



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Juliana Silva Pimenta

A expansão das classificações psiquiátricas nos últimos 30 anos e suas repercussões na psiquiatria infantil: o caso do Transtorno Bipolar em crianças e adolescentes

Rio de Janeiro

2015

Juliana Silva Pimenta

A expansão das classificações psiquiátricas nos últimos 30 anos e suas repercussões na psiquiatria infantil: o caso do Transtorno Bipolar em crianças e adolescentes

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Jr.

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

P644 Pimenta, Juliana Silva.
A expansão das classificações psiquiátricas nos últimos 30 anos e suas repercussões na psiquiatria infantil: o caso do Transtorno Bipolar em crianças e adolescentes /Juliana Silva Pimenta. – 2015.
151 f.

Orientador: Benilton Carlos Bezerra Jr.

Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Transtorno bipolar - Diagnósticos. 2. Psiquiatria infantil - Classificação. 3. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM). 4. Transtornos mentais diagnosticados na infância – História. I. Bezerra Jr., Benilton Carlos. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 616.89-053.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Juliana Silva Pimenta

**A expansão das classificações psiquiátricas nos últimos 30 anos e suas repercussões
na psiquiatria infantil: o caso do Transtorno Bipolar em crianças e adolescentes**

Tese apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor, ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Jr.
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Rafaella Zorzaneli
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. José Ferreira Belizário Filho
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof^a Dr^a Eloisa Helena Valler Celleri
Universidade Estadual de Campinas

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

Para Vicente e Francisco, símbolos da fertilidade acadêmica e razão da vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos Chico, Vico, Loli, Naná, Dé e Ricardo por quatro anos de deliciosa convivência, de amor imenso e generoso.

À minha mãe, com quem sempre aprendo. Sua delicadeza e força são fontes de inspiração e orgulho. Dani, Lelê, Paula, Tiago, João Valentão e Maricota, amor e família para o que for preciso.

Ao Benilton, mais do que Orientador, amigo do lado esquerdo do peito.

Aos professores do Instituto de Medicina Social (IMS), que possibilitaram prazerosos e profícuos momentos de pensamento e crescimento intelectual: Jurandir Freire Costa, Rafaela Zorzanelli, Rossano Cabral Lima, Francisco Ortega e Kenneth Camargo.

Ao Fernando Ramos, que sempre acrescentou e esteve disponível, com fundamental participação em todos os momentos deste trabalho.

Às amigas do IMS, Bárbara, Clara e Clarice, sem as quais tudo seria mais difícil.

Aos psiquiatras infantis entrevistados, todo meu respeito.

À Cecília Hedin, pela empolgação e torcida, sempre.

Ao Boris, meu gato fiel.

A todos os meus pacientes, que me instigaram a estudar esse tema.

A todos os funcionários do IMS, em particular ao Fernando da Biblioteca, e às ‘meninas’ da Secretaria, sempre muito prestativas.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento parcial do Doutorado.

No descomeço era o verbo.
Só depois que veio o delírio do verbo.
O delírio do verbo estava no começo, lá onde a criança diz:
Eu escuto a cor dos passarinhos.
A criança não sabe que o verbo escutar não funciona para cor, mas para som.
Então, se a criança muda a função de um verbo, ele delira.

Manoel de Barros

RESUMO

PIMENTA, Juliana Silva. *A expansão das classificações psiquiátricas nos últimos 30 anos e suas repercussões na psiquiatria infantil: o caso do Transtorno Bipolar em crianças e adolescentes*. 2015. 151f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

O diagnóstico do transtorno bipolar na infância só foi recentemente reconhecido na psiquiatria infantil, particularmente nos Estados Unidos. Até meados do século vinte não se acreditava que crianças pré-púberes pudessem apresentar sintomatologia compatível com esse diagnóstico, que foi descrito pela primeira vez por Emil Kraepelin no final do século XIX, com o nome de Psicose Maníaco-Depressiva. O termo Transtorno Bipolar foi usado em substituição à psicose maníaco-depressiva na passagem da segunda edição do manual diagnóstico e estatístico norte americano, DSM II, para o DSM III, em 1980. Entre 1994 e 2004 o número de crianças que receberam esse diagnóstico nos Estados Unidos sofreu aumento de 40 vezes, representando a maior bolha diagnóstica desde a primeira edição do DSM. Esse fenômeno resulta da modificação dos critérios diagnósticos para o transtorno bipolar dos adultos, que são transpostos para a infância modificando seu pilar, que é a alternância entre estados opostos de humor, em um quadro crônico, não mais de depressão e euforia, mas agora de irritabilidade. Isso não aconteceu da mesma forma em outros países, onde as taxas de prevalência são infinitamente menores. No Brasil esses dados são ainda escassos. Nosso objetivo primário com esta pesquisa foi averiguar se o debate acerca do transtorno bipolar na infância é conhecido pelos psiquiatras infantis brasileiros e de que maneira essa discussão se reflete na prática clínica no Brasil. Essa avaliação foi realizada através da aplicação de entrevistas semiestruturadas a 20 psiquiatras infantis, localizados em cinco cidades de grande porte nos principais centros de formação e pesquisa do País. Pode ser constatado que os centros de pesquisa especializados no diagnóstico do transtorno bipolar na infância brasileiros repetem o modelo norte-americano, encontrando taxas muito próximas às encontradas naquele país, enquanto que serviços cujo atendimento não é organizado em função dos diagnósticos (CAPSi, por exemplo) apresentam um quadro bem diferente. O principal fator determinante desse cenário é a transposição da lógica da pesquisa, com suas escalas e instrumentos diagnósticos, para o campo complexo da prática clínica cotidiana, reproduzindo um modelo de avaliação descontextualizada e que desvaloriza a história pessoal da criança. Esta tese contribui para a ampliação do conhecimento sobre como parte importante dos psiquiatras infantis brasileiros lidam com a questão do transtorno bipolar na infância.

Palavras-chave: Transtorno bipolar na infância. Psiquiatria infantil. Classificação psiquiátrica. DSM.

ABSTRACT

PIMENTA, Juliana Silva. *The expansion of the psychiatric classifications in the last 30 years and its consequences in pediatric psychiatry: the case of bipolar disorder in children and adolescents*. 2015. 151f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

The diagnosis of pediatric bipolar disorder was only recently recognized in pediatric psychiatry, especially in the United States. Until the middle of the 20th century, it was not believed that prepubertal children could present symptoms compatible with this diagnosis, described for the first time by Emil Kraepelin at the end of the 19th century with the name of manic-depressive psychosis. The term bipolar disorder was used to replace the term manic-depressive psychosis in the transition from the second edition of the Diagnostic and Statistic Manual, DSM II, to the DSM III, in 1980. Between 1994 and 2004, the number of children who received this diagnosis in the United States increased 40 times, representing the biggest diagnostic bubble since the first edition of the DSM. This event is a result of the alteration of the diagnostic criteria for the bipolar disorder in adults, which are transposed to childhood changing its basis, that consists of extreme mood swings, in a chronic condition, not of depression and euphoria anymore, but of irritability now. This didn't happen in the same way in other countries, where the prevalence rates are considerably smaller. In Brazil, these data are still insufficient. The main goal of this study was to investigate if the discussion concerning pediatric bipolar disorder is well known by Brazilian psychiatrists and how it influences the clinical practice in Brazil. This assessment was conducted through a series of semi structured interviews with 20 pediatric psychiatrists, established in five major cities where the main academic and research centers are established. Evidence shows that the main Brazilian research centers specialized in the diagnosis of child bipolar disorder reproduce the North American model, finding very similar rates to the ones in the United States, whereas the services not organized on the basis of diagnosis (CAPSi, for instance) present a very different profile. The main determinant factor of this reality is the transposition of the research logic, with its scales and diagnosis tools, to the complex field of the daily clinical practice, reproducing a pattern of assessment decontextualized and that underestimates de personal history of the child. This dissertation contributes to the knowledge enhancement of how an important part of the Brazilian pediatric psychiatrists deal with the issue of the pediatric bipolar disorder.

Keywords: Pediatric bipolar disorder. Pediatric psychiatry. Psychiatric classification. DSM.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	<i>American Psychiatry Association</i>
ANS	Agência Nacional de Saúde
ATC	Antidepressivo Tricíclico
TBI	Transtorno Bipolar na Infância
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
CDI	<i>Children's Depression Inventory</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
DAWBA	<i>Development and Well-Being Assessment of Children and Adolescents</i>
DDA	Distúrbio do Déficit de Atenção
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual</i>
DTQ	<i>Developmental Trauma Disorder</i>
ESAM	Escola de Saúde Mental
EUA	Estados Unidos da América
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
GAP	Grupo para o Avanço da Psiquiatria
IDEA	<i>Individuals with Disabilities Education Act</i>
IMS	Instituto de Medicina Social
IPP	Instituto Philippe Pinel
ISRS	Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina
JAACAP	Jornal da Academia Americana de Psiquiatria de Crianças e Adolescentes
K-SADS	<i>Kidlle-Schedule_for_Affective_Disorders_and_Schizophrenia</i>
NICE	<i>National Institute of Clinical Exelence</i>
NIMH	<i>Nacional Instituto of Mental Health</i>
OHI	<i>Other Health Impaired</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PL	Projeto de Lei

<i>PEA-BP</i>	<i>Prepubertal and Early-Adolescent Bipolar Disorder</i>
<i>PPWG</i>	<i>Preschool Psychopharmacology Working Group</i>
<i>RDC</i>	<i>Research Domain Criteria</i>
<i>SDQ</i>	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>
<i>SED</i>	<i>Seriously Emotionally Disturbed</i>
<i>SMD</i>	<i>Severe Mood Disregulation</i>
SOE	Sem Outra Especificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TB	Transtorno Bipolar
TBI	Transtorno Bipolar na Infância
TC	Transtorno de Conduta
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TDDH	Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor
TOD	Transtorno Opositivo Desafiador
<i>TRF</i>	<i>Teacher Report Form</i>
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICAMP	Universidade de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade do Estado de São Paulo
<i>YSR</i>	<i>Youth Self-Report</i>

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	METODOLOGIA DE PESQUISA	20
2	DO DSM I AO DSM V	24
2.1	A Crise de Legitimidade	29
2.2	O DSM III e a virada biológica	31
2.3	A evolução do sistema diagnóstico americano e as mudanças específicas nos diagnósticos da infância e adolescência	34
2.4	Do DSM III ao DSM V: o crescimento dos diagnósticos e a psiquiatria infantil	39
3	TRANSTORNO BIPOLAR NA INFÂNCIA	42
3.1	Transtorno Bipolar em pré-púberes	50
3.2	Comorbidades	55
3.3	De como as informações são colhidas	57
3.4	Estudos epidemiológicos: meta-análise, estudos longitudinais e estudos comparativos	59
3.5	<i>Culture Bound Syndrome ?</i>	62
3.6	O aumento do diagnóstico de TBI nos serviços ambulatoriais e nas internações psiquiátricas norte-americanas	71
3.7	Estudos epidemiológicos brasileiros	72
4	AVALIAÇÃO DAS ENTREVISTAS	78
4.1	Bloco I: Perfil dos profissionais e de serviços	78
4.2	Perfil dos entrevistados	78
4.3	Bloco II: Construção diagnóstica	83
4.4	A força performativa dos novos diagnósticos	91
4.5	Bloco III: Comorbidades e Diagnóstico Diferencial	96
4.6	Diagnóstico diferencial	103
4.7	Bloco IV: Explosão diagnóstica nos Estados Unidos	107
4.8	Bloco V: Construção Diagnóstica	118
4.9	Diagnóstico categorial x dimensional	124

CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	140
ANEXO A – Entrevista semiestruturada com psiquiatras que atendem crianças e adolescentes	150
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	151

INTRODUÇÃO

A psiquiatria biologicamente orientada, ancorada em metáforas das neurociências e produtora de expansão diagnóstica sem precedentes, ganha espaço cada vez maior na sociedade, produzindo efeitos para além do campo estritamente clínico. Numa perspectiva histórica na qual fenômenos sociais ou subjetivos passam a ser descritos em linguagem biomédica e traduzidos como patologia, a psiquiatria articula práticas e conceitos que operam diretamente sobre a subjetividade e as relações sociais, que se tornam um campo cada vez mais amplo de intervenções médico-tecnológicas (CONRAD, 2007).

A ampliação do campo de atuação da psiquiatria nos últimos 30 anos, constatada através do aumento exponencial do número de diagnósticos e do impacto dos transtornos mentais na cultura e na economia mundiais, intensificou o debate sobre a legitimidade de certas categorias nosológicas psiquiátricas. A relevância desse debate ultrapassa em muito os limites da disciplina médica, alcançando a sociedade e a cultura como um todo. Como defendem Rose e Novas (2005), entidades patológicas tornam-se atores sociais reais, sempre que acreditamos em sua existência e agimos individual e coletivamente com base nessas crenças.

Essa ampliação tem na psiquiatria infantil seu último reduto e produz descrições de comportamentos desviantes desde o início da vida que se tornarão alvo de intervenção medicamentosa. O desempoderamento das famílias e da escola contribui ainda mais para essa mudança de referências da infância, resultando na terceirização do cuidado através do apelo ao suposto saber técnico-científico (LIMA, 2005)

Há, basicamente, duas maneiras de perceber esse processo. Aqueles que acreditam que o aumento dos diagnósticos e do uso de psicofármacos na infância resultam de um progresso do conhecimento científico, argumentam que entidades nosológicas como TDA/H, autismo e transtorno do humor infantil estiveram sempre presentes, porém “sub-reconhecidos” no passado. Estaríamos hoje mais capacitados para reconhecermos quadros patológicos que sempre existiram. Críticos desta visão, como Sami Timimi, ao contrário, apontam para a escassez e fragilidade de evidências estritamente biomédicas

que dêem suporte à essa visão, acentuando a força de vetores de natureza social, cultural, econômica e política como pano de fundo na construção do fenômeno (TIMIMI; LEO, 2009; LITTREL; LYONS, 2010).

Desde sua origem, a psiquiatria oscilou entre dois projetos, que poderíamos *grosso modo* chamar de humanista-existencial e biológico-científico. Conflitos acerca dos estatutos médico, social, epistêmico ou ontológico de doenças e transtornos mentais, assim como discussões sobre etiologia, diagnóstico e terapêutica, têm sido permanentes na história da psiquiatria, e o movimento pendular da hegemonia entre esses projetos tem sido constante. Na primeira metade do século XX, a forte influência da psicanálise e da fenomenologia tiveram um poderoso efeito na construção do olhar psiquiátrico sobre o sofrimento mental – a despeito de terem convivido com a expansão do modelo manicomial.

Na segunda metade do século, porém, esses conflitos conviveram com um forte movimento direcionado à inscrição inequívoca da psiquiatria no campo estritamente médico-científico, na busca de uma base sólida para suas aspirações teóricas e práticas, agora procurando fundamentação teórica prioritariamente na biologia e nas neurociências, e justificação prática no uso da epidemiologia e de uma clínica voltada para a detecção e controle de eventos ou estados disfuncionais, como evidencia a adoção do termo *disorder*, transtorno, na base de suas classificações diagnósticas.

Tentando se adaptar ao modelo da medicina baseada em evidências e na replicabilidade de resultados, vemos a psiquiatria paulatinamente abrir mão de sua compreensão do ser humano como sujeito histórico, do *pathos* como expressão das vicissitudes de sua existência social, e da relação médico-paciente como ferramenta de trabalho e tratamento. A combinação desses dois movimentos vem modificando de forma profunda o modo como o sofrimento mental vem sendo tomado como objeto pela psiquiatria.

Com a revisão do Manual Estatístico e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM), sua quinta edição produziu uma ampliação das categorias diagnósticas e uma redução dos critérios mínimos necessários para inúmeros diagnósticos, chegando a cifras inacreditáveis de 50% da população apresentando características compatíveis com quadros clínicos psiquiátricos ao longo da vida (FRANCES, 2013).

Os dados são tão alarmantes que os psiquiatras responsáveis por chefiar as duas forças tarefas anteriores para atualização do sistema diagnóstico americano, o DSM, Robert Spitzer e Allen Frances, têm insistentemente escrito contra essa proliferação de novas categorias e ampliação das já existentes em livros, editoriais, prefácios, *sites*, revistas científicas etc (SPITZER, 2007; FRANCES, 2010; 2013).

Na população infantil e adolescente, a importância desse fenômeno é ainda mais crítica, pois inicia uma “carreira psiquiátrica” mais precoce e produz efeitos subjetivos e estigmatizantes sobre o sujeito. Como resalta Hacking (1995), a formulação de tipos interativos baseados em predicados biológicos, particularmente daqueles chamados tipos inacessíveis¹, pode produzir efeitos ainda mais nefastos, uma vez que as crianças não são capazes de entender aquilo que as classifica, nem o impacto que isso tem sobre elas.

Do objeto

Através do estudo de caso do Transtorno Bipolar na infância, queremos avaliar as repercussões no modo de pensar a clínica e os efeitos que o sistema classificatório psiquiátrico norte americano exerce sobre os psiquiatras infantis brasileiros. Sabemos que o DSM vem, em suas seguidas edições, aumentando o número de diagnósticos e reduzindo os critérios mínimos para cada transtorno, produzindo dados epidemiológicos que abarcam grande parte da população infantil americana diagnosticada com algum transtorno psiquiátrico (CONRAD, 2007).

Segundo o próprio psiquiatra responsável pelo DSM-IV, três novas falsas epidemias foram produzidas após a publicação deste manual: o excesso de diagnósticos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, de autismo e de transtorno bipolar infantil (FRANCES, 2013). O último deles, o transtorno bipolar infantil, apresentou um aumento de quarenta vezes no intervalo de 10 anos, comportando a maior bolha diagnóstica desde a criação dos manuais estatísticos norte-americanos (MORENO, 2007).

¹ Ian Hacking dirá que tipos interativos se constituem socio-historicamente pela esperança imediata ou futura de intervenções a partir da compreensão causal daquilo que os caracteriza. Com tal compreensão causal ocorre uma mudança de quem é categorizado por um processo identificatório e de interação, que modifica-se a si mesmo. Os tipos inacessíveis se referem a crianças ou incapazes que não podem entender aquilo que as classifica e portanto não possuem a capacidade de interagirem com aquela tipologia.

Este fenômeno resulta de um contexto e de fatos amplamente conhecidos onde, resumidamente, os critérios diagnósticos para o transtorno bipolar dos adultos foram completamente modificados para serem aplicados à população infantil, transformando uma doença, cujo pilar é a alternância entre estados opostos de humor, em um quadro crônico, não mais de depressão e euforia, mas agora de irritabilidade. A diferença é tão acentuada que, como solução para o problema recém criado, foi dada a resposta temerária de criação de um novo diagnóstico (LEIBENLUFT; RICH, 2008), presente no DSM-5, como Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor.

Alguns artigos mostram que, dependendo da maneira como os critérios diagnósticos são utilizados, a avaliação do quadro psicopatológico e conseqüentemente do diagnóstico muda de maneira consistente de um avaliador para outro. (DUBICKA e col., 2008).

Hipótese

Nossa primeira hipótese é que, de alguma maneira, os psiquiatras infantis brasileiros são influenciados por esse movimento de inflação diagnóstica norte-americano e, conseqüentemente, pela *invenção* do diagnóstico de transtorno bipolar infantil, particularmente em crianças pré-púberes. Essa influência no entanto não é homogênea e depende de fatores que precisam ser elucidados. Aqui já se configura uma hipótese secundária: seria o transtorno bipolar infantil uma criação da cultura norte-americana, o que chamamos de uma “*culture bound syndrome*”? Em caso afirmativo, quais vetores e contingências estariam contribuindo para esse fenômeno? Quais interesses estariam em jogo nesse contexto?

A sociedade norte-americana é uma sociedade altamente adepta ao uso de medicamentos, levando situações que acarretam *riscos* de determinadas doenças para patamares cada vez mais próximas da própria patologia. Este é o caso da hipertensão arterial sistêmica, da diabetes tipo II e das hiperlipidemias (GREENE, 2009). Na infância esse cenário não é diferente e encontramos situações que podem ser consideradas iatrogênicas, nas quais o uso de psicotrópicos de maneira indiscriminada estaria modificando o curso natural do adoecimento e, conseqüentemente, sua apresentação

fenomenológica (REICHARD; NOLEN, 2004; WHITAKER, 2010; RAPAPPORT, 2013). Como parte dessa segunda hipótese, queremos investigar se o uso massivo de medicação antidepressiva e psicoestimulante em crianças estaria resultando, não apenas na precipitação de quadros maniformes, mas talvez nos quadros redescritos como maniformes a partir da modificação dos critérios diagnósticos para o transtorno bipolar infantil. Seria a irritabilidade crônica ou os ciclos ultra rápidos no decurso de um dia, resultantes do uso destas substâncias? Em última análise, como repercussão extrema desse fenômeno é que arriscamos dizer que poderíamos estar diante de uma “*culture bound syndrome*”. No entanto, pelo próprio poder de contaminação e influência da cultura norte-americana, essa concepção toma envergadura de dado científico e passa a ser reconhecida não apenas nas sociedades ocidentais anglofônicas, mas repercutindo na própria concepção do que consideramos "próprio" ou “normal” da infância.

Compartilhando da lógica dos diagnósticos compostos por listas de sintomas a serem preenchidos, a psiquiatria vem se tornando um dos mais privilegiados campos de mercantilização da doença, onde a definição do quadro clínico é o mais ampliada e inespecífica possível, e alvo de imensa propaganda midiática por parte das indústrias farmacêuticas, tanto para os médicos quanto para os usuários. Não foi diferente com o transtorno bipolar, que vem sendo veiculado como característico de pessoas super criativas, super trabalhadoras, super versáteis, super alegres etc (MARTIN, 2007). Ser bipolar, além de ser muito mais palatável do que possuir outros diagnósticos, é quase um *status*. Outra questão que nos chama atenção, são as altíssimas taxas de comorbidade recorrentes entre os diagnósticos de transtornos mental na infância. O transtorno bipolar infantil não foge a essa regra: crianças que preenchem critérios diagnósticos para transtorno bipolar e TDAH chegam a 80% (BIDERMAN e col., 1998). Em nossa opinião, quando há concordância tão alta entre duas patologias distintas, ou os critérios diagnósticos são inespecíficos, ou remetem a situações comuns ao desenvolvimento normal da criança. Como é essa percepção entre os psiquiatras infantis brasileiros?

Objetivo

Nosso objetivo primário com esta pesquisa foi averiguar se o debate acerca do transtorno bipolar na infância é conhecido pelos psiquiatras infantis brasileiros e se, em conhecendo, qual o uso que fazem desse conhecimento. Interessa-nos pesquisar como a psiquiatria norte-americana exerce influência sobre esses profissionais e de que forma isso vem se refletindo na clínica praticada por eles.

Esse tema tem sido discutido intensamente já há algum tempo no contexto anglo-saxão, sobretudo americano, mas ainda de maneira incipiente entre nós. Apesar das importantes e decisivas diferenças entre os cenários americano e brasileiro, partimos do fato de que a psiquiatria americana tem sido, nas últimas décadas, o mais poderoso impulsionador de modelos e dispositivos para o campo psiquiátrico mundial, com imensa influência sobretudo entre as novas gerações de psiquiatras. A nosso ver, isso justifica a necessidade de avaliarmos como essa influência vem efetivamente se dando no caso concreto do Brasil, em que pelo menos duas importantes diferenças em relação ao universo americano chamam a atenção: a forte presença de um sistema público e universal de saúde, e a influência de um processo de reforma psiquiátrica que já tem décadas de história. As diferenças entre os modelos provavelmente influem no modo como o processo de expansão diagnóstica se dá: enquanto o primeiro é fundamentalmente privado e necessita do diagnóstico para ter seus procedimentos e benefícios sociais autorizados, no Brasil, semelhante aos países com sistemas de saúde públicos e universais, possivelmente temos uma procura aquém das reais necessidades da população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Nosso objetivo inicial era levantar esses dados junto ao Ministério da Saúde e junto à Agência Nacional de Saúde (ANS), responsável pela regulação dos planos de saúde privados. Apesar de termos conseguido os dados do SUS, vimos a saber que, devido a uma ação movida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) junto ao Conselho Federal de Medicina (CFM), os planos de saúde estão proibidos de fornecer dados diagnósticos para a ANS². A partir desta constatação e

²Instrução Normativa (IN) acessível no link abaixo. Esta resolução suspende a exigência, que havia anteriormente, de informação do CID nas guias de solicitação realizadas pelo padrão TISS (Troca de

das sugestões oriundas da qualificação do projeto de tese, decidimos realizar entrevistas junto a psiquiatras infantis *seniors* de centros de referência em pesquisa e formação no Brasil e *juniors*, residentes de psiquiatria infantil e psiquiatras infantis recém formados. Esse desenho metodológico visava entrevistar psiquiatras recém formados e residentes que clinicassem no sistema público de saúde e comparar com aqueles que trabalham no setor privado (consultório, clínicas e hospitais privados). Esse desenho de pesquisa, mesmo que provavelmente artificial, pretendia avaliar possíveis diferenças no que diz respeito à formação e à prática clínica nos diferentes desenhos institucionais. No entanto, essa separação não se mostrou real e, apesar de mantermos as entrevistas com psiquiatras e pesquisadores, que ao final foram divididos entre *seniors*, *maduros* e *juniors*, quando analisamos os resultados decidimos modificar nosso ponto de corte.

Apesar dos dados na população brasileira serem ainda escassos, alguns estudos epidemiológicos foram realizados nos últimos 30 anos e serão por nós analisados. Procuraremos salientar a diversidade de conclusões a que se pode chegar a partir desses estudos. Podemos tomar como exemplo um dos estudos epidemiológicos mais emblemáticos, que aponta nesse direção, conhecido como Estudo da Ilha da Maré. Realizado numa ilha na Bahia de Todos os Santos, distrito de Salvador, onde a população é predominantemente rural e de herança africana, este estudo teve como metodologia a avaliação de crianças entre 5 e 14 anos matriculadas no ensino fundamental e médio. Além das crianças e dos adolescentes, também foram entrevistados os pais e os professores dessas crianças. Apesar de ter sido encontrada proporção de sintomas até maior do que aquela encontrada em populações de mesma faixa etária no Brasil, diferenças importantes foram registradas acerca da percepção dos pais, dos professores e dos próprios jovens quanto ao prejuízo funcional que os sintomas produziam. Quando esses dados foram comparados aos achados do estudos de Taubaté, com mesma metodologia porém numa cidade de médio porte do interior de São Paulo, os diagnósticos simplesmente foram metade daqueles encontrados na população urbana. Como a partir do DSM IV é necessário que haja impacto significativo na vida da pessoa para que o

Informações na Saúde Suplementar)

http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=68

diagnóstico seja feito, os números epidemiológicos foram claramente divergentes entre os dois estudos (GOODMAN et al., 2005). Esse é um exemplo de como a expectativa sobre as crianças nas diferentes localidades e a experiência de sofrimento como parte indissociável da construção do diagnóstico pode modificar o perfil epidemiológico de uma população (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004; GOODMAN et al., 2005).

Como forma de avaliar diferenças de interpretações acerca do que constitui um transtorno mental infantil, particularmente o Transtorno Bipolar na Infância, elaboramos uma entrevista semiestruturada com 10 questões, em sua maior parte com perguntas de cunho clínico. Como o crescimento do número de crianças diagnosticadas com transtorno bipolar é um fenômeno eminentemente norte americano, incluímos uma pergunta sobre esse tema específico, bem como sobre a possibilidade desses quadros serem reflexo do aumento do uso de antidepressivos e psicoestimulantes nessa faixa etária.

1 METODOLOGIA DE PESQUISA

Parte desta pesquisa é constituída da aplicação de uma entrevista semiestruturada (ANEXO A) com psiquiatras infantis dos principais centros de formação e pesquisa no Brasil. Nossa proposta foi selecionar junto aos pesquisadores dois a três estudantes de residência ou psiquiatras infantis recém formados nas cinco cidades onde a entrevista foi aplicada, para que pudéssemos comparar a maneira de tratar a questão do Transtorno Bipolar na Infância (TBI) entre diferentes gerações e entre diferentes centros de formação. A escolha dos entrevistados obedeceu aos critérios de reconhecimento no campo acadêmico e de pesquisa, estar em instituições de ensino (residência, especialização, mestrado, doutorado) e, conseqüentemente, estar formando novas gerações de psiquiatras infantis.

Os pesquisadores e professores entrevistados estão nas seguintes universidades: Universidade Federal do Rio Grande do Sul– UFRS (dois professores), Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP (duas professoras), Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (dois professores), Universidade de Campinas - UNICAMP (uma professora), Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ (um professor) e Instituto Philipe Pinel/ Escola de Saúde Mental - IPP/ESAM (um professor). Foram feitas tentativas de contato com as professoras da Universidade do Estado de São Paulo - USP, sem sucesso. A escolha dos pesquisadores da USP deveu-se ao fato dessa ser uma das únicas universidade com serviço especializado em Transtorno Bipolar na Infância no Brasil. Além da USP, existe a UFRS e um núcleo na UNIFESP.

Dois professores da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, apesar de inicialmente selecionados, não foram entrevistados. O primeiro porque, apesar de receber crianças e adolescentes para avaliação diagnóstica, não atende pacientes dessa faixa etária. Já a outra professora não teve disponibilidade a tempo de nosso cronograma. Em função da impossibilidade dos professores citados acima, incluímos na nossa amostra duas psiquiatras infantis formadas e com vínculos acadêmicos com a UFRJ.

Pedimos aos próprios professores e pesquisadores que indicassem residentes dos programas de psiquiatria infantil ou psiquiatras recém formados, de forma que contabilizássemos 10 entrevistas com psiquiatras *seniors* e 10 com psiquiatras *juniors*.

Com o decorrer das entrevistas percebemos que a divisão entre *seniors* e *juniors* não refletia tanto a diversidade específica de nossa amostra, e decidimos fazer uma nova configuração, desta vez com *seniors*, *maduros* e *juniors*. Os *seniors*, que somam sete, são aqueles que têm 20 ou mais anos de prática clínica e inserção em ensino e pesquisa. Os *maduros* (5) têm entre 10 e 19 anos de prática em psiquiatria infantil, todos também inseridos em ensino ou pesquisa. Entre os *juniors* (8), todos têm até sete anos de prática e, dependendo da universidade à qual estão vinculados, encontram-se também inseridos em pesquisa. Dentre os *juniors*, quatro estão fazendo residência e não têm prática privada. Os outros três já estão inseridos em CAPSi e atendem em consultório particular.

A entrevista foi composta por 10 questões que foram gravadas e posteriormente transcritas. Todas foram realizadas pela mesma pesquisadora, que foi às universidades onde os pesquisadores lecionam, aos consultórios particulares, às residências (Rio de Janeiro), aos serviços onde os profissionais recém formados trabalham e onde os residentes estagiam. Metade das transcrições foi realizada pela própria entrevistadora, e a outra metade, por uma equipe de transcrição. No total, contabilizamos 10 horas de entrevistas transcritas (601 minutos e 04 segundos). Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foram esclarecidos o motivo do entrevistador ter sido selecionado (por ter importância reconhecida na formação/pesquisa/assistência na psiquiatria infantil no Brasil, estar em formação ou ter finalizado sua residência em psiquiatria infantil recentemente), a não obrigatoriedade de participação e a possibilidade do entrevistado desistir de participar e retirar seu consentimento (ANEXO B). Consta ainda que os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo da participação de cada entrevistado, comprometendo-se a pesquisadora responsável a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada, sem qualquer identificação de indivíduos.

As 10 questões que compõem o questionário podem ser divididas em 5 blocos, divididos por temas em comum. O primeiro bloco é composto pelas três primeiras questões e chamaremos de **Perfil dos Entrevistados**. Nesse constam informações acerca do tempo de prática de cada psiquiatra e a tipologia do(s) serviço(s) em que atuam, seja em universidades, serviços públicos, consultórios particulares, se atuam em equipe

multidisciplinares e/ou em com ensino e pesquisa. Ainda nesse primeiro bloco achamos interessante incluir a terceira questão, que versa sobre a frequência com que os psiquiatras atendem casos de Transtorno Bipolar em crianças menores de 10 anos. Inicialmente, pensávamos em incluir essa questão no bloco de questões clínicas, já que se reporta a um fenômeno explicitamente clínico. Surpreendentemente, a partir da análise dos dados, essa pergunta funcionou como uma questão de corte na nossa amostra e se mostrou muito mais reveladora do que imaginávamos.

O segundo bloco, que envolve as questões de números 4 e 5, chamaremos de **Questões Clínicas**, e descrevem como realizam o diagnóstico do Transtorno Bipolar em crianças, se veem particularidades nas famílias dessas crianças ou variáveis psicossociais e, por fim, exemplos de casos clínicos em que tenham ficado em dúvida e casos em que não tiveram dúvida em relação a esse diagnóstico, em crianças de até 10 anos. Esse corte foi proposto em função de sabermos que, a partir da puberdade, os quadros de transtorno de humor bipolar começam a ser mais comuns. Além disso, o Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (TDDH), diagnóstico proposto a partir do aumento exponencial de Transtorno Bipolar em crianças com quadros de irritabilidade crônica, tem como data limite de aparecimento dos sintomas os 10 anos. (DSM 5, 2014)

O terceiro bloco de perguntas está relacionado às questões relativas às **Comorbidades** (6) e ao **Diagnóstico Diferencial** (7). A importância de ser tratado como um bloco em separado se deve à particularidade de os diagnósticos em psiquiatria da infância e adolescência serem definidos como comórbidos em sua maioria, e a comorbidade ser considerada uma regra e não uma exceção na psiquiatria infantil. Interessa-nos saber quais são as implicações teóricas desse pressuposto, e de que maneira ele é traduzido na prática clínica.

O quarto bloco é composto pelas questão de número 8 e uma questão extra que não está no questionário, mas que foi feita para todos os entrevistados. A pergunta que não consta do questionário, é se o entrevistado já presenciou crianças que tenham feito quadros maníacos francos ou maniformes após o uso de psicoestimulante ou antidepressivo. Quando essa questão foi elaborada, consideramos ser melhor não incluí-la no corpo da entrevista, pois achamos melhor não evidenciar uma de nossas hipóteses para o aumento do diagnóstico de TBI nos Estados Unidos. Como a oitava questão é sobre o

aumento exponencial do número de diagnósticos de Transtorno Bipolar na Infância nos Estados Unidos, considere esse momento o mais oportuno para incluir essa questão. Chamaremos esse bloco de **Explosão Diagnóstica**.

Por fim, o quinto bloco recobre as questões de números 9 e 10 e versa sobre a forma como os entrevistados entendem e fazem clínica. Nesse sentido pergunto sobre a importância das informações colhidas junto aos familiares e cuidadores, junto à escola e do exame clínico da própria criança. A décima e última questão questiona se o entrevistado prefere o diagnóstico categorial ou dimensional no caso do TBI e por quais razões. Esse bloco, que nomeamos de **Construção Diagnóstica**, procura evidenciar a maneira do raciocínio e do fazer clínico de cada psiquiatra entrevistado.

No primeiro capítulo faremos um breve percurso sobre a classificação psiquiátrica norte americana - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (ou, em inglês, DSM) - em suas 5 principais edições, dando particular ênfase ao DSM III, por tratar-se da edição que acarreta mudança com maiores repercussões até os dias atuais. Procuraremos elucidar questões específicas do campo da infância e adolescência de forma sublinhar a importância do contexto clínico, político, educacional e social nas mudanças que operam em uma classificação como a norte americana.

No segundo capítulo trataremos especificamente do Transtorno Bipolar na Infância, dando ênfase à questão desse diagnóstico em pré-púberes, uma vez que nos parece ser a modificação mais temerária e com efeitos mais graves. Veremos alguns dos trabalhos que propõem a ampliação e modificação de seus critérios diagnósticos, bem como os estudos críticos e comparativos com as realidades de outros países. Nesse sentido, discutiremos artigos que problematizam a influência da indústria farmacêutica e do complexo acadêmico-médico-industrial na ampliação e divulgação do TBI. Ao final faremos um levantamento dos artigos sobre a realidade brasileira.

O terceiro capítulo é a avaliação das entrevistas propriamente ditas, que faremos de forma intercalada com o que consideramos ser mais relevante para nossa discussão.

O quarto e último capítulo são as considerações finais.

2 DO DSM I AO DSM V

Steeves Demazeux em seu livro *Qu'est-ce que le DSM*, fruto de sua tese de pós doutorado em Filosofia das Ciências, descortina os bastidores das edições do DSM, contextualizando o território intelectual, social e da própria psiquiatria norte americana desde sua primeira versão, em 1952, até o DSM IV, incluindo o DSM 5 no seu campo de visão. Uma ideia central do livro é que não devemos inscrever o caso americano dentro da história linear e geral das classificações psiquiátricas pois, apesar dos sistemas diagnósticos serem em sua maior parte conservadores e perpetuarem categorias diagnósticas de uma versão para outra, o caso norte americano possui uma história e um contexto de produção muito particulares. Enquanto podemos falar de um “estilo” francês empirista, nosográfico, rigoroso em suas descrições (ao modelo Clérambault), ou do “estilo” alemão mais teórico, nosológico e sistemático (ao modelo Kraepelin), a classificação norte americana chama atenção pela sua tradição francamente estatística. Diferente da tradição nosológica que parte do individual para encontrar características dentro de quadros gerais, a estatística se interessa pelos grupos com categorias homogêneas e facilmente identificáveis. Segundo Demazeux, a classificação estatística não teria a ambição de ser uma verdadeira classificação científica das doenças, mas uma classificação com fins pragmáticos, destinados a compilação de censos sobre *causamortis* (DEMAZEUX, 2013).

A necessidade de produzir conhecimento para a gestão, o controle e o tratamento de populações em larga escala, na forma de estatísticas de doenças mentais, modifica organicamente a relação entre a classificação psiquiátrica norte americana e a clínica que se engendra a partir daí. Podemos dizer que a psiquiatria norte americana é, desde seu começo, marcada por um modo de pensar estatístico, descritivo, generalista, gerando um distanciamento dos interesses e princípios da clínica, cujo maior atributo é a irredutibilidade da experiência vivida. Essa premissa adquire características ainda mais radicais quando se trata de problemas mentais.

A primeira menção a doenças psiquiátricas numa classificação americana, constava de apenas duas categorias: idiotismo e insanidade, e fazia parte de um censo epidemiológico hospitalar nacional publicado em 1840. Um fato curioso e ilustrativo de

possíveis consequências de um sistema diagnóstico cuja função clínica não é a primordial, encontra-se ilustrado no seguinte fato: no ano de 1844, Edward Jarvis, médico pouco conhecido porém obcecado por estatísticas, publicou artigo no *The American Journal of the Medical Sciences* contestando as evidências científicas dos resultados do censo de 1840. Jarvis provou que as estatísticas destinadas às doenças mentais foram deliberadamente alteradas, de maneira a fazer crer que nos estados do norte, onde as leis abolicionistas prevaleciam, haveria mais adoecimento mental. Posteriormente, ficou evidenciado que a manipulação dos dados tinha o objetivo de fazer crer que a abolição da escravidão e a miscigenação contribuiriam para o agravamento de quadros psiquiátricos. Ele revelou, por exemplo, que em inúmeras cidades do norte do país o número de doentes mentais negros era maior que o total de habitantes negros recenseados naquelas cidades (DAMEZEUX, 2013). Em 1850 Jarvis tornou-se presidente da Associação Estatística Americana e coordenou os Censos de 1850, 1860 e 1870.

Em 1880, na décima edição do Censo, o número de doenças mentais foi ampliado para sete, adaptadas do que havia sido proposto no Congresso Internacional de Alienistas, ocorrido em 1867 em Paris. Nesse congresso foram estabelecidas as seguintes categorias diagnósticas: *folie simple, folie épéptique, folie paralytique, demence sénile, demence organique, idiotie e crétinisme*, transpostas para o inglês americano como mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia. Em 1917 o Comitê de Estatística da Associação Médico-Psicológica Americana adota um plano para uniformizar as estatísticas hospitalares e, em 1918 torna pública a primeira classificação oficial de problemas mentais da história da psiquiatria norte americana (DEMAZEUX, 2013). O “Manual Estatístico para uso das Instituições para Insanos” (*Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*), mais conhecido como “Manual Estatístico de 1918”, terá uma forte influência de questões étnicas na concepção das origens da doença mental, refletindo a grande adesão dos psiquiatras ao movimento eugenista, além de servir a interesses administrativos e policiais. O Manual de 1918 terá dez edições entre 1918 e 1942 e, curiosamente, apenas em sua oitava edição, no ano de 1933, incluirá preocupação com sua utilidade clínica, adquirindo *status* de nomenclatura médica e não somente de uso estatístico, raciais e migratórios (DEMAZEUX, 2013).

Em 1934, esses dados são revisados e incorporados à 1ª nomenclatura

classificatória de doenças da Associação Médica Americana. No entanto, após a II Guerra Mundial, necessitando de novas categorias diagnósticas que refletissem os quadros psicológicos que surgiam em veteranos de guerra, duas outras classificações militares são elaboradas sob forte influência de William Menninger, responsável por um departamento específico dentro do Exército. Menninger, por sua vez, foi muito influenciado por Harry Stack Sullivan, psiquiatra responsável pela avaliação dos recrutas no momento de admissão e que posteriormente iria licenciar 1,6 milhões de soldados por problemas mentais ou alguma deficiência, número 7,6 vezes maior que o registrado após a I Guerra Mundial. Menninger veio a presidir o comitê responsável por elaborar a Nomenclatura dos Transtornos Psiquiátricos e Reações ou, como ficou mais conhecido, o “Medical 203”, que viria a ser uma das bases para a elaboração do primeiro DSM, e cujo acento se deu sobre os quadros reativos oriundos de traumas de guerra (reações fóbicas, reações de somatização, reação a situações de stress excepcional). Ao final da guerra, a classificação adotada pelo Exército ganha grande prestígio e Menninger funda o Grupo para o Avanço da Psiquiatria (GAP), com a incumbência de organizar uma *avant-garde* de psiquiatras jovens, formados durante a guerra, que defendiam a responsabilidade social da profissão. Propondo posições muito diferentes daquelas que até então haviam prevalecido na psiquiatria norte americana, os membros do GAP, de orientação primordialmente psicanalítica, trarão para o debate, no interior do campo psiquiátrico, questões éticas ligadas ao uso do eletrochoque, à homossexualidade, à controvérsia em torno do aborto, à discussão quanto ao uso de drogas, entre outros. Em 1946 a administração dos veteranos de guerra adota quase que sem modificações a “Medical 203”. De 24 categorias com 82 subdivisões, Menninger, cuja preocupação já se debruçava sobre a proliferação de diagnósticos psiquiátricos, elabora uma classificação contendo apenas 5 grupos, sugerindo que muitas categorias refletiam apenas “reações” ou “comportamentos situacionais”, ao invés de sintomas específicos de doenças (ATWOOD, 1992).

O primeiro manual oficial da Academia Americana de Psiquiatria, DSM-I, produzido em 1952, foi concebido pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) utilizando as classificações até então vigentes (o Medical 203, o Manual Estatístico e a Nomenclatura da Administração dos Veteranos). A criação de uma classificação própria

americana visava substituir internamente a sexta versão da Classificação Internacional de Doenças (CID), elaborada pouco antes pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Pela primeira vez, a CID havia apresentado uma seção para os problemas mentais em separado, apesar de, em edições anteriores, sempre ter incluído doenças psicológicas e somáticas, ou seja, patologias das diversas especialidades médicas. Não é insignificante que o primeiro país a elaborar uma classificação oficial exclusivamente psiquiátrica tenha sido os Estados Unidos. O manual americano contava com 145 páginas e 106 categorias diagnósticas.

O DSM-I é publicado, após força-tarefa liderada por Franz Alexander, refletindo a visão da psiquiatria psicodinâmica, especialmente de Adolf Meyer, importante mestre da psiquiatria da universidade John Hopkins, que formou diversas gerações de psiquiatras entre os anos 1920 e 1941. Meyer fora discípulo de Kraepelin, mas romperá com este por discordar de sua tese de que as doenças mentais teriam causas exclusivamente biológicas. Meyer, ao contrário, concebia os transtornos mentais como resultantes de fatores biológicos, psicológicos e sociais, e tinha como modelo explicativo o conceito de *reação*. Nesta primeira edição do manual, entidades diagnósticas tinham pouca importância e os sintomas eram manifestações simbólicas cujo significado só era compreensível tomando a história particular de cada indivíduo (MAYER; HORWITZ, 2005). Termos presentes nesta primeira versão do DSM, como “mecanismo de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico”, evidenciam sua posição claramente partidária da psicanálise.

Em 1968 é publicada a segunda versão do DSM, dois anos após a oitava versão da classificação da OMS, tornada pública em 1966. Demazeux relata que, antes de partir para a segunda versão de seu próprio manual diagnóstico, os norte americanos tentaram levar uma proposta de classificação para a OMS de maneira que as questões de seu país fossem contempladas. No entanto foram surpreendidos pois, além de sua contribuição, essa versão da CID já tinha recebido sugestões de países com França, União Soviética, Noruega, Polônia, Tchecoslováquia, Austrália e Alemanha. Novamente o manual norte americano em sua segunda edição, DSM-II, é produzido como um sinal da discordância da classificação contida na CID, que não incluía determinadas categorias vistas pelos psiquiatras americanos e incluía outras que não eram encontradas nos Estados Unidos. Nessa versão, como na primeira, entidades diagnósticas específicas tinham papel limitado,

e, como defendia Karl Menninger, psiquiatra influente nessa época (e irmão de William, responsável pelo Medical 203), todas as doenças mentais podiam ser

reduzidas a um processo psicossocial básico: a falha do indivíduo que sofre em se adaptar ao seu ambiente (...) Falhas adaptativas podem ser resultado de severidades menores (neurose) a maiores (psicose), mas o processo não é descontínuo e o adoecimento, portanto, não é discreto. (WILSON, 1993, p. 400)

Com essa definição ampla de adoecimento mental, os limites entre a pessoa sã e a doente ficam atenuados, sugerindo que todos nós podemos padecer de alguma doença mental ao longo de nossas vidas. A noção de reação desaparece do vocabulário que caracteriza as patologias dos adultos, mas o conceito de psicose é ainda a maior classe de afecções descritas no DSM-II. Curiosamente, como veremos mais à frente, é exatamente nessa edição do DSM que o conceito de reação se expandiu para os diagnósticos da infância e adolescência, que em sua maioria aplicam o termo *reaction* com o intuito de sublinhar a característica provisória dos diagnósticos. Essa versão conta com 180 diagnósticos, porém, ainda tem pouca aplicabilidade clínica, sendo utilizada principalmente para fins burocráticos. Para a clínica, tal como se fazia e se ensinava na época, diagnósticos tinham uma função apenas periférica:

Diagnóstico e classificação – marcas principais da abordagem médica – se tornaram quase irrelevantes para a prática clínica; a psicoterapia de orientação analítica lidava com constelações de dinâmicas individuais e familiares, e não com síndromes ou doenças. (EISENBERG, 1986, p. 499)

Do final da II Guerra Mundial até meados dos anos 60, a psiquiatria psicodinâmica gozou de enorme prestígio nos Estados Unidos, sendo mais da metade dos chefes de departamento de psiquiatria das universidades americanas, membros de sociedades psicanalíticas. A psicanálise era considerada “a ciência básica” da psiquiatria.

Apesar de ainda fiel à psicanálise, é no DSM-II que veremos a modificação no plano nosológico que talvez tenha mais afetado a área da infância e adolescência: pela primeira vez os clínicos serão estimulados a utilizar quantos diagnósticos julgarem necessário para o mesmo paciente. Apesar dessa orientação, permanecia a ideia de hierarquia diagnóstica, ou seja, o diagnóstico mais complexo e de maior gravidade prevalecia sobre os demais. Mesmo com essa ressalva, a partir do DSM II e em suas

edições posteriores, veremos a influência, longa e profunda no tempo que essa mudança terá no campo da psiquiatria da infância e adolescência. Refletindo uma preocupação dos pesquisadores e desejo dos epidemiologistas de obter informações úteis tanto no plano nosológico como teórico, essa orientação permitiria fazer correlações entre diferentes problemas mentais. No entanto, como resultado, teremos enormes cifras de comorbidades dos transtornos mentais, sem que fique claro de quem é a responsabilidade: dos clínicos que usam os diagnósticos de maneira muito frouxa ou do número inutilmente excessivo de categorias diagnósticas propostas (DEMAZEUX, 2013).

2.1 A Crise de Legitimidade

Segundo Mayes e Horwitz, alguns fatores contribuíram para a crise da legitimidade da psiquiatria nos anos pós-Guerra, concorrendo para a mudança da classificação a partir do DSM-III. Dentro do próprio terreno profissional, começava a ser questionada a prática da psicoterapia como uma especificidade da medicina, afinal psicólogos e assistentes sociais também capacitados para tanto, poderiam ocupar essa função por um custo muito menor. Essa passa a ser uma questão para as empresas de saúde privadas e para o governo, a chamada Terceira parte, que a partir dos anos 60 passa a arcar com grande parte dos custos do tratamento psiquiátrico. Além de ter custo altíssimo e tempo indeterminado, a prática da psicoterapia não se prestava à avaliação de efetividade, e estudos sociológicos começavam a questionar a eficácia dessa prática de longo prazo (MAYES; HORWITZ, 2005). É importante salientar que esses fatos aconteciam nos Estados Unidos, um país onde praticamente não há sistema de saúde público, e no qual os procedimentos médicos são cobertos ou reembolsados pelas empresas de seguro privado ou pelo governo federal.

Ainda dentro do próprio campo psiquiátrico, o chamado movimento antipsiquiátrico, que tem em Thomas Szasz um de seus mais importante expoentes, passa a questionar o conceito de doença mental, defendendo a posição de que este seria na verdade um “mito” que serviria para controlar e dominar comportamentos desviantes. A antipsiquiatria ganha grande visibilidade não somente na academia como também no campo da cultura (e contracultura) que tem seu maior exemplo no filme *One Flew Over*

the Cuckoo's Nest, ganhador de 5 *Oscars* e dono de bilheteria invejável. O filme retrata um sujeito inconformado que é transferido da prisão para um manicômio por acreditar que no segundo poderia se ver livre das amarras institucionais mas, por não reconhecer as figuras de autoridade e continuamente se envolver em discussões, termina lobotomizado. Ken Kesey, escritor da novela que deu origem ao filme, torna-se herói do movimento antipsiquiátrico e contribui para que as críticas ao *establishment* psiquiátrico não permaneçam apenas no campo técnico, expandindo o debate entre os intelectuais e críticos dos sistemas autoritários da época.

Em 1954, ocorre uma fato de consequências profundas para o campo psiquiátrico, anunciando o que talvez possa ser considerada a mudança de maior impacto na psiquiatria desde então. A clorpromazina, primeira droga antipsicótica, é aprovada para uso psiquiátrico pelo *Food and Drug Administration* (FDA), órgão responsável pela fiscalização e autorização de uso de medicamentos nos Estados Unidos. A partir de então, passa a ser utilizada em pacientes psicóticos institucionalizados, possibilitando que estes recebessem tratamento comunitário. De 475.000 pacientes institucionalizados em 1965, apenas 40% ou 138.000 permaneciam em instituições fechadas em 1980. Esse movimento, conhecido como desinstitucionalização, ocorrerá em grande parte do mundo ocidental em função de tratados e leis nacionais e internacionais sobre direitos humanos. Porém, em cada país isso ocorrerá a seu modo e em seu tempo. Não é nossa proposta explorar essa história nos Estados Unidos. No entanto, esse movimento teve repercussões importantes para a psiquiatria na época, já que os pacientes outrora isolados em asilos e manicômios passaram a ser tratados em serviços comunitários, por psiquiatras que até então ocupavam-se de pessoas com distúrbios menos graves. Esse fato, bem como a descoberta e uso de outros psicotrópicos (imipramina em 1949; haloperidol em 1958; benzodiazepínicos em 1961; lítio em 1970) produziram o aumento substancial do uso de remédios na psiquiatria, paralelamente à constatação da ineficácia dos tratamentos psicoterápicos tradicionais (psicanálise de orientação freudiana) para uma importante parcela de pacientes desinstitucionalizados. Segundo Redlich e Kellert (1978) *apud* Mayes e Horwitz (2005), ao final dos anos 70, pelo menos 75% dos psicanalistas freudianos passaram a prescrever medicação psicotrópica para seus pacientes. Para Mayes e Horwitz, esses dados relativizam a ideia de que a medicalização da psiquiatria

ocorre a partir do DSM-III. Segundo eles, grande parte dos psicanalistas passa a fazer uso de psicotrópicos desde que estes se tornaram disponíveis, sendo os próprios psicanalistas os responsáveis pela uso expandido de medicação na psiquiatria num primeiro momento.

2.2 O DSM III e a virada biológica

Se no DSM-II o diagnóstico tem pouca importância, no DSM-III este vai ser o eixo e objetivo central da classificação psiquiátrica. Em 1974, Robert Spitzer, psiquiatra da Universidade de Columbia e um dos consultores para o desenvolvimento do DSM II, é nomeado pela APA chefe da força-tarefa para elaborar a revisão do sistema classificatório psiquiátrico norte americano. A justificativa apresentada para tal revisão foi o intuito de torná-lo mais próximo da nomenclatura utilizada pela OMS, através da CID, que também se encontrava em processo de modificação. No entanto, posteriormente, Spitzer assumirá que esta foi a oportunidade para fazer o calçamento biológico, almejado por um grupo de psiquiatras que não se alinhavam à psicanálise e viam no modelo biomédico a salvação da psiquiatria.

Para compor a força tarefa do DSM III, Spitzer convoca grande parte do grupo da Universidade de Washington, sabidamente mais comprometido com a pesquisa em diagnósticos do que com a prática clínica, mudando completamente a maneira de compreender a função e o valor do diagnóstico.

Faziam parte do grupo da Universidade de Washington os psiquiatras Samuel Guze e Eli Robins, adeptos de Kraepelin na priorização dos sintomas às etiologias, e no aspecto descritivo do diagnóstico, através da observação do curso, do desenvolvimento e do prognóstico da doença. Baseados em princípios descritos por Kraepelin, esses psiquiatras elaboram o que ficou conhecido como “critérios de Robins-Guze” para legitimidade dos diagnósticos psiquiátricos, que se organizam em torno de três pontos básicos para as classificações psiquiátricas: que a psiquiatria devia usar o mesmo modelo médico explicativo que era usado para as doenças físicas; que para a classificação das doenças psiquiátricas era necessária a observação cuidadosa dos sintomas visíveis ao invés de fazer inferências baseadas em teorias causais não comprovadas, e que a pesquisa empírica iria eventualmente demonstrar as origens orgânica e bioquímica das doenças

mentais. Estavam dadas as bases para a virada biológica da psiquiatria americana.

Munido de tal arcabouço teórico e político, Spitzer defenderá que a doença mental é um subconjunto das doenças médicas (MAYER; HORWITZ, 2005) e, a partir daí, debruçar-se-á na elaboração de um manual de embasamento empírico, que aumente o nível de confiabilidade, através de critérios objetivos, claramente definidos e verificáveis através de pesquisa. Para tanto, a doença mental deveria ser definida o mais concisamente possível, com a assunção da etiologia apenas naqueles casos em que esta fosse claramente conhecida e explicitada, evitando explicações presumidas. Como evidenciado nas palavras de Spitzer, “O falso negativo é preferível ao falso positivo” (WILSON, 1993, p. 405).

Entre 1977 e 1979, Spitzer e seus colegas, patrocinados pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH), coordenam ensaios clínicos para verificar a aplicabilidade do DSM-III. Como instituição governamental, o NIMH desempenhou papel crucial para medicalização da psiquiatria, financiando e legitimando os resultados dessas pesquisas. Aproximadamente 500 psiquiatras de todo o continente americano utilizaram esquemas preliminares do DSM-III para diagnosticar 12.000 pacientes e cerca de 300 outros psiquiatras foram selecionados para pareamento dos diagnósticos e medição de confiabilidade. Os resultados foram razoavelmente animadores, o suficiente para a força tarefa dar-se por satisfeita (MAYER; HORWITZ, 2005).

Dois atores devem ser lembrados como de suma importância nesse processo: os planos de saúde privados e as indústrias farmacêuticas. Os primeiros foram explícitos no pedido a Spitzer e colegas para que as definições de doença mental fossem mais claras e circunscritas, de forma que pudessem separar as doenças mentais dos problemas não psiquiátricos como “brigas conjugais, problemas com a criação de crianças, dificuldades de encontrar significado para a existência” (SHARFSTEIN, 1987, 532). Os segundos porque passaram a ter diagnósticos específicos para direcionarem suas pesquisas, uma vez que o FDA, vacinado com o episódio catastrófico do uso de talidomida em grávidas (e após a emenda de 1962), exigia ensaios clínicos randomizados e duplo-cego para aprovar novas substâncias.

Desta forma, o DSM-III tornou possível na psiquiatria o mesmo processo de abstração que permite à medicina classificar e tratar as doenças somáticas como entidades universais, transcendentais ao organismo vivo individual dos

pacientes. Ao focar no nível dos sintomas, através de uma abordagem a mais simples e objetiva possível, o DSM-III possibilitou que os transtornos mentais fossem vistos como entidades mórbidas distintas, podendo ser classificados e analisados independentemente das particularidades dos sujeitos que os sofrem. Com isso, o DSM III produziu uma mudança de perspectiva na clínica psiquiátrica, onde o foco passou dos sujeitos singulares para os transtornos universais. (AGUIAR, 2004, p.)

Em seis meses de publicação, o DSM-III vendeu mais que todos o números do DSM-I e DSM-II juntos (incluindo 30 anos de reedições), tornando-se autoridade no campo da saúde mental. Em 1980, escolas de medicina e programas de residência psiquiátrica esperavam que médicos e estudantes dominassem o conteúdo e passassem em exames baseados nos critérios do DSM-III; editores de revistas e jornais médicos, bem como avaliadores dos conteúdos (*referees*) de artigos submetidos à publicação exigiam que os trabalhos fossem escritos na nova linguagem e quem não se conformasse a essas regras acabava fora do campo de pesquisa e de seus financiamentos.

Essa virada não ocorreu sem brigas no campo da psiquiatria e psicanálise. No entanto, os argumentos de que a nova versão da psiquiatria era reducionista, simplista e a-dinâmica, tiveram poucos efeitos práticos. Podemos dizer que a partir do DSM III opera-se uma importante virada na clínica, que passa a atuar de maneira pragmática, calcada na defesa de um modelo de causalidade biológico. Essa virada pragmática da clínica só é possível com a transformação das bases do diagnóstico, que se defende como a-teórico e não etiológico, mas que sustenta um modelo fundado em descrições comportamentais que se tornam alvo de investidura farmacológica. Paralelamente a uma virada pragmática na clínica – que passa a se pautar por descrições comportamentais sem ambições etiológicas, sob o impacto dos psicofármacos e o avanço das pesquisas biológicas à época, veremos se anunciar uma “virada biológica” também na pesquisa. Enquanto nos anos 80 o governo Reagan e o Congresso americano faziam cortes nos fundos para serviços comunitários de saúde mental e para os benefícios sociais direcionados aos portadores de transtornos mentais, o NIMH aumentava em 84% a verba aplicada à pesquisa em biologia básica e clínica, chegando a cifras de \$ 484 milhões/ano (HALL (1993) *apud* MAYES; HORWITZ, 2005).

Também será do DSM II para o DSM III que se operará a maior mudança no campo conceitual e epistemológico, não apenas pelo abandono de suas raízes

psicanalíticas e sua alegada adoção de uma perspectiva puramente descritiva e a-teórica, mas pela própria organização do manual e conseqüentemente a forma de se elaborar um diagnóstico. Assim é adotado um sistema multiaxial contendo, além do primeiro eixo onde estão os transtornos psiquiátricos propriamente ditos, outros quatro eixos onde se fazem constar os chamados transtornos de personalidade ou do desenvolvimento (eixo 2), problemas de natureza física ou orgânica (ex: hipertireoidismo) (eixo 3), fatores psicossociais (eixo 4) e avaliação de funcionalidade (eixo 5). Com esse formato pretende-se ampliar o sistema diagnóstico de maneira que sirva também como um instrumento de pesquisa para estudos epidemiológicos, multicêntricos bem como ensaios clínicos controlados de cunho psicofarmacológico.

Entretanto, a mudança de maior impacto na clínica foi sem dúvida a forma de elaboração do diagnóstico, através do estabelecimento de listas de critérios de inclusão e exclusão, delimitados por número, duração e qualificação de sinais e sintomas específicos, fruto do questionamento direto ou indireto (a terceiros), compondo listas binárias (sim ou não), que no fim das contas determinam se a pessoa possui aquela(s) patologia(s). Podemos dizer que foi como se passássemos de uma avaliação na segunda pessoa, onde o avaliador é peça fundamental do processo de avaliação, para uma operação na terceira pessoa, onde observador e objeto são partes afastadas e independentes desse processo.

(...) ao se abandonar a ideia de um instrumento capaz de ultrapassar a superfície do discurso e do comportamento do indivíduo para elucidar a dinâmica interior de sua subjetividade, perde-se toda intenção heurística do diagnóstico. A partir de agora ele se refere a um processo de coleta de informações a partir das declarações explícitas do paciente e da observação de seu modo de agir socialmente, devendo o psiquiatra se abster de qualquer interpretação do que o paciente diz e, sobretudo, de qualquer suposição acerca do que não é dito. (BEZERRA JR, 2013, p. 22) (grifo nosso)

2.3 A evolução do sistema diagnóstico americano e as mudanças específicas nos diagnósticos da infância e adolescência

No que tange aos diagnósticos próprios à época da infância e adolescência, no DSM I, de 1952, essa diferenciação ainda não existia, e todos os diagnósticos formulados para os adultos eram aplicáveis também às crianças. Com exceção da esquizofrenia infantil, que já era reconhecida com características próprias, diferente de como se

apresentava em adultos, as crianças eram diagnosticadas com os chamados "distúrbios transitórios situacionais", também conhecidos como transtornos de ajustamento (SILK, 2000). Como ressalta Silk, esse diagnóstico tampouco era exclusividade da infância, havendo também os distúrbios transitórios da adolescência e da idade tardia. Dentre os exemplos de reações de ajustamento da infância estavam a apatia indevida, a excitabilidade indevida, dificuldades de sono e alimentares que "na maior parte dos casos (...) vão ser consequência natural da interação da criança com pessoas significantes no ambiente ou uma resposta à falta desta pessoas" (APA, 1952, p. 41). De maneira semelhante, reações de ajustamento da infância incluíam distúrbios do hábito (de sucção, roer unhas, enurese, masturbação, birras), distúrbios de conduta (gazetar aula, destrutividade, roubo, ofensas sexuais, uso de álcool) e traços neuróticos (tiques, espasmos, balbuciação, hiperatividade, fobias). Certos cuidados eram recomendados para que não se confundissem as reações de ajustamento com as chamadas reações psiconeuróticas, consideradas quadros mais definitivos e prolongados.

Na segunda edição do DSM, de 1968, encontramos pela primeira vez uma seção para diagnósticos específicos da infância, os "Distúrbios do Comportamento de Crianças e Adolescentes", num movimento de aproximação com a oitava edição da CID que, desde sua sexta versão, incluía uma parte para distúrbios próprios desta faixa etária. Nesta seção, é introduzido o conceito de um transtorno *situacional e transitório*, como resposta aguda a um estresse ambiental que, em pacientes com boa capacidade adaptativa, observam o recuo dos sintomas após a interrupção ou amenização da situação de estresse. Situações de separação da mãe, ciúmes ao nascimento de um irmão mais novo, irritabilidade e depressão com situações de queda escolar são considerados exemplos desse tipo de reação. Por outro lado, também aparecem os diagnósticos de reação hipercinética da infância, a reação de fuga da infância, a reação super ansiosa (*overanxious*) da infância e a reação de retraimento da infância (APA, 1968). No DSM II, como o próprio termo "reação" sugere, haverá uma valorização da história individual da criança no entendimento de sua sintomatologia, refletindo ainda uma grande influência do vocabulário e de concepções psicanalíticas.

A partir do DSM III a descrição das patologias da infância passa a obedecer os mesmos critérios da classificação de adultos, ou seja, não assumem qualquer filiação

teórica e conceitual, mas focam em critérios baseados em pesquisas que se fundamentam em tipos de doenças mentais. O DSM III contém quatro vezes mais diagnósticos para crianças e adolescentes que o DSM II. Neste encontramos pela primeira vez uma seção chamada “Distúrbios Inicialmente Evidentes na Infância ou Adolescência”, dividida em cinco subcategorias, relacionadas a distúrbios pertencentes às seguintes grandes áreas: intelectual, comportamental, emocional, física e do desenvolvimento. É salientado que crianças e adolescentes podem apresentar problemas em outras áreas e que, nestes casos, devem receber esses diagnósticos. O contrário também é verdadeiro: caso os adultos venham a apresentar problemas descritos na seção própria aos diagnósticos da infância, devem receber tais diagnósticos (APA, 1980).

Os descritores comportamentais das síndromes introduzidas no DSM III facilitaram o desenvolvimento de instrumentos diagnósticos como escalas de sintomas, que passam a ser usadas para aumentar a confiabilidade dos diagnósticos como o *Children’s Depression Inventory* (CDI), a Escala de Conners; bem como questionários para serem preenchidos pelos próprios jovens, pelos pais e pelos educadores como por exemplo o *Child Behavior Checklist* (CBCL), o *Youth Self-Report* (YSR) e o *Teacher Report Form* (TRF). Esses instrumentos e escalas passaram a ser largamente utilizados por pesquisadores e clínicos (PUMARIEGA; GLOVER, 1998), modificando seus estatutos de objetos de pesquisa para objetos de confirmação diagnóstica.

Uma característica importante desse momento histórico é o papel central que as crianças ocupam na cultura norte-americana. A contribuição na economia dessa faixa etária aumenta dramaticamente nos anos 1980 e 1990, conforme crianças e adolescentes se tornam alvos de consumo de brinquedos, roupas, videogames, música, etc (WEST, 1996). Também a partir dos anos 90, alguns episódios envolvendo menores em massacres em escolas aumentam a preocupação com questões de saúde mental nessa faixa etária, e acendem reflexões acerca da educação e do ambiente familiar em que essas crianças estariam crescendo (SILK, 2000).

Mudanças diagnósticas têm efeitos nítidos na prática clínica e de pesquisa. A partir da introdução dos transtornos de aprendizado e da descrição de problemas específicos da emoção e do comportamento há uma facilitação na elaboração de projetos de pesquisa visando o desenvolvimento e o tratamento de doenças definidas de maneira

uniforme. A incorporação de listas de sintomas e critérios de exclusão a partir do DSM III é o primeiro passo para que pesquisadores e clínicos privilegiem problemas específicos e previamente definidos. Essa organização também permite que atores de outros campos de conhecimento se instrumentalizem e passem a encampar esse vocabulário técnico. O DSM III é a primeira classificação especializada, psiquiátrica, que passa a ser utilizada fora de seu campo específico, sendo absorvida pela educação e pelo público leigo, permeando a linguagem ordinária, na qual o vocabulário psiquiátrico, antes técnico e de difícil compreensão, adentra a linguagem descritiva de estados e identidades psicológicas. Qualificadores como “o bipolar”, “o TDAH”, e termos como depressão, tédio, tristeza, desânimo, passam a povoar o cotidiano do cidadão comum.

É também a partir do DSM III que diagnósticos psiquiátricos da infância e adolescência passam a ser diretamente associados a instituições de ensinos especiais no sistema educacional público: o Projeto de Lei 194, que regulamentou o *Ato de Educação para Todas as Crianças Deficientes (Education for All Handicapped Children Act)*, permite o acesso à educação pública especializada para crianças com deficiências. Junto do *Ato de Educação para Indivíduos com Deficiência (Individuals with Disabilities Education Act)*, também conhecido como IDEA, os parâmetros para deficiência passam a ser qualificadores de serviço, que são divididos em três categorias: Transtorno Específico da Aprendizagem (*Specific Learning Disability*), Distúrbios Emocionais Sérios (*Seriously Emotionally Disturbed - SED*) e Outros Prejuízos de Saúde (*Other Health Impaired - OHI*).

Antes do DSM III, essa divisão categorial e sua aplicação na prática eram bastante controversas, o que levava cada localidade a implantar as políticas educacionais segundo uma interpretação própria, conforme o entendimento de cada estado. Em 1990, o DSM III passa a ser um divisor de águas e a se configurar como uma ferramenta fundamental na implementação da política social que articula o IDEA e o PL 194 (SILK, 2007). Diagnósticos passam a ser uma esperança para famílias cujos filhos apresentam dificuldades de aprendizado ou problemas comportamentais. São eles que possibilitam o ingresso de crianças a escolas especiais e a obter recursos de seguridade social.

O aumento da procura dos pais por pediatras, psiquiatras e psicólogos na esperança de conseguir um diagnóstico que certificassem a elegibilidade de seus filhos

para serviços educacionais especiais é reconhecidamente um dos fatores que aumentou a prevalência dos casos de TDAH nos Estados Unidos. Apesar de coincidir com o aumento do investimento em pesquisas e, conseqüentemente, no aumento da produção de conhecimento acerca deste diagnóstico, o enquadramento do TDAH sob a rubrica de Outros Prejuízos de Saúde (OIH), torna a relação entre as políticas educacionais e o sistema diagnóstico psiquiátrico cada vez mais intrínseca, garantindo aporte financeiro e reconhecimento às instituições educacionais especiais. Temos aqui um exemplo de como um diagnóstico psiquiátrico pode se expandir muito além do campo médico, adquirindo força performativa na sociedade, no campo do direito e no campo educacional.

A edição revisada do DSM III, o DSM-III-R, de 1987, continua refinando categorias diagnósticas a partir de achados de pesquisas. A maioria das mudanças diz respeito a questões relacionadas a qualificadores referentes à idade, que levam em conta o nível de desenvolvimento psíquico e ou físico da criança. Por exemplo, a depressão maior e a distímia poderiam ser diagnosticadas em crianças se elas apresentassem humor irritado ao invés de deprimido (enquanto o humor deprimido é necessário para o diagnóstico no adulto). O diagnóstico de anorexia nervosa poderia ser dado a partir de uma falha em alcançar determinado peso, ao invés de perda ponderal importante. Um outro exemplo é a consideração de reencenações do tema fruto do trauma no transtorno de stress pós-traumático em crianças ao invés da reexperimentação do evento traumático, como é a definição no adulto (APA, 1987; SILK, 2007).

Uma mudança muito relevante do DSM III para o DSM III-R foi a utilização de estudos de triagem para validação das categorias diagnósticas, empregados para expansão e subdivisão de diagnósticos como transtorno de déficit de atenção (DDA) e transtorno de conduta (TC). Como veremos à frente, os estudos de *screening* funcionam como verdadeiros chamarizes, seja no recrutamento de população alvo para pesquisa sobre determinados diagnósticos, seja na validação de determinados testes e escalas diagnósticas que passarão a ter cada vez maior aplicabilidade clínica.

A quarta edição do DSM sublinha a valorização da etapa do desenvolvimento da criança e do adolescente na manifestação sintomatológica. Além disso, inclui uma nova seção chamada “Características específicas do gênero, idade e da cultura”, que reforça a ideia de que uma patologia pode se manifestar de diferentes formas de acordo com as

características particulares de cada indivíduo. A referência à idade mais uma vez chama atenção para as diferentes fases do desenvolvimento, reconhecendo variantes nos quadros de depressão para as diversas etapas da infância e adolescência (crianças têm maior tendência a ter queixas somáticas e irritabilidade, enquanto adolescentes pós púberes apresentam mais hipersonia e retardo psicomotor). Já nos quadros de fobia social as crianças apresentam tendência para crises temperamentais e de choro quando ansiosas, muito diverso do quadro apresentado pelos adultos (APA, 1994).

Outra mudança significativa é que no DSM-III-R os transtornos invasivos do desenvolvimento, os transtornos de aprendizado, de comunicação e de habilidades motoras eram todos classificados no Eixo II, devido a sua precocidade, persistência e estabilidade na idade adulta. No DSM-IV essas diagnósticos passam a ser classificados como pertencentes ao Eixo I, refletindo a reconceituação como transtornos clinicamente mutáveis e maleáveis, ao invés de permanentes como anteriormente classificados (SILK, 2000).

Apesar da importância das características contextuais na definição do que é patológico, o uso que é feito do sistema diagnóstico presente no DSM IV, negligenciando os dados pertencentes ao eixo IV na sua construção multiaxial, permanece formulando transtornos da infância em termos não contextuais. Mesmo com o reconhecimento de que a infância e, conseqüentemente, o adoecimento mental nessa faixa etária, é atravessada por múltiplos vetores, com fatores de proteção e de risco socioculturais, biológicos e psicológicos, a maneira de definir os transtornos mentais segue uma tendência de localizar a origem exclusivamente na predisposição de ordem biológica, negligenciando sobremaneira a importância dos contextos familiares, culturais, de amigos, vizinhos e toda sorte de recursos pertencentes ao território afetivo de cada criança (JENSEN; HOAGWOOD, 1997).

2.4 Do DSM III ao DSM V: o crescimento dos diagnósticos e a psiquiatria infantil

Podemos dizer que o DSM IV, em 1994, e o DSM 5, em 2013, seguiram o mesmo rumo iniciado com o DSM III: ampliação do número de diagnósticos, ampliação dos critérios de inclusão em diagnósticos previamente estabelecidos, além do alargamento do

campo de intervenção da psiquiatria, cada vez mais próximo de problemas cotidianos, anteriormente abordados com recursos e vocabulário não médicos.

O processo de elaboração do DSM 5 gerou um grande debate não apenas entre os psiquiatras, mas também fora do campo especializado e, pela primeira vez, abriu para o debate *on-line*, recebendo críticas e sugestões de usuários, familiares, outros profissionais não médicos, entre outros. Dentre os maiores críticos encontra-se Allen Frances, principal colaborador e coordenador do processo de feitura do DSM-IV.

Frances, que lançou um livro em 2013 chamado *Saving Normal, an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*, tem críticas contundentes à redução de parâmetros mínimos para alguns diagnósticos e à criação de novos diagnósticos extremamente comuns na população em geral. Frances entende que essa ampliação das classes diagnósticas, bem como o rebaixamento do limiar para os diagnósticos já existentes criará dezenas de milhões de pessoas falso-positivas, exacerbado por um DSM-IV “já excessivamente inclusivo”. Como exemplo estariam o Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão, o Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, o Transtorno Neurocognitivo Leve, Transtorno de Compulsão Alimentar, entre outros. Segundo Frances, a principal consequência aponta o excesso de tratamento com medicações desnecessárias, caras e comumente lesivas à saúde (FRANCES, 2013). É curioso que o principal responsável pela quarta edição do DSM tenha uma atuação tão fervorosa e militante contra a quinta edição, após contribuir de maneira significativa com esse processo.

Veremos no próximo capítulo que a criação de um desses diagnósticos, o de Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, surge como uma tentativa de modificar o excesso de diagnósticos de Transtorno Bipolar em crianças. Desde a década de 90, o diagnóstico de Transtorno Bipolar, que é utilizado nas crianças sem modificação dos critérios estabelecidos para os adultos, vem sendo extensivamente debatido no campo da psiquiatria infantil. A maior parte das sugestões vão no sentido de ampliar os critérios utilizados e reduzir as limitações temporais mínimas exigidas.

Além do aumento do uso de medicações psicotrópicas, comemorado pelas indústrias farmacêuticas, a patologização da infância muitas vezes desresponsabiliza os

pais e cuidadores, além de judicializar questões de saúde e educação com os quais os próprios campos não conseguem lidar.

3 TRANSTORNO BIPOLAR NA INFÂNCIA

Nas primeiras linhas de seu livro *Your Child Does Not Have Bipolar Disorder: How Bad Science and Good Public Relations Create the Diagnosis*, Stuart Kaplan, psiquiatra infantil, pesquisador e professor de psiquiatra infantil, ilustra de maneira fotográfica sua participação em um workshop sobre transtorno bipolar (TB) em crianças pré-púberes. Nesse workshop, que aconteceu no encontro anual da Academia Americana de Psiquiatria de Crianças e Adolescentes, em 1993, Kaplan relata não ter contabilizado mais que dez psiquiatras, dentre os quais apenas 2 reportaram ter visto crianças pré-púberes com esse diagnóstico. Três anos mais tarde, no mesmo encontro anual, refere a presença de várias centenas de psiquiatras, reunidos “num ambiente barulhento e excitante”, que ele descreve como o primeiro sinal ou “onda”, anunciando o fenômeno do aumento exponencial do diagnóstico de transtorno bipolar em crianças pequenas (KAPLAN, 2011, p. xiii).

Em menos de uma década o diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar em crianças e adolescentes passou por profundas transformações nos Estados Unidos: nos atendimentos ambulatoriais houve um aumento de quarenta vezes desse diagnóstico, de 20.000 em 1994-1995 para 800.000 em 2002-2003 (MORENO e col., 2007), e, nessa década, uma em cada três crianças que receberam alta de internações psiquiátricas saíram com esse diagnóstico (BLADER; CARLSON, 2007). Nesse mesmo período de 10 anos o número de consultas médicas de adultos com diagnóstico de TB praticamente dobrou (de 905 para 1.697 por 100.000 habitantes/ano), o que sugere um aumento desse diagnóstico tanto em crianças quanto em adultos, apesar de os números serem muito mais expressivos nos primeiros. O que era antes considerado raro em pré-adolescentes passa a ser diagnosticado de maneira crescente em crianças, inclusive pré-escolares (WILENS, 2002). Em função da precocidade do diagnóstico, da cronicidade que ele acarreta e do tratamento farmacológico, cujo perfil de risco/benefício ainda não está bem estabelecido, o debate acerca do aumento exponencial do Transtorno Bipolar Infantil (TBI) tem se mostrado muito mais contumaz do que a ascensão dos diagnósticos e tratamentos para TDAH e autismo infantil, seja no público especializado ou leigo.

Vemos esse aumento exponencial ser retratado em um artigo publicado por um

grupo de trabalho que se reuniu por 5 encontros para debater os diagnósticos e tratamentos de distúrbios do comportamento e do humor em crianças, chamado “Controvérsias concernindo o diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar em crianças” (PARENS; JOHNSTON, 2010). Altamente interdisciplinar, o grupo contou com psiquiatras infantis, psicólogos, filósofos, sociólogos, antropólogos, entre outros. Nesses encontros várias questões foram debatidas, sempre contemplando posições diferentes, quando não antagônicas: enquanto um grupo de psiquiatras e pais defenderam que o TB em crianças e adolescentes vinha sendo sub diagnosticado por causa do não conhecimento, por parte dos profissionais, dessa patologia, outros argumentaram que esse diagnóstico vinha sendo usado no lugar de diagnósticos antigos como TDAH, Transtorno Opositivo Desafiador ou Transtorno de Conduta, por ser mais palatável para os pais, professores e clínicos, pois atribuiria os problemas comportamentais e de humor a uma doença genética, definida como contexto-independente.

Parens e Johnston sublinham que, após a publicação dos artigos seminais de Biederman, Wosniak e Geller, e das publicações de livros e reportagens em revistas para o público leigo acerca desse tema, o diagnóstico de TBI cresceu nos EUA de maneira exponencial e passou a ser usado em crianças do ensino fundamental (6-9 anos), diferentemente do que ocorre nos outros países. Estudos epidemiológicos de taxa de prevalência são ainda bastante escassos, no entanto os que já estão disponíveis revelam taxas muito maiores nos Estados Unidos do que em qualquer outro país. Enquanto 6 a 19 % das crianças e adolescentes de estudos populacionais americanos recebem esse diagnóstico (GELLER e col., 2002; BIDERMAN e col, 2005; HUNT e col., 2005), esse diagnóstico é praticamente inexistente na Inglaterra (1.7 casos a cada 100.000/ano) (SIGURDSSON e col., 1999), na Irlanda (2.2 casos/100.000/ano) (SCULLY e col., 2004), bem como em países com Espanha, Finlândia, Dinamarca, Alemanha e Índia. Os autores ainda enfatizam que, o único país que apresenta um estudo com taxas próximas às norte-americanas é o Brasil, que encontrou 7,2% das crianças com diagnóstico de bipolaridade pesquisando a população atendida no serviço de psiquiatria infantil da UFRS, em Porto Alegre (TRAMONTINA; ROHDE, 2003).

O termo Transtorno Bipolar aparece pela primeira vez na classificação psiquiátrica americana em 1980, quando da publicação do DSM III. Nessa época, o

critério para o transtorno bipolar tipo I (anteriormente chamado psicose maníaco-depressiva) envolvia uma hospitalização devido a um episódio maníaco. A partir do DSM III surgem os diagnósticos de transtorno bipolar II, ciclotimia e transtorno bipolar NOS (*Not Otherwise Specified*, ou não especificado). Em Português, usamos também a sigla SOE (Sem Outra Especificação). Essa mudança nos critérios nosológicos produziu um aumento de 0,1 para 5% da população com esse diagnóstico (ANGST, 1998).

O diagnóstico contemporâneo do Transtorno Bipolar Infantil pode ser atribuído a dois principais grupos americanos, das universidades de Harvard e de Washington. O primeiro, liderado pelo psiquiatra infantil Joseph Biederman, defende que, diferentemente do adulto, a criança não apresenta oscilações episódicas do humor, mas, primordialmente, um humor irritado e crônico. Já o grupo de Washington, liderado por Barbara Geller, preconiza que a semiologia ou periodicidade dos episódios maníacos é que se diferenciaria nas crianças, podendo nelas apresentar ciclos rápidos ou ultra rápidos de elevação do humor, com vários episódios em um mesmo dia.

Em 1983, Gabrielle Carlson e colaboradores já haviam sugerido que a sintomatologia do Transtorno Bipolar em crianças poderia incluir a irritabilidade severa e a labilidade emocional (CARLSON, 1983). Carlson é professora da Universidade de Nova York e pesquisadora do transtorno bipolar em crianças há muito tempo, sendo considerada uma sumidade no assunto.

Em 1994, Geller e colaboradores publicam um artigo no Jornal da Academia Americana de Psiquiatria de Crianças e Adolescentes (JAACAP) relatando que num grupo de 79 crianças diagnosticadas com depressão maior, 32% converteram para bipolar tipo I ou tipo II após seguimento de um período de 2 a 5 anos (GELLER et al., 1994). No ano seguinte, os mesmos autores relatam ter diagnosticado TB em 26 crianças com idades entre 7 e 18 anos (número próximo ao citado anteriormente), através de um instrumento semiestruturado de entrevista diagnóstica. Nesse artigo sugerem que crianças e adolescentes bipolares apresentariam períodos maníacos de ciclagem rápida ou ultra rápida, caracterizados por humor elevado, expansivo ou com ideias de grandeza. Os sintomas de mania e hipomania difeririam nas crianças principalmente em função da manifestação no tempo, com ciclos rápidos da mania ou hipomania para a eutimia ou depressão, com mudanças de humor no curso de um dia, o que caracterizaria ciclos

rápidos ou ultra rápidos, que durariam *de minutos a alguns dias*. O grupo de Washington argumenta que não usou a irritabilidade para caracterizar o TBI, pois essa característica também estaria presente nas crianças com TDAH. (GELLER et al., 1995). O fato de as crianças terem apresentado a sintomatologia maníaca *após uso de antidepressivo*, o que caracteriza uma conversão de um quadro inicial de transtorno depressivo, não é considerado relevante.

Na mesma época, o grupo liderado por Joseph Biederman e Janet Wozniak afirmam, em dois artigos do JAACAP, que 16% de uma população de 262 crianças encaminhadas para avaliação preenchiam critérios diagnósticos para TBI, cuja principal característica seria a *irritabilidade crônica*. Das 43 crianças diagnosticadas com mania, 42 tinham também TDAH (98%) e 77% das crianças que receberam o diagnóstico de mania, o receberam por causa de irritabilidade extrema e persistente (33 de 43). Além disso, os autores afirmam que em 70% de sua amostra os sintomas tiveram início antes dos cinco anos de idade. Outra característica presente num contingente expressivo da população pesquisada por Biederman e Wozniak e proposta como outro indicador de mania em crianças é a agressividade: 33 de 43 crianças apresentariam níveis marcantes de agressividade. Em artigos posteriores, a agressividade severa foi o argumento usado para diferenciar a sintomatologia do Transtorno Bipolar para o de Déficit de Atenção. Segundo Biederman e colaboradores (1995), Wozniak & Biederman (1996) e Faraone et al. (1997), a severidade da agressividade é que marcava a diferença entre a hiperatividade e a mania. Novamente Kaplan chama a atenção para um erro categorial que considera primordial: enquanto o TDAH estava dentro do grupo de “Transtornos do Comportamento Disruptivo”, o Transtorno Bipolar pertence à classe de “Transtornos Afetivos do Humor”, logo não seria uma diferença apenas de graduação dos sintomas, mas de tipologia (KAPLAN, 2011, p. 26).

O que chama particular atenção nesse primeiro grande estudo é que as crianças menores de 12 anos *não foram entrevistadas*: as informações foram colhidas junto aos pais, através de entrevistas e questionários semiestruturados, aplicados em diferentes momentos. O fato de ser um dos trabalhos inaugurais sugerindo mudanças nos critérios diagnósticos para bipolaridade em crianças e adolescentes, sem que as avaliações incluam o exame da própria criança quando menor de 12 anos, faz dessa construção uma estrutura

de alicerces frágeis desde seu início. Como bem sublinhado por Kaplan (2011), no trabalho clínico é legalmente necessário que o paciente seja visto durante uma avaliação. Essa avaliação é particularmente importante com crianças e adolescentes, já que a compreensão dos problemas e modo de lidar com eles são comumente diferentes, quando não contrárias, entre as crianças e seus pais/cuidadores.

No artigo de 1995, Biederman e colaboradores propõem um estudo de segmento para averiguar se as crianças diagnosticadas com mania naquele primeiro momento permaneciam com os escores iniciais. Novamente os pesquisadores não veem as crianças, e entrevistam apenas os pais, usando uma escala de sintomas chamada *Child Behavior Checklist* (CBCL). Mais uma vez os escores baseados apenas no relato dos pais correspondem ao diagnóstico inicial de Transtorno Bipolar, e os autores concluem que o CBCL pode ser utilizado para fins diagnósticos.

Rachel Klein, professora e pesquisadora da Universidade de Nova York, tem críticas contundentes à interpretação da irritabilidade crônica como característica da mania em crianças e adolescentes. Em 1998, em um artigo do JAACAP, ela defende que não apenas a irritabilidade, como também a elevação do humor, para serem consideradas sintomas do Transtorno Bipolar, devem se apresentar em episódios distintos e sustentáveis, e não como crônicos ou de ciclagem rápida. Defende que “o curso episódico é uma condição *sine qua non* do transtorno bipolar” (KLEIN, 1998, p 1095).

No ano de 2000 é publicada a quarta edição revisada do DSM (DSM-IV-TR), na qual os critérios diagnósticos para mania são divididos em sintomas primários e secundários. Para que uma pessoa receba o diagnóstico de Transtorno Bipolar do tipo I é necessário que apresente um sintoma primário, identificado como critério “A,” que requer “um período de humor expansivo, elevado ou irritado, de maneira persistente e anormal, que resulte em prejuízo marcante”, e que dure no mínimo 7 dias, para mania (APA, 2000). Não é necessário que haja qualquer episódio depressivo anterior a esse. Já para o diagnóstico de Transtorno Bipolar tipo II, necessariamente a pessoa já apresentou algum episódio depressivo e os sintomas de hipomania devem estar presentes por um período mínimo de 4 dias e, apesar de não causarem prejuízo marcante, os sintomas devem ser perceptíveis a terceiros. Os critérios A, ou sintomas primários, dizem respeito ao humor propriamente dito e são acompanhados por critérios B, que dizem respeito a

sintomas comportamentais ou cognitivos da mania. São eles: grandiosidade, necessidade reduzida de sono, premência da fala, fuga de ideias, distração, aumento de atividade direcionada a objetivos e comportamento de procura excessiva de prazer ou comportamento de risco. Para o diagnóstico de mania são necessários no mínimo 3 sintomas do tipo B, se o sintoma A é euforia, e 4 sintomas do tipo B, se o sintoma A é irritabilidade. Ao requerer um período distinto de tempo, o DSM, mesmo considerando que a irritabilidade pode ser um sintoma primário, indica que a periodicidade é um critério necessário ao diagnóstico.

Como explicitado anteriormente, não há no DSM nem na CID, até o atual momento, um capítulo específico para transtornos do humor em crianças e adolescentes. A orientação é que seja feita uma adaptação dos mesmos critérios para a população infanto-juvenil. No entanto, apenas uma minoria de crianças que recebe o diagnóstico de Transtorno Bipolar apresenta as características clássicas dessa patologia no adulto. As que apresentam curso crônico e a irritabilidade como característica principal e/ou ciclos ultra rápidos de elevação do humor vêm sendo classificadas como Transtorno Bipolar Não Especificado (BD-NOS) ou Sem Outra Especificação (TB-SOE). Em 2006, Axelson e colaboradores discutem em um artigo a fenomenologia do que chamam *espectro bipolar* e sugerem que o diagnóstico dimensional seria mais adequado quando se trata de crianças e adolescentes já que cerca de 50% das crianças diagnosticadas com transtorno de humor até então não preencheram os critérios “A” e “B”, tendo recebido o diagnóstico de Transtorno Bipolar SOE (AXELSON et col., 2006).

Aparentemente concordando com o que defendeu Axelson, em 2003 Leibenluft e colaboradores, do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH), propõem o conceito de um fenótipo alargado do que seria o “espectro bipolar”:

Crianças que exibem o fenótipo alargado podem posteriormente serem identificadas como pertencentes a um grupo heterogêneo. Algumas eventualmente podem vir a completar os critérios estritos para hipomania; o curso da doença de outras pode ser consistente com o diagnóstico de distímia, transtorno depressivo maior ou algum outro transtorno disruptivo; e ainda outras podem ter uma síndrome ainda não bem capturada pelos sistemas diagnósticos correntes. (LEIBENLUFT e col., 2003, p. 435)

Era a introdução para a proposta de uma nova classe nosológica, inicialmente com

o nome de Desregulação Severa do Humor (SMD - *Severe Mood Dysregulation*) e no DSM 5 concebida como Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor (*Temper Dysregulation Disorder with Disphoria*). Segundo seus proponentes, a Desregulação Severa do Humor deve ser usada quando a criança ou o adolescente apresentar irritabilidade e raiva crônicas, severas e incapacitantes. Essa irritabilidade reflete o estado de humor de base e portanto é contínua. Ao menos três dos seguintes sintomas devem também estar presentes: insônia, pressão da fala, intrusão do pensamento, fuga de idéias/pensamento rápido, distração e agitação psicomotora. Outra questão relacionada ao diagnóstico é a reatividade inapropriada a emoções negativas, caracterizada por explosões com gritos ou agressividade, que ocorra ao menos três vezes na semana. Os sintomas devem ter início antes dos 12 anos e ser necessariamente crônicos (ao menos durante um ano, sem remissões por tempo maior que de dois meses). Conforme o nome de Desregulação Severa do Humor (SMD) foi se tornando mais conhecido e pesquisas foram diferenciando aquilo que é considerado o quadro clássico de Transtorno Bipolar (ou tipo I) do que se propunha como SMD, Leibenluft e colaboradores deixam de defender a ideia de um fenótipo alargado para o Transtorno Bipolar e, em 2006, publicam o primeiro artigo usando o diagnóstico de Desregulação Severa do Humor (BROTMAN e col., 2006).

Diante das inúmeras discussões acerca da bipolaridade em crianças e adolescentes, em 2007, o JAACAP publica uma orientação, referendada pela Academia Americana de Psiquiatria Infantil, defendendo parâmetros práticos para o diagnóstico e o tratamento do Transtorno Bipolar em crianças e adolescentes. Apesar de acompanhar principalmente os critérios propostos por Barbara Geller e colaboradores, mais do que os propostos por Biederman e colaboradores, chama atenção para a dificuldade de se diferenciar comportamentos normais de uma criança daqueles considerados sintomas de uma patologia, e defendem a revisão periódica para qualquer plano diagnóstico e de tratamento (MCCLELLAN e col., 2007). Em relação aos sintomas afetivos, a orientação neste *guideline* (orientação de tratamento) é que sejam usadas ambas as sintomatologias, elevação do humor e/ou irritabilidade no preenchimento do critério “A”, sublinhando o fato de que o critério irritabilidade, por estar presente em inúmeros quadros infantis, possui baixa especificidade. Por essa razão, o distúrbio do humor deve representar uma

mudança marcante no estado de humor basal da criança, e deve ser acompanhado por distúrbios do sono, cognitivos e psicomotores (requisitos “B” dos critérios do DSM IV-TR). Por fim, esse funcionamento deve causar prejuízo em ao menos duas das áreas acima citadas.

Apesar de a irritabilidade estar presente em quase 80% dos casos de bipolaridade e, do ponto de vista diagnóstico, poder ser vista como complementar ao humor exaltado, esta também está presente como sintoma nos quadros de Depressão, Transtorno Opositivo Desafiador, Transtorno de Conduta, Transtorno de Stress Pós-Traumático, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno de Ansiedade Generalizada. Também associada à agressividade, podemos ver a irritabilidade em quadros de Autismo, Síndrome de Asperger, TDAH, Retardo Mental e Transtornos de Ajustamento. Assim, apesar da alta sensibilidade, é um sintoma de baixíssima especificidade, e como propuseram Youngstrom e col. (2008), podemos fazer uma analogia à febre ou à dor nos quadros clínicos: a irritabilidade indicaria que algo não vai bem, mas por si só não definiria nenhuma patologia específica.

Paralelamente, conforme aumenta o número de crianças e adolescentes que recebem o diagnóstico de Transtorno Bipolar na Infância, o número de prescrições de antipsicóticos atípicos e anticonvulsivantes também aumenta drasticamente, mesmo sem a comprovação da eficácia dessas drogas e com a extensa comprovação de seus efeitos colaterais metabólicos. Em 2009, Stephen Crystal e colaboradores relatam que, nos EUA, crianças e adolescentes que não têm plano de saúde privado, têm mais de quatro vezes a chance de receber prescrição de antipsicóticos atípicos do que as que têm plano de saúde privado (não exclusivamente aquelas com diagnóstico de bipolaridade). Os autores dizem que não sabem por que crianças pobres são tão mais medicadas, mas sugerem como possíveis explicações a tentativa de controle social e o não investimento em tratamentos não farmacológicos mais caros (OLFSON, 2010). Outra hipótese aventada pelos autores se baseia na suposição de que, por estarem submetidas a situações de maior adversidade, essas crianças apresentariam quadros mais graves, justificando um tratamento mais agressivo.

3.1 Transtorno Bipolar em pré-púberes

No livro *Manic Depressive Illness*, Goodwin e Jamison sublinham que uma das maiores dificuldades para se estudar o Transtorno Bipolar em crianças pré-púberes se deve ao fato de a maior parte dos estudos abordar a questão da infância e adolescência de maneira indiscriminada. Segundo estudos epidemiológicos, o Transtorno Bipolar tem sua maior incidência entre adolescentes e adultos jovens, o que gera confusão e pouca especificidade quando se quer estudar os quadros de início precoce. Os termos *Transtorno Bipolar Juvenil* e *Transtorno Bipolar Pediátrico* são exemplos de como essa questão pode ser insuficientemente discriminada e da necessidade de estudos que diferenciem os quadros pré-púberes daqueles mais típicos, com início na puberdade. A própria idade de corte do que se define como pré-púbere pode variar, bem como o que se considera como início dos sintomas: alguns estudos vão considerar o episódio claramente maníaco como o momento do diagnóstico, enquanto outros fazem uma regressão ao momento em que surgem os primeiros sintomas depressivos ou mesmo de hiperatividade.

Além da idade de início dos sintomas, o fato de muitos estudos não diferenciarem entre Bipolar tipo I, tipo II e SOE, resulta em dados mais inespecíficos, uma vez que a definição de hipomania na infância é ainda mais controversa do que a de mania. A essa questão se somam outras duas, que tornam o diagnóstico do Transtorno Bipolar na infância mais complexo: os altos índices de comorbidade e a ausência de estudos do desenvolvimento que sirvam para determinação do que é patológico e o que pode ser considerado normal em cada faixa etária. Para esclarecer essas questões, estudos longitudinais e de acompanhamento são fundamentais (GOODWIN; JAMISON, 2007).

Apesar de raros, mesmo em crianças pré-escolares podemos ver quadros maníacos clássicos, obedecendo os critérios presentes no DSM IV. Kraepelin (1921) já descrevera que um percentual de 0,4% de seus pacientes apresentavam características de mania antes da idade de 10 anos. Apesar disso, até meados do século vinte, não se acreditava nessa possibilidade. Anthony e Scott examinaram a literatura de 1884 até 1954 e reconheceram apenas 28 casos de mania em crianças pequenas. No entanto, após aplicarem critérios diagnósticos sistemáticos, concluíram serem casos mal diagnosticados e defenderam a não existência desse quadro até aquele momento (ANTHONY; SCOTT

(1960) *apud* GOODWIN; JAMISON, 2007). Em 1976, Warren Weinberg e Roger Brumback, dois neurologistas americanos, propuseram critérios diagnósticos para mania e depressão em crianças e adolescentes utilizando parâmetros de intensidade e duração baseados no *Research Diagnostic Criteria* (RDC), proposto por Spitzer e colaboradores (WEINBERG; BRUMBACK, 1976). Posteriormente, esses critérios foram utilizados como base para a delimitação do Transtorno Bipolar em adultos no DSM III e, desde então, estendidos para crianças e adolescentes. Esse artigo é a primeira sistematização dos sintomas maníacos, hipomaníacos e depressivos nessa faixa etária na literatura americana.

Nos últimos 30 anos cresceu a aceitação da existência de mania em crianças pré-púberes. Entretanto, importantes divergências permanecem quanto aos critérios clínicos suficientes para o diagnóstico. Enquanto alguns grupos defendem critérios mais alargados e distantes daqueles considerados clássicos para adultos, outros são mais cautelosos e aceitam a existência de mania em pré-púberes, desde que os quadros obedeçam aos critérios diagnósticos descritos no DSM IV para adultos.

Um grande problema que cerca a questão do diagnóstico do Transtorno Bipolar em pré-púberes diz respeito à sobreposição de sintomas comuns a outros diagnósticos. A maior sobreposição de diagnósticos é sem dúvida com os transtornos disruptivos, particularmente o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, o Transtorno Opositivo Desafiador e o Transtorno de Conduta, nessa ordem, a ponto de alguns estudos epidemiológicos apontarem 70 a 90% de comorbidade com diagnóstico de TDAH. Quanto menor a criança, maior a possibilidade de preencher critérios para ambos os diagnósticos. Por isso, a importância do critério temporal: enquanto os sintomas de TDAH são mantidos ao longo do tempo e estão presentes geralmente antes dos sete anos, o quadro bipolar tende a aparecer de maneira que rompe um padrão de funcionamento preestabelecido e sofre oscilações. No entanto, em crianças pré-púberes, além da sintomatologia, o curso da doença também é considerado atípico ou diferente do padrão adulto.

O critério temporal pode ser entendido tanto na forma de aparecimento da sintomatologia quanto no curso no decorrer do tempo: a episodicidade pode ser considerada a principal característica para o diagnóstico diferencial, uma vez que mesmo

nos quadros de comorbidade, os sintomas comórbidos muitas vezes estão presentes apenas no período de mania ou depressão. Em função da inespecificidade dos sintomas em crianças pequenas, esforços são feitos no sentido de isolar sintomas específicos mesmo nos quadros de comorbidade. Barbara Geller tem alguns artigos em que acompanha o curso dos sintomas em crianças que apresentaram sintomas em idade pré-púberes e adolescentes novos (*early-adolescent*) e defende um fenótipo específico para esses casos, que nomeou PEA-BP (*Prepubertal and Early-Adolescent Bipolar Disorder*). Como relatado acima, Geller acompanhou um grupo de 93 crianças, algumas pré-escolares, com sintomas clássicos de mania segundo o DSM IV, incluindo humor exaltado e/ou grandiosidade, fuga de idéias, pensamento rápido, julgamento empobrecido, desinibição do comportamento, hipersexualidade, distraibilidade, aumento de energia, atividade e agitação. A partir desse acompanhamento, passaram a defender a adoção de 5 sintomas específicos dos quadros maníacos em crianças pequenas que ajudam na diferenciação dos quadros de TDAH ou de características consideradas normais para a idade. São eles: elação, grandiosidade, fuga de idéias/pensamentos muito rápidos, diminuição da necessidade de sono e hipersexualidade (GELLER e col., 2002).

Geller, no entanto, talvez seja a maior defensora dos ciclos rápidos e ultra rápidos para a mania em crianças pré-púberes, os chamados ciclos ultradianos, que são variações num período de 24 horas. Neste artigo de 2002, relata 87% dos casos com essa forma de manifestação dos sintomas maníacos que, além de serem ultra rápidos, têm duração média de mais de 3 anos. Ainda nesse trabalho em que sugere um fenótipo específico para o Transtorno Bipolar em pré-púberes, Geller afirma que 77,4% das crianças com esse diagnóstico apresentam ciclagem rápida ultradiana, ou uma oscilação contínua (*essentially continuous cycling*), sem diferença para meninos ou meninas. Como as taxas de ciclagem rápida em adultos é de cerca de 20% e ocorrem principalmente em mulheres, propõe que essa característica reflita um fenótipo específico de crianças pré-púberes (GELLER e col., 2002).

Em outro artigo de 2007, Barbara Geller, Rebecca Tillman, Kristine Bolhofner, todas da Universidades de Washington e patrocinadas com verbas do NIMH, propõem uma nova nomenclatura para referir-se aos ciclos e episódios que caracterizam o transtorno bipolar tipo I, particularmente no que diz respeito a crianças pré-escolares.

Fazem uma revisão da literatura americana e encontram episódios com duração menor ou igual a um mês, até períodos maiores que um ano. Assim, propõem que o termo “episódio” deve ser usado para o intervalo entre o início e o fim de um período completo, obedecendo aos critérios diagnósticos para Transtorno de Humor Bipolar tipo I; que “ciclos”(termo que historicamente vem sendo usado de maneira intercambiável com o termo “episódios”) sejam usados para descrever mudanças de estados de humor durante o dia (ultradianas) no curso de um episódio, e que o termo “ciclagem rápida” seja substituído por “múltiplos episódios por ano” (GELLER e col., 2007). Como podemos ver, com essa proposta, Geller se distancia da descrição dos quadros de mania descritos no DSM IV e se aproxima de Biederman na defesa de uma *sintomatologia crônica e não episódica*.

Gabrielle Carlson será uma das poucas pesquisadoras de peso (e talvez a de maior peso) que manterá a defesa da episodicidade com um critério *sine qua non* para o diagnóstico do Transtorno Bipolar em crianças. Em artigo de 2014, Carlson destrincha as diversas concepções de TBI desde o DSM II, chegando aos artigos mais recentes onde os dados são colhidos através de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas. Como profunda conhecedora do processo de construção dos diagnósticos, aponta mudanças pouco enfatizadas, porém extremamente relevantes, na forma de caracterizar o quadro de mania do DSM II para o DSM III: na edição de 1980, critérios qualificadores do episódio maníaco não foram usados, ao contrário do que ocorreu com o episódio depressivo. Assim, enquanto no episódio depressivo os sintomas devem acontecer na maior parte do dia, durante todos os dias, e representar uma mudança em relação ao funcionamento anterior, esses qualificadores não estão presentes na definição do quadro maníaco. Dessa forma, não fica preestabelecido quão persistentes devem ser os sintomas, nem o grau de mudança que devem impor ao padrão anterior para que o estabelecimento do diagnóstico possa se dar. Esse alargamento produz uma inespecificidade dos sintomas e permite uma inclusão de quadros muito mais amplos dentro do que categoriza a mania. De outro lado, temos na descrição da CID 10, classificação da OMS, uma definição muito mais estreita e conservadora, na qual o paciente deve apresentar ao menos dois episódios nos quais o humor, a energia e os níveis de atividade estejam significativamente alterados; a recuperação entre os episódios deve ser geralmente completa, os episódios de mania

normalmente devem ter um início abrupto e durar entre duas semanas e quatro a cinco meses. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, com padrões variáveis de remissão e recaídas (OMS, 1992).

Outra mudança descrita por Carlson na passagem do DSM III para o DSM III-R, e também pouco comentada na literatura específica, é a retirada do conceito de irritabilidade da caracterização do humor disfórico no episódio depressivo. Essa modificação manteve a irritabilidade *apenas para os episódios maníacos*, paralelamente à eliminação do período distinto de no mínimo uma semana para especificar a duração do episódio maníaco. Essa mudança conceitual aparentemente tênue, *torna possível o deslizamento da mania para um quadro de irritabilidade crônica*. Além disso, o foco em sintomas sem uma compreensão histórica e longitudinal que defina sua episodicidade, torna difícil a distinção entre as características de hiperatividade, distratibilidade, impulsividade, labilidade emocional, reatividade exacerbada e irritabilidade de uma criança com TDAH, de outra com mania.

O esforço para diferenciar a irritabilidade crônica de uma irritabilidade episódica própria da mania, resultará na proposta de uma nova categoria diagnóstica, inicialmente chamada Desregulação Severa do Humor (*Severe Mood Dysregulation*). A sintomatologia deste novo diagnóstico inclui, além da irritabilidade crônica, explosões intensas e frequentes de raiva, além daqueles sintomas “B” da mania, muitos também presentes no diagnóstico de TDAH, como inquietude, distratibilidade, pressão da fala e importunidade.

Com isso, 75% a 80% das crianças com diagnóstico de Desregulação Severa do Humor também preenchem critérios para TDAH e para Transtorno Opositivo Desafiador. Já no DSM 5, esse diagnóstico é renomeado como Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, e passa a ser descrito dentro do capítulo dos Transtornos Depressivos. Como característica central permanece a irritabilidade crônica e grave, com duas manifestações clínicas proeminentes: explosões de raiva que ocorrem tipicamente em situações de frustração, com manifestação verbal ou comportamental, e um humor persistentemente irritável ou zangado. As explosões de raiva devem ocorrer com frequência mínima de três vezes por semana, por pelo menos um ano e em ao menos dois ambiente, como em casa e na escola. Já o humor irritável deve ser uma característica da

criança e estar presente entre as explosões de raiva, na maior parte dos dias e ser observável por outras pessoas do ambiente da criança. O início deve ser antes dos 10 anos, porém, o diagnóstico não deve ser dado antes dos seis (APA, 2014).

O próprio manual diagnóstico reconhece que a inclusão do diagnóstico de Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor se deve ao número exorbitante de diagnósticos de TBI em crianças com irritabilidade crônica nas últimas duas décadas, embora tanto o DSM IV, quanto o DSM 5 requeiram episódios distintos de mania e hipomania para caracterizar o transtorno bipolar.

Esse forte aumento pode ser conferido ao fato de os clínicos combinarem pelo menos duas apresentações clínicas em uma única categoria. Isto é, as apresentações clássicas episódicas de mania e as apresentações não episódicas de irritabilidade grave foram rotuladas como transtorno bipolar em crianças. (APA, 2014, p.157)

Ao menos para o DSM 5, essa questão parece resolvida.

3.2 Comorbidades

Como apontado anteriormente, a comorbidade parece ser mais a regra do que a exceção nos diagnósticos psiquiátricos da infância, e no caso do Transtorno Bipolar os números são impressionantes. Geller e colaboradores (2000), por exemplo, relatam taxa de 98% de comorbidade com TDAH em amostra clínica por eles avaliada. O mesmo pode ser encontrado em autores como Biederman (2000) e Sachs (2000). Outros autores, no entanto, não encontram as mesmas taxas de comorbidades com TDAH, o que reflete o quanto essa ainda é uma questão bastante controversa (MASI e col., 2003; FAEDDA e col., 2004; JAIDEEP e col., 2006).

Goodwin e Jamison levantam três hipóteses para essa sobreposição de sintomas entre TBI e TDAH: (1) a coexistência real de ambas patologias; (2) ser um artefato, refletindo quadros psicopatológicos graves que não seriam específicos do Transtorno Bipolar e (3) ser um artefato, reflexo de uma manifestação de desenvolvimento do Transtorno Bipolar em crianças. Biederman e colegas do Massachusetts General Hospital defendem a existência de ambos os diagnósticos e argumentam que não se trata apenas de sobreposição de sintomas. Ao contrário, defendem que tal comorbidade refletiria um

subtipo etiológico de bipolaridade de início muito precoce (BIEDERMAN e col., 2004).

No estudo citado acima, Geller e colaboradores (2002) estudaram 98 casos de pré-púberes e adolescentes jovens com diagnóstico de TBI que sofreram internação psiquiátrica por conta de episódio maníaco, considerando elevação do humor e grandiosidade como critério “A” para mania. Encontraram taxas de 87,1 % de comorbidade com TDAH, sendo mais comum em crianças pré-púberes, com idade entre 10.4 +/- 2.4 anos (98.3% ou 53 de 54 crianças) do que nas púberes, entre 13.8 +/- 2.6 anos (69.4% ou 29 de 40 púberes). Com esse resultado, sugerem que a hiperatividade pode ser uma característica típica de crianças pré-púberes com TBI, do mesmo modo que a hipersexualidade é mais típica em púberes com TBI. No entanto, não excluem a hipótese defendida por Biederman e Faraone acerca da existência de um sub-grupo com diátese familiar para Transtorno Bipolar e TDAH (FARAONE e col., 1997; BIEDERMAN e col., 2004).

Se a hipótese inicial de Geller estiver correta, os sintomas típicos do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade poderiam ser um pródromo ou uma característica do desenvolvimento dos sintomas de Transtorno de Humor Bipolar na criança pequena. Uma outra maneira possível de abordar essa questão é: será que toda manifestação maníaca na criança significa que ela tenha ou vá desenvolver um Transtorno de Humor Bipolar? O fato de ainda haver poucos estudos longitudinais e de desenvolvimento que aprofundem o conhecimento sobre o que pode ser considerado dentro da faixa da normalidade em pré-púberes possibilita trazer o olhar patológico para uma gama de comportamentos que, exatamente por se tratar de crianças pequenas, não podem ser classificados como desviantes de maneira tão correspondente com a psicopatologia do adulto. Dependendo do contexto, crianças podem querer ser super-heróis, voar, acreditar que têm poderes sobrenaturais, sentirem-se as pessoas mais poderosas do mundo. Essas características nos adultos, ou mesmo nos adolescentes, levantam fortes suspeitas de um comprometimento da percepção do mundo e do conteúdo do pensamento, secundárias a uma exaltação do humor. Como os diagnósticos de Transtornos do Humor foram inicialmente construídos e remodelados nas diversas edições dos DSM baseados na clínica do adulto, mesmo que se tente realizar uma adaptação para as idades mais precoces, os critérios não podem ser simplesmente

“traduzidos” para descrições compatíveis com a idade.

O que significaria então a sobreposição dos sintomas de mania com de TDAH ou dos outros transtornos disruptivos? A nossa hipótese é de que a comorbidade é resultado de diagnósticos com sintomas extremamente inespecíficos e limites pouco claros entre si. Além disso, a forma como os dados são coletados influenciam sobremaneira os resultados obtidos.

3.3 De como as informações são colhidas

Como relatado acima, os critérios para mania foram estabelecidos a partir da história desse estado em adultos. Não existe nenhuma descrição psicopatológica que defina como avaliar essa condição na criança. Apesar de o DSM acrescentar qualificadores de desenvolvimento para a maioria das condições que têm início na infância, eles não estão presentes para a mania ou mesmo para a regulação do humor em crianças, como podemos ver por exemplo, na questão do TDAH. Nesse último caso, o sintoma de desatenção deve ser mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento da criança, quando comparada com seus pares de mesma idade e meio cultural (CARLSON; MEYER, 2006).

Na avaliação psiquiátrica de crianças e de adolescentes há um consenso quanto à necessidade de se escutar os pais e educadores para comportamentos externalizantes (observáveis, como hiperatividade, desatenção, impulsividade e agressão) e as crianças e os adolescentes para sintomas internalizantes (como ansiedade e depressão). No entanto, no caso da mania alguns sintomas são observáveis e outros melhor descritos na primeira pessoa. E aqui começa a ficar mais delicada a discussão, porque os métodos diagnósticos, além de muito diferentes uns dos outros, nem sempre abordam os educadores ou mesmo as crianças.

As entrevistas estruturadas e semiestruturadas usadas para avaliar os sintomas de mania em crianças têm algumas vantagens e muitas desvantagens. As vantagens, como para qualquer pesquisa diagnóstica, é que padronizando as questões e a forma como são realizadas, reduzimos a variabilidade inerente aos diferentes pesquisadores e aumentamos o grau de confiabilidade das informações colhidas. A grande desvantagem, além do fato

de as entrevistas não corresponderem a uma prática clínica, é que *não há uma coleta sistematizada da história da criança*, o que faz o quadro sintomático se apresentar muitas vezes *descontextualizado, isolado do mundo relacional das crianças*. Com isso, resultados falsos positivos facilmente são produzidos. Além disso, esse tipo de instrumento possibilita que entrevistas de rastreio sejam tomadas como dados epidemiológicos, confundindo sobremaneira os dados já inespecíficos que caracterizam os estudos sobre transtornos de humor em crianças.

Pelo menos seis entrevistas foram desenhadas para avaliar sintomas de mania e depressão em crianças e adolescentes, segundo critérios do DSM IV (GALANTER e col., 2012). Algumas entrevistas simplesmente *não usam informações das crianças quando são menores de 12 anos, que sequer são vistas*, como no caso dos primeiros ensaios clínicos de Biderman e colaboradores, que usam a K-SADS-Epidemiological version 1994 (BIDERMAN e col, 2000) e o Child Behavior Checklist (CBCL) (BIDERMAN, 1995). Esses autores alegam que não entrevistam os pequenos porque não consideram tais informações confiáveis e assim, a partir das informações colhida com os pais, contam duas vezes os sintomas para os diagnósticos onde estão presentes, ou seja, utilizam uma informação de irritabilidade, por exemplo, para a montagem do diagnóstico de TBI e TDAH. Como não veem as crianças, não têm capacidade de saber qual quadro psicopatológico está produzindo aquele sintoma e *contam o mesmo sintoma para os inúmeros diagnósticos* também. Não é de se estranhar que as taxas de comorbidade sejam tão altas (CARLSON; MEYER, 2006).

A entrevista mais fidedigna é aquela que entrevista os pais, a criança ou adolescente e os educadores. Quando a informação é discordante ou de apenas um dos informantes, são utilizados algoritmos (YOUNGSTROM e col., 2006). Entretanto, o uso de algoritmos muitas vezes confunde o resultado como no exemplo acima, quando há apenas um informante e os pontos são contados duas vezes ou quando dois informantes discordam da presença de um determinado sintoma. Recomenda-se, sempre que há discordância de informações, que os informantes sejam colocados juntos para conciliar as respostas. Esse procedimento, porém, é altamente trabalhoso, impossibilitando sua aplicação na maioria dos estudos com grandes contingentes populacionais.

Entrevistas que têm pais e crianças como informantes recomendam que os

adolescentes sejam entrevistados antes dos pais, para preservar sua confidencialidade. Uma desvantagem dessa metodologia é que não se pode verificar junto aos próprios adolescentes suas impressões do que foi dito pelos pais. Por outro lado, quando a criança ou o adolescente relata situações que sugerem quadro maníaco, tais informações podem ser conferidas junto aos pais, se estes são entrevistados após os filhos.

Segundo Youngstrom e colaboradores (2003), professores raramente são entrevistados em estudos sobre crianças bipolares porque acredita-se que estes não sejam qualificados para identificar quadros de mania. Paradoxalmente, no entanto, são considerados fundamentais para o reconhecimento dos sintomas de hiperatividade e desatenção, ambos comumente presentes nos quadros maníacos.

3.4 Estudos epidemiológicos: meta-análise, estudos longitudinais e estudos comparativos

Estudos epidemiológicos são influenciados por todas as variáveis metodológicas comentadas acima. Além disso, questões relacionadas ao período em que os sintomas são aferidos (os três últimos meses, o último ano, toda a vida) e quais quadros são considerados (mania, hipomania, depressão, estados mistos), mudam sobremaneira o desenho do estudo. Por último, a metodologia de pesquisa é crucial e esse dado talvez seja a maior responsável pelos resultados tão discordantes. Sempre que analisamos os estudos publicados, devemos ver se são estudos longitudinais, se são meta-análises, se contam com toda a população de um determinado país ou de determinada região ou cidade, ou se são estudos de determinados serviços. Veremos que estudos de serviço se considera com cortes por idade ou toda a infância e adolescência, entre outros.

Os poucos artigos de meta-análise e longitudinais sobre Transtorno Bipolar I em crianças e adolescentes, até o momento, mostram taxas de prevalência muito próximas às de adultos, de cerca de 1,2% . Além disso, apesar de poucos estudos desse tipo terem examinado separada ou exclusivamente essa faixa etária, aqueles que o fizeram encontraram resultados surpreendentemente baixos. Um exemplo é um estudo realizado na Holanda, que encontrou taxas de aproximadamente 2% adicionando 1,1 % das taxas dos pais com 0,9% dos adolescentes (VERHULST e col., 1997).

Findling e colaboradores conduziram um estudo de seguimento de 24 meses de 707 crianças entre 6 e 12 anos, através da Avaliação Longitudinal de Sintomas Maníacos. No início da avaliação, essas crianças apresentavam sintomas de mania elevados, mas a maioria não preenchia critérios diagnósticos para Transtorno Bipolar. Estavam mais próximas dos diagnósticos de depressão, TDAH, TOD ou Transtorno de Conduta. Após 2 anos de seguimento, 85% apresentaram redução dos sintomas maníacos e aproximadamente 15% apresentaram aumento e piora dos sintomas maníacos, com uma fase de melhora e depois novo recrudescimento (FINDLING e col., 2013).

Van Meter e colaboradores (2011) realizaram uma meta-análise com estudos epidemiológicos com o intuito de averiguar se as taxas de prevalência do Transtorno Bipolar em crianças estariam de fato aumentando, e se haveria diferenças significativas entre os países. Foram selecionados 12 estudos, abarcando 16.222 entre sete e 21 anos, com diagnóstico de Transtorno Bipolar ou mania, no período entre 1985 e 2007. Seis estudos referem-se à população americana e os outros seis às populações de Holanda, Inglaterra, Irlanda, Espanha, México e Nova Zelândia. A taxa média de Transtorno Bipolar em crianças, adolescentes e adultos jovens ficou em 1,8% (95% CI, 1,1 – 3,0 %), sem diferença significativa entre os países estudados. Todavia, os dados relativos aos Estados Unidos apresentaram uma variabilidade muito maior, sendo que aqueles que usaram definições mais amplas de diagnóstico, incluindo o Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação (SOE), foram os que encontraram os maiores escores. A taxa média foi maior do que o esperado e frequentemente relatado na comunidade, o que foi atribuído a diferenças nos critérios diagnósticos utilizados nos estudos norte americanos (VAN METER e col., 2011).

Num artigo que se tornou conhecido, Dubicka e colaboradores (2008) compararam a impressão diagnóstica de psiquiatras americanos que utilizam o DSM IV, com psiquiatras ingleses que utilizam a CID 10. De cinco crianças, em três casos houve discordância do diagnóstico. O caso de maior concordância foi de um adolescente com um quadro de mania clássica (96,4% de americanos e 88,9% de psiquiatras ingleses). Contudo, numa criança pré-púbere de 11 anos, enquanto 75% dos psiquiatras americanos avaliaram ser um quadro de mania, e 93% com TDAH, apenas 33% dos psiquiatras ingleses concordaram com o diagnóstico de mania, sendo que 79% deram o diagnóstico

de TDAH. Os americanos também consideraram muito mais casos de comorbidade do que os ingleses. Já no terceiro caso, um menino de cinco anos foi considerado maníaco para 28% dos psiquiatras americanos e 5% dos ingleses. Ambos avaliaram a existência de um quadro de transtorno invasivo numa frequência alta e os ingleses diagnosticaram mais TDAH do que os americanos. O quarto caso foi de um menino de 12 anos com TDAH e sintomas depressivos que após um evento adverso apresenta um comportamento disruptivo. Para os psiquiatras americanos ele fez uma virada maníaca, enquanto que para os ingleses aquelas eram manifestações de um transtorno de conduta. O quinto e último caso é de um menino de 10 anos, com rigidez e obsessões, sugestivo de um quadro de transtorno invasivo do desenvolvimento com sintomas de TDAH. Esse menino é submetido a uma situação de mudança e faz um quadro de agitação. Enquanto os ingleses interpretam como um recrudescimento do sintomas do transtorno invasivo, os americanos consideram um quadro de transtorno obsessivo compulsivo com abertura de mania. Na conta geral, os psiquiatras americanos diagnosticaram muito mais quadros como sugestivos de mania e fizeram muito mais inferências a comorbidades, enquanto os ingleses supuseram muito mais diagnósticos diferenciais. Ao final do artigo, o autores levantam como hipótese causal um olhar diferente acerca do diagnóstico de transtorno bipolar em pré púberes. Enquanto os americanos se baseia em listas de sintomas que preenchem ou não critérios temporais estipulados, os ingleses olham mais para a semiologia dos episódios de mania, depressão e eutimia. Outra hipótese aventada foi o efeito da agressiva propaganda da indústria farmacêutica para quadros de mania em crianças nos Estados Unidos comparado com quase ausência na Inglaterra (DUBICKA e col., 2008).

Apesar de todo artigo médico sobre Transtorno Bipolar na Infância ressaltar a controvérsia desse diagnóstico em crianças pré-púberes, este argumento parece não produzir a cautela e reservas necessárias ao seu uso. Uma exceção à regra é um estudo holandês publicado no ano de 2004, em que Reichart e Nolen (2004), num artigo breve e elegante, realizam um estudo comparativo de prevalência do Transtorno Bipolar nas diferentes faixas etárias na Holanda e nos Estados Unidos. Apesar de encontrarem as mesmas taxas entre adolescentes e adultos nos dois países, o diagnóstico em crianças pré-púberes foi inexistente na população holandesa, evidenciando um início mais precoce

desse problema entre os americanos. Os autores formulam como hipótese causal para esta diferença o maior uso de antidepressivos e psicoestimulantes em crianças americanas, que, nas crianças com maior risco genético, acabaria por desenvolver o transtorno bipolar, pelo desencadeamento de crises maníacas (REICHART; NOLEN, 2004). Ainda nesse artigo, os holandeses relatam que viram vídeos com as crianças com diagnóstico de TBI americanas e que concordaram com o diagnóstico. A diferença é que crianças como aquelas não são encontradas na Holanda.

3.5 *Culture Bound Syndrome?*³

Em *Anatomia de uma Epidemia: Pílulas Mágicas, Drogas Psiquiátricas e o Crescimento Espetacular da Doença Mental na América*, Robert Whitaker explora o crescimento do número de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais nos últimos 24 anos nos Estados Unidos, e demonstra como a expansão dos diagnósticos para a área da infância e adolescência teve seu curso claramente delineado. Fazendo uma alusão ao livro de Louis Sutherland, *Magic Bullets*, Whitaker faz uma analogia com a época em que Paul Ehrlich, cientista alemão que trabalhava com coloração de tecidos. Ehrlich desenvolveu uma série de substâncias com o intuito de tratar doenças infecciosas. Uma delas, conhecida como *salvarsan*, conseguiu atuar sobre o *Treponema pallidum* em ratos, erradicando o causador da sífilis, sem afetar a saúde das cobaias. O modelo de doença infecciosa, cuja lógica linear de causa e efeito permite pensar numa “pílula mágica” para tratar as diferentes afecções, passou a ser buscado nas diversas especialidades médicas, inclusive na psiquiatria (SERPA JR., 1998). Após essa descoberta e o desenvolvimento de outras substâncias para combater doenças infecto-parasitárias, esse modelo de erradicação de doenças se tornou amplamente difundido, promovendo uma parceria promissora entre as pesquisas médicas e as indústrias farmacêuticas.

³Na medicina e antropologia médica uma **culture-bound syndrome**, **culture-specific syndrome** ou **folk illness** é uma combinação de sintomas psiquiátricos e somáticos que são considerados como uma doença reconhecida apenas em uma sociedade ou cultura específicas. O termo *culture-bound syndrome* foi incluído na quarta versão do DSM e na 10^a versão da CID. De maneira mais ampla, uma *culture bound syndrome* pode ser descrita como uma epidemia atribuída a padrões de comportamentos culturalmente estabelecidos, por vezes referido como uma “epidemia comportamental”.

Se antes da Segunda Guerra Mundial as pesquisas básicas eram, em sua maioria, financiadas pela iniciativa privada, como Andrew Carnigie e John Rockefeller, após a guerra o governo americano funda a *National Science Foundation*, e passa a também financiar esse tipo de pesquisa (WHITAKER, 2010: 42).

A crença de que substâncias psicotrópicas poderiam erradicar as doenças mentais passou a ser fortemente perseguida pela psiquiatria e pelas pesquisas em psicofarmacologia, tendo seus grandes expoentes na Thorazina (clorpromazina, no Brasil, Amplicitil), no Miltown (meprobamato) e no Prozac (fluoxetina). Os primeiros efeitos de psicofármacos foram promissores e a indústria farmacêutica passou a financiar pesadamente pesquisas, pesquisadores e psiquiatras, que se tornaram verdadeiros garotos-propaganda dessas empresas. A mensagem de que as doenças mentais são diagnosticáveis e tratáveis é veiculada não apenas em congressos mas também através do meios de comunicação para o público leigo, de maneira que o tratamento psicofarmacológico entra na lógica do mercado e passa a ser objeto de consumo. Atores e atrizes conhecidos são contratados para fazerem propagandas destas substâncias e vendem junto a mensagem de um estilo de vida onde as doenças mentais são doenças como qualquer outra, desde que sob tratamento.

Paralelamente à expansão do uso de antidepressivos, o curso natural da doença bipolar é modificado, pois o uso massivo dessas substâncias produz novos episódios maníacos, aumentando o número de ciclagens e piorando a resposta aos estabilizadores de humor. Goodwin, um dos autores do livro *Manic-Depressive Illnes*, de 1990, dirá no congresso da APA de 2008:

The illness has been altered. Today we have a lot more rapid cycling than we described in the first edition, a lot more mixed states than we described in the first edition, a lot more lithium resistance, and a lot more lithium treatment failure than we describe in the first edition. The illness is not what Kraepelin described anymore, and the biggest factor, I think, is that most patients who have the illness get an antidepressant before they ever get exposed to a mood stabilizer. (WHITAKER, 2010, p 175)

Em relação ao Transtorno Bipolar na Infância, Whitaker é categórico ao afirmar que se trata de um diagnóstico produzido pela psiquiatria americana, não coincidentemente acompanhado pelo uso abusivo de psicoestimulantes e antidepressivos em crianças e adolescentes.

Antes da era psicofarmacológica, o diagnóstico de doença maníaco-depressiva, mesmo em adultos, era raro, afetando cerca de uma em cada 1.000 pessoas e, apesar de seu início poder ocorrer em jovens entre 15 e 19 anos, geralmente não se manifestava antes dos 20 anos. Em 1945, Charles Bradley afirmava que mania em crianças e adolescentes é algo tão raro que *“it is best to avoid the diagnosis of manic-depressive psychosis in children”* (LURIE (1950) *apud* WHITAKER, 2010). Em 1952, Barton Hall reviu 2.200 casos psiquiátricos de pacientes entre quatro e 16 anos e encontrou apenas dois casos compatíveis com psicose maníaco-depressiva, ambos com mais de 13 anos.

“These facts endorse the general belief that manic-depressive states are illness of the maturing or matured personality” (HALL (1952) *apud* WHITAKER, 2010).

A partir do final dos anos 60 e início dos anos 70, quando o metilfenidato passa a ser prescrito para crianças com TDAH, os casos de mania na infância começam a surgir. Em 1976, o neuropediatra Warren Weinberg da Universidade de Washington, escreve no *American Journal of Disease of Childhood*: *“Acceptance of the concept that mania occurs in children is important in order that affected children can be identified, the natural history defined, and appropriate treatment established and offered to these children”*(WEINBERG; BRUMBACK, 1974, p. 385).

Segundo Whitaker, este pode ser considerado o momento em que o transtorno bipolar pediátrico é “descoberto” na literatura médica. Weinberg revisa a história de cinco crianças que padecem dessa doença ainda desconhecida, mas passa correndo pelo fato de que ao menos três das cinco estavam usando ritalina ou antidepressivo tricíclico antes de tornarem-se maníacas. Dois anos depois, médicos do Massachusetts General Hospital declaram ter reconhecido nove crianças com doença maníaco-depressiva, mas novamente ocultam o fato de sete delas terem sido tratadas anteriormente com anfetamina ou metilfenidato (WHITAKER, 2010).

Mesmo antes de seu uso generalizado na infância e adolescência, sabe-se que anfetaminas, através da elevação dos níveis de dopamina no cérebro, podem produzir ou piorar episódios psicóticos e maníacos. Num artigo de 1999, Cherland e colaboradores, psiquiatras canadenses, já tinham descrito que nove em 96 crianças tomando metilfenidato desenvolveram sintomas psicóticos. Em 2006 o FDA publica uma recomendação dizendo que, após seguimento por cinco anos (de 2000 a 2005) de

aproximadamente mil documentos reportando quadros psicóticos e maníacos em crianças e adolescentes que faziam uso de psicoestimulantes, deve-se evitar o uso dessa medicação nessa faixa etária, particularmente em menores de 10 anos. A partir desses dados, O FDA faz uma estimativa de que isso representava apenas 1% do número de crianças que apresentaram esse efeito colateral e, portanto, podia-se calcular que cerca de 100.000 crianças diagnosticadas com TDAH sofreram sintomas psicóticos e/ou maníacos durante esses cinco anos. O FDA entende que esses episódios ocorreram em pacientes sem fator de risco identificável para psicose, o que significa que foram episódios induzidos por droga, numa porção significativa de crianças menores de 10 anos (GELPERIN, 2006).

No que diz respeito ao uso de antidepressivos, os dados não são muito diferentes. Em 1988, um estudo publicado no periódico *Pediatrics* (ZITO, 2002) relata que uma em cada 250 pessoas abaixo de 19 anos tomava antidepressivo nos EUA. Parte disso podia ser explicado pelos resultados insatisfatórios com antidepressivos tricíclicos, com inúmeros ensaios clínicos demonstrando efeito semelhante ao uso de placebo nessa faixa etária. No entanto, quando o Prozac® chega ao mercado e seu uso é autorizado para crianças e adolescentes, esse número triplica e, em 2002, um estudo nacional estima que uma em cada 40 crianças fazia uso de antidepressivos. Paralelamente ao crescimento do consumo de antidepressivos e psicoestimulantes, o diagnóstico de bipolaridade na infância passa a ser feito com mais frequência. Em *The Bipolar Child*, o psiquiatra Demitri Papolos, apesar de fazer a ressalva de que a mania era um sintoma extremamente raro em crianças, reconhece que o diagnóstico de transtorno bipolar na infância vinha aumentando a cada dia.

Entre 1995 e 2003, o diagnóstico de transtorno bipolar na infância teve aumento de 40 vezes (MORENO, 2007), a ponto de um artigo de capa da revista *Time*, “*Manic Depression: Young and Bipolar*”, questionar o que poderia estar havendo no ambiente ou no estilo de vida atual para que crianças outrora saudáveis passassem a apresentar esse diagnóstico.

Na literatura médica essa questão é abordada de maneira menos cética. Apesar de praticamente todos os artigos cujo tema principal é o Transtorno Bipolar Juvenil levantarem a questão acerca da validade desse diagnóstico em crianças pré-púberes,

quase todos afirmam seu reconhecimento cada vez mais precoce e em maior quantidade de crianças.

Num estudo comparando o efeito de antidepressivos tricíclicos (ATC) *versus* Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) nas diferentes idades, Martin e colaboradores (2004) examinaram 87.920 pessoas entre cinco e 29 anos diagnosticadas com algum transtorno de ansiedade ou de humor não bipolar. Durante o tempo médio de acompanhamento (*follow-up*) de 41 semanas, 4.786 pacientes (5,4%) apresentaram virada maníaca. A taxa de conversão entre grupos expostos *versus* não-expostos a antidepressivos foi significativamente maior no grupo mais jovem (entre 5 e 14 anos), com maior sensibilidade para os antidepressivos tricíclicos entre as crianças pré-púberes (MARTIN e col, 2004). Entretanto, num editorial da mesma revista, o *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, oito meses após o primeiro artigo, Baldessarini, Faedda e Hennen (2005) retrucam as afirmações feitas por Martin e colaboradores, reinterpretando os dados do próprio estudo. Dizem que, reanalisando os dados acerca dos riscos de virada maníaca com ISRS, ATC, todos antidepressivos e nenhum antidepressivo *versus* idade, há clara indicação de risco elevado de primeiro episódio de mania entre cinco e 19 anos com qualquer antidepressivo, e uma diferença particularmente grande no risco entre aqueles tratados com antidepressivos *versus* os não tratados, entre as idades de cinco e 14 anos. Outra diferença importante na interpretação dos dados é que o risco maior de mania com ATC só se verifica entre pacientes maiores de 15 anos. Além disso, mostram que o uso de ISRS em crianças e adolescentes jovens os expõem a um grande risco de apresentarem o primeiro episódio maníaco. Esses achados estariam de acordo com um estudo recente, publicado pelo mesmo grupo que escreve o editorial, acerca dos fatores de risco associados com mania em crianças, no qual se afirma que tanto os ISRS quanto os ATC apresentam maior perigo do que os psicoestimulantes na indução de quadros maníacos (BALDESSARINI; FAEDDA; HENNEN, 2005). Em tréplica, Martin e colaboradores, do *Yale Child Study Center*, agradecem os comentários e a leitura cuidadosa dos colegas da pediatria do *Massachusetts General Hospital*, mas consideram que os dados que eles rearranjam são mais crus e sem o ajuste para os múltiplos fatores de confusão que os autores controlaram através do modelo de risco proporcional de Cox. Com isso, dizem que as taxas de outra tabela são mais precisas, porém, que esta discussão

é de interesse mais acadêmico do que clínico. Concordam, ainda, com os revisores que, enquanto os riscos e benefícios do uso de antidepressivos em jovens estiverem sob debate, os seus achados e os comentários de seus colegas fazem lembrar da importância de uma avaliação crítica, cuidadosa e do monitoramento da prática da psicofarmacologia pediátrica.

O que parece estar em jogo nessa situação é uma briga educada, em função de o artigo em debate ser claramente favorável ao uso dos ISRS em crianças de 5 a 14 anos, não por causa do padrão de resposta, mas por conta do risco de desencadear um primeiro episódio maníaco. Os comentadores, por sua vez, vão discordar dessa afirmação usando os próprios dados dos autores, que por outro lado desqualificam essa iniciativa com argumentos metodológicos, porém não desmentem a afirmação dos comentadores.

Em uma revisão sistemática de 42 artigos com o uso de antidepressivos em crianças e adolescentes com diagnóstico de transtornos depressivos e transtornos de ansiedade, Offidani e colaboradores (2013) compararam os sintomas de elevação do humor e ativação comportamental entre o grupo que usou placebo ou antidepressivos. Encontraram 13,8% de taxas de excitação-ativação no grupo com ansiedade, 9,79% naqueles com transtornos depressivos, enquanto que naqueles que usaram placebo as taxas foram de 1,1% ($p = 0.0001$). Taxas globais para “mania ou hipomania” foram de 8.91% com antidepressivos e 0.17% sem antidepressivo. Concluem que o risco de quadros maníacos ou hipomaníacos com o uso de antidepressivos em crianças e adolescentes é enorme e que essas medicações devem ser usadas com cautela nessa faixa etária (OFFIDANI e col., 2013).

Sabemos que a indústria farmacêutica tem grandes interesses nesse mercado, e que quando foi levantada a hipótese do uso da paroxetina estar causando maior taxa de suicídios entre adolescentes, o FDA e a agência reguladora inglesa prontamente desaprovaram o uso desta medicação nessa faixa etária (NEWMAN, 2004). Além do medo de ter seus produtos relacionados a efeitos iatrogênicos, as indústrias farmacêuticas tem enorme interesse em associar seus produtos aos diagnósticos e, conseqüentemente, obter lucros com as patentes decorrentes dessa associação. Não foi diferente com o diagnóstico de Transtorno Bipolar.

Num artigo de 2007 intitulado “Transtorno bipolar pediátrico: um objeto de estudo na criação de uma doença”, David Healy e Joanna Le Noury exploram a história do rápido crescimento desse diagnóstico na última década, mesmo com o consenso psiquiátrico durante mais de cem anos em torno da raridade da doença maníaco-depressiva antes da adolescência (HEALY; LE NOURY, 2007). Os autores denunciam como algumas indústrias farmacêuticas, mesmo sem licença do FDA para usar suas medicações em crianças com transtorno bipolar, conseguem alastrar o reconhecimento dessa doença através de uma campanha de *marketing* agressiva, incluindo *experts* da academia, pressão de grupos de pais e uso de pessoas famosas em propagandas como estratégias de convencimento. Conhecido com “mercantilização da doença”, esse fenômeno não é uma exclusividade dos transtornos mentais mas, como mostram Joseph Dumit (*Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*, 2012) e Ben Goldacre (*Ciência Picareta*, 2008), faz parte da cultura americana.

No que se refere ao TBI, esse histórico remonta ao diagnóstico em adultos, desde a mudança do termo psicose maníaco-depressiva para transtorno bipolar, do DSM II para o DSM III. Tal mudança de nomenclatura, não apenas nos Estados Unidos mas também nos países da Europa e em todo o ocidente anglofílico, provocou um aumento enorme nos diagnósticos dos agora chamados Transtornos de Humor (bipolar tipo I, tipo II, ciclotimia, distímia e “sem outra especificação”). Se a psicose maníaco-depressiva era considerada um diagnóstico raro e grave, com a mudança conceitual e a proposição de novos critérios de inclusão, o Transtorno Bipolar se torna muito mais frequente e atenuado. As indústrias farmacêuticas tiveram um papel central nesse processo, através do financiamento de psiquiatras pesquisadores que propuseram definições alargadas para os diversos transtornos de humor. Em 1990 um grupo da universidade de San Diego, cuja figura central é o professor Hagop Akiskal, propõe a ideia do *espectro bipolar*, que consiste na tendência, durante a vida, de um comportamento mal humorado até uma “desregulação temperamental” (AKISKAL, 1996). A partir da mudança nos critérios diagnósticos o que antes caracterizava-se como uma doença grave, que durava de semanas a meses e incluía necessariamente uma internação psiquiátrica, esse diagnóstico passa a incluir quadros mais brandos de mudanças discretas no humor, com duração de uma semana até quadros mais crônicos e atenuados como os de ciclotimia e bipolar sem outra especificação. Nessa

mesma época as medicações anticonvulsivantes começam a ser pleiteadas como “estabilizadores de humor”, termo até então pouco utilizado, inclusive para caracterizar o carbonato de lítio. Em 2000 a Eli Lilly consegue licença para usar o Zyprexa® nos quadros de mania aguda, e em 2004 para uso a longo prazo nos quadros de Transtorno Bipolar tipo I. Em 2002, a mesma Eli Lilly veicula uma propaganda na televisão de uma mulher dançando e fazendo compras, intercalada com a mesma pessoa numa expressão de olhar vazio e deprimido. Em seguida, dizem: “a depressão é apenas metade da história” e sugerem que quem não melhora de depressão pode ter um transtorno bipolar não diagnosticado. Em seguida fornecem o endereço eletrônico de um grupo “*Bipolar Help Center*”, financiado pela mesma Eli Lilly, onde a pessoa pode fazer um teste para ver se é bipolar (HEALEY; LE NOURY, 2007; MONCRIEF, 2014). Nessa mesma linha de propaganda, porém, para o público médico, a Lilly passa a introduzir o conceito de “humor complicado”, em uma lógica semelhante à do espectro bipolar, que consiste de sintomas de irritabilidade, ansiedade, distúrbios do sono e mudança de humor - problemas cotidianos em pessoas comuns - para os quais o Zyprexa® estaria indicado (MONCRIEF, 2014).

Com o diagnóstico na infância não foi diferente. Além de *sites* da internet, livros e reportagens descrevendo o comportamento das crianças com o diagnóstico de TBI e capacitando os pais a reinterpretarem seus filhos com vocabulário médico, os próprios psiquiatras infantis passam a defender o diagnóstico atenuado e modificado, prescrevendo um tratamento medicamentoso pesado, já que as crianças não costumam responder com uma única medicação (KOWATCH e col., 2005). Em 2003, um grupo de psiquiatras acadêmicos se reúne para dois dias de discussão sobre TBI, com financiamento da Fundação de Crianças e Adolescentes Bipolares, cuja verba é proveniente dos laboratórios Abbott, Aztra Zeneca, Eli Lilly, Forest Pharmaceuticals, Janssen, Novartis e Pfizer. Como produto deste encontro, é lançada uma orientação de tratamento (*treatment guideline*), num encontro anual da APA sobre transtorno bipolar juvenil, indicando o diagnóstico precoce e o tratamento agressivo. Nesse encontro Biederman e seu grupo tiveram quatro apresentações (HEALY, 2008). Para encurtar a história, Joseph Biederman e outros dois psiquiatras de Harvard, Timothy Wilens e Thomas Spencer, foram condenados na Justiça por sonegarem 1,6 milhões de dólares (os

dois primeiros) e 1 milhão de dólares (o terceiro) de verbas recebidas pela indústria farmacêutica no ano de 2002 (MONCRIEF, 2014).

The new bipolar disorder is a product of social forces, and, like depression before it, has the power to transform cultural perceptions of the nature of human emotions and how we should respond to them. In this way, the new concept has the potential to shape the way people understand themselves and their behaviour. (MONCRIEFF, 2014, p. 582)

Também encontramos dúvidas quanto a outros diagnósticos nessa faixa etária. Um exemplo disto é o *Preschool Psychopharmacology Working Group* (PPWG), um grupo de pediatras e psiquiatras infantis associados à Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente, reunidos para propor *guidelines* para o tratamento de crianças pré-escolares. Logo no início do artigo fazem questão de frisar que, antes de almejarem ensinar como medicar pré-escolares, o trabalho espera reduzir o número de prescrições psicotrópicas nessa faixa etária e servir como guia de recomendações para clínicos que possuem essa prática. Nesta publicação, denominada *Psychopharmacological Treatment for Very Young Children: Context and Guidelines*, os autores fazem uma revisão dos estudos acerca do uso de psicotrópicos em pré-escolares até o ano de 2007: citam artigos que demonstram que entre 1991 e 1995 a taxa de prescrição de psicoestimulantes e α -agonista aumentou dramaticamente (ZITO et al., 2000) e entre pré-escolares o uso de medicação psicotrópica dobrou, especialmente antipsicóticos atípicos e antidepressivos.

Em relação ao Transtorno Bipolar, antes de desenvolverem o algoritmo, ressaltam que este é um diagnóstico ainda controverso, mesmo em relação a escolares e adolescentes, o que acrescenta ainda maior ceticismo em relação a crianças pré-escolares (AACAP, 2007). No entanto, como esse diagnóstico costuma estar associado a prescrição medicamentosa agressiva, comumente sem estar associada a intervenções psicoterapêuticas ou psicossociais (DANIELYAN et al., 2007), o grupo concorda que a discussão acerca de comportamento de desregulação e extremos de humor em pré-escolares merece atenção.

Consideramos no mínimo preocupante, para não dizer ambígua, esse tipo de proposição. Se não há consenso acerca do diagnóstico e se a medicação nessa faixa etária tem sido mais deletéria do que prestativa, por que não simplesmente afirmar isso? A

partir do momento em que elaboram um algoritmo, não apenas reconhecem a existência desse diagnóstico como ensinam pediatras e clínicos a seguirem esses percursos.

O mais curioso é que esse grupo elabora algoritmos para os diagnósticos de TDAH, Comportamento Disruptivo, Depressão Maior, Transtorno Bipolar, Transtornos de Ansiedade, Transtorno Pós-Traumático, Transtorno Obsessivo, Transtornos Invasivos do Desenvolvimento e Transtornos Primários do Sono. *Todos para crianças menores de cinco anos* (JAACAP, 2007).

Nos Estados Unidos, num caso que se tornou rumoroso, uma psiquiatra infantil chegou a diagnosticar como bipolar uma criança de dois anos, medicá-la com três diferentes drogas (divalproato, quetiapina e clonidina), o que acabou levando-a ao óbito após uso excessivo da clonidina, aos quatro anos. Não menos significativa é a informação de que essa criança tinha dois irmãos, com seis e 11 anos respectivamente, ambos diagnosticados como bipolares e devidamente medicados (SHELLEY MURPHY, 2008). Esse caso teve grande repercussão na mídia e podemos acompanhar através de fóruns virtuais as opiniões e análises resultantes desse episódio. Num desses fóruns, Vera Care, da *Alliance for Human Research Protection*, acusa os psiquiatras infantis influentes do Harvard-Massachusetts General Hospital – Dr. Joseph Biederman e Dra. Jane Wozniak – de endossarem prescrições agressivas de drogas psicotrópicas para crianças. Vera segue em suas considerações dizendo que o Programa de Bipolaridade Pediátrica, do Mass General Hospital, vinha veiculando uma campanha de recrutamento de crianças entre quatro e 18 anos, pela televisão, para eventual tratamento, fazendo uma falsa propaganda que afirma: *“Seu filho pode estar com um problema químico que você não consegue resolver sozinho. Nós somos do Mass General e podemos ajudá-lo”*.⁴

3.6 O aumento do diagnóstico de TBI nos serviços ambulatoriais e nas internações psiquiátricas norte-americanas

Num estudo com o intuito de examinar mudanças na prevalência de diagnósticos de crianças e adolescentes hospitalizadas em emergências psiquiátricas privadas nos Estados Unidos, Harpaz-Hotem e colaboradores compararam os diagnósticos de

⁴Retirado de <https://groups.google.com/forum/#topic/misc.kids.health/ZiZvIXdR2qQ> em 23/03/2014.

internação nesses serviços nos anos de 1995 e 2000. De um total de 5346 crianças asseguradas por planos de saúde privados (3.869 em 1995 e 1.477 em 2000) internadas, aquelas diagnosticadas com transtorno bipolar aumentaram em noventa por cento no espaço de 5 anos. (HARPAZ-ROTEM e col., 2005).

Apesar do significado desses resultados, Harpaz-Rotem e colaboradores são cuidadosos em sua interpretação. Alegam que o aumento do número de diagnósticos pode significar que, de fato, estaria havendo um aumento na incidência/prevalência do Transtorno Bipolar Juvenil, ou que esses resultados refletiriam mudanças na maneira de avaliar os comportamentos infanto-juvenis por parte dos profissionais de saúde mental. Outra hipótese aventada é a de que o aumento do uso dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) em crianças e adolescentes estaria ampliando o risco de desenvolverem o transtorno bipolar subsequentemente. Apesar de usarem uma amostra nacional, pelo fato de não se tratar de um estudo epidemiológico, mas sim com pessoas que possuem planos de saúde, não se pode afirmar que estes resultados são representativos da população em geral.

Paralelamente, em outro artigo, os mesmos autores descrevem as mudanças no padrão diagnóstico entre crianças e adolescentes tratados em serviços ambulatoriais devido a problemas de saúde mental durante o mesmo intervalo de tempo do estudo citado acima (de 1995 a 2000). Utilizando um banco de dados grande (MarketScan), que acopla informações provenientes de seguros de saúde privados por todo o continente americano, trabalharam com um quantitativo de 100.716 crianças e adolescentes (abaixo dos 18) que procuraram serviços ambulatoriais de saúde mental, de um total de 1.723.681 cobertas pelos planos. Durante os quatro anos pesquisados houve um aumento dramático na proporção de crianças diagnosticadas com Transtorno Bipolar e autismo (ROSENHECK, 2004; HARPAZ-ROTEM, 2005).

3.7 Estudos Epidemiológicos Brasileiros

Se levantarmos na base de dados LILACS as publicações sobre transtorno bipolar na infância nos últimos 10 anos, encontraremos apenas 19 artigos, dentre os quais 15 disponíveis *on-line*. Já na base SCIELO encontramos 12 artigos com o termo em Inglês, e

15 quando escrito em Português. Essa escassez de pesquisas no nosso continente pode ser interpretada de algumas maneiras, duas mais óbvias: a primeira é que não temos a mesma cultura e verba que os Estados Unidos têm e utilizam com pesquisas; a segunda é que esse fenômeno ainda não chama tanta atenção no Brasil. Uma não é excludente da outra e, possivelmente, ambas são verdadeiras. Fato é que o aumento dos casos de Transtorno Bipolar na Infância se tornou um problema de grandes proporções nos Estados Unidos, porém, não sabemos se isso já nos afeta e de que forma. A questão é: até quando?

Estudos epidemiológicos fornecem informações acerca da prevalência e da incidência de doenças numa determinada população, além de fatores de risco e de proteção relacionados às enfermidades e aos processos de adoecimento. Estudos epidemiológicos na área da psiquiatria da infância e adolescência são ferramentas fundamentais para determinarmos necessidades e prioridades de uma população.

O primeiro estudo epidemiológico acerca dos transtornos psiquiátricos na infância é conhecido como o Estudo da Ilha de Whight, conduzido por Michael Rutter, William Yule, Jack Tizard, Kingsley Whitmore, Philip Graham, entre outros. Realizado na década de 60, avaliou a prevalência de transtornos de conduta e de quadros neuróticos na população de 10-11 anos em um ambiente rural. Os dados foram coletados através de questionamentos a pais e professores, ressaltando a importância de múltiplos informantes. Também foram levantados fatores de risco focados na criança, bem como na família e no ambiente, enfatizando, já nessa época, a ideia da interação gene-ambiente (SZATMARI, 2009). Quando os resultados deste estudo foram comparados com um estudo semelhante, porém com população de uma área urbana em Londres, as taxas de transtornos de conduta, transtornos emocionais e transtornos de leitura foram praticamente o dobro das taxas encontradas nas áreas rurais. (GOODMAN; SCOTT, 2004). Essa diferença de distribuição sugere a influência de fatores psicossociais, tanto agravantes quanto atenuantes, na incidência e prevalência dos transtornos mentais na infância e adolescência.

A maioria dos estudos de prevalência atuais encontra taxas entre dez e vinte por cento de transtornos mentais na população infantil e juvenil (WHO, 2005). Até o final da década de 1990, estudos epidemiológicos nessa faixa etária eram raros nos países em desenvolvimento (HACKETT; HACKETT, 1999). Em uma revisão recente, Bordin e Paula encontraram nove estudos epidemiológicos populacionais na área de saúde mental

da infância e adolescência no Brasil (2006). Um particularmente interessante foi realizado na Ilha da Maré, na Bahia, onde a população é predominantemente rural e de herança africana. Apesar de ter sido encontrada proporção de sintomas até maior do que aquela encontrada em populações de mesma faixa etária, diferenças importantes foram registradas na percepção dos pais, dos professores e dos próprios jovens quanto ao prejuízo funcional que os sintomas produziam. Quando esses dados foram comparados aos achados do estudos de Taubaté, com a mesma metodologia, porém, numa cidade de médio porte do interior de São Paulo, os diagnósticos simplesmente foram metade daqueles encontrados na população urbana. Como a partir do DSM IV é necessário que haja impacto significativo na vida da pessoa para que o diagnóstico seja feito, os números epidemiológicos foram claramente divergentes entre os dois estudos (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004; GOODMAN et al., 2005).

De maneira diversa, Polanczyk e colaboradores também encontraram heterogeneidade na prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes em razão da necessidade de considerar o impacto funcional para realização dos diagnósticos a partir do DSM IV. Realizaram uma meta-análise de 41 estudos conduzidos em 27 países, incluindo todas as regiões do mundo e encontraram prevalência total de transtornos mentais de 13.4% (CI 95% 11.3–15.9), sendo os transtornos de ansiedade 6.5% (CI 95% 4.7–9.1), transtornos depressivos 2.6% (CI 95% 1.7–3.9), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade 3.4% (CI 95% 2.6–4.5) e qualquer transtorno disruptivo 5.7% (CI 95% 4.0–8.1). Os autores relataram que a heterogeneidade significativa, após metarregressão multivariada, pode ser atribuída às diferentes representatividade das amostras, aos diferentes desenho de amostragem e às diferentes entrevistas diagnósticas utilizadas. Diferente do que foi apontado acima, os autores defendem que as estimativas não variam em função da localidade geográfica, nem do ano em que os dados foram coletados (POLANCZYK e col., 2015).

Dessa maneira, além da metodologia utilizada nos estudos epidemiológicos, é preciso entender o que eles podem exatamente nos dizer quando aplicados à psiquiatria. Por exemplo, dizer que os transtornos mentais da infância e adolescência têm uma prevalência de 10 a 20% pode sugerir que tenhamos que submeter a algum tipo de tratamento 10 a 20% das crianças e jovens para termos uma boa cobertura em saúde

mental. Sabemos, no entanto, que uma gama importante desses problemas vão ser melhor resolvidos na educação (por exemplo nos transtornos de leitura, escrita, aprendizado), através da reabilitação (deficiências auditivas, visuais), medidas sociais, prestando assistência aos pais quando esses possuem algum tipo de transtorno mental.

No caso dos Transtorno de Humor e mais especificamente o Transtorno Bipolar na Infância, veremos que além da possível inflação dos diagnósticos a partir da modificação e do alargamento dos critérios diagnósticos, são encontradas diferentes taxas de incidência e prevalência nos diferentes países, mesmo utilizando metodologias de pesquisa semelhantes.

No Brasil, Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004) pesquisaram toda a população escolar entre sete e 14 anos de Taubaté, uma cidade de médio porte do estado de São Paulo, e encontraram incidência de transtornos mentais na infância e adolescência próxima porém acima daquela citada em estudos ingleses (12,7% em Taubaté para 9,5% em toda a Inglaterra).

Outro estudo, conhecido como Estudo de Pelotas, que realizou uma coorte de nascimentos no ano de 2004, avaliou originalmente 4231 nascimentos (nascidos vivos) e em 2010 avaliou todas as crianças de 6 anos, totalizando 3585 crianças, ou 84,7% do estudo inicial. Aproximadamente 13% das crianças apresentaram algum diagnóstico psiquiátrico de acordo com o DSM IV, sendo mais prevalente entre meninos (14,7%) do que meninas (11,7%). A maior prevalência foi de transtornos ansiosos (8,8%) sendo as fobias específicas (5,4%) e ansiedade de separação (3,2%) os mais comuns. TDAH (2,6 %), transtorno opositivo desafiador/ transtorno de conduta (2,6%) e depressão (1,3%) também forma detectados. 17% apresentaram mais de um transtorno psiquiátrico. (PETRESCO e col., 2014).

Ainda seguindo a coorte de Pelotas, Anselmi e colaboradores (2010) pesquisaram todos os pré-adolescentes (11-12 anos), no ano de 2004/2005, através das entrevistas das mães e de seus filhos, utilizando o SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire* - Questionário de Pontos Fortes e Dificuldades). De 4452 pré-adolescentes investigados, 122 foram positivos para algum transtorno mental, nos quais foram usados novamente o SDQ e em seguida o DAWBA (*Development and Well-Being Assessment of Children and Adolescents* – Avaliação de Desenvolvimento e Bem Estar de Crianças e Adolescentes),

nos anos de 2005/2006. Após ajuste estatístico a taxa de prevalência de transtornos mentais nos pré-adolescentes foi de 10,8% (95% CI 7.1 – 14.5). Não houve nenhum caso de Transtorno Bipolar na Infância (ANSELMÍ e col., 2010).

Paula, Bordin, Velasquez, Rohde et al. (2014), no primeiro estudo multicêntrico brasileiro com o intuito de detectar acesso a serviços de saúde mental de crianças entre seis e 16 anos, em quatro cidades de pequeno porte brasileiras (aproximadamente 30.000 habitantes), encontraram taxas de 13,1% de prevalência de transtornos mentais em crianças entre seis e 16 anos. De um universo de 1.729 de crianças selecionadas de forma randomizada, apenas 19,8% crianças com transtorno mental diagnosticado foram atendidas por profissional de saúde mental (psicólogo, psiquiatra ou neurologista), no intervalo de 12 meses. Neste estudo os profissionais tiveram acesso a 90% das crianças matriculadas em escolas públicas de Caeté (Sudeste); 96% em Goianira (Centro Oeste); 93% em Itaitinga (Nordeste); e 95% em Rio Preto da Eva (Norte). Do universo de crianças com algum diagnóstico psiquiátrico, cinco tinham algum transtorno de humor, incluindo depressão, o que corresponde a 0,3% na população avaliada.

Em relação especificamente ao TBI, encontramos apenas três estudos brasileiros que avaliam essa incidência na população infantil. Um deles, publicado em 2003, investigou todas as crianças abaixo de 15 anos que procuraram o serviço ambulatorial de psiquiatria infantil do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (RS) entre 1998 e 2001. Do quantitativo de 500 crianças, 36 foram diagnosticadas com Transtorno Bipolar Juvenil, apresentando prevalência de 7,2% (TRAMONTINA; ROHDE, 2003), chegando a dados muito próximo dos achados em estudos americanos.

Os outros dois, citados acima, pesquisaram (1) toda a população escolar de Taubaté, uma cidade de médio porte do estado de São Paulo (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004) e (2) todos os pré-adolescentes num estudo de coorte na cidade de Pelotas, no sul do país (ANSELMÍ e col. 2010) e ambos não encontraram nenhum caso de TBI. É importante ressaltar que o primeiro estudo e os dois segundos utilizaram metodologias diferentes. Enquanto Tramontina e Rohde utilizaram o instrumento K-SADS-E para entrevistar os pais e depois realizaram a avaliação clínica da criança, os estudos de Pelotas e Taubaté utilizaram o SDQ e o DAWBA. Apesar dos dois últimos instrumentos não possuírem item específico para avaliar a presença de TBI, Anselmi e

colaboradores relatam textualmente que não encontraram nenhum caso de Transtorno Bipolar na Infância (ANSELMINI e col. 2010, p. 139, tabela 1).

4 AVALIAÇÃO DAS ENTREVISTAS

4.1 Bloco I: Perfil de profissionais e de serviços

Antes de entrarmos especificamente no conteúdo das entrevistas, consideramos necessário fazer uma observação acerca de uma mudança importante no primeiro desenho da pesquisa. Inicialmente, tínhamos a intenção de comparar a maneira de lidar com TBI em dois campos de atuação distintos: o campo coberto pelos dispositivos do SUS (em especial, os CAPSi) e o campo da clínica privada. Essa distinção não pode ser mantida, já que apenas quatro entrevistados não fazem consultório privado porque ainda estão no período de residência ou especialização. Mesmos esses, porém, assim que estiverem formados, provavelmente passarão a realizar também clínica particular. Essa característica nos parece ser consequência de duas particularidades da psiquiatria infantil no Brasil: uma, é a escassez desse tipo de especialista no País, havendo maior demanda do que oferta por esse profissional; outra, é o fato de ser este um tipo de profissional bastante especializado, já que a psiquiatria infantil é uma segunda residência médica. De todo modo, a intenção de elaborarmos uma análise comparativa entre os campos público e privado, teve que ser postergada para uma investigação futura. Passamos, então, à análise das respostas do questionário.

4.2 Perfil dos Entrevistados

O objetivo deste bloco era o de analisar o perfil dos psiquiatras infantis entrevistados, através das variáveis *tempo de prática clínica, tipologia do(s) serviço(s) em que atuam* (universidades, serviços públicos, consultórios particulares), se atuam *individualmente, em equipe multidisciplinares e/ou em ensino e pesquisa*. Ainda nesse primeiro bloco achamos interessante incluir a terceira questão, que versa sobre a *frequência com que os psiquiatras veem casos de Transtorno Bipolar em crianças menores de 10 anos*. Inicialmente, pensávamos em incluir essa questão no bloco de questões clínicas, já que se reporta a um fenômeno explicitamente clínico. Surpreendentemente, a partir da análise dos dados, essa pergunta funcionou como uma

questão de corte na nossa amostra e se mostrou muito mais reveladora do que imaginávamos.

É contundente a diferença entre os profissionais que atendem em serviços especializados em Transtorno Bipolar na Infância e aqueles que atendem em serviços não especializados, ou que não trabalham com a lógica da especialidade, como os CAPSi. Essa diferença fica clara na terceira pergunta da entrevista, quando indagamos a frequência com que o psiquiatra atende crianças menores de dez anos com esse diagnóstico. Independentemente do tempo de formação e de experiência no atendimento a crianças, os psiquiatras que trabalham em serviços especializados responderam que veem crianças com TBI *semanalmente*, enquanto que os que não estão nesses centros veem *raramente*.

Acreditamos que esse fato se deve a algumas razões. A primeira e mais óbvia, é o fato de os primeiros serem serviços com reconhecida experiência com o Transtorno Bipolar na Infância, o que faz com que cheguem a eles os casos onde há dúvida diagnóstica. O fato de serem serviços especializados e, portanto, com maior experiência com esse tipo de problema, faz deles naturais destinatários desses pacientes. Como todas as universidades e instituições de formação estão localizadas em capitais e grandes centros urbanos, o contingente populacional de referência é toda a população do estado, já que esses seriam casos de maior complexidade e que, portanto, precisariam do olhar de um especialista, menos comum em cidades de menor porte.

A segunda diz respeito ao processo de constituição da demanda desses serviços. Sabemos que os serviços especializados muitas vezes fazem recrutamento ativo de populações “suspeitas” ou “candidatas” a terem aquele diagnóstico, sobretudo para realizar suas pesquisas. Esse fato propicia o aparecimento de crianças candidatas a esse diagnóstico numa proporção muito maior do que tende a ocorrer nos serviços não especializados. Conseqüentemente, a separação que nos pareceu mais relevante e profícua foi a que distingue os profissionais que trabalham em serviços especializados daqueles que atuam em serviços gerais, que não selecionam a demanda a que atendem. Esse fator chegou a sobrepujar a importância do lugar de formação dos profissionais. Mesmo profissionais formados em centros especializados, que tenderiam a reproduzir a

visão à qual foram apresentados, quando atuam em serviços gerais ou mesmo na sua clínica particular, acabam por diagnosticar TBI com frequência menor.

No quadro a seguir, cruzamos o tempo de experiência do psiquiatra com a frequência com que atende crianças menores de 10 anos com diagnóstico de Transtorno Bipolar, se atende em serviço especializado em TBI e o local de origem:

Perfil dos entrevistados: Serviços Especializados X Não Especializados

Entrevistado	Há quantos anos clinica	Encontra-se em centro especializado em TBI	Com que frequência atende crianças menores de 10 anos com TBI	Local
Nº 1	24	sim	1 vez por semana	RS
Nº 2	20	sim	2 a 3 vezes por semana	RS
Nº 3	7	sim	com frequência	RS
Nº 4	15	não	raro	RS
Nº 5	2	sim	toda semana	RS
Nº 6	13	sim	toda semana	SP
Nº 7	22	sim	com frequência	SP
Nº 8	5	sim	toda semana	SP
Nº 9	3	não	raro	SP
Nº 10	menos de 1 ano	não	apenas 1	SP
Nº 11	30 anos	não	pouco	SP
Nº 12	25 anos	não	6 em toda a vida	MG
Nº 13	30 anos	não	pouco	MG
Nº 14	1 ano e 4 meses	não	nunca	MG
Nº 15	17 anos	não	raro	RJ
Nº 16	15 anos	não	raro	RJ
Nº 17	16 anos	não	raro	RJ
Nº 18	20 anos	não	pouco	RJ
Nº 19	5 anos	não	raro	RJ
Nº 20	1,5 ano	não	raro	RJ

Fonte: a autora, 2015.

De início, se cruzarmos a *frequência com que o psiquiatra atende casos de TBI em menores de 10 anos* com os *anos que clínica*, veremos que psiquiatras com dois e cinco anos de clínica (**5 e 8**) atendem esses casos todas as semanas, ao passo que outros com 30, 25 e 20 anos, atendem raramente (**11, 12 e 18**).

Podemos perceber o mesmo viés quando comparamos psiquiatras **de uma mesma universidade**, porém, um *junior* (**5**) que trabalha num programa especializado em TBI, com outro *maduro* (**4**) que não trabalha nesse programa. Enquanto o primeiro, que tem dois anos de clínica, atende casos de TBI em menores de 10 anos *toda semana*, o segundo, com 15 anos de clínica, relata atender *raramente*. Essa característica também é notada numa outra instituição, porém, entre psiquiatras com uma diferença menor de tempo de clínica (**8 e 9**).

Se selecionarmos ainda todos os psiquiatras do Rio de Janeiro entrevistados, pertencentes a três diferentes instituições, e compararmos suas respostas com as dos psiquiatras do Rio Grande do Sul, todos da mesma Instituição, veremos novamente uma diferença significativa. Independente do tempo de clínica, todos os psiquiatras do Rio de Janeiro afirmaram atender raramente casos de TBI entre crianças menores de 10 anos, ao passo que quatro em cinco psiquiatras entrevistados de universidade no RS (**1, 2, 3 e 5**) relataram atender essa condição com uma enorme frequência.

Vale ressaltar que nem todos os psiquiatras que estão nas universidades que trabalham com a lógica de serviços ou ambulatorios especializados, são especialistas em TBI. Alguns são especialistas em Transtorno Obsessivo Compulsivo, outros em TDAH, outros não fazem parte de serviços ou ambulatorios especializados. Outros ainda fazem ambulatorios especializados em certos diagnósticos sem estar diretamente ligado a um centro de pesquisa relacionado àquele diagnóstico. Alguns formaram-se em universidades que trabalham com a lógica de serviços especializados em determinados diagnósticos, no entanto, não estão mais inseridos nesses serviços. Dito isso, o que podemos depreender da amostra entrevistada é que aqueles que estão em universidades que trabalham com pesquisa e ensino centrados em determinados diagnósticos, têm uma clara tendência a diagnosticar Transtorno Bipolar na Infância com maior frequência. Esta característica se reflete em psiquiatras *seniors, maduros e juniores*.

4.3 Bloco II: Construção diagnóstica

O segundo bloco de questões (questões 4 e 5) buscou recolher exemplos clínicos com crianças menores de 10 anos com possível diagnóstico de TBI. Ao perguntarmos sobre um caso em que tivesse havido dúvida e outro em que não tivesse havido qualquer dúvida quanto ao diagnóstico, nosso objetivo era o de perceber em que medida os critérios formais assumidos para a realização do diagnóstico eram efetivamente postos em prática nos contextos vivos da clínica cotidiana. A maioria dos entrevistados afirmou que para fazer o diagnóstico em crianças, é preciso utilizar os critérios diagnósticos para adultos, contidos no DSM IV, procedimento que asseguraria o necessário cuidado na aplicação desse diagnóstico na infância. Entretanto, casos clínicos oferecidos como exemplo em que esse procedimento suscitou dúvidas, mostram outra coisa. Nesses casos, a ausência de critérios tipificados no DSM IV não implicou uma reserva em relação ao diagnóstico. O que acabou ocorrendo foi que o critério formal exigido para adultos foi sendo substituído pelo mesmo tipo de raciocínio defendido pelos autores que justificam o diagnóstico, nesses casos, tomando como base a *irritabilidade* e as *ciclagens rápida* (menos de uma semana), *ultrarápida* (menos de um dia) e *ultra ultra rápida* (mais 365 ciclos ao ano) – variações de natureza muito comum no cotidiano da infância. A simples possibilidade de considerar esses elementos como critérios justificados para o diagnóstico faz com que esses casos sejam, ao final do raciocínio clínico, encobertos pelo significantemente “bipolar”. Um dos entrevistados inclusive diz isso explicitamente:

A minha sensação quando eu vejo os programas de transtorno bipolar da USP, os programas de transtorno bipolar mesmo nosso, é que muitas vezes as pessoas estão considerando oscilações do humor que fazem parte de uma amplitude de variação do espectro da normalidade na população como manifestações de transtorno do humor bipolar. (1)

Parece razoável afirmar que, mesmo que uma criança não preencha os critérios diagnósticos mínimos para o transtorno bipolar clássico, o simples fato de os psiquiatras serem avisados da possibilidade de expandirem os limites desses critérios, considerando seja a irritabilidade, seja as ciclagens rápidas ou a cronicidade do quadro clínico, pode ser suficiente para torná-lo sugestível.

Propositalmente, na entrevista, pedimos aos psiquiatras que dessem os exemplos clínicos antes de solicitar que dissessem como realizam o diagnóstico de TBI. Quando perguntamos sobre a maneira como cada um diagnostica o transtorno bipolar em crianças, a totalidade dos entrevistados afirmou seguir os critérios diagnósticos para Transtorno Bipolar tipo I do DSM IV, e considerar fundamental a apresentação física da doença. Alguns responderam como pode ser lido nos livros, com critérios de inclusão e exclusão e duração mínima dos sintomas.

(...) para se diagnosticar Transtorno de Humor Bipolar na infância exige (sic) a presença de fases claras de alteração do humor. Fases significam alguns dias, que podem ser menos de 7 dias, ou que podem ser sintomas hipomaníacos, que seria Transtorno de Humor Bipolar do tipo II. Eu consigo identificar uma fase que os pais dizem o seguinte: esse guri está diferente do habitual dele pelo menos nessa última semana ou durante uma semana, ou durante 3 a 4 dias, ele esteve claramente diferente do que era normalmente, ele estava rindo mais, mais feliz do que é no cotidiano. (1)

Além da elação do humor e de ideias de grandiosidade, sintomas como hipersexualidade, diminuição da necessidade de sono e aumento de energia foram citados por diversos psiquiatras. Vários também comentaram a existência de história familiar positiva.

Nós temos uma menina de 10 anos, que ela chegou ao ambulatório aos 6 anos completamente maníaca, com fuga de ideias, psicose, com taquipsiquismo, com grandiosidade, dizendo para a professora que ela que iria dar aula, falou que a professora estava explicando tudo errado, dormindo quatro ou cinco horas por noite, então, com um aumento de energia dirigida ao objeto, se envolvendo em várias atividades; que [essa] a gente não teve nenhuma dúvida que ela era uma bipolar tipo I. (3)

O que eu entendo como TAB é a mesma forma do aparecimento do TAB no adulto. Então uma história de um ciclar em que existe (sic) momentos em que a criança tem sintomas depressivos, em outros momentos, claramente diferentes, separados, em que a criança tem sintomas de grandiosidade, uma sexualidade (...) questões em relação à sexualidade e uma privação de sono, uma falta de sono, uma pressão para falar, apresenta uma inquietação importante, então, aí são as coisas. (11)

Bom, tem um que a gente viu na universidade, isso é clássico. Tem uma história familiar, a mãe tem um TAB, a tia tem um TAB, avó tem TAB, são acompanhados lá e ele chega com história, inicialmente, de um episódio depressivo, bastante importante, e um tempinho depois aparece com essa história de inquietação, diminuição da necessidade de sono. Falava muito rápido, tinha uma pressão pra falar, tinha essa coisa de passar a mão no bumbum das meninas, tinha essa coisa de falar que ele era muito legal, que ele era ótimo, que ele fazia grandes coisas. Então tinha essa ideia dessa grandiosidade e que esse aí, sem dúvida nenhuma eu, a gente, fez (sic) o diagnóstico, ele respondeu bem ao lítio. Eu acho que na época ele tinha menos de 10 anos. (11)

Em relação ao ciclos rápidos, ultra rápidos ou ultra ultra rápidos, critério defendido por Geller e Tillman (2003), encontramos alguns psiquiatras que discordam formalmente dessa descrição, sugerindo que, nessa situação, provavelmente estamos diante de um outro diagnóstico (11), ou que este deva ser mantido em suspenso (15), particularmente quando se trata de crianças pré-púberes.

Então, eu sigo (...) na verdade eu faço diagnóstico quando claramente é ou tem a ciclagem clara, períodos de depressão, períodos de mania e períodos em que a criança está bem entre eles e tudo mais. Quando começa com essa coisa de ciclar rápido eu já fico meio de pé atrás. E esse ultra rápido, mais pé atrás ainda. Além do que, na minha experiência, de todo mundo que eu vi com esse diagnóstico com esse tipo de ciclagem, não responde a modulador de humor, a estabilizador de humor, não responde a lítio; o que faz a gente pensar que talvez a coisa seja uma outra coisa. (11)

O que eu tenho, de fato, em crianças menores de dez anos são crianças que têm, onde a manifestação principal aparece nesse campo: de um comportamento explosivo, de dificuldades de humor muitas vezes irritável, de uma oscilação, pelo menos descrita pelos pais; a gente não vê isso tanto na hora da consulta, onde esse diagnóstico fica em suspenso ou fica como uma hipótese. ...isso é uma das coisas que eu falo quando eu atendo crianças pequenas, que a gente só confirma ou não um diagnóstico de transtorno bipolar a partir do acompanhamento de como é que aquele quadro evolui no decorrer da, basicamente, da transição para adolescência. Então de fato eu só confirmo esse diagnóstico a partir daí.(15)

Por outro lado, como mencionado acima, nos exemplos dados de casos que teriam suscitado dúvidas em relação ao diagnóstico, percebemos que são casos em que os critérios utilizados para firmá-lo não se coadunam com a definição descrita no DSM IV.

Aqueles que estão em universidades que trabalham com a lógica de serviços especializados por diagnósticos, têm maior adesão às descrições de irritabilidade crônica de Biederman e colaboradores, ou às de ciclagens rápidas, ultra rápidas e ultra ultra rápidas de Geller e colaboradores.

Diferente do adulto, a gente não pode esperar as fases muito claras, então vai ser uma coisa meio, ciclagem ultra rápida, não é?! Ai eu vou buscar essa agitação importante, uma impulsividade, pensamento acelerado, crianças logorreicas, avaliar se tem uns sintomas psicóticos, também, porque ela pode fazer uma mania psicótica. E momentos de depressão. Não precisa fechar um período, mas se tem uma tristeza importante, um prejuízo escolar, alguma alteração mais brusca de comportamento. (8)

Eu me guio por aqueles sintomas do bipolar do adulto, mas é mais difícil porque na criança você não tem aqueles quadros de ciclagem clara, a coisa é mais crônica. A ciclagem clara é rara em crianças mais novas. Muito raramente depressão. Muito mais irritabilidade, agressividade. (16)

Como explicitado em alguns exemplos em que houve dúvida diagnóstica, esta se deveu em grande parte à falta de episodicidade ou em função do sintoma principal ser a irritabilidade ou a explosividade. Com isso, alguns consideram interessante a introdução do diagnóstico de Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, seja para diferenciar os quadros fásicos dos crônicos, seja por conta do sintoma principal ser a irritabilidade e a explosividade.

Alterações pontuais, que são por exemplo: a criança foi contrariada, alguma coisa não saiu como ela quis e ela ficou 3 horas brigando, irritada, descontrolada e depois volta ao humor normal. Daqui a dois dias tem mais um episódio de frustração e faz mais um descontrole: isso são alterações pontuais, isso é muito mais sugestivo do que hoje se chama Transtorno de Desregulação do Humor e Comportamento ou do próprio TOD do que propriamente Transtorno do Humor Bipolar. Estas questões é o que confundem com o que eventualmente alguns chamam de oscilações rápidas ou ultra rápidas que acontecem ao longo do dia. Então, no meu trabalho clínico envolve (sic) a presença de episodicidade, ou seja, um episódio claro de fase. (1)

Aparentemente relatando fenomenologias semelhantes, entretanto levando em conta a etapa do desenvolvimento e contextualizando socialmente o sintoma, outro

entrevistado nomeará episódios pontuais de explosão como “turmoil” (turbilhão, tumulto, confusão):

Acho que os pré-púberes e púberes de primeira fase, principalmente os meninos, eles tem uma coisa que não tem na linguagem psiquiátrica nossa, que é o “turmoil”. Que são episódios onde o tamanho de pressão social e o grau de amadurecimento não são compatíveis, e o cara explode, e as pessoas tendem a diagnosticar isso como transtorno bipolar. Eu não acho que seja a mesma coisa, acho que é episódico e acho que isso tem que ser diferenciado. (12)

Independentemente da polêmica acerca dos próprios critérios diagnósticos, é importante notar que a maneira como entende o diagnóstico – se uma ferramenta para agir, ou se de maneira ontológica, como se desvelasse a natureza do paciente - muda fundamentalmente a forma como o psiquiatra o utiliza. O contrário também pode ser dito, ou seja, a forma como os critérios diagnósticos são usados – dentro da história de vida e levando em consideração a etapa do desenvolvimento da criança, ou de modo formal e descontextualizado – muda a forma como o diagnóstico é realizado. O foco exclusivo no elenco de sintomas apresentados explicitamente pela criança e a falta de valorização e atenção ao contexto relacional no qual ela está inserida, frequentemente, torna difícil estabelecer um diagnóstico claro, mesmo com o uso pertinente dos critérios. É o que podemos ver no exemplo abaixo.

Menor de 10 anos é mais difícil. Tive uma que chegou com hipótese diagnóstica de autismo, de TEA, com muita dificuldade de se relacionar porque na maioria das vezes as pessoas não conseguiam entender o que ela estava falando pois ela falava muito rápido. Muito agitada, não parava quieta, não prestava atenção a nada. Só que depois de avaliar, ela tinha um comportamento que depois levantamos (sic) a suspeita de **transtorno bipolar com ciclagens ultra rápidas**. Porque ela ficava a maior parte do tempo, você não tinha essa diferença entre o estar bem e estar mal. Era um nível de agitação muito maior do que o esperado para a idade dela. Nesse caso a gente ficou com muita dúvida entre transtorno do espectro autista e bipolar. Ela tinha 3 anos e meio. Isso foi em 94, e até hoje eu tenho dúvidas porque ainda não se conhecia tanto sobre o transtorno bipolar como se conhece agora e nem se conhecia tanto sobre transtorno do espectro autista como se conhece agora. Então ela funcionava como uma autista, mas queria contato, desejava contato, queria ficar com as pessoas. Só que ninguém conseguia ficar com ela porque nenhuma criança entendia o que ela falava e para os adultos dava muito trabalho, o tempo todo muito

agitada, muito inquieta. Tinha horas, eu lembro muito bem dela, tinha horas que ela ficava assim [faz uma expressão de excitação] e depois parava. Ela sorria e ela parava, ela ficava [faz novamente uma expressão de excitação com verbalização “rãrãrã”], de tão agitada. Depois ela ficava mais calma, mas mesmo quando ela estava mais calma, ela não conseguia se expressar direito. Eu acho que é um caso que hoje em dia a gente faria uma investigação mais certa. (7)

Sem uma narrativa que amarre a história da criança, o relato se torna uma sucessão de sintomas que mais dificultam do que ajudam na construção de um diagnóstico: uma hora é a ciclagem rápida, depois a agitação, posteriormente a irritabilidade, então a agressividade. Sem uma história e uma narrativa ficamos sem ponto de ancoragem, sem um sujeito que permanece - mesmo mudando - nos vários momentos.

Já no exemplo abaixo, é interessante notar como a relação com o psiquiatra e a forma como este situa o desencadeamento do quadro clínico particulariza a criança e o diagnóstico passa a ser apenas mais um descritor, ao invés do que algo que desvela a realidade última da pessoa.

Eu tenho um caso que é muito típico. É um menino que começou com um quadro fóbico, depois na família dele tem história de transtorno bipolar, e aos dez anos aconteceram uma série de coisas na família dele. O cavalo dele foi atropelado, teve um tornado na cidade dele que acabou com a casa da avó, coisa que não existe no interior de Minas, o irmão dele foi preso. Isso aconteceu numa mesma sequência. E ele foi internado por uma faringite estreptocócica gravíssima e teve que tomar injeção no hospital. Esse menino fez um quadro maníaco clássico. E esse menino depois fez quadros depressivos graves, inclusive com uma tentativa de suicídio no meu consultório. Tentar pular da janela. Uma coisa assim, angustiante. Esse caso eu não tinha dúvida dele. E caminhou, hoje em dia está muito bem, sem medicação. Mas ele ciclou, teve mania, depois teve depressão, depois teve mania de novo, isso ao longo de um ano e meio, dois. Ele tinha 11 anos. (12)

O caso relatado acima é um exemplo de como uma apresentação de *ciclagem rápida segundo os critérios do DSM IV* - mais de quatro ciclos no período de um ano - pode ser vista em crianças sem que isso descaracterize o que é considerado critério para mania, ou seja, sem que ciclagem rápida seja *ultra rápida* ou *ultra ultra rápida*.

Mesmo quando o sintoma cardinal não era exatamente a euforia ou a grandiosidade, considerados critérios de primeira ordem para a mania, muitos psiquiatras, ao descreverem exemplos em que não tiveram dúvidas quanto ao diagnóstico, relataram

presenciar quadros importantes de *agressividade*, geralmente associados a *irritabilidade*, *labilidade emocional* e *comportamentos disruptivos*. No entanto, como exemplificado abaixo, esses comportamentos estão presentes em momentos específicos, que podem ser considerados episódicos e distintos do funcionamento basal. O que diferenciaria esses sintomas no caso do transtorno bipolar de outros quadros é que esses se apresentam de maneira fásica, ou cíclica, muitas vezes com um desencadeador claro como, por exemplo, o uso de antidepressivo. Outro ponto frequentemente reiterado pelos psiquiatras entrevistados como algo que pesa a favor do diagnóstico de TBI é história familiar de transtorno bipolar.

A grande dificuldade era a ciclagem rápida e a irritabilidade. A gente considerava a irritabilidade - não de maneira isolada, mas considerava. Tínhamos uma criança cuja mãe era bipolar tipo 1, ele já devia ter uns 12 anos e fez uma depressão suicida e nós começamos com fluoxetina escalonando para 5 gotas. E com 5 gotas esse menino bateu na classe inteira, ficou super agressivo. A mãe falou: não, mas isso ele já teve o ano passado. Ele ficava super agitado, irritado, falando demais. Esse menino por exemplo não tinha tido euforia, mas tinha uma irritabilidade que consideramos significativa. O que a gente percebeu depois de um tempo, e que bate com a literatura, é que metade das crianças[diagnosticadas com TBI] tinham diagnóstico clássico e metade SOE. (6)

E um caso em que a gente não teve[dúvidas], que eu considero de mais fácil diagnóstico, é esse garoto que agora deve estar com, talvez, uns 7 anos de idade, que eu acompanho lá no ambulatório aonde eu trabalho. É um garoto que a primeira vez que eu vi foi em crise lá na Universidade de São Paulo. A residente estava acompanhando e ela veio chamar a gente porque é um garoto que estava batendo em todas as outras crianças na sala de espera. Quando ela traz pra gente uma criança que estava extremamente agitada, que estava desorganizada, muito, muito irritado e extremamente intolerante à qualquer frustração mínima. Então, ele estava com o afeto extremamente lábil, qualquer frustração ele ficava muito irritado, chorava; muito agitado, era uma agitação que chegava a ser desorganizada e que quando a gente pedia para a residente contar pra gente temporalmente parecia ser uma alteração que fugia do padrão da agitação habitual pela qual ele vinha sendo acompanhado. O interessante é que depois de um tempo eu comecei a trabalhar nesse serviço ambulatorial, no início desse ano vi esse garoto da mesma forma do início e tive a oportunidade de ver essa criança semana passada e, claramente, semana passada ele estava agitado, mas ele não estava irritado como no início do ano. Então são fotografias muito distintas de como ele fica. Ele continua muito agitado, ele não está em uso de estimulante, ele está em uso de

estabilizador de humor e de antipsicótico, continua agitado, mas ele não está, nitidamente, em um episódio de humor, e não é aquela criança irritada em que qualquer mudança do ambiente deixa extremamente irritado dele chorar, dele querer quebrar coisas. Então, para mim são fotografias muito distintas da mesma criança que eu estou acompanhando. É uma mãe que tem transtorno de humor, a mãe é bipolar. (9)

Na verdade o que geralmente aparece com esse tipo de diagnóstico são situações em que a criança apresenta um comportamento disruptivo importante, com muita irritabilidade, e esse comportamento disruptivo aparece em determinados momentos da história da criança. Geralmente vem com uma história de que de uma hora pra outra a criança fica irritada, chega a apresentar auto e heteroagressividade e isso aparece muito freqüente com esse diagnóstico de TAB. (11)

Contudo, o uso do critério de *irritabilidade* também pode ser feito de maneira mais descritiva e obediente às regras nosológicas. Como pode ser visto no exemplo abaixo, algumas vezes a circunscrição dos sintomas e de sua duração adquirem estatuto quase ontológico, sendo perseguidos como se fossem uma garantia diagnóstica.

(...) nós temos casos de crianças com uma irritabilidade e que muitas vezes não tem o sintoma cardinal de euforia, **que nós gostaríamos de ver**; e que tem aquela irritabilidade basal, que sempre foi uma criança irritável, mas que a família traz períodos em que essa irritabilidade é maior. Nesses casos a gente tem um pouco mais de dificuldade de fechar diagnóstico. Até porque muitas vezes tem outros sintomas, mas não tem esses sintomas pelo período que se gostaria que se tivesse lá, dos critérios de uma semana. Então às vezes são crianças que tem um aumento da irritabilidade e tem lá uma menor necessidade de sono, um aumento de energia, mas não chega a fechar uma semana, então tem três dias, as vezes tem dois dias, as vezes essa informação muda porque nós temos um outro problema: que os pais que nem sempre são bons informantes dessa história, até porque a prevalência de doença mental nesses pais é muito grande ou nesses familiares, que são os cuidadores. (3)

Aqui vale lembrar que a mudança do termo *reaction* ou *disease* para *disorder*, do DSM II para o DSM III, tinha como um dos principais objetivos transformar o diagnóstico psiquiátrico em algo sem comprometimentos teóricos e etiológicos, com critérios mais específicos, replicáveis, logo com maior grau de confiabilidade.

Essa mudança no entanto, além de reduzir a importância do contexto relacional e individualizado, ao ser acrescida da utilização de critérios operacionais temporais de

inclusão e exclusão, baseado em sintomas comuns à infância, tem como consequência uma mudança radical na forma de olhar para a criança. A *perseguição* dos critérios diagnósticos e temporais acaba por se transformar na principal função do psiquiatra infantil.

Paradoxalmente, o diagnóstico adquire uma importância muito maior do que deveria ter, se considerarmos a proposta de esvaziamento teórico e etiológico defendida a partir do DSM III. Como bem sublinhado por Banzato e Pereira (2014), de categorias representacionais temporárias, os diagnósticos passam a ter estatuto de verdade e se transformam em verdadeiras entidades concretas:

Um problema correlato é a frequente reificação das categorias diagnósticas, isto é, o fato delas serem tratadas como se fossem entidades concretas em si mesmas e não formas de representação convencional da realidade. A tendência de reificar sugere a presença de convicções ontológicas arraigadas sobre a natureza última dos transtornos mentais, acoplada a uma concepção de mundo essencialista. (BANZATO; PEREIRA, 2014, p 43)

4.4 A força performativa de novos diagnósticos

Ainda sobre a questão dos diagnósticos, uma curiosidade que alguns entrevistados citaram, particularmente no que diz respeito ao início da divulgação e do conhecimento desse diagnóstico, é o fato de que, até pouco tempo atrás, não se ouvia falar de transtorno bipolar na infância. Então foi a literatura internacional, inclusive para o público leigo, que ajudou na procura por explicações fenomenológicas não descritas anteriormente.

Estava pensando hoje sobre o que ia falar contigo, desde 2000 damos esse diagnóstico, nós abrimos, o diretor do serviço abriu o PROcab de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Aí tinham umas crianças que vinham para ser avaliadas por esse programa que tinham mais coisa do que só o déficit de atenção, mas a gente não sabia que coisas eram. E aí a gente fazia um belíssimo diagnóstico de déficit de atenção com hiperatividade, dávamos ritalina e elas pioravam horrores, ficavam psicóticas e, então nos perguntávamos: o que é que é isso? O que é isso? Aí eu comecei a falar de transtorno bipolar, me lembro que na época o diretor do serviço ria, falava que agora tudo era transtorno bipolar. A gente foi estudar e ver.

– Não, isso aí é transtorno bipolar em criança!

Aí em 2003 saiu aquela reportagem na Times e ratificou a nossa impressão. Mas desde 99 que a gente já faz esse diagnóstico. Eu dizia pra ele “risperidona melhora esses pacientes” e ele dizia “ah, tá”... Mas é que no ambulatório passa muito paciente. Fui até olhar agora para te dizer, passaram 484 no último ano, em torno de 5000 consultas. Então, tudo passa pela minha supervisão e são tantos casos que você começa a juntar as coisas. Aí você diz “opa!”. O maníaco é muito exuberante.”(2)

Uma das possíveis e prováveis consequências de um “novo diagnóstico” psiquiátrico é a criação de verdadeiras bolhas ou modismo que são produzidos e reproduzidos a partir de então. Como foi descrito no primeiro capítulo, esse processo vem ocorrendo de maneira crescente, desde a primeira edição do DSM, muitas vezes na tentativa de corrigir inadequações anteriores, criando assim cada vez mais categorias diagnósticas. Os exemplos são inúmeros, mesmo se nos restringirmos ao campo da infância e adolescência. O próprio DSM 5 assume textualmente que a inclusão do novo diagnóstico de Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor surge como uma tentativa de corrigir o excesso de casos de TBI, uma vez que o primeiro vinha sendo usado de maneira pouco criteriosa.

Podemos entender e avaliar esse fenômeno de diversas maneiras. Particularmente no que concerne questões relacionadas à infância e à adolescência, e especificamente o diagnóstico que estamos estudando, veremos em mais de uma entrevista preocupações e reflexões sobre o tema das mudanças na sociedade contemporânea. A mudança de hábitos na sociedade contemporânea e particularmente dos hábitos das crianças foi uma das hipóteses aventadas para a manifestação dos chamados *quadros atípicos*. A excessiva exposição à mídia audiovisual, o aumento de pressão social, a competitividade e exigência de boa performance desde muito pequenos, seriam algumas mudanças na vida atual que estariam contribuindo não apenas para o aparecimento dos quadros atípicos, como também para a manifestação mais precoce dos quadros de transtorno de humor.

Talvez naquele outro grupo de crianças com esses quadros mais difíceis de saber se pertencem ao campo da bipolaridade, a gente veja mais essas famílias contemporâneas em que as crianças tem muito acesso a todos os bens materiais, educacionais, eletrônicos, mas

também com pais com tempo muito corrido, com muito pouco tempo para interagir, crianças muito terceirizadas. Crianças com agendas preenchidas, lotadas. Essa família contemporânea onde as relações acabam sendo mediadas não pela relação afetiva, mas por esses elementos muito baseados na tecnologia. Eu acho que tem aí uma questão que a gente precisa entender melhor. Nesses últimos 20 anos houve mudanças muito drásticas na presença no cotidiano das pessoas da mídia audiovisual e assim, os pais, mesmo quando estão presentes, não estão presentes. As pessoas estão ligadas, conectadas através da mídia audiovisual. Estão desconectadas do presencial. Uma coisa curiosa que percebo é que houve uma mudança do padrão de relação: enquanto antes podemos dizer que a maioria das relações eram presenciais, atualmente a maioria é digital. Inclusive nem se usava esse termo presencial. (18)

Nos Estados Unidos, há cerca de 15 anos, a Sociedade de Pediatria chegou a fazer uma recomendação que não expusessem crianças com menos de 2 anos a esse tipo de mídia. Então a gente tem que pensar o quanto que isso pode estar afetando o desenvolvimento, já que é algo que afeta qualquer criança de qualquer idade, principalmente se já nasce exposta a esse tipo de contato. Essas são umas das coisas que precisam ser estudadas e ver se não seriam responsáveis pela mudança da psicopatologia da infância em termos das formas de sua apresentação e na sua epidemiologia, em termos de incidência e prevalência. (18)

Questões relacionadas ao hábito dos brasileiros especificamente, também foram levantadas, seja em relação às peculiaridades das famílias que procuram tratamento para seus filhos, seja pelos hábitos pouco saudáveis em geral:

Agora, uma das coisa que acho que é mais grave no Brasil é que as crianças dormem muito tarde. Em média, uma criança europeia, americana, canadense, mesmo sul africana, australiana, as crianças dormem no máximo às 9 horas da noite. As crianças brasileiras estão dormindo às 11 horas. Isso favorece muito a quadros de agressividade. Porque quando você não regula o sono no dia seguinte você é muitos mais explosivos, você tem muito menos serotonina. E isso faz um fator de confusão muito grande porque as crianças são muito mais explosivas, crescem mais depressivas, crescem mais explosivas e as pessoas confundem isso com bipolaridade às vezes. (12)

Por outro lado, os exemplos clínicos que não suscitaram dúvidas foram, em sua maioria absoluta, exemplos com sintomas clássicos do transtorno bipolar tipo I, mesmo ocorrendo em crianças pequenas, menores de 10 anos.

Um caso que não tive dúvida sobre o diagnóstico e o mais precoce que me lembro foi de uma menina de 4 anos, que continua comigo até hoje e está agora com 7 pra 8 anos. Essa menina veio com todas as características típicas: uma exaltação, um aumento da atividade motora absurda, uma desinibição comportamental muito grande, diminuição da necessidade de sono, hipersexualidade. Uma menina que não tinha histórico de nenhuma manifestação precoce de sexualidade que começou a se masturbar intensamente a ponto da mãe ficar com vergonha, pois onde ela ia, a menina punha uma almofada na frente e ficava se masturbando. Inclusive a mãe não me disse isso num primeiro encontro. Eu vendo todas essas características perguntei se havia alguma manifestação precoce de sexualidade e a mãe me revelou que ficava temerosa de dizer isso e as pessoas desconfiarem de abuso sexual. E além das características típicas ela teve realmente uma resposta muito rápida e muito boa ao estabilizador de humor. E está bem até hoje. De vez em quando ainda voltam alguns sintomas parciais provavelmente por necessidade de ajustar a dose por conta de mudanças metabólicas, que faço um ajuste de doses e ela volta a ficar bem. Mas realmente esse caso me surpreendeu. *[entrevistadora: E tem história familiar? (...)]* É uma menina adotada, ela e o irmão, e os pais adotivos não conhecem detalhes da história. Mas o menino também tem algumas dificuldades, de outra ordem. Também é mais comum ter história psiquiátrica em casos de crianças adotadas. Não deixa de ser um marcador.(18)

Vários entrevistados relataram casos de crianças menores de 10 anos com quadros clássicos de mania, como relatado em adultos. Isso faz com que possamos afirmar que *existe* Transtorno Bipolar Tipo I em crianças pequenas, com poucas modificações, desde que os sintomas principais de humor tenham as características temporais de episódios, diferenciados entre mania e depressão. Seguem-se os exemplos dados:

O menino tinha 9 anos, foi trazido pela mãe que era bipolar tipo II. O pai tinha psicotizado em algum momento da vida e sumiu. Há algumas semanas vinha achando o menino mais agitado e estava “se achando”: 2 semanas antes ele falou pra mãe que estava muito gostoso, que precisava de cuecas novas para que as meninas pudessem aproveitar essa gostosura. A mãe falou: nossa, meu filho macho, não é... Eu então questionei se ela achava razoável um menino de 9 anos com essas questões e ela disse que também achou estranho, mas que ele devia estar virando mocinho. Eu perguntei : com 9 anos? Como eu era lindo, gostoso, poderosos. 2 semanas depois, numa 6a feira ele saiu de casa, não voltou sábado, domingo, Na segunda foi na polícia que fez uma busca e achou. Na sexta trouxe para eu ver: o menino estava agitado, logorreico, eufórico. Conta que “eu sou o futuro Sílvio Santos” ;”Você quer uma casa, eu compro uma casa pra você” ; Onde você estava no final de semana? Como o Sílvio Santos que começou a enriquecer na feira, ele foi ser ajudante de feira. Ele ficava carregando coisas na feira. Quando acabava uma ele perguntava onde era a outra e atravessava a

cidade atrás das feiras. E assim ele não dormiu 3 dias seguidos. Ele ia juntar dinheiro pra comprar a casa pra mãe. (6)

Um outro menino, que dormia em média 7 horas por noite, na última semana estava dormindo 4 horas por noite, quando eu abri a porta para ele e a mãe, ele sentou na minha cadeira e quando perguntei por que estava sentado ali ele disse : “lógico né, eu que mando aqui”. A mãe falou que estava ali porque o filho não dormia, passava a noite falando, e ela não estava aguentando. Mas queria dizer que o filho é uma ótima pessoa, afetivo, fofo, educado, muito inteligente. Nesse momento o menino cutuca a mãe e diz: “inteligente não né, gênio”.

Engraçado que depois fizemos o QI dele e deu 140 mesmo, ele estava certo...

Comentei que a mãe estava cansada com tão pouco tempo de sono e perguntei como estava a energia dele. Ele disse: “infinita, por que?”

Muitas crianças com mania clássica. (6)

Muitos entrevistados, quando deram exemplos de casos que suscitaram dúvidas diagnósticas, relataram casos que já vieram com o diagnóstico de transtorno bipolar e, em suas avaliações, esse primeiro diagnóstico mudou. A inespecificidade dos sintomas na infância, somada às ampliações dos critérios diagnósticos, seja na forma categorial para o transtorno bipolar, seja na forma dimensional para o autismo, fez com que, em ao menos quatro relatos de casos clínicos, fossem diagnósticos diferenciais com quadros de autismo e Síndrome de Asperger. Transcrevemos dois deles abaixo.

Então olha, deixa eu te dizer um que inicialmente eu fiquei na dúvida, mas que o segmento me provou que não era e que veio com diagnóstico de TAB, medicado como TAB e tudo mais. Então, já era um adolescente que tinha um diagnóstico que estava sendo seguido como TAB desde, talvez, 8 anos de idade, com uma história de períodos importante de depressão em que ele não saia de casa, que não queria ir pra escola, só queria dormir, se sentia muito triste, dizia que era tudo muito ruim, que a vida não tinha muito sentido, que se alternavam com momentos em que ele ficava extremamente irritado, tinha períodos, nesses momentos ele chegava a agredir familiares, bater em familiares, falava demais e nessas horas, uma irritabilidade muito importante que também era episódica e que tinha essa história que tinha “melhorado” (entre aspas, não é?!) esses, os períodos de irritabilidade tinham melhorado com o uso de, ele chegou com quetiapina e depakote. Primeiro eu sempre tenho muito dúvida quando a mania é igual a irritabilidade, mas tinha essa história de ter melhorado, tinha claramente esses episódios depressivos, esses momentos depressivos. Com o tempo eu fui percebendo que não, na verdade ele era, ele é um menino que tem uma síndrome de Asperger. E que então, na verdade, os episódios depressivos estavam muito

associados a situações em que ele sofria bullying na escola, onde ele tentava se relacionar e ele não conseguia, então eram muito reativos a isso; e que essa irritabilidade, na verdade eram situações em que ele não é compreendido, ele não entende as coisas que estão se passando ali e aí ele acaba hiper-reagindo a uma determinada situação. Então assim, mas isso só foi possível eu pensar com o segmento dele e entendendo o que estava acontecendo com ele e aí ficou claro pra mim que é um menino que tem características de Asperger, tem uma história familiar que também remete a isso. Então, aí ficou claro pra mim. Atualmente ele está terminando de tirar a medicação dele. (11)

E eu tenho um paciente que chegou pra mim com diagnóstico de bipolar, mas ele não é bipolar, ele é um Asperger. Ele faz um comportamento que parece bipolaridade porque tem dificuldade de fazer uma leitura do ambiente social. E quando ele não consegue ele começa a ficar extremamente agressivo, extremamente verborrágico. Mas tem umas diferenças, ele tem uma verborragia mas é sempre que está acuado, ele tem hipersexualidade mas eu não acho que por conta do desejo sexual, mas por conta de uma manipulação, de não lidar bem com o corpo, de não conseguir lidar bem com aquelas sensações, muito mais por um quadro obsessivo em que fala sem parar, fica muito mais inflexível. Ele tinha o diagnóstico de bipolar há algum tempo, vinha fazendo uma resposta ruim ao tratamento e num trabalho muito próximo com a psicóloga dele acabou que a gente chegou ao diagnóstico de Síndrome de Asperger, não sei se tem uma ciclotimia também, acho que é mais uma incontinência afetiva por conta do Asperger. Agora que a gente está trabalhando as habilidades sociais, habilidades de leitura social ele está melhorando, usando apenas risperidona. (16)

4.5 Bloco III: Comorbidades e Diagnóstico Diferencial

(Você identifica comorbidades com quadros de bipolaridade na infância? (Se sim, quais? Com qual frequência?)

Esta talvez seja a questão mais elucidativa das consequências de se pautar a clínica a partir de um sistema classificatório como o DSM. A discussão acerca das comorbidades é central para o que estamos explorando nessa pesquisa e podemos dividi-la em dois eixos principais. O primeiro, de âmbito social, jurídico e econômico, diz

respeito aos diversos usos que um diagnóstico tem na sociedade norte americana e o papel que este desempenha frente aos direitos de seus usuários, ou consumidores, como melhor caracteriza essa relação. O sistema de saúde norte americano, diferente do brasileiro e da maior parte dos países desenvolvidos, é baseado em sua grande maioria em planos de saúde privados, fazendo com que o acesso aos cuidados de saúde sejam determinado principalmente pelos diagnósticos. E como estamos falando de crianças, os sistemas educacional e de assistência social acabam ficando também atrelados às necessidades indicadas pelo diagnóstico. Desta maneira, quanto mais diagnósticos a criança recebe, mais recursos terá direito.

O segundo, de cunho clínico e epistemológico, encontra-se principalmente nas consequências práticas da opção por múltiplos diagnósticos, desde que complete critérios adotados para os diversos transtornos. Esse deslizamento conceitual, presente principalmente desde o DSM III, vem tornando o exercício diagnóstico *fragmentado, superficial e descontextualizado*. Preocupado em elencar os diversos sintomas, dentro dos limites e prazos temporais estabelecidos para cada categoria diagnóstica, e afastar aqueles que podem excluir outros diagnósticos, o psiquiatra se distancia cada vez mais da sua função precípua que é a de reduzir o sofrimento daqueles que os procuram. Tão grave quanto os efeitos na própria terapêutica, nos preocupa a transformações que vem ocorrendo na maneira de olhar o paciente a partir dessa clínica “na terceira pessoa”. Essa expressão tenta ilustrar um pouco o que já discutimos e que veremos em seguida que é a diferença entre aqueles que contam a história do paciente, e que chamaremos de “clínica na segunda pessoa”, dos que fazem descrições impessoais e fora de contexto.

Vemos essas duas questões, a que estabelece como a classificação psiquiátrica americana responde à estrutura da sociedade de onde é proveniente, e os efeitos do uso de múltiplos diagnósticos na clínica, muito bem ilustradas na fala de um dos psiquiatra entrevistado.

Outra coisa que se perdeu muito foi a ideia de hierarquia de diagnósticos, se você preenche critérios para vários diagnósticos você deve priorizar aquele que é mais alto na hierarquia, por ser mais complexo e mais grave, e não fazer vários diagnósticos. Isso começou a ser abandonado principalmente depois da classificação norte americana e uma coisa que nem sempre é comentada é que essa realidade se deve à forma como a sociedade norte americana se

organiza em termos de acesso a cuidados em saúde. Lá, como o sistema é todo privatizado, a base dos planos de saúde, você não consegue ter acesso a nenhum tratamento se não tem um diagnóstico. Se você tem um diagnóstico complexo, onde você vai ter diversas necessidades de tratamento, é melhor você ter vários diagnósticos, que te abrem várias possibilidades de tratamento e de acesso, do que ter apenas um diagnóstico. Então há uma pressão por parte da própria população para que também as coisas sejam feitas dessa maneira. (18)

A adesão do público leigo, particularmente familiares e usuários, a essa forma de defender e se identificar com as categorias psiquiátricas é uma das razões pelas quais o sistema diagnóstico americano vem sendo considerado, muito mais do que um manual nosológico, um objeto cultural. Zorzaneli (2014), através de Edward Shorter, René Spitzer e Yan Hacking, defende a ideia de que os DSM não seriam apenas instrumentos científicos, mas produtos culturais que, pelo alcance global, estariam (re)produzindo um modelo de psique americano, exportando formas de adoecimento e produzindo verdadeiras epidemias diagnósticas, assumida de maneira autocrítica por Allen Frances em seu livro *Saving Normal* (2013).

O estatuto dos DSM como objeto cultural nos interessa em ao menos dois pontos específicos. Em primeiro lugar, seguindo o raciocínio da ampliação dos critérios diagnósticos e redução dos limiares para estabelecimento dos quadros considerados patológicos, os DSM, principalmente depois do DSM III, passam a encolher os limites da normalidade, gerando o que o próprio Allen Frances nomeou como “falsas epidemias”, especificamente as do TDAH, do autismo e do transtorno bipolar na infância. O que antes era considerado próprio de uma criança levada passa a ser descrito como inquietude, agitação, hiperatividade. Manhas ou reações temperamentais adquirem estatuto de desregulação do humor, num movimento que tem como uma das consequência a medicação da criança e o alívio dos pais, que se sentem desresponsabilizados diante da necessidade de pensar suas relações com seus filhos.

O segundo elemento diz respeito ao papel que as categorias diagnósticas exercem como organizadores culturais das subjetividades. Os termos psiquiátricos muito facilmente se tornam jargões, amplamente utilizados pelo público leigo para descrever seu estado de ânimo, suas dificuldades emocionais, problemas relacionais, entre muitos outros. Quando esses termos são fruto de um processo diagnóstico médico os efeitos

tendem a ser ainda maiores, pois o paciente pode absorvê-lo, e comumente o faz, como parte de sua própria identidade. A criação de identidades sociais através da adesão a certas referências descritivas de comportamentos e afetos passa a ser usada pela pessoa para descrever sua experiência subjetiva passada, presente e a pautar a vida futura (BANZATO; PEREIRA, 2014).

Como estamos estudando o efeito performativo do diagnóstico de TBI sobre as crianças, estamos na verdade falando sobre o efeito do olhar dos adultos na formação subjetiva das crianças. Receber um diagnóstico psiquiátrico quando ainda se é criança pode produzir efeitos muito variados, dependendo do contexto em que a criança se encontra e da forma como esse diagnóstico é trabalhado junto a ela. Se o diagnóstico é procurado para reduzir o sofrimento manifesto das crianças, a própria criança vai querer entender o que se passa com ela e de que forma ela pode que ser ajudada. Contudo, quando essa avaliação reflete dificuldades dos familiares, da escola ou de outros atores que convivem com essa criança, de lidar com ela, a tendência da criança rechaçar essa avaliação e tomar isso como um rótulo pejorativo é bastante provável. Quanto mais limítrofe é a sintomatologia da criança e quanto mais restrita a determinados contextos relacionais, menores as chances desta criança reconhecer que tem problemas e que precisa de ajuda.

A caracterização do diagnóstico a partir de listas de sintomas divididos em tipologia (tipo A e tipo B), e por duração (ao menos uma semana, ou ao menos 4 dias) transforma o TBI numa análise combinatória com muito mais chance de incluir esses quadros que podemos chamar de inespecíficos, atípicos ou limítrofes. É o que no diz um psiquiatra quando perguntado sobre os critérios diagnósticos:

Eu acho que talvez o mais importante seja esse movimento de redefinição de sintoma que fez com que, como a gente estava falando, você deixasse o quadro, a descrição clássica do quê que é um transtorno bipolar para o lado e passasse a considerar uma série de outras manifestações de alterações do humor, como irritabilidade, mudança ultra rápidas do humor, episódios de explosão, como suficientes para fazer um diagnóstico de transtorno bipolar na infância. Eu acho que isso vem junto com essa expansão que o próprio diagnóstico de transtorno, a mudança da psicose maníaco depressiva para o transtorno bipolar representa. Então aí não é só na criança, que permitiu com que uma série de pessoas, principalmente em torno de bipolar tipo II, ciclotimia, mesmo na vida adulta, passassem a ser

diagnosticadas ou a se diagnosticar, se identificar com o diagnóstico. Então eu acho, de fato, que a expansão do diagnóstico para a criança é quase que um subproduto desse processo. Ou seja, a partir do momento que os critérios se ampliam, se afrouxam, nada impediria que, com esses critérios afrouxados, você passasse a procurar bipolaridade, mania - quase uma mania sem mania, porque é bem diferente na criança. Então eu acho que de fato é isso, a gente saiu de um polo onde era quase que um dogma: criança não tem transtorno bipolar e pronto, para um outro extremo onde: olha, se a criança está apresentando alterações do humor muito persistentes e presentes, ôpa! isso é transtorno bipolar. Então, eu acho que o principal fator tem a ver com isso: você muda um critério diagnóstico e pronto. Isso também aconteceu com o autismo. (15)

A questão da comorbidade no entanto é a que gera maiores polêmicas e discussões, particularmente a comorbidade com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Existem diferentes maneiras de entender as altas taxas de comorbidades encontradas nas crianças que recebem diagnóstico de Transtorno de Humor Bipolar. Do ponto de vista defendido por Wosniak (1995), Faraone (1997), Geller (2000) e Biderman (2004), e parte significativa dos psiquiatras infantis entrevistados, particularmente aqueles que se encontram em serviços especializados, a comorbidade é mais uma regra do que uma exceção nesses casos. Alguns consideram a possibilidade dos sintomas do TDAH serem uma espécie de pródromo de uma parte dos quadros de manifestação precoce do transtorno bipolar, particularmente nos pré-púberes onde os sintomas se sobrepõem. Outros defendem um fenótipo específico para o transtorno Bipolar em pré púberes, que comportaria crianças com a sintomas para ambos diagnósticos, TBI e TDAH.

(Eu sou pesquisadora, então sei te falar as frequências e taxas de comorbidade...) O TDAH, quanto mais nova é a criança, mais chance se tem de ter comorbidade, por isso é difícil de fazer um diagnóstico diferencial nos pequeninhos. Em amostras abaixo de 10 anos, a gente tem relatos de 70, 80, 90% de comorbidade. Conforme vai ficando mais próximo ao adulto, isso diminui até uns 30%. (6)

O TDAH é um grande confundidor de diagnóstico, os critérios que nós usamos atualmente permitem comorbidades, porque foram feitos critérios diagnósticos pra pesquisa. Considerando o conceito atual de comorbidades em que você identifica a comorbidade através da presença de sinais e sintomas naquele momento, de acordo com critérios específicos, então é possível sim você ter comorbidades e aí os mais comuns serão TDAH e transtornos de ansiedade. O quanto que isso representa a criança que tem um funcionamento prévio como

TDAH e que a partir de um certo momento se revela como um transtorno bipolar, ou o quanto isso é uma comorbidade verdadeira, isso você não tem como identificar agora. Essa é uma decisão que foi feita justamente para se estudar melhor, isso que é importante as pessoas diferenciarem. A decisão do DSM e da CID é de serem instrumentos de classificação. Eles não se propõem a substituir a psicopatologia e a avaliação dos pacientes. Isso não quer dizer que as pessoas não usem dessa maneira. (7)

Como nos centros de pesquisa brasileiros os indicadores são produzidos tomando como padrão a literatura especializada norte americana, há uma clara satisfação em encontrar dados semelhantes aos relatados nos centros de pesquisa norte americanos.

A gente sempre procura comorbidades. Como a gente sabe que criança tem muita comorbidade, a gente não para no primeiro diagnóstico. A gente faz uma extensiva avaliação de comorbidade. A maioria tem comorbidade com TDAH, Transtorno de Conduta, Ansiedade. As nossas comorbidades aqui são exatamente as mesmas de qualquer estudo lá fora. (2)

Outros entendem a questão da comorbidade de forma literal, ou seja, diferentes doenças acometendo o mesmo cérebro:

A mensagem é: transtorno do humor bipolar é um diagnóstico comórbido. Normalmente as pessoas vão te dizer assim: “putz, mas é muito azar. O cara tem um transtorno psiquiátrico e vai ter outro também”. Se tu parares e olhares dentro da realidade da medicina a realidade é a mesma. Por exemplo: em estudos populacionais quem tem diagnóstico de hipertensão arterial tem maior chance de ter diagnóstico de diabetes mellitus; quem tem hipertensão arterial e diabetes mellitus tem mais chance de ter infarto agudo do miocárdio do que quem tem apenas uma condição ou nenhuma delas. O cérebro funciona como um outro órgão qualquer. Então, esta questão da comorbidade, ela se deve primeiro a essa relação entre os transtornos e, segundo, a definições não tão precisas, fenotípicas dos nossos transtornos mentais que permitem, de uma forma artificial, uma sobreposição dos diagnósticos. (1)

Além da atual classificação não ser clara o suficiente para diferenciar quadros que fenomenologicamente compartilham sintomas, esta favorece e até estimula que mais de um diagnóstico seja feito quando há dúvidas diagnósticas. Portanto, o quanto que as taxas exorbitantes de comorbidade refletem de fato a co-ocorrência de entidades patológicas

distintas e quanto isso é fruto de um sistema nosológico insuficientemente discriminatório permanece como uma questão em aberto. Como mandam os princípios da semiologia, devemos, sempre que possível, encontrar uma síndrome que possa justificar toda constelação de sinais e sintomas que o paciente apresenta. Para tanto, o sistema de diagnóstico principal ou hierarquicamente mais complexo seria mais condizente com a clínica médica. Coerente com essas premissas, psiquiatras que estão em instituições não organizadas por especialidades evitam fazer diagnósticos comórbidos, seja porque acreditam tratar-se de entidades clínicas diferentes, seja pela própria inespecificidade do diagnóstico e da sintomatologia atribuída ao TDAH.

A história do TDAH, não é?! Eu acho que é difícil a gente pensar que tem tudo. Por isso de novo eu prefiro o [diagnóstico de] desregulação. Porque às vezes algumas delas vão responder bem só com o metilfenidato ou com algum outro estimulante e que mostra que está bom. Então, eu tento **não** fazer diagnóstico comórbido, eu tento ao máximo ver se eu consigo juntar numa coisa só. (11)

Acho que é muito comum ver sintomas que se encaixam também em quadros de hiperatividade e transtorno disruptivo. Mas aí eu acho que cabe essa questão de que algumas dessas crianças, na verdade, não tem doença bipolar de fato. (17)

Eu acho que os quadros bipolares geralmente envolvem uma complexidade psicopatológica grande, mesmo em adultos, e em crianças isso se acentua um pouco mais. Então por exemplo você vê muita associação de quadros de ansiedade em suas mais variadas formas junto de quadros bipolares; a polêmica do TDAH nos quadros bipolares, a relação entre eles, que talvez uma fração, que precisa ser melhor definida, sejam formas precursoras ou formas ainda não francas de bipolaridade. Você encontra com frequência crianças que acabam desenvolvendo ou a forma típica ou essas formas disruptivas de distúrbio do humor, que geralmente antecederiam esses quadros com a tríade clássica de hiperatividade, impulsividade e desatenção. E as vezes você vê em adultos retrospectivamente se referindo à infância, essas características. Isso mostra um pouco o quanto que esse diagnóstico de TDAH é limitado e com pouca especificidade. São quadros muito heterogêneos, que se baseiam em sintomas todos eles muito pouco específicos psicopatologicamente e todos comportamentais. Cada um isoladamente está presente em quase tudo na psicopatologia. Desatenção atravessa toda a psicopatologia da infância: toda criança que está mentalmente alterada terá um reflexo na sua capacidade de concentração. E hiperatividade e impulsividade são sintomas extremamente inespecíficos: primeiro porque eles se confundem com as características normais do desenvolvimento;

principalmente quando você está com crianças pequenas, e mesmo psicopatologicamente são muito pouco específicas. Como discriminar dentro desse saco de gato as diversas possibilidades psicopatológicas? É preciso refinar os quadros e características psicopatológicas para falar em comorbidade. Pelo menos agora estão sendo mais sinceros e dizendo em termos de co-ocorrência, porque o termo comorbidade induz a pensar em morbidades independentes que estão ocorrendo na mesma pessoa, o termo co-ocorrência parece ser muito mais correto pois revela que a criança não tem inúmeras patologias, mas que a classificação atual não é capaz de fazer uma discriminação adequada e a melhor forma de registrar toda complexidade psicopatológica da criança é fazendo vários diagnósticos. Mas aí a responsabilidade por isso é muito mais da insuficiência da classificação do que da multiplicidade de patologias na criança. (18)

O que pode nos ajudar a diferenciar o que são quadros comórbidos daqueles que apresentam uma sintomatologia mais inespecífica na infância são os estudos longitudinais, onde uma mesma população é avaliada em diferentes momentos do desenvolvimento. Findling e colaboradores (2013) encontraram taxas de 15% de permanência do diagnóstico de Transtorno Bipolar após dois anos de seguimento, numa amostra de 707 crianças entre seis e 12 anos, com importante sintomatologia maníaca no início do estudo. Já os estudos de Leibenluft e colaboradores (STRINGARIS; LEIBENLUFT, 2010) mostram que antes de pleitearem o diagnóstico de Desregulação Severa do Humor aproximadamente metade das crianças identificadas como bipolares recebiam o diagnóstico de Transtorno de Humor Bipolar Sem Outra Especificação (SOE) e que no acompanhamento longitudinal menos de 1% desta apresentavam quadros francamente maníacos após dois anos de seguimento.

Não por acaso, a discussão acerca de comorbidade e diagnóstico diferencial caminham juntas: uma vez que o diagnóstico de Transtorno Bipolar na Infância é extremamente controverso, que outras situações devem ser consideradas diante de quadros clínicos tão diversos e muitas vezes graves?

4.6 Diagnóstico Diferencial

(Quais os principais diagnósticos diferenciais quando voce está diante de um possível quadro de Transtorno Bipolar na infância?)

As respostas em relação ao diagnóstico diferencial foram bem mais homogêneas e grande parte dos entrevistados fez uma diferenciação entre quadros da primeira infância e quadros com início na adolescência. Em relação à adolescência, a dificuldade surge no primeiro surto, quando é comum a abertura de quadros delirantes-alucinatorios de maneira muito parecida com quadros esquizofreniformes. Outra questão mais comum à adolescência é o uso de drogas, que também foi lembrada como importante diagnóstico diferencial.

Novamente o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade apareceu na maioria das respostas quando a referência eram diagnósticos mais precoces, bem como o termo “transtornos disruptivos”, em alusão aos Transtorno de Conduta e Transtorno Opositivo Desafiador. No último caso, vários mencionaram dificuldades para realização do diagnóstico diferencial quando há depressão, em comorbidade ou não.

Eu acho assim, todo mundo tem essa preocupação com o Déficit de Atenção. Para mim, isso não é o pior. Quando tu tens uma oposição e desafio grave com depressão, parece bipolar, não é? O que vai diferenciar é a euforia. (2)

Entre 15 e 17 o que é difícil é o primeiro surto. Então adolescente é esquizo e bipolar e o pequenininho é TDAH e depressão. Porque aí você tem a irritabilidade, você tem alterações de humor e você tem o TDAH. Aí é muito difícil. O TDAH de 4, 5, 6 anos de idade é mais fácil de você diferenciar, mas um pouquinho maior, quando junta a depressão no meio aí é muito difícil, complica muito. Porque aí você preencheu, não é? (6)

E uma coisa que a literatura fala muito é o [transtorno de] conduta e oposição, mas com depressão. Eu nunca tive um conduta e oposição sem depressão que a equipe tivesse dúvida. Na hora você vê que é só conduta, só oposição, mas quando tem depressão aí fica difícil. (6)

Acho que é depressão pura e simples, um quadro de TDAH associado com transtorno disruptivo e um quadro tipo *severe desregulation*, uma criança que vai além da questão simplesmente do disruptivo, da depressão, que tem um descontrole importante emocional, mas que não chega a ter um quadro de transtorno bipolar. (17)

Alguns entrevistados comentaram o novo diagnóstico de Transtorno de Desregulação do Humor e do Comportamento como importante diagnóstico diferencial.

Eu acho que o principal diagnóstico diferencial e o mais confuso e difícil de ser feito é o de Severe Mood Disregulation, ou como foi cunhado na DSM 5 como TMDD e traduzido para o português como Transtorno de Desregulação do Humor e do Comportamento, aonde a grande diferença é a característica mais constante e estável da alteração de humor, mesmo que tenha picos ou episódios pontuais de irritabilidade, tu tens uma irritabilidade crônica e não tem o caráter fásico. Então esse, acredito, é o diagnóstico diferencial mais difícil. Fora isso, obviamente, tu tens que fazer diagnósticos diferenciais com as questões clínicas, como situações que tu possa ter de uso de corticoide, situações de alterações tireoidianas,... Por fim, dentro dos diagnósticos psiquiátricos, ainda a questão do Déficit de Atenção que muitas vezes esta acompanhada de um halo de sintomas de irritabilidade que pode, principalmente quando tem o diagnóstico de Déficit de Oposição e Desafio, também pode ser um diagnóstico diferencial mas aí normalmente não tem outros sintomas de grandiosidade, de pressão de fala, de diminuição de necessidade de sono, que tu tens quando de um quadro fásico e que não tens para outros diagnósticos. (1)

(...) quadro de transtorno depressivo maior acho que é um dos principais. Essa irritabilidade que é uma coisa bastante difícil também pra gente diferenciar. Se for uma irritabilidade principal do quadro, o TMDD, que é o Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor também é um diagnóstico diferencial, mais novo. Também o transtorno de oposição e desafio entra ai. E o transtorno, o TDAH também entra como diagnóstico diferencial. Acho que os principais são esses. (8)

Para alguns psiquiatras, falar de diagnóstico diferencial com TDAH é muito mais pertinente do que falar em comorbidade, bem como diferenciar de quadros comuns na infância por motivos variados, porém não patológicos.

Eu acho que vai depender muito também da faixa etária. Porque uma coisa que eu sei, sempre que eu vou dar aula de psiquiatria infantil para os alunos da fundação, eu digo que: “a gente tem que avaliar algumas coisas quando tu vai pensar em um diagnóstico psiquiátrico”. Tem que avaliar uma questão de funcionamento familiar. Quanto menor a criança mais determinante é o ambiente, na presença ou ausência de sintomas, então acho que é uma coisa importante. As questões desenvolvimentais. (3)

A questão do Turmoil no adolescente e pré-adolescente. [Entrevistadora: Mas como você utiliza esse diagnóstico?] É uma série de pressão que você não vai ter o quadro maníaco, você vai ter uma confusão muito grande. Você não vai ver nada de alteração do

pensamento. Você vai ver uma agitação muito grande, uma explosão muito grande, mas você não vê uma alteração de pensamento. (12)

Eu acho que aí sim. Um quadro onde predomina a hiperatividade, o déficit de atenção acaba se transformando em diagnóstico diferencial. Na adolescência, aí muito mais por causa de sintomas psicóticos ou de primeiras crises, aí tem aquele tradicional diagnóstico com a primeira crise esquizofrênica, mas na infância menos. E eu acho que tem diagnósticos diferenciais que, aí talvez o termo nem se aplique, porque aí tem a ver de novo com aquela questão das variáveis psicossociais e aquilo que eu disse do diagnóstico, acabar usando o diagnóstico como diagnóstico de exclusão, ou seja: antes de pensar em diagnóstico de transtorno bipolar, avaliar se aquele padrão de comportamento não é uma reação da criança a algum tipo de questão que a vida, a família, a escola está colocando a ela. É claro que essas situações em geral são situações mais limitadas, o sintoma, o comportamento aparece mais numa determinada situação, dura um certo tempo e depois desaparece. Então tem situações também onde o diagnóstico diferencial tem a ver não com outros diagnósticos, mas com outras situações e problemas que não obrigatoriamente correspondem a quadros psiquiátricos. (15)

Diagnóstico diferencial eu vejo um monte. Realmente, aí eu vejo transtornos disruptivos, transtornos do déficit de atenção, embora eu também acredite que seja um transtorno que não tenha tanta incidência quanto os americanos acreditam, eu sou mais ligado a linha europeia de observação, mas a gente observa alterações que se a gente não tomar como uma entidade “transtorno do déficit de atenção” ou “transtorno de conduta”, tomar como uma síndrome e não como etiológico por si só, uma causalidade, a criança tem uma coisa e sim como uma construção sindrômica a partir de causas várias, aí sim a gente observa transtornos disruptivos acontecendo, mas normalmente é isso. O transtorno disruptivo é o que eu mais vejo, independente de qual. Mais uma vez é a questão com os limites que é a linha desses transtornos disruptivos. Transtorno de Déficit de Atenção em algumas crianças a gente observa sim; hipercinesia, a gente observa algumas coisas nesse sentido. E na adolescência, que não é a questão em si, mas algumas crianças, na nossa realidade, bem precoces, antes dos 10 anos, já estão envolvidas com álcool e drogas, alguns estimulantes e aí sim a gente observa sintomas muito parecidos com o transtorno bipolar. Esses a gente recebe muitas vezes quando são recolhidos para abrigos e tudo mais. E aí a gente observa esse tipo de coisa. Relatado na literatura tem, né?! Todos esses que eu falei como comorbidade, mas na prática observa mais como diagnóstico diferencial e são até bem mais comuns do que o transtorno bipolar pungente.(19)

Outra preocupação suscitada pela diferenciação entre comorbidade e diagnóstico diferencial diz respeito ao tratamento. Como discutido no capítulo 2, o uso de

psicoestimulantes e de antidepressivos podem desencadear ou mimetizar quadros maníaco, ou de ativação. Ambas possibilidades são suficientemente graves para termos precaução no uso de psicofármacos quando ainda não se tem clareza do diagnóstico.

Diagnóstico diferencial importantíssimo para o TAB é o TDAH. Porque você não pode tratar uma criança com TAB com psicoestimulante porque ela pode piorar e muito. Primeiro você tem que tratar o transtorno bipolar e quando a criança estiver estável você pode até usar o psicoestimulante para tratar o TDAH. Na questão de comorbidade o mais grave é a questão do TDAH em função do planejamento terapêutico. Evitar piora do quadro com o uso de psicoestimulante ou se for o contrário, for um caso de TDAH e você achar que é bipolar e entrar com um neuroléptico, por exemplo, você pode diminuir ainda mais a capacidade de atenção, a capacidade de interação da criança, de aprendizado na escola. Então acho que esse é o mais grave. (7)

Por fim, consideramos interessante transcrever a fala de uma residente que retrata bem a confusão gerada pela inespecificidade e repetição dos sintomas nos quadros típicos da infância.

E eu acho muito difícil fazer diagnóstico diferencial de, principalmente TDAH e Transtorno de Ansiedade que, embora seja comórbido no momento dá pra gente diferir um do outro, acho que são dificuldades, embora sejam mais comuns, é difícil de fechar criteriosamente o quê que é um e o quê que é o outro em uns determinados momentos. (14)

4.7 Bloco IV: Explosão diagnóstica nos Estados Unidos

No decorrer da entrevista, na maioria das vezes após a oitava questão, invariavelmente fiz uma pergunta que não está no roteiro. Perguntei se a pessoa entrevistada já havia presenciado quadros de virada maníaco após o uso de antidepressivos ou psicoestimulantes. Não quis incluir essa pergunta no roteiro inicial pois acreditei que estaria dando indicações de minha filiação teórica e prática, e não achava interessante que isso acontecesse. Olhando retrospectivamente, não acho que isso aconteceria, no entanto, acredito que o fator surpresa pode ter contribuído para respostas mais espontâneas.

Este bloco de questões é um dos que melhor retrata as posições críticas ou de adesão ao que vem sendo proposto como Transtorno Bipolar em crianças e adolescentes. De todos os entrevistados apenas uma psiquiatra não entende que haja um exagero nos números diagnósticos. Veremos que, apesar de a maioria dizer que considera haver um exagero no diagnóstico, as justificativas e maneiras de entender esse fenômeno foram muito diferentes.

Eu, sinceramente, não acho que existe um super diagnóstico, eu acho que tem muita criança por aí bipolar não diagnosticada. Talvez esse número assuste porque antigamente não existia crianças com transtorno de humor bipolar e de repente se aprendeu a fazer. Mas eu acho que as pessoas não sabem fazer esse diagnóstico. (3)

Essa ideia de que o diagnóstico rotula é a ideia mais burra que eu conheço. E é um crime, eu acho. Na verdade essas crianças já estão sendo rotuladas de vários nomes. O diagnóstico pode ser extremamente útil e transformador. Então, o que está errado não é o diagnóstico. (7)

Uma das entrevistadas admitiu ter um viés americano pelo fato de ter feito parte de sua formação nos Estados Unidos. A partir dessa afirmação, parece concordar com a hipótese de que há um jeito americano próprio de olhar e reconhecer esse diagnóstico. Da mesma maneira, confirma e justifica o aumento da incidência e prevalência do transtorno bipolar na população infantil americana:

Na verdade, eu fiz o doutorado nos Estados Unidos em 1994 (parte em Pittsburg e parte no Santorium, no Texas), **então eu realmente vejo bipolar**. Os ingleses diziam que ver uma criança bipolar é um evento raro único. E eu vejo criança bipolar toda semana. Então eu tenho esse viés americano. Até porque eu via mil. (6)

Todavia, quando procura explicações para essa discrepância, encontra na biologia o terreno fértil para as justificativas.

Primeiro existe uma questão biológica epidemiológica de fato. Pegando estudos do Kraepelin até hoje, o que vemos é que o bipolar tem vindo realmente cada vez mais cedo e cada vez mais grave. Esse é um fenômeno que eles chamam de antecipação, como no Huntington, cada geração que vem, vem mais cedo e mais grave. E isso tem sido descrito e advogado por pesquisadores para o transtorno bipolar tipo I. Kraepelin já tem descrição de crianças, né? Raramente, mas tem. Então

deve estar havendo um mecanismo genético biológico de vir cada vez mais cedo e mais grave. Tem as questões biológicas mesmo: o bipolar se reproduz. Quando está em mania então... Em cinco anos de ambulatório de filhos de bipolar, eu tive 3 netos de bipolar. Meninas de 15 anos engravidam. Então, não é o que você vai ver num ambulatório de esquizo, de autismo, por exemplo. A própria característica fenomenológica do bipolar favorece isso. (6)

Uma outra coisa é o estilo de vida moderno: é comum uma criança de 11 anos dormir cerca de 6, 7 horas por noite. O fator natural que precipita a mania é a privação de sono.(6)

Curiosamente, essa mesma pesquisadora é uma das poucas que afirma, como proposto por Reichard e Nolan (2004), Offidanni (2013) e Rapoport (2013), que o uso cada vez mais precoce de antidepressivos e psicoestimulantes pode estar mudando a manifestação e o curso natural da doença:

Tem a questão química: na época de Kanner você não dava ritalina para quem tinha 6, 7, 8 anos. Eu por exemplo, comecei a tratar filhos de bipolar como parte de uma pesquisa, e vinham crianças com 8 anos com uma depressão importante e vinham usando fluoxetina. Tudo bem que a gente não tem psicoterapia, ou outras intervenções desse tipo, mas uma criança dessa que dispara uma mania com 8 anos e não aos 15, como provavelmente apareceria naturalmente, você mudou o prognóstico. Então, acho que o uso sim, de antidepressivo e psicoestimulante, induz mania, apesar dos estudos dizerem que não, eu truco. (6)

Outra coisa certamente é o uso de drogas. A gente teve vários adolescentes de 15 anos que, depois de uma rave, voltam maníacos. Então, tem as drogas médicas e as não médicas. (6)

Outra forma de entender esse fenômeno é, mais uma vez, analisando as peculiaridades de como a medicina, particularmente a psiquiatria americana, está estruturada. Como a assistência à saúde é privada e o diagnóstico é o que estabelece e regula os direitos da criança em termos de tratamento, o transtorno bipolar acaba servindo como justificativa para condutas terapêuticas e farmacológicas.

E, especialmente nos Estados Unidos, tem dois pontos que são importantes: (1) a grande maioria dos atendimentos são por convênio, e (2) eles têm internação e aqui a gente não tem. Lá se uma criança está muito agressiva, ele pode ser um transtorno de conduta ou bipolar. Se disser que é conduta, você não consegue internar. Se disser que é bipolar, interna. (6)

Aquela criança que está irritada e que bateu em todo mundo, se tem um diagnóstico de transtorno de conduta, qualquer *guideline* vai dizer pra você tentar medidas sociais por um mês primeiro, ao passo que se você inicia um antipsicótico, em 3 dias ela está melhor. A família chega no seu consultório querendo uma solução. Pra eu conseguir que aquele menino que entra agitado no meu consultório não quebrar tudo e a família saia satisfeita, eu tenho que tascar uma risperidona. Eticamente para eu fazer isso eu tenho que ter um diagnóstico que condiga com aquele medicamento. Então eu digo que é bipolar. Então eu acho que tem um aumento de 300 vezes de uso de antipsicótico porque estão medicando [transtorno] opositivo e [de] conduta. Eu fiquei nos Estados Unidos e a formação que eles têm em medidas psicossociais é muito pobre. Porque eu acho que na Europa vai ter sempre menos bipolar e menos conduta: a formação psicossocial deles é muito melhor. Na Inglaterra, se você tem uma adolescente deprimido, você faz um mês de psicoterapia antes de medicar. Nos EUA você entra e sai com sertralina. (6)

As medidas farmacológicas acabam sendo reificadas, já que outros recursos não são cobertos pela maioria dos planos de saúde. Paradoxalmente, para os quadros considerados graves, medidas extremas como internação, são justificáveis. O raciocínio clínico acaba sendo determinado pelas opções oferecidas pelos planos, que autorizam medidas provavelmente muito mais dispendiosas a curto prazo, mas não autorizam medidas com caráter mais “preventivo” e mais baratas, como a psicoterapia, mas que devem ser mantidas a médio/longo prazo. Há uma inversão na lógica clínica e, como relatado acima, ao invés de questionar qual seria a melhor conduta para aquela determinada situação, os psiquiatras acabam usando o diagnóstico para poder prescrever certas medicações ou para autorizar uma internação.

Outro psiquiatra, referindo-se ao artigo de Olfson e colaboradores (2010), que demonstra que crianças e adolescentes que não têm plano de saúde privado nos Estados Unidos têm quatro vezes mais chances de receber antipsicóticos do que as que têm plano de saúde privado, diz algo muito parecido, porém, sublinha o caráter de uma sociedade de controle, sectária e racista:

Então, a psiquiatria americana está cada vez mais coercitiva e pior. Tem um estudo americano que é muito claro: a prescrição de risperidona nos EUA é pros pretos e pobres. Pros brancos é terapia e antidepressivo. Então esse aumento de diagnóstico de Transtorno Bipolar nos Estados Unidos tem a ver com essa cisão social. Os diagnóstico graves são sempre pros pobres e pretos. Essa política da

psiquiatria que não é mais uma psiquiatria cuidadora, de promover o desenvolvimento, mas de diagnosticar e medicar. (12)

A lógica de resultados imediatistas não é apenas reflexo de uma determinada configuração do sistema de saúde, tampouco apenas ferramenta de controle social, mas reflete o imenso poder e interesse das indústrias farmacêuticas de associar suas drogas aos diagnósticos psiquiátricos. No artigo de Cosgrove e Krimsky (2012) sobre conflito de interesses no processo de elaboração do DSM 5, essa questão fica muito clara e põe por terra a promessa da Associação Americana de Psiquiatria de diminuir a influência das indústrias farmacêuticas nessa edição do manual diagnóstico, já excessiva em sua quarta edição. No DSM IV, 100% dos membros do grupo de trabalho sobre Transtornos de Humor relataram conflito de interesse, enquanto 69% dos componentes de todas as forças tarefas do DSM 5 também revelaram possuir relações financeiras com a indústria farmacêutica. Os grupos com maiores percentuais de membros que revelaram possuir conflito de interesses, ou seja, receber financiamento das indústrias farmacêuticas, foram aqueles cujo tratamento farmacológico é reconhecidamente a intervenção de primeira linha, como o de Transtornos do Humor, de Transtornos Psicóticos e de Transtornos do Sono. Essas informações levaram os autores do artigo a concluir que apenas a transparência desses dados não reduz o potencial viés dos processos de revisão diagnóstica e recomendam ações mais restritivas antes do lançamento do DSM 5. (Esse artigo foi escrito 14 meses antes do lançamento do DSM 5).

É o que aponta outro psiquiatra entrevistado, quando fala da lógica da saúde enquanto objeto de consumo:

É engraçada a diferença de terminologia: quando se fala nos Estados Unidos em serviços e seus frequentadores, se diz *consumers*. Quando você está num sistema de saúde público europeu se diz *users*, que equivale aos nossos usuários. Num sistema de mercado como é o norte americano, o poder da demanda de organizar e até certo ponto regular o sistema é imenso. E como essa demanda é produzida e patrocinada por fatores midiáticos, manipulados ou não, ela entra nessa lógica absolutamente imprevisível. Do ponto de vista de uma cultura que aderiu à idéia medicalizante, que tem a ver com o mundo contemporâneo onde as pessoas não querem se responsabilizar, que querem soluções mais rápidas, prontas, individualistas e que desresponsabilizam o sujeito. Houve um acordo entre quem consome, quem ministra e quem produz, quem é o fornecedor material de todo

esse processo. Hoje num mundo onde não há um contraponto como antes havia dois grandes blocos mais fortes e que competiam. Os EUA ficaram solitários como grande fornecedor de modelo de sociedade. (18)

A propaganda de psicotrópicos direta ao consumidor, o financiamento de pesquisa e estudos multicêntricos em larga escala, a oferta de financiamento de toda espécie para a classe médica (na forma de passagens, estadias, inscrições em congresso) além da contratação desses profissionais como *speakers*, faz do complexo médico industrial (ou como sugere Ramos (2014), “Complexo Médico-Acadêmico-Industrial”), o vetor mais influente, com poder de modelar aspectos do comportamento da sociedade americana e, conseqüentemente, todos que são por ela influenciados. Tal influência é notada também na maneira como os dados científicos são produzidos.

Um outro fator é como obter essas evidências. O grande financiador hoje é a indústria farmacêutica, que só se interessa por estudos que tragam lucros para eles. O financiamento público é muito limitado. Ao mesmo tempo é um mundo que requer evidência para qualquer prática. Esse é um problema que temos hoje: você precisa de evidências para validar uma prática sólida e você só produz evidências pras práticas que interessam a quem financia. Esse é o impasse que a gente está pois certamente o complexo médico-industrial não tem qualquer interesse em esclarecer esse tipo de questão. Até porque ele sabe que se fizer esse tipo de pesquisa vai sobrar pra eles. Mesmo sem fazer já está sobrando, mesmo o nosso campo, pobre de recursos, já tem apontado nessa direção, quanto mais se o financiamento for mais robusto. (18)

A união entre os DSM, a partir do DSM III, com o modo de produzir e colher evidências, através de entrevistas estruturadas, escalas e questionários, muitos deles aplicados por profissionais desconhecedores de um mínimo de psicopatologia, é o casamento perfeito para a produção de dados científicos que selam as epidemias diagnósticas. Dois psiquiatras particularmente abordam as razões para o número exorbitante de diagnóstico de transtorno bipolar na infância por esse prisma.

Eu acho que nos Estados Unidos tem um viés diagnóstico, acho que eles super diagnosticam porque a maioria desses artigos usa entrevista estruturada e muitas vezes esse questionário é aplicado por telefone. Isso aconteceu no meu mestrado com o transtorno de conduta. Na nossa amostra tinha 40% das crianças com transtorno de conduta, eu falei: “tem alguma coisa errada”. E a gente que colhia! A gente

aplicava o P-Chips⁵ e ia pontuando. Para você ter transtorno de conduta pelo P-Chips você tem que ter pelo menos 3 perguntas positivas. Só que a nossa realidade não é a realidade americana. Então, tem perguntas que são inespecíficas pra gente, por exemplo: ele chega mais tarde do que é permitido? Ele mente pra não fazer o que ele quer? Ele não cumpre o horário combinado? Todos tem! Então, a gente começou a desviar e pontuar assim: as perguntas que não tinham a ver com questões comportamentais a gente excluiu. Então, a gente pegou, revalidou e fez sem essas. A prevalência caiu pra 8%! Então, eu acho que tem muito disso, se você faz o diagnóstico só baseado em checklist, a gente vai pontuar como bipolar. A criança tem alteração do humor? Tem. Então, acho que assim, acho que nos Estados Unidos não sei quanto que a gente pode confiar na amostra do que eles chamam de bipolaridade. Acho que os critérios estão mais abrangentes, mas acho complicado, acho que você tem que ver como foi a coleta dos dados. Esses estudos científicos usam muito, muitas informações são coletadas por pessoas não capacitadas, sem experiência, sem ver a criança, sem entender de etapa de desenvolvimento da criança, aí você pega um questionário onde a mãe tem que dizer categoricamente a presença daquele sintoma, sim ou não, sem a pessoa ter visto a criança. Por exemplo, se você tem uma mãe mais instável, qual a fidedignidade dessa informação? Ou se ela é deprimida também, ela vai ver tudo como um grande problema.(16)

Esses estudos geralmente focalizam a prevalência de crianças que recebem esse diagnóstico. É importante diferenciar, não são estudos feitos na população em geral para identificar mudanças de prevalência dos transtorno seguindo os critérios diagnósticos das classificações oficiais. São estudos que vão estudar a realidade como ela é, ou seja, do conjunto de crianças de uma certa faixa de idade, quantas receberam o diagnóstico que você está estudando. E aí é importante você entender que nesse tipo de avaliação você está identificando algo que vai muito além do efeito das mudanças na classificação. Tem a ver com práticas sociais. Ou seja, se você tem um país como os Estados Unidos em que a demanda regula as práticas de saúde, há uma busca ativa do consumidor pelos diagnósticos. E do outro lado há um interesse do complexo médico-industrial e da própria categoria médica de atender a essa demanda. Então há uma confluência de interesses aí tanto da população, quanto da classe médica, quanto de todo o aparato industrial que a promove, que os diagnósticos aumentem. E aí a gente cai nos modismos, ou *fads*, isso também facilitado pelo fato de que a psiquiatria não tem um padrão independente do tipo laboratorial para assegurar um diagnóstico psiquiátrico (...) Você não tem como usar

⁵ P-Chips, “*Parents and Children Interview for Psychiatric Syndromes*”, é uma entrevista estruturada, baseada no DSM IV, para ser aplicada em crianças entre 6 a 18 anos, em conjunto com seus pais. Pais e crianças devem responder sim ou não a uma série de perguntas, sobre sintomas externalizantes para os pais e internalizantes para as crianças e adolescentes. O resultado é obtido pela soma de respostas positivas para transtornos específicos.

uma pedra de toque que diga: não está certo esse diagnóstico. Então, a porteira está aberta. Num país como os Estados Unidos hoje em que pode se fazer propaganda de psicotrópicos direta ao consumidor (...)
(18)

Elementos exteriores à lógica clínica atravessam de modo insidioso os processos de construção do diagnóstico. A aplicação estendida de diagnósticos psiquiátricos atende a um conjunto amplo de interesses que vão dos produtores de medicamento, aos pais, às escolas, a estratégias administrativas de corporações de saúde e, de modo crescente, à sociedade como um todo. Esse processo tem se ampliado em todo o mundo, mesmo no Brasil, mas no caso do TBI é muito mais visível no contexto norte-americano (Conrad, 2007). O mesmo psiquiatra segue em sua linha de raciocínio, concluindo tratar-se de falsos positivos:

Então, voltando à questão, eu acredito que o aumento expressivo é fundamentalmente um artefato (não dispensando a interferência dos fatores relacionados à cultura americana discutidos anteriormente, onde as mudanças na cultura podem estar influenciando diretamente, incidindo patogenicamente na infância), produzido por essa confluência de interesses. Então eu diria que esses casos seriam falsos-positivos: são crianças que se formos muito rigorosos não preenchem critérios nem do DSM.
(18)

Outra forma de entender o aumento exponencial do diagnóstico de TBI nos Estados Unidos, alegada por alguns psiquiatras, foi o aumento do *conhecimento* acerca do diagnóstico por parte dos profissionais, tornando-os mais *competentes* para reconhecer os casos de TBI. Curiosamente, praticamente todos que afirmam isso, reconhecem ter havido uma ampliação dos critérios diagnósticos além do razoável, produzindo, como um efeito colateral, o diagnóstico excessivo, para aqueles que têm e os que não têm Transtorno Bipolar. Esse fenômeno, que muitos se referem como modismos, na verdade seria exatamente o que se procura atingir com as campanhas publicitárias direta ao consumidor, consumidor esse que, ávido por novidades (mesmo que a novidade seja um novo diagnóstico), procuram profissionais que possibilitem o acesso a esse novo grupo de pertencimento. E do lado de cá também encontramos profissionais que, em função da maior visibilidade que um diagnóstico novo permite, aderem de maneira acrítica a esses

modismos. Dos psiquiatras que consideramos terem sido formados em universidades centradas na lógica da especialidade, apenas dois citaram a influência de pesquisadores renomados nessa ampliação excessiva de critérios diagnósticos. As quatro respostas abaixo são de psiquiatras infantis de centros de pesquisa especializados:

Provavelmente por tudo que nós discutimos o diagnóstico tem sido feito do transtorno bipolar na infância, provavelmente de uma maneira mais frouxa nos Estados Unidos, aonde qualquer oscilação do humor é entendida como indicativo do transtorno de humor bipolar e não uma pesquisa cuidadosa dessa característica fásica de alteração, com presença de sintomas fásicos sugestivos de mania somado, se possível, a uma história familiar de transtorno bipolar. (1)

Eu acho que tem duas questões que a gente tem que olhar: uma questão é que está se fazendo mais o diagnóstico porque se sabe reconhecer, tem mais gente competente pra fazer. Mas tem também a questão de ser o diagnóstico da moda. Aqui pelo menos se você entrar num psiquiatra e disser que é muito irritado você sai com o diagnóstico de bipolar. Eles acham que irritabilidade e bipolar é a mesma coisa. Nos últimos anos eu mais desfaço do que faço o diagnóstico. Assim como teve a onda do TDAH: é impossível que numa sala de aula 90% das crianças tenham TDAH. (2)

O aumento expressivo acho que se dá principalmente por duas questões. A ampliação dos critérios para transtorno bipolar não só na infância como também para os adultos. Então toda vez que você tem ampliação de critérios diagnósticos você vai ter um maior número de pessoas que vai se encaixar nesse perfil. O segundo motivo é uma consciência, um *awareness* maior por parte dos profissionais em relação a esses fatos. O que antes era tratado como crianças psicóticas, ou outros quadros hoje em dia você investiga mais o transtorno bipolar. Então eu acho que o aumento expressivo se dá principalmente pela ampliação dos critérios diagnósticos, em segundo o *awareness*. (7)

Toda vez que tem essas descrições de aumento de diagnóstico geralmente é uma mistura de fatos. Então, primeiro havia subdiagnóstico anterior, menos acesso, menor conhecimento diagnóstico. Mas eu acho, especificamente nesse quadro de transtorno bipolar, que houve uma definição muito inespecífica do diagnóstico. E apoiado por um grupo muito forte nos EUA que é o grupo de Harvard. Então eu acho que provavelmente tem uma supervalorização desse diagnóstico qualificando crianças que não tem uma especificidade em termos de prognóstico associado a doença bipolar, mas que tem muitas dificuldades de controle do humor. (17)

Ainda nessa pergunta, alguns entrevistados fizeram referência ao trabalho de Leibenluft e Argyres (2010) e da proposta de uma nova categoria diagnóstica para dar conta dessa confusão gerada pela ampliação dos critérios diagnósticos, particularmente a irritabilidade crônica. A proposta de entender a irritabilidade como um quadro sindrômico, que abre para diferentes possibilidades diagnósticas, que contemple inclusive um diagnóstico situacional, ou seja, relacional, influenciado pelo contexto, e não necessariamente patológico, nos parece a visão mais interessante.

Eu acho que teve um momento que teve uma influência importante daquele grupo de Harvard e tudo mais, mas acho que agora as coisas estão entrando mais nos eixos. E acho que os trabalhos da Leibenluft e do Argyres contribuíram muito pra colocar as coisas mais nos eixos, a chamar as coisas pelos nomes certos e vamos tratar de um jeito melhor. Eu gosto muito dos trabalhos da Leibenluft e do Argyres porque eu acho que eles puderam trazer essa questão da irritabilidade para uma outra, um outro enfoque. Vamos pensar irritabilidade como uma questão psicopatológica e vamos tentar abrir o leque, como é uma criança que tem uma irritabilidade? Vamos entender a irritabilidade como a febre na pediatria e aí abre uma chave diagnóstica para ver o que pode ser e não necessariamente que irritabilidade é igual TAB. Então eu acho que as coisas estão mudando, especialmente em função desse posicionamento que eu, particularmente, gosto muito. (11)

Em relação à hipótese do aumento exponencial de diagnósticos de TBI estar relacionado ao uso indiscriminado de antidepressivos e psicoestimulantes em faixas etárias cada vez menores, algumas respostas nos pareceram mais interessantes para os propósitos dessa pesquisa. Nessa seleção, veremos que existem pesquisadores que formulam hipóteses bastante consonante com nossa investigação, mesmo quando têm alguma ponderação em relação ao que defende Whitaker. Uma delas é a observação de que não temos como ter certeza que a criança que abriu um quadro bipolar após o uso de antidepressivo ou psicoestimulante apresentaria o mesmo na ausência da medicação.

Eu já vi muito. Tem duas formas: um caso é o de uso de antidepressivo em que a criança faz uma liberação frontal, aquelas crianças com quadros pouco específicos, disfóricos, disruptivos, com ataques de raiva, que a partir daí vai se desenvolvendo um quadro mais típico de transtorno bipolar. É claro que não dá pra gente afirmar que foi o uso da medicação que produziu aquele quadro, mas os dados empíricos mostram que isso é possível. E como o uso da medicação tem sido cada vez mais comum e cada vez mais precoce, então esse é um

caminho possível. Como há uma visão de que esses medicamentos são quase inócuos, as pessoas as vezes têm mais problema em dar o metilfenidato do que antidepressivos. E não é bem assim. (18)

A gente tem que começar a pensar que há um fator iatrogênico nesse processo: a procura cada vez maior desse tipo pelas famílias, estimuladas pelas escolas, diga-se de passagem, pelo uso de medicação para lidar com problemas gerais de medicamento e de desempenho. Você começa a expor a população infanto-juvenil a fatores novos, nesse caso iniciados pela própria prática médica. Acho que esse é um dos fatores. Difícil quantificar. Junto com aquele de você ver diagnóstico onde não existe e a partir daí seguir, e as vezes os dois se conjugados. Como em geral o que a gente traz mais forte é a predisposição genética e não a psicopatologia em si, você pode na verdade entornar o caldo introduzindo por exemplo um fator de risco iatrogênico e fazer com que algo que era uma potencialidade se atualize e não necessariamente se atualizaria caso você não introduzisse a medicação. (18)

Mesmo concordando com a hipótese causal da deflagração de mania induzida pelo uso de antidepressivo ou psicoestimulante, um psiquiatra relata que solução dada é o uso de estabilizador do humor ou antipsicótico por dois anos (!). Preconiza-se tratar o efeito adverso causado pelo uso de um psicotrópico com outros psicotrópicos. Ficamos com a impressão que o fato de uma criança ficar dois anos fazendo uso de lítio, anticonvulsivantes ou antipsicóticos é tratado de maneira trivial. E, ainda assim, gera mais lucro para as companhias farmacêuticas.

A ativação por antidepressivo é muito mais comum em criança e em idosos. Mas as vezes é muito difícil diferenciar se aquele quadro é uma ativação induzida pelo antidepressivo ou se já é uma abertura de quadro maníaco. Não tem estudo sobre isso. A criança sem histórico, sem nada e que não faz um quadro grave, eu chamo de ativação. Mas não tem nenhuma fundamentação científica pra eu chamar assim ou de mania. Eu chamo de ativação quando remitiu quando eu tirei o antidepressivo. **O que é preconizado é que a criança quando remite, após dois anos você pode tirar o estabilizador.** Se eu chamo de mania é porque a criança não estabiliza bem, depois que você começa é difícil parar. (6)

Um psiquiatra mostrou-se atento às questões relacionadas aos psicotrópicos pelo prisma comercial, curiosamente algo raramente comentado em todas as entrevistas:

Uma coisa que chama atenção é que o TDAH já existia antes do medicamento, já o Transtorno Bipolar vem pelo medicamento: Depakote, Risperdal. (12)

Por fim, veremos um psiquiatra que inclusive cita o trabalho do Whitaker, lembrando que, diferente das outras áreas da medicina, na psiquiatria, *o avanço do conhecimento, ao invés de reduzir morbidade, está produzindo aumento na prevalência dos transtornos mentais*. Se pensarmos que o grande financiador de pesquisa hoje é a indústria farmacêutica, que só se interessa por estudos que tragam lucros para eles, esse tipo de investigação clínica não terá grandes investimentos.

(...) se a gente começa a criar muitos quadros e muitos falsos-positivos como a gente vê, na verdade em excesso até para a classificação que aí está, isso exagera o uso de psicotrópicos e gera doença. Porque na verdade esse uso não foi estudado para essa população. Lembrar que o grupo usado hoje para pesquisa é extremamente restrito. Então além de você ter dificuldade de encontrar pacientes que se encaixem naquelas condições nas quais o medicamento foi testado, você usa em crianças que sequer fazem parte de halo no qual foi atestada as evidências. E talvez seja a explicação que o Whitaker traz de um paradoxo, de como pode que haja um avanço no conhecimento, e isso há mesmo, não está trazendo uma redução na prevalência dos transtornos mentais. Muito pelo contrário, tem aumentado. Como explicar esse paradoxo? Porque na verdade nas outras áreas da medicina, quando você avança, você reduz morbidade. Eu acho que pode ser essa a explicação. Muitos diagnósticos que podem ser artefactuais e a exposição desse população sendo medicada. E aí pode ser isso que está acontecendo: em vez de estar tratando você está gerando doença. Porque na verdade quando você demonstra o avanço da psiquiatria, você demonstra com aquela população que não necessariamente é quem está sendo medicada. Esse é o impasse que a gente está pois certamente o complexo médico-industrial não tem qualquer interesse em esclarecer esse tipo de questão. Até porque ele sabe que se fizer esse tipo de pesquisa vai sobrar pra eles. (18)

4.8 Bloco V: Construção Diagnóstica

(Para você, qual é a importância das informações colhidas junto aos pais, cuidadores e educadores na realização deste diagnóstico? E do exame clínico psiquiátrico da própria criança ?)

A pergunta de número 9 sofreu modificações ao longo do processo das entrevistas. Inicialmente formulada como “*Para você, qual é a importância do exame clínico psiquiátrico da própria criança na realização deste diagnóstico?*”, foi modificada para incluir dados sobre pais, cuidadores e educadores. O motivo dessa questão ter sido inicialmente formulada focando apenas o exame da criança, deveu-se ao fato de que Joseph Biederman, um dos proponentes da ampliação dos critérios diagnósticos para TBI e dos mais importantes defensores da inclusão da irritabilidade crônica como critério de primeira ordem para mania, ter realizado uma parte importante de seus trabalhos seminais utilizando uma escala de *screening*, o CBCL, para identificar quadros de mania, sem realizar o exame clínico de crianças menores de 12 anos. Usando uma amostra previamente rastreada para TDAH, aplicou um questionário apenas para os pais e encontrou alta taxa de concordância dos resultados com entrevistas estruturadas aplicadas anteriormente. A partir dessa constatação Biederman passou a defender que essa escala seja utilizada para *screening* de mania em crianças pequenas, sem que haja necessidade de examiná-las quando forem menores de 12 anos (BIEDERMAN e col., 1995).

Como, após a pergunta inicial, acabava tendo que explicar o porquê dessa formulação, achei melhor ampliar a questão e ver se essa particularidade, própria ao grupo de Harvard, aparecia espontaneamente. Obviamente, isso não aconteceu com a frequência esperada, mas as respostas provavelmente foram mais ricas e interessantes após a modificação.

As respostas a essa questão foram bastante variadas. Alguns psiquiatras sublinharam o caráter intrínseco da relação da criança com a família, sugerindo que a dinâmica familiar pode tanto contribuir quanto minimizar o quadro psicopatológico da criança. A divergência de pareceres e impressões trazidas pelos pais e pela criança também foi citada em mais de uma resposta, fortalecendo a importância do exame psíquico da própria criança, mesmo que menor de 12 anos. Por fim alguns referiram serem os pais os principais informantes, principalmente diante da importância de perguntar sobre sintomas específicos, a duração e episodicidade desses.

Dos pais a gente tem que tomar bastante cuidado porque tem pais que, depende do tipo da família; tem pais que vão se queixar de tudo, a gente vê que o paciente nem está tão ruim assim, para o pai esta péssimo. E outras famílias que são, que já aceita muito mais os

sintomas como alguma variação da normalidade porque a família toda é bipolar ou a família toda tem algum outro diagnóstico psiquiátrico; pra eles aquilo é normal. Então da família a gente confia, mas tem essa dificuldade também de saber o quê que pra eles seria normal e o quê que chama atenção naquele caso. (...) mas no transtorno bipolar eu acho que o acompanhamento longitudinal é bastante importante, porque a gente vê as oscilações a olho visto no consultório mesmo, de humor, de afeto, que nos ajuda objetivamente no diagnóstico. (5)

Eu tenho que ver a criança, vou levar em consideração o que os pais falam, o que a escola fala, mas eu tenho que ter um tirocínio para saber: “isso aqui parece que está meio enviesado”. Uma mãe muito deprimida, um pai irritado, uma escola com dificuldades sejam elas de qualquer, de que ordem for, tem que ser levado em consideração. (11)

Eu acho que é básico entender o funcionamento e o grau que aquele sintoma é sintomático da família. E também como que as pessoas lidam com aquele sintoma, sabe assim, o tanto que a família consegue ser amigável com o sintoma e o quanto que aquilo é disruptivo pra família. Tem famílias que manejam muito melhor, se contrapõem menos ao menino. (12)

Respostas muito interessantes foram elaboradas abordando a importância do relato na primeira pessoa. Não apenas para compreensão de como os problemas atingem as crianças, mas para refinamento dos próprios critérios psicopatológicos que utilizamos. O relato das próprias crianças é fundamental, principalmente porque temos importado essa descrição fenomenológica da psiquiatria do adulto, e essa ainda tem sido a conduta mais cuidadosa.

Quando você inclui a criança diretamente no processo de avaliação, colocando ela como protagonista, o que ela sente, o que ela pensa, você passa a ter um elemento que não resume a uma descrição externa da criança... A gente precisa introduzir isso mais: primeiro na prática da avaliação, mas que depois isso possa se estender à própria avaliação, que a gente possa incluir na classificação critérios mais fenomenológicos, que partam da vivência na primeira pessoa da criança. Por enquanto está totalmente ausente: tirando aqueles diagnósticos que compartilham características com os adultos que têm um padrão de descrições fenomenológicas, que isso foi estendido à criança, no mais isso está totalmente ausente. São descrições externas, baseadas no comportamento da criança. Principalmente os mais prevalentes. Você depende do relato dos pais e dos educadores e a criança fica alí a reboque. Muitas vezes ela nem é entrevistada propriamente dito. (18)

Posições contrárias acerca da importância do exame da criança também coexistiram. De um lado veremos psiquiatras que entendem que o processo de construção diagnóstica é algo inviável de ser feito sem a criança e o adolescente, inclusive para compreensão e consequente adesão destes ao tratamento. De outro lado tem os psiquiatras que dirão que, nas situações em que a sintomatologia não está presente no momento do exame, a informação colhida com os responsáveis pode ser suficiente e não devemos esperar que os sintomas se manifestem no momento do exame, correndo o risco de não diagnosticar.

Eu gosto muito do exemplo de um professor de psiquiatria infantil de Harvard que diz o seguinte: pra ti fazer o diagnóstico de alcoolismo tu não exige que o adolescente beba na tua frente. (1)

Então o exame do estado mental vai depender muito do estágio de doença que a criança está. Se ele está em um episódio de doença, seja depressivo, seja maníaco, seja misto, eu acho que é importante, mas eu acho que a descrição fenomenológica é mais importante, digamos assim. Longitudinalmente falando, a gente vai ver a criança, mas para o diagnóstico acho que a gente peca se a gente levar em conta só o exame do estado mental. A gente corre o risco dele não diagnosticar. Porque talvez naquele dia ele está bem. Mas a história que a mãe conta é bem diferente. (3)

Não é preciso dizer das diferentes filiações práticas e teóricas que regem a clínica dos psiquiatras citados acima e o que vem logo abaixo.

O terceiro [ponto] é o processo de tratamento em si: sem avaliar a criança você fica sem parâmetros mais seguros e confiáveis de que está havendo alguma mudança. A criança tem uma vantagem sobre o adulto porque ela está muito mais suscetível aos efeitos relacionais e cognitivos à possível resposta terapêutica. Por exemplo, o efeito placebo é muito mais marcante em crianças do que em adultos. Efeito placebo é um marcador indireto de que ela é influenciada pelo meio. Ela é muito mais sugestível. Então ela tende a responder muito bem às intervenções psicossociais. A medicação não tem o mesmo peso relativo que tem para o adulto. No adulto é o contrário: é como se você precisasse da medicação para torná-lo um pouco mais aberto, até para as intervenções psicossociais. A criança é o contrário, você pode as vezes dispensá-las da medicação, oferecendo recursos psicossociais, às vezes pela própria oferta de acolhimento, de cuidado, de atenção e assim por diante. Por outro lado tem ainda o efeito nocebo, que é o contrário do placebo, pessoas que acreditam que aquele remédio vai fazer mal ou mesmo crianças que se sentem absolutamente submetidas

por estarem recebendo medicação. Porque vêm que aquilo não é pra ela: os professores que estão se queixando dela, a família que está se queixando dela e que na verdade aquela é uma marca de doença. Então, se é uma marca de doença, é uma coisa que não é legal. Se não é legal vai me fazer mal. E, se acredita que vai fazer mal, provavelmente vai mesmo. Então quando você não inclui a criança, quando você não consegue construir um tratamento, inclusive medicamentosos, que faça sentido pra ela, eventualmente a criança vai jogar contra, obviamente de maneira inconsciente. Se isso já acontece em criança, em adolescente você multiplica por 10, pois a adolescência já é um momento de vida de confronto com as figuras de autoridade, e são as figuras de autoridade que vão ministrar o tratamento. Então, mais um motivo. Se já é difícil trazer o adolescente para tratamento, se ele ainda não se sente incluído, protagonista, vai ser muito difícil que ele responda. Que ele aceite, que siga e que portanto se beneficie do tratamento, mais ainda. Então esse é um problema atual: as crianças estão sendo muito levadas a tratamento, mas estão sendo muito pouco incluídas no processo e você cria aí uma tensão improdutiva. (18)

Perry e Levin (2012) defendem que, desde o DSM III, há uma mudança de paradigma em curso na psiquiatria e essa mudança atinge o coração da clínica com crianças e adolescentes, pois reduz de maneira marcante a importância dos conceitos operacionais de laço afetivo, trauma e contexto.

It appears to us that the common application of the PBD diagnosis reflects research and clinical practice that, consistent with the prevailing paradigm, underutilizes psychodynamics, family dynamics, attachment, trauma, and context. (PERRY; LEVIN, 2012, p 55)

Após pesquisarem crianças provenientes do sistema de assistência social que vivenciaram histórias de apego traumáticas e receberam o diagnóstico de TBI, os autores passaram a defender o uso da categoria diagnóstica de transtorno de desenvolvimento traumático (DTD – *Developmental Trauma Disorder*). Essas crianças apresentariam um quadro dissociativo, com “apegos desorganizados, estresse relacional e trauma” (*disorganized attachment, relational stress, and trauma*). Como no DSM IV o diagnóstico de transtorno dissociativo não existe como uma categoria específica da infância, essas crianças receberiam muito comumente o diagnóstico de TBI, em função de uma sintomatologia muito parecida. Argumentam que o problema da nosologia psiquiátrica atual, inclusive do diagnóstico de TBI-SOE, é que falta o contexto relacional

e resulta de uma reificação e simplificação dos diagnósticos. Ainda nesse artigo, criticam fortemente a maneira como os diagnósticos vem se transformando em aplicação de entrevistas estruturadas e escalas que, inicialmente desenvolvidas para a lógica da pesquisa quantitativa, tornou-se a garantia de uma medicina baseada em evidência, cujas evidências são completamente insuficientes. Em consonância com as críticas acerca da disseminação do diagnóstico por checklists, escalas e instrumentos estruturados, alguns psiquiatras entrevistados abordam essa temática, apesar de que de maneiras bastante diferentes.

Na verdade os checklists, as escalas e instrumentos, quando bem utilizadas podem ajudar muito os pais a trabalhar em cima de algo mais concreto. As escalas e questionários podem ser utilizadas como estratégia de psicoeducação para os pais, para a criança. Mas elas não fazem diagnóstico, nem em pesquisa. Jamais como instrumento diagnóstico, nem em pesquisa. A gente tem entrevistas diagnósticas para fazer diagnósticos, então a gente tem a Kid SADS, a DALBA, e cada uma tem suas especificidades e você precisa de um treinamento longo para utilizá-las. E mesmo assim não substitui avaliação clínica. Agora, escala e questionário não fazem diagnóstico. (7)

Então a observação da criança é fundamental. Não da pra você fazer um diagnóstico marcando “xizinho” se tem ou se não determinado sintoma. (11)

Isso do Biderman sempre me preocupou muito. Eu vi uma vez uma discussão do Findling com o Biderman e o Findling dizia que ele não via essa incidência tão alta de transtorno bipolar. Ele falava: criança bipolar talvez seja o diagnóstico mais difícil na infância, não vai ser com checklist que você vai fazer. Você tem que olhar a criança, você tem que conversar com a criança, atender a criança em diferentes momentos. Ele citava muito aquele artigo do Pliska de que os pais só conseguem falar de depressão em 50% dos casos, a concordância entre a criança ter depressão e os pais concordarem que aqueles são sintomas depressivos é de 50%. Em depressão que o diagnóstico é muito mais fácil, imagina em bipolaridade. (16)

Por fim achamos ilustrativo transcrever o relato de uma psiquiatra que mostra a riqueza da avaliação de crianças bipolares; de quão imprescindível e suficiente pode ser o exame clínico da própria criança:

Eu adoro tratar bipolar porque o QI deles é muito mais alto. Os estudos falam que não, mas eu também truco: o QI verbal é muito mais alto e o executivo mais baixo, então na média fica um QI normal. Então são

crianças que conseguem verbalizar muito bem. Mesmo as que têm dificuldade emocionais, elas têm cada sacada... Tem um menino que chegou aqui medicado com metilfenidato, antidepressivo, super agitado, super agressivo, aí suspendemos tudo e ele estabilizou. Isso acontece muito com o bipolar, ele estabiliza mas o déficit de atenção continua. Então a mãe veio dizendo: “não pelo amor de Deus, ele não pode perder o ano, ele sempre se deu bem com a ritalina...”. Aí, tem estudos que dizem que depois de dois meses estabilizado podemos entrar com uma anfetamina. Demos então um concerta pra ele e uma semana depois a residente veio consternada, dizendo que ele ficou super agitado, bateu em todo mundo da sala... Aí ela virou pro menino e falou assim: então, acho que a medicação foi errada, né? Aí o menino virou e falou pra ela: não, a medicação não foi errada, errada foram você e aquela médica que resolveram me dar esse remédio. Eu pensei: esse menino está certíssimo, é isso mesmo, ele é brilhante. Tem até essa história de bipolar ser mais criativo. A gente lá na USP fazia pesquisa e sempre fazia a testagem neuropsicológica e QI. Eles têm um QI verbal, que a gente perguntava “o que é um policial” e uma criança de 9 anos dizia: “um servidor público, pago para nos defender”. A gente morre de rir. É uma delícia entrevistar essas crianças, elas são muito mais desenvoltas, elas cobram muito mais. (6)

4.9 Diagnóstico categorial x dimensional

(Você considera mais interessante o diagnóstico categorial ou dimensional diante de um possível quadro de Transtorno Bipolar na infância? Por que?)

A última resposta dividiu as opiniões em três tipos basicamente: os que preferem o diagnóstico categorial por temerem que o diagnóstico dimensional acabe por incluir casos limítrofes, ampliando em demasia o número e a fenomenologia do diagnóstico; os que consideram a descrição dimensional mais rica e mais apropriada para a clínica; e um terceiro grupo que considera necessário ambos os processos de descrição.

Entre aqueles que consideram o diagnóstico categorial mais interessante, muitos fizeram referência à pertinência do diagnóstico dimensional para os quadros de TDAH e autismo, sublinhando que, nesses casos, haveria um *continuum* entre normalidade e patologia, fazendo com que a abordagem dimensional seja mais complexa e rica.

Eu acho que a gente ainda não tem condições de fazer dimensional. Eu acho que a gente ainda está apanhando para fazer categorial. (3)

Eu acho que categórico. Não vejo uma forma de poder utilizar uma dimensão de sintomas e poder dizer que isso é ou não é sintoma de

transtorno bipolar. Como eu te falei, na minha cabeça tem ou não tem. É meio categórico, que funciona na minha cabeça. Eu posso ficar, evidente, na dúvida, mas achar assim que existe assim uma dimensão... Eu acho que a dimensão ela cabe muito bem para transtorno do espectro autista. Isso eu acho que cabe como uma luva. Agora para, TDAH também um pouco, mas agora para transtorno bipolar, para mim é muito claro. (4)

O DSM-V, ele traz essa tendência pra dimensionalizar os transtornos, que eu acho que é uma vantagem, mas no caso do transtorno bipolar na infância, eu acho que seria mais interessante a gente ter algo categorial. Até porque é aquilo do dimensional no adulto com espectro bipolar, coloca um monte de gente que, talvez, seja mesmo, mas em adulto tem como mais a gente ver a evolução, a gente ver esse histórico também. Na criança, se a gente deixar muito em aberto, os diagnósticos vão explodir e talvez muitas outras patologias, ou às vezes nem é transtorno psiquiátrico; às vezes é alteração no ambiente mesmo que está deixando aquela criança daquele jeito, algo psicodinâmico mesmo que a gente vai englobar como transtorno bipolar. Eu acho que nesse caso em específico algo mais categorial eu acho mais seguro, a gente dá um diagnóstico mais com pé no chão. (5)

Aliás, em adulto o Akiskal tem um artigo clássico, que eu li quando era residente e que ele propõe o Bipolar tipo I, II, III, 14... Como a gente brinca: metade do mundo é bipolar e a outra metade ainda não sabe que é bipolar. Absolutamente tudo é justificado como bipolar: border, depressão ansiosa, depressão atípica, tudo é bipolar. É muito, muito forte aqui no Brasil, mas não é de jeito nenhum no resto do mundo. E o Akiskal tem vários seguidores aqui no Brasil... Mas essa idéia não é assim no resto do mundo. No resto do mundo, as grandes pesquisas são em bipolar tipo I, com carga genética, com quadros muito bem definidos. O tipo II fica uma coisa até meio largada por conta dessa coisa de ciclar, etc. Mas as grandes pesquisas na área não são da turma do espectro. (6)

Eu acho que o TDAH é impossível você fugir de uma lógica dimensional: o diagnóstico, nesse caso, é dimensional porque há uma continuidade com o comportamento de uma criança um pouco mais ativa e um pouco mais distraída. É impossível você estabelecer um critério claro. Mas eu fico com a impressão que nesses diagnósticos mais, em tese, mais graves, incluir uma lógica categorial junto com uma lógica dimensional é interessante porque de fato te garante que você só vai fazer, de fato, aquele diagnóstico onde há uma certa ruptura. Porque o diagnóstico dimensional, ele implica isso, né?! Essa linha, esse *continuum*. Enquanto o diagnóstico mais categorial implica uma certa ruptura entre aquele quadro e os outros. Eu, de fato, acho que mesmo que dentro do diagnóstico você possa ter uma lógica, talvez seja isso que eu estou querendo dizer, dentro do diagnóstico, como por exemplo, o autismo, outra comparação, dentro do diagnóstico cabe uma lógica dimensional de você pensar nesses termos espectrais, por exemplo, mas na relação do diagnóstico com a

normalidade, uma lógica categorial, ela talvez seja mais interessante para esses quadros mais graves, para você de fato garantir, de que você não vai fazer o diagnóstico de um bipolar levinho, mas de fato você vai fazer esse diagnóstico onde há uma ruptura, onde há uma diferença clara, uma diferenciação, do próprio ponto de vista da experiência da criança ou da psicopatologia, entre aquele quadro, os demais e a normalidade. Eu acho que há vantagens nas duas formas de raciocínio e talvez isso faça com que a gente de fato só reserve o diagnóstico de transtorno bipolar para crianças onde a gravidade do quadro se justifique.(15)

Eu acho que o transtorno... o diagnóstico bipolar, eu ainda acho que tem que levar em consideração uma coisa categorial. Acho que embora existam diferenças dentro do espectro em todas as condições, existem diferenças dentro do espectro, eu acho tanto as características, a implicação prognóstica e terapêutica é importante o suficiente para você levar em consideração que existe uma condição necessariamente muito diferente da norma. Agora, é verdade que existem variações dentro do diagnóstico de doença bipolar. Então, eu não sei, essa pergunta, na verdade (risos), é uma pergunta que eu tenho dificuldade de responder. (17)

Entre os que defenderam o diagnóstico dimensional, um psiquiatra argumentou que essa é uma forma de avaliação longitudinal, a longo prazo e mais individualizada, pois leva em consideração o processo de desenvolvimento do cérebro, bem como as particularidades de cada criança em separado. Outro entrevistado defendeu que todos os diagnósticos são dimensionais, e que a categoria é um corte artificial que fazemos transformando critérios em um nome.

Na verdade eu acho que todos são dimensionais, não é?! É que a gente chega uma hora que você faz, você coloca um corte fala eu transformo em categoria quando eu ponho o corte: preencheu tantos, X critérios então é, não é?! Aí vira categoria, mas na verdade todos são dimensionais. (11)

Dimensional. Sempre quando eu dou um diagnóstico pros pais eu nunca fecho assim, pra sempre. Eu digo que tudo está levando a crer assim, que vamos intervir, mas que como os diagnósticos são dimensionais uma criança bipolar não vai ser igual a outra criança bipolar; uma criança com TDAH não vai ser igual a outra com TDAH. O cérebro da criança está em formação. Pode ser que lá na frente a gente não vá entrar nesses critérios. Acho que é muito assim: nesse momento eu tenho esse diagnóstico, não sei se vai perdurar. Nesse momento vamos trabalhar tanto terapeuticamente como medicamentosamente para resolução desses problemas. (16)

A terceira maneira de responder a essa questão (sendo, nós mesmos, categoriais) foi considerando ambas as formas de avaliação necessárias. No entanto, veremos que cada entrevistado defende as duas maneiras de se olhar o fenômeno por motivos diferentes. A primeira dentre as três respostas selecionadas, utiliza-se de critérios puramente clínicos, defendendo as categorias como uma espécie de macro-visão, ou mapa - como o próprio define - utilizando a dimensão categorial como um aprimoramento ou um detalhamento da avaliação.

Na verdade você não precisa necessariamente fazer como se fossem diferentes alternativas, eles se complementam. Mas você não pode abrir mão do diagnóstico categorial porque ele permite construir sistemas, reduzir o grau de informação para organizar de uma maneira útil. Se você tiver tudo numa lógica dimensional você fica sem parâmetro. É como se fosse um mapa: o mapa perfeito do mundo é o mundo. A vantagem de ter uma mapa é exatamente a redução que ele opera e a seleção que faz. Se você vai aumentando o grau de detalhe e criando continuidades e continuidades, tem uma hora que você perde. Então uma certa complementariedade eu acho importante. Essa ideia de que você use as categorias maiores, no nível mais alto as categorias e na hora de refinar o diagnóstico usar dimensões, eu acho que é uma boa estratégia. (18)

Curiosamente, as outras duas respostas que defendem o uso de ambas maneiras de avaliar uma criança, o fazem por caminhos muito parecidos entre si, porém opostos ao que todos os outros previamente citados defendem. Enquanto o primeiro entrevistado entende que o diagnóstico dimensional é importante para pesquisa nos moldes do *Research Diagnostic Criteria*, esmiuçando e detalhando genética, neuropsicológica e neurologicamente cada estados de humor, o segundo entende que a visada dimensional permite que, dentro de uma população, sejam selecionados o que são normas e desvios da norma para aquela amostra. É uma espécie de raciocínio ao avesso daqueles citados anteriormente. Por esse raciocínio, na dimensão estaríamos mais aptos para selecionar o que destoa de traços considerados próprios a idade numa distribuição populacional. Já para os primeiros, a dimensão prima pela individualização de cada paciente, tomando a história de cada um como o contexto a ser considerado.

Já o diagnóstico categorial seria importante para informar e orientar o paciente e a família, que necessitaria de explicações mais exatas e pragmáticas no sentido de habilitar o médico e a família para agir.

Se tu queres olhar a ótica do que acontece na população, claramente o diagnóstico dimensional é melhor, é o mais correto porque grande parte dessas características que a gente vai chamar no seu extremo de transtornos, são características que se distribuem dimensionalmente na população. Então, até para o avanço do conhecimento da etiologia, desses traços de desatenção, de depressão, de ansiedade, é fundamental pra que a gente possa começar a olhar dentro de uma ótica dimensional. Entretanto, no consultório frente a um indivíduo único, o que o indivíduo quer saber e o que o médico quer definir, na grande maioria das vezes, é: está indicado ou não intervir. Depois, de que forma vou intervir. Para essa decisão muitas vezes a decisão interna do médico acaba tendo que ser categorial: é sim ou não. Tu não podes intervir dimensionalmente. Então, eu diria assim: depende por onde tu estás olhando. Para a compreensão dos transtornos mentais, sem dúvida a perspectiva dimensional é muito mais rica. Na realidade de consultório ela é fundamental para a caracterização psicopatológica, mas no final das contas tu vais ter que chegar a umas decisões que são categóricas em essência. (1)

É claro que o diagnóstico dimensional é muito mais interessante que o diagnóstico categorial, que é bem mais pobre, entretanto eu não acho que dê pra gente abrir mão de um ou de outro. O diagnóstico categorial é muito importante para questões de seguro, de planejamento, de saúde pública, o que o governo paga, o que o governo não paga. Para pesquisa ainda é importante, mesmo com o *ad hoc*, com a proposta do RDC que é a proposta do NIH. A proposta do NIH não é de substituir o diagnóstico categórico, mas de ampliar a busca. Ir além do diagnóstico e tentar buscar características ou traços, como por exemplo a irritabilidade: quais as representações genéticas, de neuroimagem, neuropsicológicas da irritabilidade? Quem são essas crianças? Aí você faz a análise toda em cima de um característica como é a da irritabilidade. Mas acho que é muito importante pra família ter um diagnóstico categórico pra que ela possa se orientar, se organizar e caminhar um pouco melhor. (7)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira vez que li algo sobre Transtorno Bipolar na Infância tive um misto de surpresa e estranhamento: nunca tinha visto nem ouvido falar que isso poderia ocorrer em crianças, ainda mais em crianças pequenas. Lembrava de ter aprendido que a própria imaturidade do sistema de catecolaminas nas crianças era a justificativa tanto para o que chamamos de efeito paradoxal dos psicoestimulantes, quanto para a quase inexistência de quadros maníacos em pré-púberes.

Já em relação aos púberes, vi e vejo quadros muito floridos, com sintomatologia exuberante e frequentemente graves já no primeiro episódio. Pelas próprias questões de maturidade e das mudanças hormonais a partir da puberdade, uma série de problemas psiquiátricos têm seu início nessa época da vida. Por outro lado, me perguntava por que aquilo soava tão fora de propósito, já que encontramos quadros de depressão, de ansiedade, quadros fóbicos e obsessivos com um certa frequência em crianças pequenas.

Aprendemos com a psiquiatria infantil que o fenótipo é modificado por alterações ambientais e com a medicina social que a sociedade tem o poder de modificar o que é considerado normal e patológico numa sociedade.

Quando diferentes fontes como livros técnicos, livros para o público leigo, artigos científicos, reportagens em veículos de comunicação de massa, de diferentes orientações teóricas e em diversas linguagens começam a falar sobre um fenômeno da maneira que se viu sobre o Transtorno Bipolar na Infância, é que realmente algo diferente está acontecendo.

A maneira como esse diagnóstico veio se ampliando e sendo usado para quadros cada vez menos específicos em diferentes centros de referência norte americanos; o uso de psicotrópicos de forma indiscriminada por um percentual importante da população; o enorme apoio por parte das organizações de pais e sociedade em geral; a adesão de grande parte dos pesquisadores e clínicos que lidam com essa questão e a influência que as indústrias farmacêuticas adquiriram nos Estados Unidos, não apenas no financiamento de pesquisadores e pesquisas, mas através de campanhas midiáticas extensivas, todos esses fatores conjugados se somam na configuração de uma realidade sociocultural que apenas esse país possui. É nesse sentido que acreditamos ser interessante fazer a analogia

a uma “*culture bound syndrome*”. De semelhante temos o fato de ser um fenômeno restrito a uma sociedade específica, a norte americana, que tem uma configuração social, cultural e econômica, únicas. Mesmo que construído por diversos atores, cada um acrescentando sua especificidade e contribuição na redefinição dessa patologia, trata-se de um fenômeno que, somadas as diferentes participações, produz, ao final, o mesmo e principal resultado: taxas exorbitantes de Transtorno Bipolar na Infância num único país.

Seria esse fenômeno secundário ao uso indiscriminado de antidepressivos e psicoestimulantes em um número cada vez maior de crianças, em idades cada vez mais tenras? Baldessarini, Fava, Offidani, Tomba, Reichard e Nolen são convincentes em seus argumentos. Em nossa amostra essa não é a característica mais comumente citada. No entanto, a única pesquisadora entrevistada que fez parte significativa de sua formação nos Estados Unidos afirma peremptoriamente que sim, muitas crianças fazem quadros maniformes após uso dessas substâncias. Não são poucos os artigos que corroboram essa hipótese, todos muito cuidadosos com a interpretação dos resultados, uma vez que falar de causalidade em psiquiatria sempre causa enorme celeuma. No mínimo, o uso de antidepressivos ou psicoestimulantes provocou o desencadeamento mais precoce da doença. No máximo, deflagrou uma patologia que não temos como afirmar que aconteceria na ausência desse fator desencadeante.

Por motivos óbvios, nem os médicos que prescrevem essas medicações de forma indiscriminada, nem a indústria farmacêutica que os produz têm interesse em aprofundar essa discussão. Por outro lado, Robert Whitaker, o jornalista que mais consistentemente defende essa ideia, ganhou o prêmio de melhor livro do ano de 2010 do Investigative Reporters & Editors (IRE), na categoria *jornalismo investigativo*. Outros autores, cujos trabalhos foram comentados ao longo dessa pesquisa, também podem ser considerados partidários dessa visão: Stuart Kaplan, Sharna Olfman, David Healy, Joanna Le Noury, Sammi Timimi, Joanna Moncrieff, Allen Frances, Allan Horwitz e Jerome Wakefield, para citar apenas os autores de língua inglesa. Essa característica também contribui para complexificar esse fenômeno: são eles que produzem as maiores aberrações sociais, mas são eles que produzem também as críticas mais ferrenhas a essas aberrações. Mesmo que não seja uma literatura psiquiátrica *mainstream*, ela está disponível para quem quiser se informar.

No que concerne à avaliação das entrevistas, antes de mais nada é importante reconhecermos as limitações desse trabalho. A primeira diz respeito à amostra selecionada. Apesar de termos tentado contato sem sucesso com o grupo da USP, teria sido importante ter entrevistado seus psiquiatras infantis, uma vez que é o primeiro ou segundo grupo mais forte em pesquisa no Transtorno Bipolar em crianças no Brasil.

Outra limitação que só foi percebida ao longo do trabalho, diz respeito às questões formuladas. Deveríamos ter questionado se os programas especializados fazem recrutamento ativo de pacientes bipolares, e se os programas recebem algum financiamento ou contribuição das indústrias farmacêuticas para suas linhas de pesquisa. Apesar de supormos que ambas as respostas possivelmente seriam positivas, não as fizemos.

Olhando para nossos resultados, o primeiro dado que nos chama a atenção é a diferença da frequência com que os serviços especializados em TBI reconhecem crianças com esse diagnóstico – vários casos por semana – daqueles que não selecionam a amostra atendida – que reconhecem raramente. De antemão podemos dizer que a lógica de funcionamento desses serviços é muito particular, com um contingente enorme de pesquisadores dedicados às tarefas de avaliação, acompanhamento, testagens, exames complementares, internações, discussão em equipe, supervisão, etc. Sob esse prisma, são serviços dedicados à tarefa de selecionar e estudar essa clientela específica. No entanto, como evidenciado pelas respostas à terceira questão, esse é um viés muito particular dessa organização de serviço, que também podemos ver nos estudos norte americanos de serviços especializados. Apesar de não termos feito nenhuma pergunta a esse respeito, é possível que os dois serviços com perfil especializado em TBI que visitamos façam busca ativa dessa clientela, como é realizado pela USP, através do site da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (www.abrata.org.br).

Essa observação também nos permite afirmar que a lógica dos serviços especializados reproduz um modo de olhar e fazer pesquisa na área clínica que entendemos ser o coração das chamadas epidemias diagnósticas. Mesmo com respostas muito mais favoráveis ao exame clínico da criança para a formulação do diagnóstico e a afirmação taxativa de que escalas e instrumentos de avaliação não fazem diagnóstico, sabemos que o simples fato de esses instrumentos fazerem parte dos protocolos de

pesquisa e serem utilizados cotidianamente pelos psiquiatras pesquisadores, por si só condicionam o olhar e o raciocínio desse profissional. Ainda que as crianças sejam de fato avaliadas - e são, pois estive presente nos locais e pude ver o funcionamento dos serviços - é humanamente impossível pedirmos para que o pesquisador se dispa de suas ferramentas de pesquisa quando não estiver atuando como pesquisador, mas como clínico. Não temos a capacidade de ligar um modo de pensar e desligar outro, o raciocínio clínico e de pesquisa é um só. Sabemos também que, desde o DSM III, os instrumentos de pesquisa exercem um certo fascínio sobre os psiquiatras, possibilitado envolver o fazer psiquiátrico numa roupagem científica por muitos almejada. Consequentemente, aqueles que passam parte significativa de seu tempo manejando instrumentos de pesquisa e moldando seu raciocínio com essas ferramentas, irão supervalorizar elementos que, avaliados de forma atomizada e descontextualizada, podem ser tomados como indicativos de patologia. E, como vimos, o contexto de vida e as questões relacionais terão menor peso na avaliação final. Por outro lado, dependendo do olhar de quem avalia, esse mesmo comportamento pode não ser tão valorizado e ser considerado parte do desenvolvimento normal da criança.

Não se trata aqui de demonizar os psiquiatras pesquisadores nem de endeusar os clínicos, mas de entendermos como, dependendo do olhar de quem avalia, a mesma criança pode ser considerada portadora do diagnóstico de transtorno bipolar ou não.

Os mesmos instrumentos e escalas usados para diagnosticar o TBI são os que determinam se a criança completa critérios para outros diagnósticos e, não coincidentemente, produzem taxas exorbitantes de comorbidade. Como a prioridade nos serviços especializados é dada à produção de dados para pesquisa, mais uma vez essa lógica sobrepõe-se à lógica da assistência clínica.

Nesse aspecto, corroborando o que a literatura já evidencia, percebemos que as entrevistas estruturadas e escalas se transformaram no principal instrumento diagnóstico, substituindo a avaliação clínica e o raciocínio psicopatológico. Há uma inversão da lógica diagnóstica, em que a pesquisa orienta a clínica, e os instrumentos, inicialmente formulados para pesquisadores leigos, se transformam na coluna vertebral da formação e

da prática desses profissionais.

Se voltarmos à questão da filiação estatística, presente desde a primeira edição do DSM, e da virada pragmática que é proposta a partir do DSM III, onde os diagnósticos se transformam em listas de sintomas e critérios de inclusão e exclusão, constataremos que o modo de se debruçar sobre a doença mental nos sistemas norte americanos se afasta do *modus operandi* da clínica, que requer um olhar individualizado, histórico e sob contexto. Curiosamente, o próprio Allen Frances, chefe da força tarefa responsável pela quarta edição do DSM, apesar de reconhecer os limites presentes na classificação norte americana desde o DSM III, defende sua forma simples e superficial de agrupar os diagnósticos, pois entende que é a única maneira de ser usada universalmente. Contudo, ele assume que o uso que é feito do manual, reificando as categorias diagnósticas e formando novas gerações de psiquiatras de maneira extremamente simples e pobres psicopatologicamente, se tornou um desastre para a própria psiquiatria.

Unfortunately, the DSM approach has been far too influential – dominating the field in a way we never intended. Nuanced psychiatry has become checklist psychiatry, homogenizing individual differences and custom-tailored treatments. Psychiatry, once too idiosyncratic and chaotic, has become too standardized and simpleminded. Training programs focus excessive attention on teaching diagnosis and not enough on understanding everything else about the patient. (Frances, 2013, p.217)

Consideramos que a herança estatística das classificações psiquiátricas norte americanas e sua mudança em busca de uma aplicabilidade à pesquisa a partir do DSM III, tem efeito ainda mais grave sobre a clínica da infância e adolescência. Mais do que nos adultos, a avaliação e o tratamento de crianças e adolescentes requerem que levemos em conta suas relações com pais, cuidadores, educadores, além do contexto do aparecimento dos sintomas e sua história de maneira individualizada. Crianças e adolescentes são muito mais sensíveis a mudanças no ambiente (PERRY; LEVIN, 2012). Pela própria natureza de total dependência da criança com aqueles que cuidam de sua sobrevivência emocional e física, não há como separar esses elementos, que se constituem e são constituídos em um mesmo processo (WINNICOTT, 2013).

A sobrevalorização do conhecimento estatístico leva a uma procura por padrões

repetitivos nos mais variados contextos clínicos e, como vimos no trabalho de Dubicka e colaboradores, vicia o olhar do clínico orientado por essa grade conceitual, que passa a enxergar sintomas de mania onde outros clínicos não os veem. Estudos semelhantes comparando as taxas de esquizofrenia e de TDAH entre adolescentes americanos e ingleses também encontraram resultados significativamente divergentes: enquanto os adolescentes americanos receberam duas vezes mais diagnóstico de esquizofrenia ao sair de internações psiquiátricas, estudo comparativo com amostras nacionais, encontrou taxas vinte vezes maiores de TDAH entre os americanos. Ambos os estudos resultaram em mudanças nos critérios diagnósticos da Academia Americana de Psiquiatria e da Organização Mundial de Saúde: o DSM III passou a usar critério mais estreito para esquizofrenia, e a CID 9 mais ampliados para TDAH (DUBICKA e col., 2008).

Através das entrevistas e da bibliografia usada em nossa pesquisa, vimos fenômeno semelhante acontecer com o conceito de mania na infância, que de um quadro grave, que requeria internação, muitas vezes compulsória, passa a ser descrito como irritabilidade, baixo limiar para frustração, impulsividade, agressividade, aumento de energia, enfim, características que podem estar presentes em crianças sem que isso signifique patologia. Nessa direção, recentemente o Instituto Nacional de Excelência Clínica (NICE) da Inglaterra recomendou que, em função da dificuldade de sua interpretação em pré púberes, a irritabilidade não seja considerada critério principal para mania nessa faixa etária.

Mesmo que haja uma definição mais estreita para mania em crianças, e já vimos que oficialmente os critérios são aqueles contidos no DSM IV, o que pudemos constatar nesse trabalho é que os critérios em si importam muito menos do que o uso que os profissionais fazem deles. Sempre que houver a descrição de critérios ampliados, existirá a possibilidade de pesquisadores e clínicos os utilizarem.

Não queremos dizer com isso que o Transtorno Bipolar na Infância não exista.

Estamos convencidos de que, *apesar de raro*, esse diagnóstico existe em crianças pré púberes. Entretanto não há razão para ampliarmos os critérios estabelecidos para os adultos, já que sua manifestação na infância se dá na forma clássica, ou seja, com ciclos diferenciados entre as fases de mania, depressão, e de funcionamento normal entre esses episódios. Para que a irritabilidade seja considerada como um critério diagnóstico do tipo

A, essa deve ter uma apresentação episódica clara e não crônica. Mais do que preencher um determinado número de critérios diagnósticos, devemos insistir na apresentação fásica ao longo do tempo e, quando isso não ocorrer, não devemos ter pressa em fechar o diagnóstico. Esse é um diagnóstico grave, cíclico e crônico. Além disso, existem trabalhos que mostram que muitas crianças com sintomatologia maniforme **não** evoluem para quadros bipolares tipo I (em 85% dos casos no estudo de Youngstrom e colaboradores [2013] e em 99% dos casos no estudo de Stringaris e colaboradores [2010]). A ampliação do diagnóstico de forma a incluir a irritabilidade crônica ou mesmo as ciclagens crônicas, rápidas, ultra-rápidas e ultra-ultra-rápidas, produzem mais falsos positivos do que potenciais bipolares. Como o tratamento farmacológico que tem sido preconizado implica o uso de várias medicações que apresentam muitos efeitos colaterais e que devem ser usadas por um tempo longo, defendemos que essa decisão deve ser a mais cuidadosa possível.

Consideramos preocupante a incidência e o poder que o complexo médico-acadêmico-industrial tem sobre a criação dessas novas epidemias diagnósticas, seja através do financiamento das pesquisas no campo acadêmico, da influência que exerce sobre as novas gerações de psiquiatras ou mesmo no público leigo através da propaganda direta ao consumidor. A força performativa que os diagnósticos psiquiátricos adquiriram nos últimos 30 anos vem transformando as identidades e a subjetividade humana, na maioria das vezes, de uma maneira pobre e estereotipada. Dizemos na maioria das vezes porque nem sempre a possibilidade performática dos diagnósticos é redutora de normatividade. Temos exemplos, como no caso do importante movimento da neurodiversidade, em que autistas de alto funcionamento se apropriam da forma que são descritos e redefinem os critérios previamente estabelecidos por terceiros. Ao defenderem seus modos de estar no mundo de maneira diversa porém não necessariamente patológica, os próprios protagonistas contribuem com a forma de compreender e se relacionar com eles. Descrito por Yan Hacking como efeito de arco ou de retroalimentação (*looping effect*), essa engenhosa e sofisticada dinâmica vai caracterizar o que conhecemos como *tipos interativos*. Menos capacitadas para se apoderar das descrições sobre elas, as crianças, no entanto, ficam muito mais subjugadas pelas etiquetas que lhe são atribuídas, e são melhor classificadas como *tipos indiferentes* (HACKING, 1999).

Mesmo adolescentes, que já possuem alguma capacidade de elaboração, dificilmente conseguem algum distanciamento e questionamento acerca de diagnósticos que lhe são atribuídos e da forma como se veem. Num trabalho sobre a experiência de adolescentes com uso de medicação psicotrópica (75% com diagnóstico de bipolar, idade média de 14 anos e idade média de início de uso de medicação de 10 anos), podemos ver, através de seus depoimentos, que esses têm muito mais queixas do que percepção de benefício com os remédios. Os autores dão como exemplo o depoimento de uma adolescente de 14 anos, diagnosticada como bipolar aos 12 anos, após o uso de ISRS aos 10 anos. Essa adolescente acredita que está usando remédios em função do desejo da mãe (o pai é contra) e avalia que os maiores benefícios ocorrem em função da relação com os familiares, os pares e a escola (FLORESCH, 2009).

Mais grave, porém, do que classificar de maneira rasa, pouco normativa e descontextualizada os comportamentos humanos, preocupa-nos a produção de doença de maneira iatrogênica, deliberada e criminosa. Pode parecer forte, mas não há como falar de maneira diferente. Inúmeros são os casos de crianças pequenas que morreram em função do uso indiscriminado de medicação psicotrópica (MURPHY, 2008; CARMICHAEL, 2008; CARPENTER, 2009; WILSON, 2010).

Outro motivo de cautela menos óbvio, mas não menos importante, é que crianças respondem muito pior a psicofármacos do que adultos, além de necessitarem de doses relativamente mais altas em função de terem o metabolismo hepático e renal mais acelerado para um índice de massa corporal menor (GREEN, 2007). Afora encontrarem-se em pleno processo de desenvolvimento psíquico, logo com manifestações comportamentais em franco processo de mudança, os próprios circuitos cerebrais encontram-se imaturos e em desenvolvimento, gerando respostas menos efetivas e os famosos efeitos paradoxais ao uso de psicofármacos (GREEN, 2007).

Ainda em relação à diferença entre a clínica da infância e adolescência e a do adulto, vemos que, especificamente no caso do TBI, a forma de realizar a avaliação e o diagnóstico nas crianças é baseada no olhar importado da psiquiatria do adulto, de maneira que diferenças e especificidades fundamentais não são necessariamente consideradas. Além das dimensões histórica e relacional, previamente abordadas, no caso de crianças e adolescentes, aspectos relacionados às diferentes etapas do

desenvolvimento são fundamentais. Por mais que a formação do psiquiatra infantil permita o conhecimento do que é próprio às diferentes etapas do desenvolvimento, quando um diagnóstico é construído baseado em descrições psicopatológicas dos adultos, menos contextualizada se torna a avaliação da criança e mais ela se aproxima do modelo de causalidade exclusivamente biológico.

Alguns entrevistados se mostraram especialmente preocupados com a formação do psiquiatra infantil que, além de estar mais empobrecida em relação ao conhecimento fenomenológico e psicopatológico, estaria dando cada vez menos importância ao conhecimento sobre as diferentes etapas do desenvolvimento da criança e do adolescente. A sugestão de um dos entrevistados de construirmos uma psicopatologia baseada em relatos na primeira pessoa, através da experiência das próprias crianças e adolescentes sobre seus sentimentos, pensamentos e percepções, nos parece ser uma proposta muito interessante. Como bem descreveu uma outra entrevistada, as crianças bipolares *de verdade* são extremamente eloquentes, articuladas, falantes, muitas vezes cooperativas, outras nem tanto... De toda maneira, esse é o nosso material mais rico e próprio se quisermos de fato conhecer do que se trata o Transtorno Bipolar na Infância e de que maneira podemos ajudar esses jovens.

Através das entrevistas tivemos diversos exemplos de crianças que foram erroneamente diagnosticadas como bipolares e que, depois que tiveram suas medicações suspensas ou adequadas ao problema de base, melhoraram sensivelmente. Apesar de não termos nos atido tanto sobre essa questão, os esquemas medicamentosos propostos para o tratamento de TBI são pesados, geralmente com um ou mais estabilizador do humor e um ou mais antipsicótico atípico. Os protocolos de tratamento defendidos pela maior parte das publicações norte americanas incluem o uso de remédios com enorme perfil de efeitos colaterais, não apenas metabólicos (os mais reconhecidos e comentados), mas cognitivos e emocionais. É claro que essas medicações funcionam para quadros supostamente maníacos, elas sedam qualquer pessoa que as utilizar. No entanto, quando não são crianças de fato em fase maníaca o efeito pode produzir muito mais malefício do que benefício como embotamento afetivo, sonolência, retraimento social e lentificação psicomotora, para ficarmos nos mais comuns.

Apesar de estarmos atentos à questão do poder que as indústrias farmacêuticas adquiriram ao longo dos anos, particularmente com as medicações psicotrópicas e conseqüentemente através de seus prescritores e pesquisadores, não fizemos uma pergunta que abordasse essa realidade no Brasil. Não fizemos essa pergunta, mas consideramos que seria elucidativa diante de nossa compreensão do fenômeno do crescimento do diagnóstico de TBI, que parece já estar acontecendo nos serviços especializados brasileiros, reproduzindo a lógica já estabelecida nos Estados Unidos. Um artigo recente, dos mesmos autores que escreveram sobre conflitos de interesse no DSM 5, analisa algumas linhas de pesquisa farmacológica dirigidas à construção de uma relação direta entre certos diagnósticos e o uso de medicações específicas. Das quinze linhas analisadas, uma está sendo realizada pela UFRS - um ensaio avaliando a eficácia do Risperdal® no tratamento do Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor. O *trial* é financiado pela Janssen (COSGROVE, 2014). É importante salientar que o que está sendo questionado é a lógica do pensamento necessário à pesquisa e, conseqüentemente, as práticas oriundas desse modelo. A necessidade de obter dados relevantes, particularmente através de números estatisticamente significantes, facilita a lógica do diagnóstico alargado pois possibilita a inclusão de um número maior de participantes.

Felizmente, uma outra conclusão que podemos depreender da avaliação das entrevistas é que, mesmo os psiquiatras infantis que tiveram uma formação em universidades que trabalham com a lógica da especialidade, quando não se encontram inseridos nesses programas, não relatam presenciar crianças com TBI com a mesma frequência daqueles que estão inseridos nesses programas. O que podemos concluir, talvez de maneira otimista, é que é preciso estar nesses programas para diagnosticar essas crianças.

Em relação à aplicabilidade desses estudos no campo da saúde pública, é preciso termos uma certa cautela pois, como mostram os estudos longitudinais e as meta-análises, a prevalência de Transtorno Bipolar na Infância é extremamente baixa. O que pode ser explicado pelo fato de o campo da clínica não reproduzir as condições controladas exigidas pela lógica da pesquisa centradas nos modelos de estudos clínicos randomizados.

A busca de produção de evidências a partir de pesquisas realizadas em serviços territoriais ainda está por se fazer de modo efetivo e consistente.

A produção de conhecimento no Brasil está muito limitada às universidades que adotam esse modelo de serviços especializados, onde é priorizado a produção de dados para pesquisa, de forma que essa lógica sobrepõe-se à lógica da assistência clínica. É preciso que haja pesquisa nos serviços territoriais, sem condições controladas, na forma de ensaios clínicos pragmáticos, que permitam avaliar o acompanhamento longitudinal e o desfecho dos casos clínicos nesses serviços. Devemos priorizar um modelo de produção de conhecimento deve ser contruído a partir da vida real e para a vida real, complexa, territorial, da realidade brasileira. Senão continuaremos importando modelos de adoecimento estrangeiro. E com eles suas medicações e mais formas de adoecimento.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. **A psiquiatria no divã. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.
- AKISKAL, H. S. - The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: Beyond DSM-IV. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v. 16, p. 4S–14S, 1996.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** (1st edition). Washington, DC: American Psychiatry Association, 1952.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** (2th edition) Washington, DC: American Psychiatry Association, 1968.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** (3th edition). Washington, DC: American Psychiatry Association, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** (4th ed. Text Revision ed.). Washington, DC: American Psychiatry Association, 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2014.
- ANGST, J. - The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. **J Affect Disord**, v. 50, p. 163–173, 1998.
- ANSEMI, L.; FLEITLICH-BILYK, B.; MENEZES, A.M.B.; ARAUJO, C.L.; ROHDE, L.A. - Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. **Soc Psychiat Epidemiol.**, v. 45, p. 135–142, 2010.
- ATWOOD, D. - From DSM-I TO III-R; Voices of Self, Mastery and the Other: a Cultural Constructivist Reading of U.S. Psychiatric Classifications. **Soc. Sci. Med.**, v. 35, n. 1, p. 3 -24, 1992.
- AXELSON, D.; BIRMAHER, B.; STROBER, M.; GILL, M.K.; VALERI, S.; CHIAPPETTA, L. et al. – Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, n. 10, p. 1139-1148, 2006.
- BEZERRA JR., B. C. A Psiquiatria contemporânea e seus desafios In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J.R. (Org.). **Criação de Diagnósticos na Psiquiatria Contemporânea.** Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- BALDESSARINI, R.J.; FAEDDA, G.L.; HENNEN, J. - Risk of mania with

antidepressants. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v 159, p. 289–298, 2005.

BIEDERMAN J, WOZNIAK J, KIELY K, ABLON S, FARAONE S, MICK E, MUNDY E, KRAUS I. - CBCL clinical scales discriminate prepubertal children with structured interview-derived diagnosis of mania from those with ADHD. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 34, p. 464-471, 1995.

BIDERMAN, J.; RUSSELL, R.; SORIANO, J.; WOSNIAK, J.; FARAONE, Stephen V. - Clinical features of children with both ADHD and mania: does ascertainment source make a difference? **Journal of Affective Disorders**, v. 51, p. 101–112, 1998.

BIEDERMAN, J.; FARAONE, S.V.; WOZNIAK, J.; MONUTEAUX, M.C. Parsing the association between bipolar, conduct, and substance use disorders: a familial risk analysis. **Biol Psychiatry**, v. 48, p. 1037–1044, 2000.

BIEDERMAN, J.; FARAONE, S.V.; WOZNIAK, J.; MICK, E.; KWON, A.; ALEARDI, M. Further evidence of unique developmental phenotypic correlates of pediatric bipolar disorder: Findings from a large sample of clinically referred preadolescent children assessed over the last 7 years. **J Affect Disord**, v. 82 (Suppl. 1), p.S45–S58, 2004.

BIEDERMAN J.; FARAONE, S.V.; WOZNIAK, J.; MICK, E.; KWON, A., CAYTON, G.A.; CLARK, S.V. Clinical correlates of bipolar disorder in a large, referred sample of children and adolescents. **J Psychiatr Res**, v. 39, p. 611-622, 2005.

BLADER, J.C.; CARLSON, G..A. - Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996–2004. **Biol Psychiatry**, v. 62, n. 2, p. 107–114, 2007.

PAULA, CS, BORDIN, IAS, MARI JJ, VELASQUE L, ROHDE LA, et al. - The Mental Health Care Gap among Children and Adolescents: Data from an Epidemiological Survey from Four Brazilian Regions. **PLoS ONE**., 9(2):e88241, 2014.

BROTMAN, M.A.; SCHMAJUK, M.; RICH, B.A.; DICKSTEIN, D.P.; GUYER, A.E.; COSTELLO, E.J.; EGGER, H.L.; ANGOLD, A.; PINE, D.S.; LEIBENLUFT, E. Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. **Biol Psychiatry**, v. 60, p. 991-997, 2006.

CARLSON, G.A. Bipolar affective disorder in childhood and adolescence. **Affective disorders in childhood and adolescence**. New York: Spectrum Cantwell DP, 1983.

CARLSON, G.A.; MEYER, S.E. - Phenomenology and diagnosis of bipolar disorder in children, adolescents, and adults: complexities and developmental issues. **Dev.Psychopathol.**,v.18, p. 939–69, 2006.

CARMICHAEL M. - Cover story: Welcome to Max's world. Newsweek. 2008, May 26. Retrieved from <http://www.newsweek.com/id/137517>.

CARPENTER T. Child's death a tragic destiny. **Topeka Capital-Journal Online**. 2009, June 6. Retrieved from http://cjonline.com/news/state/2009-06-6/child%E2%80%99s_death_a_tragic_destiny

COHN, S. Disrupting Images: Neuroscientific Representations in the Lives of Psychiatric Patients, in **Critical neuroscience : a handbook of the social and cultural contexts of neuroscience** / edited by Suparna Choudhury and Jan Slaby, 2012.

CONRAD, P. **The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. **Annua. Rev Sociol**, v. 18, p. 209-32, 1992.

COSGROVE, L.; KRIMSKY, S. A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists. **PLoS Med.**, v. 9, n. 3, e1001190, 2012.

COSGROVE, L.; KRIMSKY, S.; EHEELER, E.E.; KAITZ, J.; GREENSPAN, S.B.; DiPENTIMA, N.L. – Tripartite Conflicts of Interest and High Stakes Patent Extensions in the DSM-5. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 83, p.106-113, 2014.

DAVIS, L. - **The disability studies reader**. 2nd ed. Edited by Lennard J. Davis. Taylor & Francis Group, LLC, 2006.

DEMAZEUX, S. - **Qu'est-ce que le DSM? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie**. Les Éditions d'Ithaque, 2013.

DUBICKA, B.; CARLSON, G.A.; VAIL, A.; HARRINGTON, R. Prepubertal mania: diagnostic differences between US and UK clinicians. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 17, p. 153–61, 2008.

DUMIT, J. **Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health**. Duke University Press, Durham and London, 2012.

DUNN, W.; DAVID, M.D. | October 15, 2010
What the Future Holds. Psychiatric Times, in <http://www.psychiatrytimes.com/child-adolescent-psych/content/article/10168/1694966#>

EISENBERG, L. Mindless and Brainlessness in Psychiatry. **British Journal of Psychiatry**, v. 148, p. 497-508, 1986.

FAEDDA, G.L.; BALDESSARINI, R.J.; GLOVINSKY, I.P.; AUSTIN, N.B. Pediatric bipolar disorder: Phenomenology and course of illness. **Bipolar Disorders**, v.6, p. 305–313, 2004.

FARAONE, S. V.; BIEDERMAN, J.; WOZNIAK, J.; MUNDY, E.; MENNIN, D.; O'DONNELL, D. Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 36, n. 8, p. 1046–1055, 1997.

FINDLING, R.L.; JO, B.; FRAZIER, T.W. et al. - The 24-month course of manic symptoms in children. **Bipolar Disord**. sept, 15(6): 669-679, 2013.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v 43, p. 6, June, 2004.

FOUCAULT, M. **Os Anormais**. Curso no Collège de France (1974 - 1975). 2. ed. São Paulo: Martins Fontes. 2010. [1. ed. 2001]

FRANCES, A. - **Saving Normal. An Insider Revolt Against Out-of Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life**. William Morrow, NY, 2013.

GALANTER, C.A.; HUNDT, S.R.; GOYAL, P., LE, J.; FISHER. P.W. Variability among research diagnostic interview instruments in the application of DSM-IV-TR criteria for pediatric bipolar disorder. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**. v. 51, p. 605–21, 2012.

GELLER, B.; FOX, L.W.; CLARK, K.A. Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6- to 12-year-old depressed children. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 33, p. 461-468, 1994.

GELLER, B.; SUN, K.; ZIMERMAN, B.; LUBY, J.; FRAZIER, J.; WILLIAMS. M. - Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: a preliminary study. **J Affect Disord**, v. 34, p. 259-268, 1995.

GELLER, B.; ZIMERMAN, B.; WILLIAMS, M.; DELBELLO, M.P.; BOLHOFNER, K.; CRANEY, J.L.; FRAZIER, J.; BERINGER, L.; NICKELSBURG, M.J. - DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. **J Child Adolesc Psychopharmacol**, v. 12, p. 11-25, 2002.

GELLER, B.; TILLMAN, R.; BOLHOFNER, K. - Proposed definitions of bipolar I disorder episodes and daily rapid cycling phenomena in preschoolers, school- aged children, adolescents, and adults. **J Child Adolesc Psychopharmacol**, v. 17, n. 2, p. 217–222, 2007.

GELPERIN, K. - Psychiatric adverse events associated with drug treatment of ADHD. FDA Center for Drug Evaluation and Research, March 3, 2006.

GOODWIN, F.K.; JAMISON, K.D. - **Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression** , Oxford University Press, Inc. , 2007

GOODMAN, R.; NEVES DOS SANTOS, D.; ROBATTO NUNES, A. P.; PEREIRA DE MIRANDA, D.; FLEITLICH-BILYK, B.; ALMEIDA FILHO, N. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 40, p. 11–17, 2005.

GOLDCARE, B. **Ciência Picareta**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

GREENE, J.A. **Prescribing by Numbers. Drugs and the Definition of Disease**. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2009.

GREEN, W.H. **Psicofarmacologia clínica da Infância e da Adolescência**. 4. ed. São Paulo: Guanabara Koogan. 2008.

Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder. AACAP Official Action. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry** 46:1 january, 2007.

HACKING, I. - The looping effect of human kinds. In: SPERBER, D. et al. (ed.) **Causal Cognition: An Interdisciplinary Approach**. Oxford University Press: Oxford, [p. 351-383], 1995.

HARPAZ-ROTEM, I.L.; DOUGLAS, L.; MARTIN, A; ROSENHECK, R.A. - Changes in child and adolescent inpatient psychiatric admission diagnoses between 1995 and 2000. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, v. 40, p. 642–647, 2005.

HARPAZ-ROTEM, I.; ROSENHECK, RA. - Changes in outpatient psychiatric diagnoses in privately insured children and adolescent from 1995 to 2000. **Child Psychiatry Hum Dev.**, v. 34, n. 4, p. 329-40, Summer, 2004.

HEALY, D.; LE NOURY, J. - [Paediatric Bipolar Disorder. An object of study in the creation of an illness](#). **Int J Risk & Safety in Medicine**, v. 19, p. 209-221, 2007.

HEALY, D. - [The Latest Mania. Selling Bipolar Disorder](#). PloS Medicine. doi: 10.1371/journal.pmed.0030185. 2006.

HUNT, J.I.; DYL, J.; ARMSTRONG, L.; LITVIN, E; SHEERAN, T.; SPIRITO, A. - Frequency of manic symptoms and bipolar disorder in psychiatrically hospitalized adolescents using the K-SADS Mania Rating Scale. **J Child Adolesc Psychopharmacol**, v.15, p. 918-930, 2005.

JAIDEEP, T.; REDDY, Y.C.J.; SRINATH, S. - Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder in juvenile bipolar disorder. **Bipolar Disord**, v. 8, p. 182–187, 2006.

JENSEN, P. S.; HOAGWOOD, K. - The book of names: DSM-IV in context. **Development and Psychopathology**, v.9, p. 231–249, 1997.

KAPLAN, S. L. **Your child does not have bipolar disorder**: how bad science and good public relations created the diagnosis. Praeger. Santa Bárbara, Califórnia. 2011.

KLEIN, R.G.; BIEDERMAN, J.; PINE, D.S.; KLEIN, D.F. - Resolved: mania is mistaken for ADHD in prepubertal children: Negative. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 37, p. 1093-1096, 1998.

KOWATCH, R. A.; FRISTAD, M.; BIRMAHER, B.; WAGNER, K. D.; FINDLING, R. L.; HELLANDER, M. - Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 44, p. 213–235. 2005.

KRAEPELIN, E. **Manic-Depressive Insanity and Paranoia**. Edinburgh: E. & S. Livingstone, 1921.

LEIBENLUFT, E.; CHARNEY, D.S.; TOWBIN, K.E.; BHANGOO, R.K.; PINE, D.S. - Defining clinical phenotypes of juvenile mania. **Am J Psychiatry**, v. 160, p. 430-437, 2003.

LEIBENLUFT, E.; RICH, B.A. - Pediatric bipolar disorder. **Annu Rev Clin Psychol**, v. 4, p. 163-187, 2008.

LIMA, R. C. **Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2005

LITTREL, J.; LYONS, P. - Pediatric Bipolar Disorder: Part I – Is it related to classical Bipolar. **Children and Youth Service Review**, v. 32, p. 945-964, 2010.

MARTIN, A. - Age effects on antidepressant-induced manic conversion. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 158, p. 773-80, 2004.

MARTIN, E. **Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture**. Princeton University Press Princeton and Oxford , 2007.

MASI, G.; TONI, C.; PERUGI, G.; TRAVIERSO, M.C.; MILLEPIEDI, S.; MUCCI, M.; AKISKAL, H.S. - Externalizing disorders in consecutively referred children and adolescents with bipolar disorder. **Compr Psychiatry**, v. 44, p. 184–189, 2003.

MAYERS, R.; HORWITZ, A. - DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. **Journal of the History of the Behavioral Sciences**, v. 41, n. 3, p. 249-276 Summer, 2005.

MCCLELLAN, J.; KOWATCH, R.; FINDLING, R.L. - Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 46, p. 107-125, 2007.

MONCRIEFF, J. - The medicalisation of "ups and downs": The marketing of the new bipolar disorder **Transcultural Psychiatry**, v. 51, p. 581, 2014. [originally published

online 7 April 2014]

MORENO, C. - National trends in the outpatients diagnosis and treatment of disorders in youths. **Archives of General Psychiatry**, v. 64, p. 1032-39, 2007.

NEWMAN, T.B. - A black-box warning for antidepressants in children? **New England J Med.**, 14;351(16):1595-8, oct., 2004.

OFFIDANI, E.; FAVA, G.A.; TOMBA, E.; BALDESSARINI, R.J. - Excessive Mood Elevation and Behavioral Activation with Antidepressant Treatment of Juvenile Depressive and Anxiety Disorders: A Systematic Review. **Psychother Psychosom.**, v. 82, p. 132–141, 2013

OLFMAN, S. (edited). **Bipolar children: cutting-edge controversy, insights, and research.** Praeger: London, 2007.

OLFSON, M.; M.P.H., CRYSTAL, S., HUANG, C., GERHARD, T. - Trends in Antipsychotic Drug Use by Very Young, Privately Insured Children **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v. 49, n. 1, p.13–23, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PARENS, E.; JOHNSTON, J. - Controversies concerning the diagnosis and treatment of bipolar disorder in children. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 4, p.9, 2010.

PARRY, P.I.; LEVIN, E.C. - Pediatric Bipolar Disorder in an Era of “Mindless Psychiatry”. **Journal of Trauma & Dissociation**, v. 13, p. 51–68, 2012.

PETRESCO, S.; ANSELMINI, L.; SANTOS, I. S.; BARROS, A.J.D.; FLEITLICH-BILYK, B.; BARROS, F.C.; MATIJASEVICH, A. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, v. 49, p. 975–983, 2014.

POLANCZYK, G.V.; SALUM, G.A.; SUGAYA, L.S.; CAYE, A.; ROHDE, L.A. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. doi:10.1111/jcpp.12381, 2015.

PUMARIEGA, A. J.; GLOVER, S. New developments in services delivery research for children, adolescents, and their families. **Advances in Clinical Child Psychology**, v. 20, p. 303–343, 1998.

RAMOS, F.A. C. Do DSM III ao DSM -5: traçando o percurso médico industrial da psiquiatria de Mercado. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J.R. (Org.).

Criação de Diagnósticos na Psiquiatria Contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

REICHARD, C.G.; NOLEN, W.A. Earlier onset of bipolar disorder in children by antidepressants or stimulants? An hypothesis. **Journal of Affective Disorders**, v. 78, p. 81–84, 2004.

ROSE, N. **Rethinking Mental Disorders**: EMBOS encounters, Newsletter from the European Molecular Biology Organization, summer 2011.

ROSE, N.; NOVAS, C. - **Biological Citizenship**, in Aihwa Ong and Stephen Collier, eds., *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford: Blackwell, 2005. [p; 439-463]

ROSENBERG, C. Contested boundaries. Psychiatry, disease, and diagnosis. Perspectives. In **Biology and Medicine**, v.49, n. 3, p. 407-424, 2006.

SERPA JR., O. D. **Mal-estar na natureza**: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998.

SHAFERSTEIN S. Third-party payments, cost containment, and DSM-III. In TISCHLER, G. (Ed.). **Diagnosis and classification in psychiatry**: A critical appraisal of DSM-III. New York: Cambridge University Press, 1987. [p. 530-538]

MURPHY, S. “Doctor is Sued in Death of Girl, 4” The Boston Globe, April, 4, 2008 (acessado em 26 de março de 2013); http://www.boston.com/news/local/articles/2008/04/04/doctor_is_sued_in_death_of_girl_4.

SCULLY, P.J.; OWENS, J.M.; KINSELLA, A.; WADDINGTON. J.L. - Schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder within an epidemiologically complete, homogeneous population in rural Ireland: small area variation in rate. **Schizophr Res**, v. 67, p. 143-155, 2004.

SIGURDSSON, E.; FOMBONNE, E.; SAYAL, K.; CHECKLEY, S. Neurodevelopmental antecedents of early-onset bipolar affective disorder. **Br J Psychiatry**, v. 174, p. 121-127, 1999.

SILK, J.S. ; NATH, S.R.; SIEGEL, R.L.; KENDALL, F.C. - Conceptualizing mental disorders in children: where have we been and where are we going? In **Development and Psychopathology**, v. 12, p. 713–735, Cambridge University Press, 2000.

SPITZER, R.L. Foreword of the book: **Loss of Sadness, How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder**. by HORWITZ, A.V.; WAKEFIELD, J.C. Oxford University Press, 2007.

SZATMARI, P. - More than Counting: Milestones in Child and Adolescent Psychiatry Epidemiology. **Editorial do J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v. 48, p. 4, April, 2009.

TIMIMI, S. - The McDonaldization of Childhood: Children's Mental Health in Neo-liberal Market Cultures. **Transcultural Psychiatry**, v. 47, p. 686-706, 2010.

TIMIMI, S.; LEO, J. (Eds.) **Rethinking ADHD: From brain to culture**. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, 2009.

TRAMONTINA, S.; SCHMITZ, M.; POLANCZYK, G.; ROHDE, L. A. - Juvenil Bipolar Disorder in Brazil: Clinical and Treatment Findings. **Biol. Psychiatry**, v. 53, p. 1043–1049, 2003.

VAN METER, A. R.; MOREIRA, A.L.; YOUNGSTROM, E.A. - Meta-Analysis of Epidemiologic Studies of Pediatric Bipolar Disorder. **J Clin Psychiatry**, v. 72, p. 9, September, 2011.

VERHULST, F.C., van der ENDE, J.; FERDINAND, R.F.; KASIUS, M.C. - The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 54, p. 329–36, 1997.

WEINBERG, W.A.; BRUMBACK, R.A. - Mania in childhood: case studies and a literature review. **Am. J. Disord. Child.**, v. 130, p. 380–85, 1976.

WEST, E. **Growing up in twentieth-century America: A history and reference guide**. Westport, CT: Greenwood Press, 1996.

WILENS, T. E.; BIEDERMAN, J.; BROWN, S.; TANGUAY, S.; MONUTEAUX, M. C.; BLAKE, C.; SPENCER, T.J. - Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 41, n. 3, p. 262–268, 2002.

WILSON, D. Child's ordeal shows risks of psychosis drugs for young. **The New York Times**. 2010, September 1. Retrieved from <http://www.nytimes.com/2010/09/02/business/02kids.html>.

WILSON, M. - DSM-III and the Transformation of American Psychiatry: A History. **American Journal of psychiatry**, v. 150, n. 3, p. 399-410, 1993.

WINNICOTT, D. Os bebês e suas mães. 4. ed. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2013.

WHITAKER, R. **Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America**. Broadway Paperbacks. NY. 2010.

WOZNIAK, J.; BIEDERMAN, J. - A pharmacological approach to the quagmire of comorbidity in juvenile mania. **J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.35, n. 6, p. 826–828, 1996.

YOUNGSTROM, E. BIRMAHER, A. B.; FINDLING, R.L. - Pediatric bipolar disorder: validity, phenomenology, and recommendations for diagnosis. **Bipolar Disord**, v. 10, p. 194–214, February, 2008.

YOUNGSTROM, E.A.; FINDLING, R.L.; CALABRESE, J.R. - Who are the comorbid adolescents? Agreement between psychiatric diagnosis, parent, teacher, and youth report. **J. Abnorm. Child Psychol.**, v.31, p. 231–45, 2003.

YOUNGSTROM, E.A.; FRAZIER, T.; DEMETER, C.; CALABRESE, J.R.; FINDLING, R.L. - Developing a 10-item mania scale from the Parent General Behavior Inventory for children and adolescents. **J. Clin. Psychiatry**, v.69, p. 831–39, 2008.

YOUNGSTROM, E.A.; MEYERS, O.; YOUNGSTROM, J.K.; CALABRESE, J.R.; FINDLING, R.L. - Diagnostic and measurement issues in the assessment of pediatric bipolar disorder: implications for understanding mood disorder across the life cycle. **Dev. Psychopathol.**,v. 18, p. 989–1021, 2006.

ZITO, J. - Rising prevalence of antidepressants among US youths. **Pediatrics**, v.109, p.721-27, 2002.

ZORZANELLI, R. - Sobre os DSM's como objetos culturais. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J.R. (Org.). **Criação de Diagnósticos na Psiquiatria Contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

ANEXO A - Entrevista semiestruturada com psiquiatras que atendem crianças e adolescentes

Nome do entrevistado:

Email:

Data:

Local:

- 1) Há quanto tempo você atende como psiquiatra da infância e adolescência?
- 2) Qual é a sua experiência no atendimento de crianças e adolescentes? (Serviço público, privado, universitário, consultório particular, equipe multidisciplinar, preceptoria de residência ou de especialização)
- 3) Você atende ou já atendeu crianças menores de 10 anos com diagnóstico de Transtorno Bipolar? Com qual frequência?
- 4) Pode dar um exemplo de um caso em que você teve dúvidas sobre esse diagnóstico? E um exemplo em que você não teve dúvidas?
- 5) Como você diagnostica o Transtorno Bipolar na infância? Você percebe alguma peculiaridade nas famílias dessas crianças? Variáveis psicossociais.
- 6) Você identifica comorbidades com quadros de bipolaridade na infância? (Se sim, quais? Com qual frequência?)
- 7) Quais os principais diagnósticos diferenciais quando você está diante de um possível quadro de Transtorno Bipolar na infância?
- 8) Como você entende o aumento expressivo do diagnóstico de Transtorno Bipolar na infância nos EUA?
- 9) Para você, qual é a importância do exame clínico psiquiátrico da própria criança na realização deste diagnóstico?
- 10) Você considera mais interessante o diagnóstico categorial ou dimensional diante de um possível quadro de Transtorno Bipolar na infância? Por que?

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “A expansão das classificações psiquiátricas nos últimos 30 anos e suas repercussões na psiquiatria infantil: o caso do Transtorno Bipolar em crianças e adolescentes”, conduzida por Juliana Silva Pimenta . Este estudo tem por objetivo averiguar se o debate acerca do transtorno bipolar na infância é conhecido pelos psiquiatras infantis brasileiros e de que forma isso se reflete na prática clínica.

Você foi selecionado(a) por ter importância reconhecida na formação/pesquisa/assistência na psiquiatria infantil no Brasil ou ter finalizado sua residência em psiquiatria infantil recentemente. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Esta participação não é remunerada, nem implicará em gastos para o participante. Não vemos qualquer risco na realização desta pesquisa mas, caso sinta-se de alguma forma prejudicado ou com algum potencial risco, você pode, a qualquer tempo da entrevista, explicitar seu receio e suspender sua participação.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário com dez questões discursivas que serão gravadas para posterior transcrição. Será realizada no local de sua preferência e tem duração média de 40 minutos. Todas as entrevistas serão realizadas pela mesma entrevistadora, integralmente responsável pela condução e utilização dos dados.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Juliana S Pimenta, psiquiatra e doutoranda do Instituto de Medicina Social, email: juspimenta@gmail.com, celular (21) 99991 5389 e telefone residencial (21) 25400626.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro/ _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____