

Pela precisão do diagnóstico

O brasileiro que ajudou a fazer o novo manual americano de psiquiatria diz que apenas uma em cada quatro pessoas com transtornos é diagnosticada e tratada adequadamente

Em 2007, o psiquiatra gaúcho Luis Augusto Rohde, de 48 anos, recebeu um convite até então inédito para um médico brasileiro. Diretor do Programa de Déficit de Atenção e Hiperatividade da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ele foi convidado pela reputada Associação Americana de Psiquiatria a contribuir para a atualização do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM, o mais respeitado documento científico da psiquiatria mundial, em sua quinta versão. Na fase final de edição da cartilha, Rohde fazia parte de um grupo internacional de 160 especialistas. Eles se reuniam — algumas vezes por teleconferência, outras pessoalmente — de quinze em quinze dias para discutir os progressos na detecção das doenças da mente nos últimos vinte anos. O DSM-5 foi lançado em maio, pleno de controvérsias. Nesta entrevista a VEJA, Rohde discute as novidades do trabalho — e indica que mudanças ele representará para a medicina.

O que há de realmente novo e significativo no recente manual americano de diagnóstico? Ele estabelece uma nova maneira de o médico diagnosticar a doença mental. Hoje, a maioria dos psiquiatras tende a se centrar na hipótese principal de diagnóstico — ou seja, a mais grave ou a queixa que motivou o paciente a procurar um profissional. O novo manual, o DSM-5, no entanto, determinou que um transtorno psiquiátrico não precisa ter um único e solitário foco de atenção. O resultado não pode ser exageradamente categórico. As informações na psiquiatria são extremamente subjetivas, diferentemente do que ocorre em outras áreas da medicina. Para completar o quadro de complexidade, são raríssimas as vezes em que um transtorno se manifesta de forma isolada. Cerca de metade dos doentes psiquiátricos é portadora de pelo menos dois transtor-

MANOEL MARQUES

“Somos capazes agora de identificar muitos transtornos em sua fase inicial, e isso pode tornar os limites entre doença e normalidade mais tênues”



nos. Nos casos mais graves, isso ocorre 80% das vezes. Tal mecanismo faz parte intrínseca da formação cerebral. As doenças mentais precisam ser avaliadas na forma mais ampla possível. O médico deve abordar absolutamente todas as possibilidades. Há treze grandes áreas a ser verificadas. Entre elas, o nível de atenção, a ansiedade, o humor, as psicoses, a cognição e a interação social.

Um paciente com transtorno do humor bipolar e com transtorno de ansiedade, por exemplo, deve passar pela mesma abordagem médica? Muitos pacientes são tratados durante a vida toda como portadores de bipolaridade, quando, na verdade, sofrem também de transtorno de ansiedade. Mas, sem tratar a ansiedade, eles dificilmente conseguirão manter uma rotina dentro dos padrões na normalidade. Uma abordagem mais ampla, investigativa, reduz a possibilidade de erro no diagnóstico. Talvez as empresas responsáveis por reembolsos médicos não gostem muito dessa postura, por implicar consultas longas. Mas assim deve ser.

A nova abordagem poderá levar a uma explosão do registro de doenças mentais?

Sim. Haverá um aumento no reconhecimento das doenças dentro dos consultórios, já que a nova forma de diagnóstico ajudará o médico a fazer uma detecção mais fidedigna dos problemas que não eram tratados ou eram tratados incorretamente. Mas um ponto tem de ficar muito claro: cada alteração desse manual é resultado de uma minuciosa e intensa análise do que está sendo proposto na literatura de primeira linha. O objetivo nunca foi e nunca será aumentar ou reduzir o espectro de doenças diagnosticáveis. O psiquiatra americano Allen Frances, professor emérito da Universidade Duke e editor-chefe da versão anterior do manual, afirmou que o DSM-5 estimula a frouxidão nos limites entre transtorno mental e normalidade. Consequentemente, haveria um aumento no número de pessoas submetidas a tratamentos psiquiátricos sem necessidade.

E não é o que pode acontecer? Em minha opinião, Frances tinha uma expectativa

“É melhor passar a infância sendo chamada de criança malcriada e preguiçosa, julgamentos morais, ou ser vista como portadora de déficit de atenção? Para os primeiros predicados não há tratamento. Para o último, sim”

de continuar no comando do DSM-5. Mas suas críticas acabaram de certa forma exercendo um papel decisivo. Elas nos estimularam a ser absolutamente transparentes. Nunca na história da elaboração de um manual de psiquiatria houve tal comportamento. Todas as decisões passaram por avaliação da classe médica do mundo todo. Os novos critérios foram submetidos três vezes ao site da Associação Americana de Psiquiatria e receberam milhares de sugestões. Mas a crítica em si de Frances é completamente infundada. O risco de afrouxamento sempre existiu, desde as primeiras tentativas de catalogar as doenças psiquiátricas, na década de 50, com o DSM-1. É o que acontecerá até termos marcadores biológicos na psiquiatria.

Eles já foram identificados? A grande meta inicial do DSM-5 era mudar o paradigma da psiquiatria justamente com a adoção de marcadores biológicos que facilitassem o diagnóstico. Mas, infelizmente, isso ainda não foi possível. O que conseguimos fazer foi agrupar algumas doenças conforme um marcador. Mas não indicá-lo como triagem. A esquizofrenia, por exemplo. Sabe-se que os pacientes tendem a ter níveis de dopamina alterados. Mas, entre os doen-

tes, há também aqueles que possuem quantidades normais do neurotransmissor. Assim como há pessoas com taxas elevadas que não sofrem de esquizofrenia. Temos de refinar os marcadores. Acredito que, em dez anos, já teremos marcadores eficazes para algumas doenças psiquiátricas. Mas isso será assunto para o próximo DSM.

Uma das mudanças mais polêmicas do DSM-5 refere-se a uma contribuição do seu grupo de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). O manual eleva de 7 para 12 anos a idade em que essa doença continue sendo oficialmente diagnosticada.

Qual o motivo dessa mudança? Em países como os Estados Unidos, em que o sistema de saúde segue rigorosamente as orientações do DSM, essa ampliação foi fundamental. Lá, até então, se o início dos sintomas ocorresse em pessoas com mais de 7 anos, os médicos não dariam a devida atenção ao caso ou o tratamento não teria reembolso dos planos de saúde. Dados de grupos internacionais e do nosso grupo, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no entanto, conseguiram provar que 96% dos casos de déficit de atenção são diagnosticados até os 12 anos. Agora, nesse caso, eu pergunto: é melhor passar a infância sendo chamada de criança incompetente, malcriada, preguiçosa, que são julgamentos morais, ou ser vista como portadora de déficit de atenção? Afirmo que para os primeiros predicados não há tratamento. Para o último, sim.

Em fevereiro deste ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) divulgou um levantamento mostrando o aumento, entre as crianças, de 75% na prescrição de cloridrato de metilfenidato, o princípio ativo do principal medicamento contra o TDAH. O que esse aumento significa? Quando o estudo da Anvisa foi publicado, acusaram os psiquiatras de exagero na medicação dos portadores de TDHA. Lembro bem que a situação em Porto Alegre, onde trabalho, foi apontada como dramática, por se tratar da cidade com o maior índice de pres-

**“Cerca de 60%
dos transtornos
psiquiátricos começam
nos primeiros anos
de vida. Ao sabermos
disso, por que não
focar a identificação
precoce dos sintomas,
quando a doença
é mais fácil de
ser evitada?”**

crição da medicação. Ora, temos em Porto Alegre o maior centro de pesquisa em déficit de atenção da América do Sul. Em João Pessoa, em termos de comparação, não há mais que cinco psiquiatras especializados em crianças e adolescentes. Em que lugar o consumo de medicamentos para a doença seria maior? Em Porto Alegre, claro. Mesmo se seguirmos as estatísticas mais conservadoras, teremos uma subnotificação de TDAH, e, claro, um número enorme de pessoas que deveriam tomar remédios. Apenas um quarto dos doentes com transtorno de comportamento está devidamente diagnosticado e tratado no Brasil.

Mas, quanto mais avançados são os conhecimentos psiquiátricos, não são maiores os riscos de medicalização do comportamento? Esse risco existe, embora não no caso do TDAH. Somos capazes agora de identificar muitos sintomas dos transtornos em sua fase inicial, e isso pode tornar os limites entre doença e normalidade mais tênues. Erros de diagnóstico existem em qualquer área da medicina. Há muita infecção viral sendo tratada com antibiótico, por exemplo. No entanto, a medicalização do comportamento, quando feita sem critérios, é má medicina. Nesse sentido, uma das áreas mais delicadas e nebulosas é a que trata dos transtornos de sexualidade, quando as fronteiras entre normalidade e patologia são ainda mais tênues, como no transtorno do exibicionismo. Exibir o corpo nu, dentro de casa, com as janelas abertas, por exemplo, sabendo que alguém (um adulto, apenas) está olhando, pode dar prazer e não ser uma doença. Para ser considerado distúrbio, o gesto deve nesse caso ser a forma predominante de prazer e também estar associado ao sofrimento, quando a pessoa sente culpa ou se escraviza àquele ato.

Quais foram as principais alterações na classificação das doenças do DSM-5? Entre as que ganharam um status próprio, estão o ato de comer compulsivamente, o acúmulo exagerado de objetos desnecessários e o transtorno disfórico mens-

trual, uma versão severa da tensão pré-menstrual. Há também aquelas doenças que estiveram prestes a se tornar “independentes”, digamos assim, como o transtorno da automutilação não suicida. Mas não encontramos evidências suficientes para alçá-lo a uma categoria de diagnóstico isolado. A automutilação pode pertencer ao transtorno fronteiroço da personalidade, mas também pode fazer parte da depressão. A nova classificação, a meu ver, mais inovadora, no entanto, é o transtorno da desregulação do humor e do comportamento. A doença deriva do transtorno bipolar. O transtorno bipolar se caracteriza pela oscilação de humor. Observamos que os pacientes que sofriam na infância de oscilações crônicas não desenvolviam bipolaridade na fase adulta — mas, sim, depressão ou ansiedade. Essas pessoas não são bipolares, portanto. É bem possível que elas não devam ser tratadas com medicamentos para o transtorno bipolar, como estabilizador do humor.

Ainda há resistência ao diagnóstico de doenças mentais? Os transtornos psiquiátricos são subnotificados como um todo, sobretudo quando eles se manifestam na infância e na adolescência. Eu poderia dizer que se trata apenas da

falta de psiquiatras especializados. Ainda existe um enorme preconceito da sociedade de maneira geral — o estigma de que doença psiquiátrica é sinal de loucura é muito presente ainda. Tal pensamento fez sentido somente por volta dos anos 70. Além disso, há uma forte influência de um grupo dentro da psicologia social para quem os transtornos mentais se configuram apenas como sofrimentos e conflitos emocionais. Ou seja, simplesmente se descartam os aspectos neurobiológicos das doenças mentais. Esses profissionais não representam a maioria na psicologia. Mas têm voz ativa porque ainda ocupam os cargos-chave das associações de classe.

Será possível um dia a prevenção das doenças psiquiátricas? Não tenho dúvida sobre isso. Cerca de 60% dos transtornos psiquiátricos começam na infância. Ao sabermos disso, por que não focar a identificação precoce dos sintomas, quando a doença é mais fácil de ser evitada? Citamos um exemplo de prevenção no DSM-5, mas ainda em fase de estudo — não como proposta de diagnóstico, portanto. É o caso da esquizofrenia. Uma criança pode apresentar sintomas psicóticos muito breves e sutis, como, por exemplo, achar que os colegas mexeram em seu estojo. Isso se repete pelo menos uma vez por semana, durante três meses. Somando-se a isso, a criança passa a ter dificuldade para dormir. Dificilmente uma mãe considerará a possibilidade de delírio. Mas, pelo perfil dos sintomas, sabe-se que essa criança tem um risco até 40% maior de se tornar esquizofrênica em relação à criança que não apresentou os sintomas. Diagnosticada e tratada, o risco de desenvolver a doença cai pela metade.

Essas estatísticas dão a impressão de que todo mundo é meio louco. Afinal, normalidade existe? Seis em cada dez pessoas não são portadoras de nenhuma doença psiquiátrica. Ou seja, a maioria é clinicamente normal. E quando digo isso estou incluindo nos 40% restantes portadores de distúrbios simples como a dificuldade de dormir no escuro e tiques leves. ■