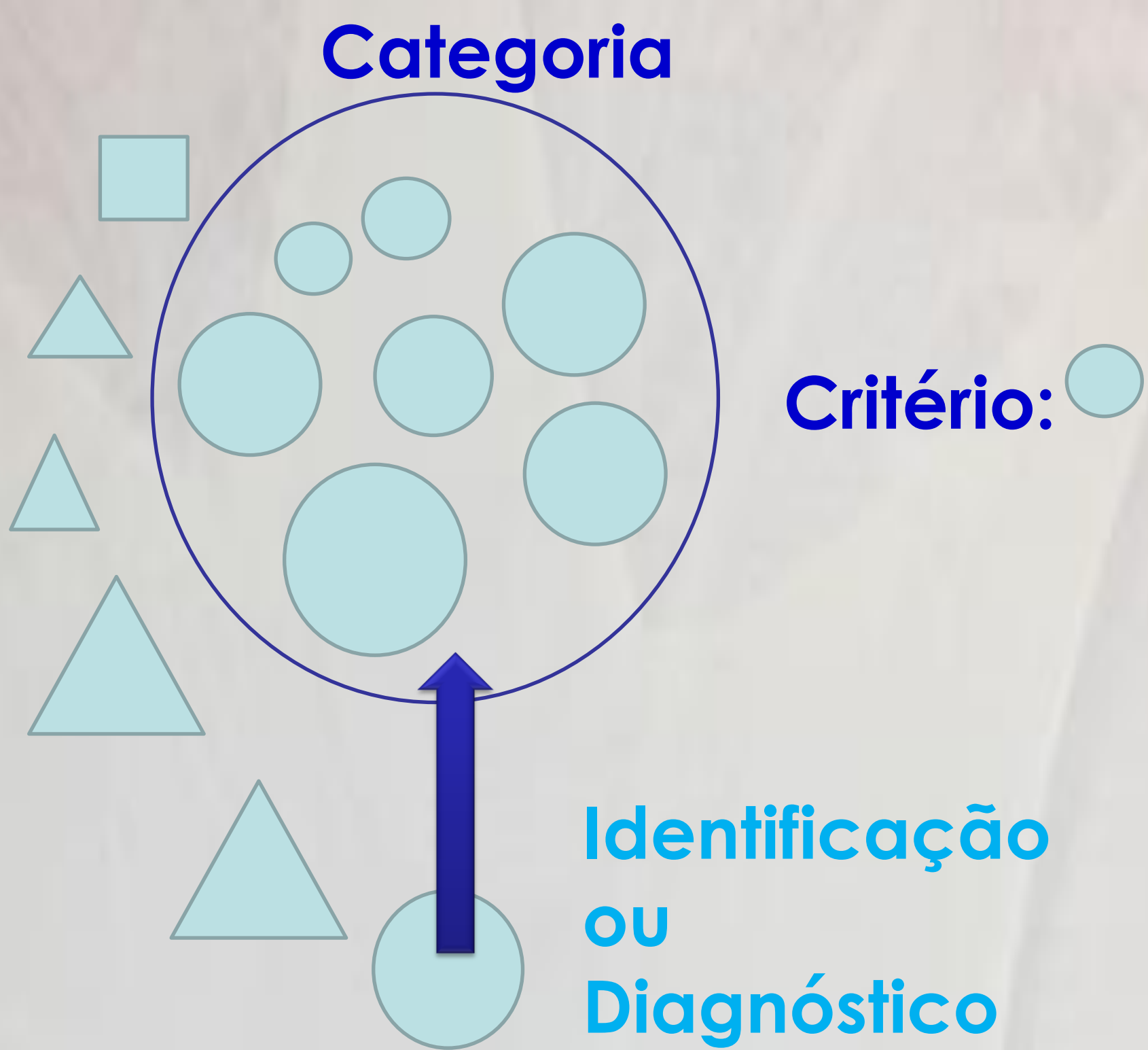


# Evolução das classificações em Pedopsiquiatria

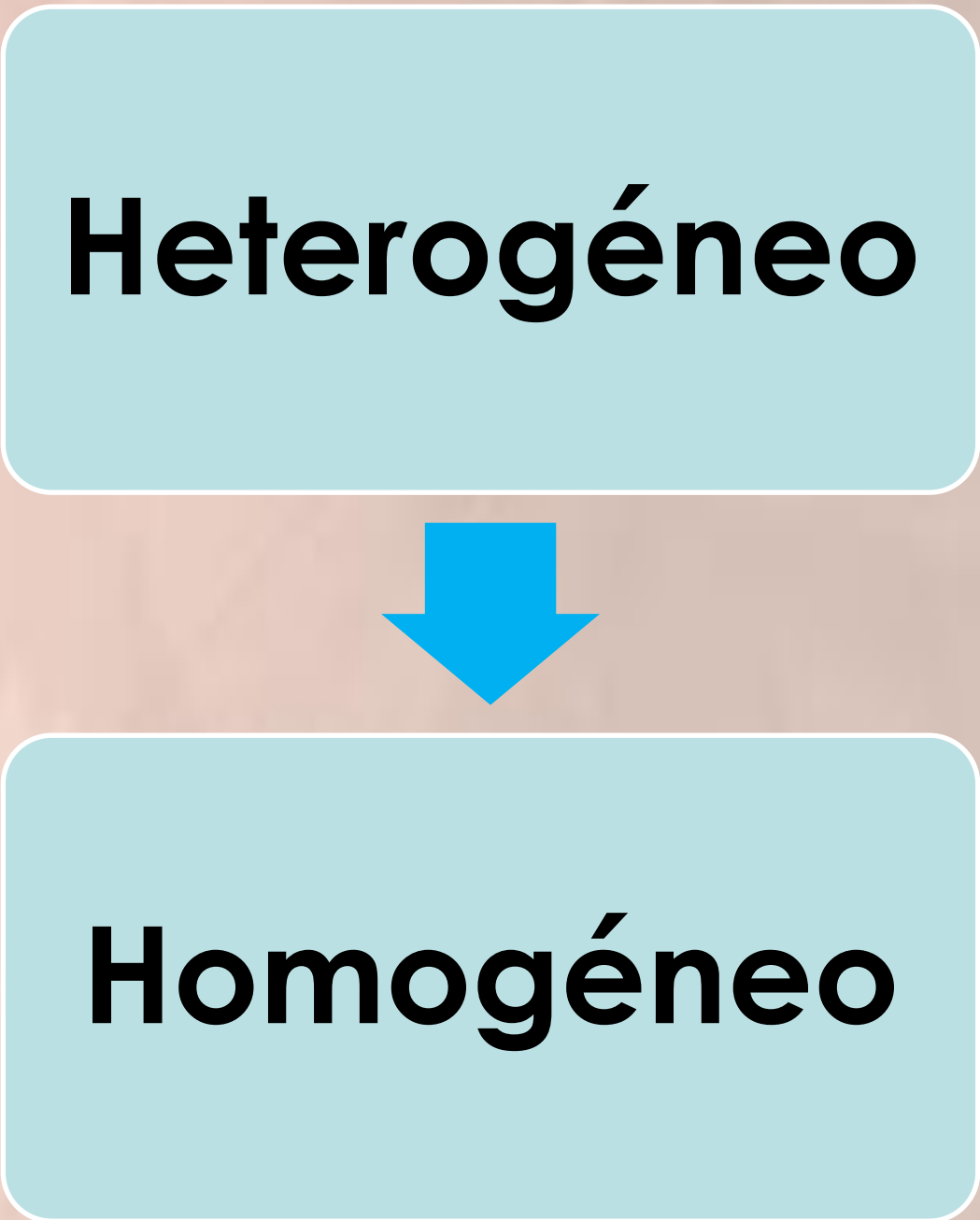
Carla Araújo\*, Henrique Fontes\*\*, Margarida Leão\*, Maria Laureano\*, Teresa Cartaxo\*, Vítor Leite\*

\*Interna(o) de Psiquiatria da Infância e Adolescência no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
\*\*Interno de Psiquiatria no Hospital do Divino Espírito Santo

A pedopsiquiatria é uma especialidade jovem, tendo florescido somente no início do século XX<sup>1</sup>, razão pela qual assistimos a uma **evolução nosológica recente**, uma vez que esta apenas teve início em **1946** com o trabalho de Hewitt e Jenkins que organizaram taxonomicamente a correlação entre diferentes tipos de comportamento<sup>2</sup>. Somente na **DSM-II** (1968) foram categorizados alguns diagnósticos específicos de crianças<sup>3</sup> e, mais tarde, foi introduzida uma classificação em três eixos baseada na **ICD-8**<sup>4</sup>. A partir de **1989**, com os trabalhos desenvolvidos por Michael Rutter, a **classificação multiaxial** tornou-se a norma vigente em psiquiatria da infância e adolescência<sup>5</sup>.

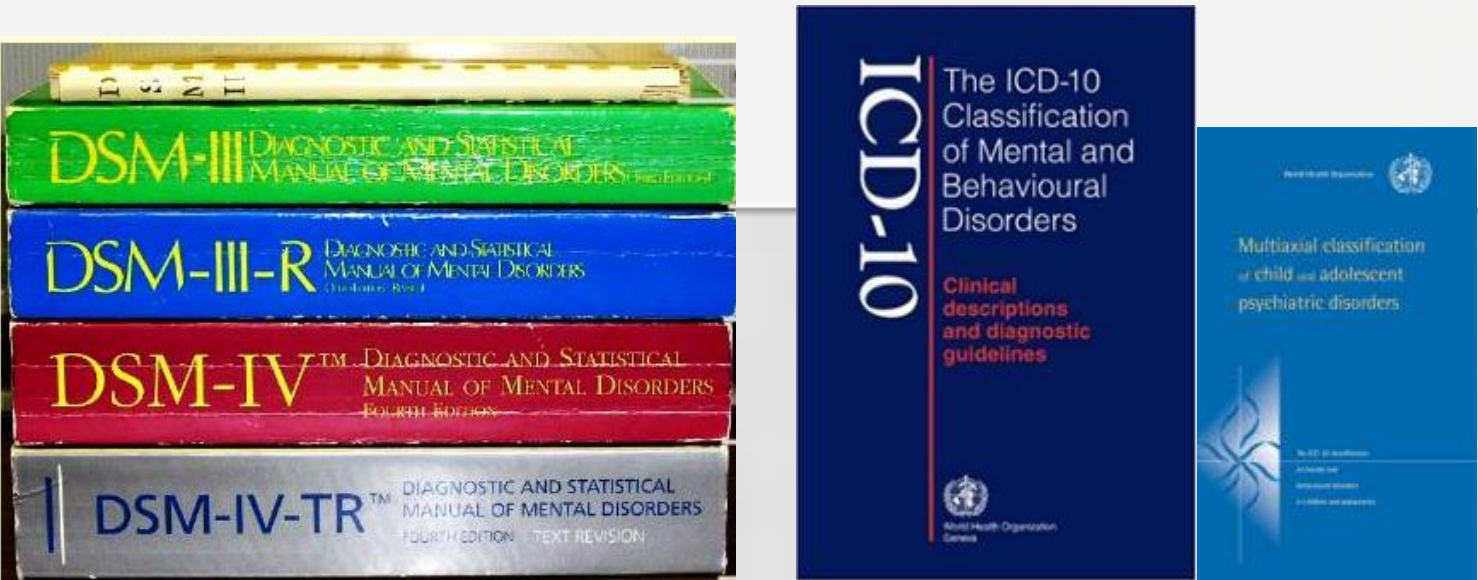


## Porquê classificar?



### Vantagens<sup>6,7</sup>

- Comunicação, organização e uniformização de critérios descritivos
- Fonte de conceitos para construção de bases teóricas
- Permite comparações transculturais
- Utilidade na clínica e na investigação como instrumento preditivo da etiologia, curso, prognóstico e resposta ao tratamento
- Maior homogeneização intra-categorial



### Desvantagens<sup>8,9,10,11,12</sup>

- Ambiguidade e redundância de critérios e definições
- Valorização meramente numérica de sintomas
- Pontos de corte e limites temporais sem base empírica sólida
- Evidência de sobreposições etiopatogénicas e sindrómicas
- Ausência de limites claros
- Classificações que emergiram sobre determinados contextos históricos, socioculturais e geográficos, sem avaliação da sua validade

Apesar dos esforços dos vários grupos de trabalho que desenvolveram a nova versão DSM (**DSM-V**)<sup>13,14,15</sup>, esta antecipa **problemas** a nível da inflação diagnóstica, com novas categorias e diminuição de limiares diagnósticos, documentação empírica não uniforme e projetos de campo inadequados<sup>16,17,18</sup>.

Não existe, no momento atual, uma classificação que sirva todos os propósitos e enquanto o problema da **validade das categorias diagnósticas** persistir dificilmente será resolvido por qualquer modelo de forma isolada<sup>7</sup>.

**Referências Bibliográficas:** <sup>1</sup>Parry-Jones, W. (1989). Annotation: The History of Child and Adolescent Psychiatry: Its Present Day Relevance. [A. o. Psychiatry, Ed.] J. Child Psychol. Psychiat., 30, pp. 3-11.; <sup>2</sup>Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Stephen, S., Stevenson, J., Taylor, E., & Thapar, A. (2008). Rutter's Child and Adolescent Psychiatry (5ª edição ed., Vol. 1). Blackwell Publishing; <sup>3</sup>Kawa, S., Giordano, J.: A brief history of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatry: canon and practice. Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine 2012 7:2.; <sup>4</sup>WHO. (1996). Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders (Vol. 1). Cambridge: Cambridge University Press; <sup>5</sup>Turk, J., Graham, P., & Verhulst, F. (2007). Child and Adolescent Psychiatry: A developmental approach (4ª edição ed.). Oxford: Oxford University Press; <sup>6</sup>lashfield, R. K., & Diagnos, J. G. (1976). Toward a taxonomy for psychopathology. British Journal of Psychiatry, 129, 574-583.; <sup>7</sup>Kendell, R., Jablensky, A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry, 160:4-12, 2003.; <sup>8</sup>Kendler KS, Gardner CO, Jr. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. Am J Psychiatry, 1998; 155:172-177.; <sup>9</sup>Andersen NG. DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. Schizophr Bull 2007;33:108-12.; <sup>10</sup>Kendler KS. Explanatory models for mental illness. Am J Psychiatry 2008;165:695-702.; <sup>11</sup>Keel, P., Kelly, L., Klump, L., & Pamela K. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. Psychological Bulletin, 129, 747-769.; <sup>12</sup>Cradock, N., & Owen, M. J. (2005) The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. British Journal of Psychiatry, 186, 364-366.; <sup>13</sup>American Psychiatric Association (2011). DSM-5 Development.; <sup>14</sup>Frances, A. (2010). The first draft of DSM-V. BMJ; <sup>15</sup>Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2011). The conceptual evolution of DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.; <sup>16</sup>Frances, A. (2011b). Who needs DSM-5? A strong warning comes from professional counselors. Psychology Today.; <sup>17</sup>Kendler, K., Kupfer, D., Narrow, W., Phillips, K., & Fawcett, J. (2009, October 21). Guidelines for making changes to DSM-V.; <sup>18</sup>Livesley, W. J. (2010). Confusion and incoherence in the classification of Personality Disorder: Commentary on the preliminary proposals for DSM-5. Psychological Injury and Law, 3, 304-313.