

PARTE I

**PRINCÍPIOS BÁSICOS
DO DIAGNÓSTICO**





1

O CAMINHO PARA O DIAGNÓSTICO

CARSON

Anos atrás, avalei Carson, um estudante de psicologia de 29 anos. Ele sempre morou na cidade em que nasceu, tendo o suporte de diversos parentes e amigos. Durante uma longa trajetória de episódios depressivos repetidos, ele fez uso intermitente de medicamentos antidepressivos durante uma década. Em alguns momentos, Carson queixou-se da dificuldade para se concentrar nos estudos, das preocupações de que não conseguiria encontrar um emprego e do medo de ficar cronicamente deprimido, como sua avó materna.

Quando o humor de Carson estava em seu nível mais baixo (em geral no final do outono), surgiam problemas para dormir e se alimentar; por isso, ele sempre estava bem magro no período do Natal. A cada primavera, seu humor melhorava, e Carson invariavelmente se sentia bem durante todo o verão e início do outono, embora admitisse a tendência a ser “sensível às pequenas vicissitudes da vida”. Isso significava, disse-me sua esposa, que ele às vezes se sentia deprimido quando as coisas não iam bem.

Quando adolescente, Carson experimentou álcool e drogas. Certa vez, ao interromper o uso de anfetaminas por três dias, ficou um pouco deprimido, mas seu humor melhorou em questão de dias. Sua namorada concordou em se casar apenas com a condição de que Carson “ficasse limpo”. Atualmente, ele jura estar limpo e sóbrio desde que estão juntos, nos últimos quatro anos. Carson nunca apresentou sintomas de mania e considerava sua saúde física excelente.

A medicação ajudou Carson a concluir a faculdade e, depois disso, ele passou o verão tentando uma bolsa de pós-graduação. Por fim, embora a economia estivesse em baixa e houvesse poucas vagas disponíveis nas ciências sociais, foi-lhe oferecida uma bolsa de estudos de pós-graduação com uma remuneração generosa em um departamento bem-conceituado. Apesar desse triunfo, sua celebração foi silenciosa: a nova universidade ficava a quase 4 mil km de distância, em uma parte do país em que Carson nunca morou antes.

Em uma tarde de sexta-feira, no final de junho, a pedido de seu médico, Carson compareceu para uma consulta de emergência. Ele estava sentado inquieto, mexendo as pernas sem parar e com o olhar abatido. Queixou-se de muita ansiedade: sua esposa estava grávida do primeiro filho; no dia seguinte, eles começariam a atravessar o país até o local de seu novo emprego, em uma cidade desconhecida. Na tarde anterior, Carson ficou “quase em pânico” quando lhe pediram para assinar uma rotineira prorrogação de seu empréstimo estudantil.

Enquanto Carson descrevia seus medos em relação ao futuro, seus olhos ficaram vermelhos e ele enxugou as lágrimas. Embora não achasse que estava deprimido, temia “não conseguir lidar com tudo isso” e se sentia abandonado e sozinho. “Estou desmoronando”, disse ele, e começou a soluçar.

UM ROTEIRO PARA O DIAGNÓSTICO

Como você pode imaginar, há muitos pontos relevantes em uma avaliação como a de Carson. Se você fosse o clínico dele, precisaria responder a muitas perguntas na tentativa de determinar o que está errado. Tem a ver com seus problemas anteriores de depressão? Carson precisa de tratamento? Em caso afirmativo, o que provavelmente ajudará? Ele deveria tomar mais remédios ou um antidepressivo diferente, ou tentar psicoterapia? O que você deveria dizer a Carson e sua esposa — eles deveriam adiar a mudança? O que Carson deveria dizer ao seu novo chefe? A resposta a cada uma dessas importantes questões dependeria da sua avaliação da condição dele. Para ser útil, a avaliação deve basear-se em informações que o ajudarão a encontrar um caminho para o futuro. Alcançar o destino inicial nessa estrada — podemos chamar isso de diagnóstico — é o objetivo deste livro.

Diagnosticar significa “reconhecer” uma doença a partir de seus sintomas característicos; o termo tem origem grega e significa “saber”. Além da palavra em si, o conceito de distinguir uma doença de outra é de importância crucial, tanto para os pacientes como para os cientistas médicos. Como escreveu o psiquiatra britânico R. E. Kendell décadas atrás, sem diagnóstico, nossos periódicos publicariam apenas relatos de casos e opiniões.

Quando uma pessoa vai ao médico com uma queixa física, o diagnóstico costuma transmitir três tipos de informações: a natureza do problema (sinais, sintomas e histórico), sua causa e as alterações físicas que ocorrem como resultado. Qualquer distúrbio que atenda claramente a esses critérios pode ser chamado de *doença*. Tomemos como exemplo *pneumonia*; o termo nos diz que o paciente se sentirá fraco e cansado, com prováveis sintomas de dispneia, febre e tosse que produz expectoração. Porém, só após conhecer os resultados de culturas de escarro e de outros exames é que podemos saber que a causa da pneumonia é o crescimento bacteriano nos pulmões, fazendo os alvéolos se encherem de fluidos, produzindo dispneia. Desse modo, podemos concluir que o paciente tem a doença chamada pneumonia pneumocócica.

Os sintomas clínicos e outras informações estabelecem coordenadas no roteiro que um clínico segue ao prescrever o tratamento e predizer um desfecho. Eu, por exemplo, tenho dificuldade com localização geográfica; por isso, mesmo usando GPS do carro ou mapas do Google, gosto de contar com instruções e representações gráficas da rota da minha viagem. Sinto-me mais seguro ao ter essas dicas, pois me ajudam a chegar ao lugar certo, na hora certa. Na lista a seguir, faremos uma breve visão geral das “instruções de como chegar” ao diagnóstico em saúde mental. Indiquei os números das páginas em que você pode encontrar discussões sobre essas partes da avaliação. (Na Figura 1.1, desenhei-as como um mapa para que você possa observar exatamente para onde estamos indo. Por conveniência, você encontrará o mesmo gráfico na parte interna da capa deste livro.) Não se preocupe se alguns termos parecerem desconhecidos — vamos defini-los conforme avançamos.

- *Nível I.* Reúna uma base de dados completa, incluindo histórico da doença atual, história de saúde mental prévia, históricos pessoal e social, história familiar, história clínica e exame do estado mental (EEM). Obviamente, deve-se primeiro ter material que descreva seu paciente da maneira mais completa possível — o que virá, em grande parte, de entrevistas com o paciente e, muitas vezes, com outros informantes. Você aprenderá bastante sobre a construção destes blocos de informação sobre o paciente na Parte II deste livro. Páginas 91-132.
- *Nível II.* Identifique síndromes. *Síndromes* são diversos sintomas que, reunidos, resultam em uma doença identificável. Transtorno depressivo maior e alcoolismo, por exemplo, são síndromes. Página 14.
- *Nível III.* Elabore um diagnóstico diferencial. *Diagnóstico diferencial* é um termo que abrange todos os transtornos que você considera que um paciente pode apresentar. Você não pode ignorar nenhuma possibilidade, por mais improvável que ela seja, então, primeiro, você deve ter um olhar amplo. Página 17.
- *Nível IV.* Selecione o diagnóstico provisório mais provável para avaliação e tratamento adicionais. (Para isso, você pode usar uma árvore de decisão.) Página 21.
- *Nível V.* Identifique outros diagnósticos que possam ser comórbidos (coexistir) com o principal. Organize os múltiplos diagnósticos conforme a urgência da necessidade de tratamento. Página 59.
- *Nível VI.* Escreva um resumo do caso para verificar sua avaliação — essa breve descrição a respeito do seu paciente resume seus achados e suas conclusões. Página 82.
- *Nível VII.* Reavalie seus diagnósticos à medida que novos dados forem disponibilizados. Página 84.

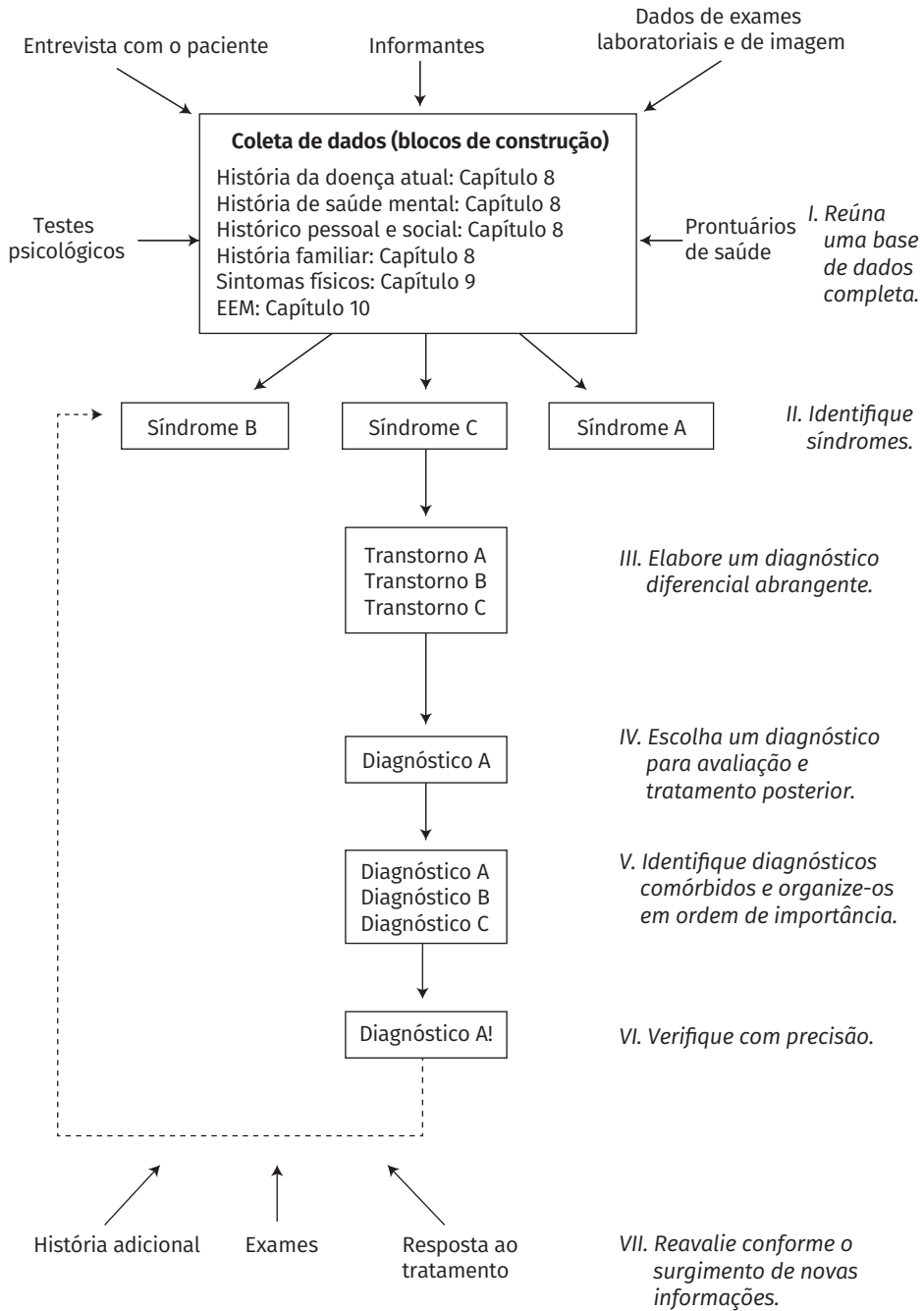


FIGURA 1.1 Roteiro para o diagnóstico.