DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO: EVOLUÇÃO HISTÓRICA, CONCEITOS E VICISSITUDES

PSYCHIATRIC DIAGNOSIS: HISTORICAL EVOLUTION, CONCEPTS AND VICISSITUDES

Silvia Maués Santos RODRIGUES[1], Airle Miranda de SOUZA[2] e Janari da Silva PEDROSO[3]

RESUMO

Objetivo: *revisitar a temática do diagnóstico psiquiátrico, suas controvérsias e pressupostos teóricos nas classificações atuais a partir da evolução histórica do conceito.* ***Método****: pesquisa da literatura sobre o tema, destacando os principais marcos históricos e conceitos na construção do diagnóstico psiquiátrico que permitam seu entendimento na atualidade.* ***Considerações Finais****: o diagnóstico psiquiátrico intimamente ligado ao conceito de doença mental, se encontra em processo evolutivo em busca de uma linguagem comum, que permita melhor comunicação entre os profissionais e pesquisadores no campo da saúde mental.*

Descritores: diagnóstico psiquiátrico; transtornos mentais; nosologia psiquiátrica; classificação psiquiátrica

INTRODUÇÃO

A discussão sobre o preconceito social em relação aos transtornos mentais é necessária aos cursos de graduação em Medicina, pois, o modelo médico valoriza a tradição etiológica na busca de ações terapêuticas. Como isso não é possível para a grande maioria das entidades nosológicas de psiquiatria, o principiante na arte da Medicina, muitas vezes, se mostra confuso e resistente a identificar determinadas condições mórbidas relacionadas a elevado grau de sofrimento individual e social, levando pacientes a transitarem por múltiplos segmentos do sistema de saúde em busca de alívio para o seu sofrimento.

As publicações sobre o tema têm merecido destaque nas últimas décadas na literatura especializada. Mas, também, a prática do ensino de graduação sugere uma retomada do assunto para destacar algumas peculiaridades do diagnóstico psiquiátrico na atualidade, à guisa de atualização.

A palavra *diagnóstikós* vem dos termos gregos *dia* – separar uma parte da outra – e *gnosis* – conhecimento, percepção. Designa, então, uma forma de ver por meio dos elementos que compõem as unidades subjacentes, permitindo descrever constructos humanos e explicar as alterações observadas na natureza. Construído a partir de sinais e sintomas, sua utilidade se dá não somente pelo reconhecimento de um conjunto de sintomas e indicação de condutas mais adequadas (investigação clínica, tratamentos), mas também por suas implicações legais, pesquisas científicas, hipóteses explicativas e prognóstico do paciente.[1]

O termo *classificação* pode ser definido como o procedimento para a construção de grupos ou categorias e designação das entidades (transtornos ou pessoas) para essas categorias, com base em seus atributos compartilhados ou relações. O produto desse procedimento consiste em uma série ordenada de categorias chamada de *sistema de classificação*. O processo de designação de uma entidade que ainda não foi classificada para a sua categoria apropriada denomina-se *identificação*. Em situações clínicas, a identificação é referida como *diagnóstico.*[1]

O diagnóstico psiquiátrico assim como as classificações nosológicas têm evoluído desde a antiguidade, com avanços e retrocessos até a atualidade.

OBJETIVO

Revisitar a temática do diagnóstico psiquiátrico, suas controvérsias e pressupostos teóricos nas classificações atuais a partir da evolução histórica do conceito

MÉTODO

Pesquisa da literatura sobre o tema, destacando os principais marcos históricos e conceitos na construção do diagnóstico psiquiátrico que permitam seu entendimento na atualidade.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Até o final do século XVIII, como ramo da Medicina, especialidade médica e disciplina acadêmica, a psiquiatria não estava solidificada; o

[1] Médica Psiquiatra, Professora Assistente IV de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará
[2] Psicóloga, Doutora em Saúde Mental, Professora Adjunto da Faculdade de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará
[3] Psicólogo, Doutor em Ciências, Professor Adjunto da Faculdade de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará

diagnóstico das enfermidades psiquiátricas se confundia com os diagnósticos em geral, até porque a Medicina não se dividia em especialidades e sua prática era decorrente do diagnóstico médico, cuja história se confunde com a própria história da Medicina.[2]

O diagnóstico primitivo se baseava no paradigma da sobrenaturalidade; o pensamento mágico e pré-lógico do homem primitivo criava explicações sobrenaturais para tudo, daí a necessidade de ações médicas primitivas, realizadas por xamãs e feiticeiros, baseadas na crença de que eles pudessem interferir na causa das doenças.[2]

Com a evolução do pensamento humano, surgiram as primeiras tentativas de classificação das doenças, separando as de causas naturais daquelas de causas sobrenaturais.[2]

Na Antiguidade, Hipócrates (460-377 a.C.), tido como o pai da Medicina, considerava de causas naturais as enfermidades que hoje são definidas como psiquiátricas e reconhecia a sua origem cerebral. O diagnóstico hipocrático baseava-se essencialmente na exploração sensorial, na comunicação verbal e no raciocínio, com procedimentos cuidadosamente padronizados, caracterizando-se como um método de estrutura lógica e funcional.[1,2,3]

Na Idade Média, a Medicina e o diagnóstico médico sofreram um retrocesso, particularmente o diagnóstico das enfermidades psiquiátricas, cujos portadores não eram considerados enfermos, mas merecedores de castigo divino ou instrumentos de entidades diabólicas. Por conta disso, muitos foram torturados e queimados nas fogueiras da Inquisição.[2,3]

Com o Renascimento, houve grande progresso em várias áreas do conhecimento, com a instituição do modelo experimental de investigação científica e o surgimento de várias nosografias psiquiátricas. Assistiu-se a oposição pública à teoria demoníaca da doença psiquiátrica, realizada pela primeira vez pelo médico Jean Weyer (1515-1588), que provocou chamados freqüentes de médicos para depor sobre a sanidade de acusados de feitiçaria e salvá-los da Inquisição atestando sua insanidade – estabelecendo, assim, os alicerces da perícia psiquiátrica forense.[2,4]

Desse período, destacam-se a elaboração das nosografias psiquiátricas de Paracelso (1490-1541), Fernel (1486-1557), Platter (1536-1614) e Zachias (1584-1659), o surgimento do interesse pelo estudo da psicologia, bem como o primeiro estudo sistemático da consciência e da conduta, de Rudolf Goeckel – que publicou, em 1590, *Psicologia, ou acerca do aperfeiçoamento do homem*.[2]

A partir do século XVII, outros avanços se deram com a nosografia de Boissier des Sauvages (1706-1716), o conceito de neuropatia de Flemying (1740), de doença nervosa de Robert Whit (1765) e de neurose de Cullen (1712-1792). Além disso, foram estabelecidos os fundamentos da concepção científica de medicina, psicologia e psiquiatria. Observa-se, então, um movimento para situar a psiquiatria, simultaneamente, no contexto da Medicina e da filosofia, promovendo uma transição entre as ciências biológicas e as ciências humanas.[2]

Até o século XVIII, o diagnóstico psiquiátrico era restrito às designações populares dos fenômenos que mais tarde foram classificados como psicopatológicos. Esse século foi também marcado por profundas mudanças sociais, alavancadas pela Revolução Francesa, que promoveu o declínio das oposições medievais à liberdade de investigação e de pensamento, bem como, por uma ebulição no conhecimento filosófico que norteou a obra de Pinel (1755-1826). Imortalizado pelo ato humanitário de libertar os doentes mentais de suas correntes no asilo de Bicêtre, Pinel publicou nesse período sua nosografia de caráter clínico descritivo da psicopatologia, colocando novamente em relevo as causas naturais para as doenças mentais, diferenciando-as das sobrenaturais, as quais influenciaram o diagnóstico psiquiátrico até o final do século XIX.[2,5]

Foi, também, no século XIX que ocorreu a mudança paradigmática no diagnóstico psiquiátrico, deflagrada pela famosa tese de Antoine Bayle (1822). O autor descreveu a *paralisia geral progressiva* (PGP), até então tida como estado terminal, unindo, em diferentes estágios evolutivos da aracnoidite crônica, as três síndromes clássicas de Pinel (monomania, mania e demência) e promovendo uma verdadeira corrida dos alienistas e neuropsiquiatras em busca da etiologia das doenças mentais no cérebro. Seu trabalho é considerado pioneiro na classificação etiológica, com base no modelo médico. Inicialmente rejeitadas pela comunidade científica, suas idéias foram incrementadas após o isolamento realizado por Noguchi (1913) do *Treponema pallidum* no cérebro de pacientes com PGP.[1,2,3,4]

Na esteira das teorias de Bayle, surgiram as nosografias de Morel (1809-1873), Magnan (1835-1912) e Kahlbaum (1828-1899), entre outros autores, que buscaram classificar as

enfermidades psiquiátricas utilizando o paradigma etiológico-anatômico.[2]

A euforia inicial pela busca do diagnóstico etiológico de Bayle, pouco tempo depois, frustrou seus adeptos e conduziu os psiquiatras do século XIX a um retorno aos critérios meramente clínicos, principalmente influenciados por Emil Kraepelin (1850-1926). Kraepelin alicerçou os fundamentos das classificações contemporâneas, que estavam baseadas, primordialmente, na evolução do paciente, estabelecendo categorias diagnósticas mutuamente excludentes. Nesse período houve uma tendência ao avanço da psicologia clínica como alternativa explicativa à anatomia patológica e a consolidação da psicopatologia como ciência, a partir das publicações de Karl Jaspers (1883-1969) e, posteriormente, a classificação etiológica de Kurt Schneider (1887-1967).[2,3]

Ao final do século XIX, com Sigmund Freud (1889-1905), a partir da criação da metapsicologia e da psicanálise, o diagnóstico psiquiátrico adquiriu uma dimensão dinâmica. Com o apagamento da fronteira entre o normal e o patológico, o diagnóstico passou a ser quantitativo e não qualitativo, ao contrário da nosologia kraepeliniana, categorizando as condições clínicas e psicopatológicas em três grandes grupos: as psicoses, as neuroses e as perversões. Estavam colocadas ao alvorecer do século XX duas grandes tendências: a nosologia somática-constitucionalista de Kraepelin e a nosologia reativo-psicologicista de Freud.[2,6,7]

A influência das idéias de Freud em Adolf Meyer – com seu conceito de doença mental – e sua introdução nos EUA originaram a publicação de uma classificação oficial de doenças mentais – o primeiro manual de diagnóstico americano –, inaugurando o nascimento das DSMs, com a DSM-I, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual de diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais), da Associação Psiquiátrica Americana. Vários autores mostraram fortes reações ao estabelecimento de um conceito de doença mental. Thomas Szasz (1960), lançando mão do argumento de Virchow, propôs o abandono do conceito, argumentando que a "doença mental" não se caracterizava por uma lesão estrutural que sempre provocaria alterações fisiológicas, as quais resultariam em processo patológico.[2,3,8]

A discordância quanto ao diagnóstico psiquiátrico de vários autores foi evidenciada no trabalho de Cooper (1972), que comprovou que 60% dos diagnósticos dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos de Nova York eram de esquizofrenia, enquanto em Londres esses pacientes representavam apenas 30%. Em contrapartida, 49% da população psiquiátrica hospitalar londrina revelavam diagnóstico de psicose depressiva, mania, neurose e distúrbios de personalidade; em Nova York, eles não representavam 10%.[9,10]

Essas discrepâncias originaram a necessidade de desenvolvimento de definições operacionais para as várias categorias diagnósticas, evidenciadas inicialmente pelo filósofo Hempel, no início da década de 1960. Uma das primeiras tentativas de formulação de critérios operacionais veio de um grupo de pesquisadores da Universidade de Washington, em St. Louis, que publicou critérios para o diagnóstico de quinze condições clínicas denominados de *Critérios de Feighner*.[9,11] Houve um salto da negação do diagnóstico psiquiátrico para a sua revalorização nas últimas décadas do século XX, com a criação de critérios operacionais como o RDC (*Research Diagnostic Criteria*), DSM-III da Associação Psiquiátrica Americana (1980) e suas sucessivas revisões (DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR), que foram, extensamente, adotadas pela comunidade acadêmica internacional, ao final do século, apesar de críticas e ressalvas.[1,4,9]

CONCEITOS E VICISSITUDES

Nas cinco últimas décadas, os pesquisadores desenvolveram crescente interesse acerca do diagnóstico psiquiátrico, como destacado por Loreto, sobretudo por influência de psicólogos clínicos. As preocupações com o diagnóstico estão relacionadas, principalmente, a confiabilidade e validade.[9]

A validade se refere à capacidade de, por determinado procedimento diagnosticador, conseguir captar ou medir aquilo que se propõe a identificar; a confiabilidade, por sua vez, está relacionada à validade na medida em que determinado procedimento diagnosticador pode reproduzir o mesmo diagnóstico para um mesmo sujeito ou para pacientes de um mesmo grupo, em diferentes momentos, tendo sido realizado por diferentes examinadores.[7]

O procedimento diagnosticador se baseia em uma teoria de base, que influencia desde o estabelecimento dos critérios empregados, completando-se com o enquadramento em um sistema nosológico ou nosográfico e incluindo, desse modo, uma teoria geral sobre enfermidade e

uma teoria específica sobre aquela enfermidade em particular.[2]

Para Loreto, o diagnóstico psiquiátrico é criticado como desnecessário ou prejudicial, pela fragilidade do apoio em dados psicopatológicos, que estão sujeitos a certo grau de subjetividade do examinador. Para o autor, a grande deficiência da maior parte das nosologias psiquiátricas é a sua fundamentação em critérios mistos, ao mesmo tempo sindrômicos e etiopatogênicos, já que, em uma parcela importante de casos, a valorização do fator etiológico depende muito mais da posição doutrinária do médico do que de alguma evidência retirada do exame clínico. Essa mistura de critérios impossibilita uma rotulação uniforme e coerente dos mesmos. Impõe-se a necessidade de se atingir, antes de tudo, um consenso amplo acerca das categorias puramente sindrômicas.[9]

Quanto à legitimidade do diagnóstico psiquiátrico, considera-se a perspectiva de aprofundar o conhecimento tanto do indivíduo em particular quanto das entidades nosológicas utilizadas, permitindo, assim, o avanço da ciência, a antevisão do prognóstico e o estabelecimento de ações terapêuticas e preventivas mais eficazes, além de uma comunicação mais precisa entre profissionais e pesquisadores.[7]

Em suas posições teóricas, tanto o DSM, atualmente, em sua quarta edição, com texto revisado – DSM-IV-TR, quanto a CID-10 optaram por dividir suas classes diagnósticas (baseadas no modelo categorial, de inspiração kraepeliniana, que procura estabelecer distinções qualitativas entre as classes), a partir de critérios homogêneos de inclusão e exclusão. Desse modo, se contrapõem ao modelo dimensional, que visa avaliar diferenças quantitativas entre os indivíduos com relação a determinada variável, as quais possivelmente estariam dispostas ao longo de um *continuum*.[4]

Por não atender os critérios necessários para o diagnóstico de doença, as modernas classificações optaram pelo uso da terminologia transtornos mentais, tentando a uniformização diagnóstica e a fuga das controvérsias em torno do termo doença, que depende básicamente de concepções teóricas de quem faz o diagnóstico.

Apesar da grande aceitação pela comunidade científica das classificações atuais, há várias críticas quanto à validade de diagnóstico e de fronteiras entre entidades nosológicas. O conceito de psicose e as entidades que podem ser agrupadas sob esse mesmo rótulo têm sido questionados. Outrossim, a classificação das psicoses continua sendo um tema de debate caloroso, desde a sua concepção, em 1896, por Emil Kraepelin, com a formulação dos conceitos de doença, de demência precoce e insanidade maníaco-depressiva e sua posterior codificação para as entidades nosológicas de esquizofrenia e doença bipolar. Discute-se se as duas condições são distintas ou são doenças relacionadas e potencialmente sobrepostas.[12]

Abordagens categóricas como as do DSM-IV e CID-10 se mostram úteis na prática clínica, mas, deixam muitos pacientes fora do sistema de diagnóstico, com a frustrante subcategoria "não-especificadas de outra forma" – evidenciando o problema da sobreposição sintomática, que causa grande número de comorbidades – ou submetidos à criação de categorias intermediárias, tais como "transtorno esquizoafetivo". Para as pesquisas, as abordagens dimensionais parecem muito mais úteis, mas são, claramente, menos práticas sob condições clínicas rotineiras.[12]

O número de classes diagnósticas cresceu de maneira desconcertante nas sucessivas revisões do DSM e da CID, atingindo cerca de 292 classes na DSM-IV e de 329 na CID-10. Algumas condições clínicas recebem a nomenclatura de "categoria diagnóstica", apesar de serem pouco mais do que sintomas isolados.[4,13,14]

O maior perigo dos diagnósticos operacionais da atualidade está relacionado com a possibilidade de serem erroneamente percebidos como entidades naturais bem estabelecidas e produzirem um empobrecimento no exame clínico assim como nas pesquisas. Esses e outros aspectos são discutidos com preocupações relacionadas às agendas de elaboração para o DSM-V e CID-11, visando o debate sobre as limitações presentes nas classificações atuais.[15,16,17]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão do diagnóstico psiquiátrico intimamente relacionado ao conceito de doença mental, se encontra em processo evolutivo, em busca de uma linguagem comum que permita melhor comunicação entre os profissionais da área e pesquisadores no campo da saúde mental.

SUMMARY

PSYCHIATRIC DIAGNOSIS: HISTORICAL EVOLUTION, CONCEPTS AND VICISSITUDES

Silvia Maués Santos RODRIGUES, Airle Miranda de SOUZA e Janari da Silva PEDROSO

***Objectives**: to review the topic of psychiatric diagnosis, its controversies and theoretical assumptions in current classifications from the historical evolution of the concept.. **Method**: a literature review was conducted on this topic to identify the most relevant historical milestones and concepts in the formulation of psychiatric diagnosis to enable their understanding in the present. **Final Considerations**: psychiatric diagnosis is intimately connected to the concept of mental illness; it is in an evolutionary process in search of a standard terminology that can provide better communication between researchers and professionals in the field of mental health.*

Key-Words: psychiatric diagnosis; mental disorders; psychiatric nosology; psychiatric classification

REFERÊNCIAS

1. WANG YP, HUMES EC, ANDRADE LHSG. *Diagnóstico e Classificação em Psiquiatria*. In: LOUZÃ NETO MR, ELKIS H (Org). Psiquiatria Básica. 2 ed. Porto Alegre:Artmed, 2007. p 32-48.
2. MIRANDA-SA JR, LS. *Sinopse de Psiquiatria: O Diagnóstico psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993. 216f.
3. WANG YP, LOUZÃ NETO MR, ELKIS H.*História da Psiquiatria*. In: LOUZÃ NETO MR, ELKIS H (Org). Psiquiatria Básica. 2 ed. Porto Alegre:Artmed, 2007. p 21-31.
4. DEL PORTO, JÁ. *Diagnóstico em Psiquiatria*. In: BRASIL MAA, BOTEGA NJ, HETEM LA(Editors). PEC Programa de Educação Continuada: Textos de aulas: Título de Especialista em Psiquiatria: Provas 2004-2005.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan : ABP, 2006. p 37-58.
5. PEDROSO, JS. Loucura e assistência psiquiátrica no Pará (1833 a 1984). Dissertação de Mestrado. NAEA/UFPA: Belém, 1999. p 26.
6. JORGE MR. *Nosologia Psiquiátrica*. In: BRASIL MAA, BOTEGA NJ, HETEM LA(Org). PEC Programa de Educação Continuada: Textos de aulas: Título de Especialista em Psiquiatria: Provas 2004-2005.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan : ABP, 2006. p 74-86.
7. DALGALARRONDO P. *Ordenação dos fenômenos em psicopatologia: princípios gerais do diagnóstico.* In: Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p 31-35.
8. SZASZ, TS. The myth of mental illness. *American Psychologist.* 1960;15:113-118
9. LORETO G. *Diagnóstico em Psiquiatria*. Neurobiologia. 1984; 47(3) :141-152.
10. COOPER JE. Psychiatric Diagnosis in New York and London: A Comparative Study of Mental Hospital Admissions. Oxford University Press, 1972. 152 p
11. FEIGHNER JP, ROBINS E, GUZE SB, WOODRUFF RA JR, WINOKUR G, MUNOZ R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*. 1972;26(1):57-63.
12. VIETA E, PHILLIPS ML. Deconstructing Bipolar Disorder: A Critical Review of its Diagnostic Validity and a Proposal for DSM-V and ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*.2007;33(4):886-892.
13. DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais; trad. Dayse Batista; - 4.ed. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
14. Classificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organiz.Mund. da Saúde; trad. Dorgival Caetano. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
15. ANGST J. Psychiatric diagnoses: the weak component of modern research. *World Psychiatry*. 2007; 6(2):94-95.
16. O'BRIEN CP, VOLKOW N, LI T-K. What's in a Word? Addiction Versus Dependence in DSM-V. *Am J Psychiatry.*2006 163(5):764-765.
17. COTTLER LB, GRANT BF. Characteristics of nosologically informative data sets that address key diagnostic issues facing the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition (DSM-V) and *International Classification of Diseases*, eleventh edition (ICD-11) substance use disorders workgroups. *Addiction.* 2006;101(Suppl. 1): 161–169.

Endereço para correspondência:
Silvia Maués Santos Rodrigues
Av. Gov. José Malcher, 1716/101 – Nazaré
CEP 66060-230 Belém – PA
e-mail: silviamaues@oi.com.br

Recebido em: 03.09.2008- Aprovado em: 28.01.2009