

- Definição Científica

A palavra definição vem do latim *definire/definitio* (definir/definição), que, por sua vez, vem do latim *finis* (fim) e quer dizer limite, fronteira. O termo indica o exato significado de um termo. Na linguagem científica, os termos devem ter sentido exato. Para Aristóteles definir é indicar o gênero próximo e a diferença específica do objeto definido. Este sentido aristotélico de definição, como uma dupla classificação, conserva-se atual, pois a qualidade de uma definição depende basicamente desta dupla especificação de uma coisa ou de um termo.

Aqui também se manifesta uma polêmica ideológica entre os realistas e materialistas, de um lado, e os nominalistas e fenomenistas, de outro. Os primeiros pretendendo definir os objetos da realidade. Os segundos, sustentando que só se pode definir termos e fenômenos (como as coisas parecem).

A qualidade da definição científica depende da escolha destes níveis de categorização (o mais geral, expresso pela classe) e o nível singular, individual (identifica o objeto definido como entidade específica). Como exemplo, pode-se dizer que o homem é um animal (classe) que fala (indicativo da singularidade); que o homem é um animal que trabalha (no sentido de executar um projeto subjetivo); que o homem é um animal livre (no sentido de decidir, com liberdade entre as alternativas possíveis de ação), donde se depreende que uma coisa pode ter muitas definições, mas uma definição científica deve conter apenas uma modalidade de coisas. O diagnóstico é a maneira médica análoga à definição de uma doença. Definição que apoia praticamente todos os procedimentos médicos que se seguem a ela.

Diagnosticar uma enfermidade é enunciar uma expressão análoga à definição científica. Sempre. Em semiologia médica, um diagnóstico confiável e válido resulta do conhecimento da definição de um fenômeno da patologia como sendo distinto de algo não patológico e diferente de todas as demais manifestações patológicas.

Como em muitos casos em que a definição é empregada como procedimento científico, a boa definição de uma condição patológica resulta da precisa

caracterização de seus elementos semiológicos (seus signos elementares), o que deve incluir o enquadramento do fenômeno estudado em uma classe mais abrangente de fenômenos e sua individualização por meio de um atributo que o caracterize especificamente. O diagnóstico de uma enfermidade deve conter ainda que implícita a declaração de seu grau de complexidade como atributo genérico (sintoma, síndrome ou entidade clínica) e a declaração da classe de patologia a que ela pertença (doença, deficiência funcional ou do desenvolvimento, ou sofrimento despropositado, imotivado).

A definição de uma condição patológica, como definição de um fato abstrato danoso que afeta um ser biológico, o enfermo. A declaração genérica da existência de um estado patológico, em um primeiro momento definidor-diagnosticsador, resume-se na declaração de que aquele acontecimento ou processo deve ser reconhecido como patológico. E se desdobra em dois planos:

- denotação de gênero (sintoma, síndrome ou entidade clínica) e
- classe da condição patológica (condição resultante de dano negativo, de dano positivo ou dano sentido).

Estes são os componentes integrantes do diagnóstico genérico de uma patologia (qualquer que for), estas duas situações configuram as categorias mais amplas que respeitam a todos os fenômenos patológicos, inclusive os fenômenos psicopatológicos. E têm interesse fundamental para o seu diagnóstico.

A declaração específica é aquela que categoriza a coisa definida em sua singularidade. Se a definição for bem feita, a integração das duas declarações (a genérica e a específica) permite situar o objeto definido (no caso, uma enfermidade) no mundo do conhecimento.

Quando se identifica a definição com o diagnóstico médico, torna-se necessário buscar uma diferença conceitual a descrição e a definição. Porque quando estes instrumentos lógicos (definição, descrição e conceituação) são confundidos, como na CID 10 e nos DSM há muita possibilidade de grandes equívocos e erros no raciocínio lógico ou na investigação científica.

A definição é uma declaração de limites, uma circunscrição ontológica, uma utilização de dois elementos da classificação (o genérico e o específico).

Diagnóstico Médico e Ciência

O diagnóstico médico é um exercício do conhecimento científico no reconhecimento das doenças, empregando critérios definidores eleitos

especificamente para isso e que tenham sido adequadamente validados com métodos aceitáveis pelos cientistas. Daí por quê o procedimento diagnosticador está subordinado às exigências da epistemologia e da metodologia científicas, seguindo a mesma trilha lógico-metodológica traçada na elaboração dos critérios diagnosticadores, pois o diagnóstico de uma enfermidade deve obedecer aos princípios e diretrizes ontológicos e metodológicos que permitam assegurar sua cientificidade.

Etimologicamente, a palavra ciência se origina da palavra latina *scientia*, que significava originalmente saber, ter conhecimento, com o sentido de informação.

Não sabedoria (acervo de conhecimentos), mas tudo de que se conhece, mesmo muito elementar; uma informação qualquer acerca de qualquer objeto. Hoje pode-se definir ciência como conjunto de atitudes e atividades racionais dirigido para o conhecimento sistemático de um objeto limitado e capaz de ser submetido à verificação. Ou como conjunto organizado de conhecimentos obtidos a partir de uma lógica racional e de metodologia intelectualmente confiável e relativos a uma certa categoria de objetos ou fenômenos. Conhecer alguma coisa da natureza significa saber o que aquilo tem de mais essencial, significa poder explicar aquela coisa, significa poder prever o que lhe há de suceder. Não obstante, alguns autores, como os positivistas, recusam a explicação e a previsão (que são, ao fim das contas, quase a mesma coisa).

As ciências médicas estão voltadas para um duplo objeto: enfermidades e enfermos (duas categorias inseparáveis, pois não existe uma sem a outra). O duplo objeto da medicina é estudado pelas ciências médicas nos seguintes planos superpostos:

- a) o plano da profilaxia, do diagnóstico e do prognóstico dos estados de enfermidade; e
- b) o plano da terapêutica e da reabilitação das pessoas afetadas pelas enfermidades (os enfermos).

Os reducionismos doencista e doentista prejudicam o desenvolvimento da medicina porque são pontos de vista falsos e, com isto, contrariam o interesse social no avanço do conhecimento, pois desencaminham o conhecimento e dificultam-no ou impedem-no de chegar a seu objetivo. As enfermidades são acontecimentos, processos ou estados naturais que sucedem aos organismos vivos (incluindo as condições patógenas físicas, químicas, biológicas ou psicossociais). Ou são reflexos de acontecimentos ou situações psicossociais que são potencialmente capazes de lesar ou perturbar as estruturas orgânicas e funcionais responsáveis pelo psiquismo e pela conduta.

As noções de enfermidade e doença também encerra um juízo de valor

negativo, atribuído a um estado de um organismo biológico, um acontecimento ou um processo que se caracteriza pela danosidade que está presente em qualquer condição patológica. Condicionam algum mal ou sofrimento ao organismo vivo, seja ao corpo ou à mente (propriedade do corpo).

A medicina interessa-se pelos agentes patogênicos e patoplásticos, atenuantes, agravantes ou complicadores (sejam físicos, químicos, biológicos ou psicossociais), por causa da possibilidade de sua ação danosa ou benéfica sobre o complexo enfermo - enfermidade, a enfermidade como um estado do enfermo.

Enfermidade é como se denomina o estado de um organismo biológico afetado por um agente danoso, que pode ser físico, químico, biológico ou psicossocial.

Doença é uma enfermidade conhecida o sentida pelo enfermo.

A diferenciação dos conceitos de enfermidade e doença é importante porque do segundo emerge a não de papel de doente que é muito importante para a clínica e psicologia médica.

2. Diagnóstico e Doença

“Se a aparência das coisas coincidissem com sua essência, não haveria necessidade de ciência.

Karl Marx 1818 -1883

O diagnóstico genérico corresponde a constatar que o paciente examinado apresenta alguma condição patológica; com esse procedimento diz-se está sadio ou enfermo.

O procedimento de identificação genérica da condição patológica pode ser considerado como um pré diagnóstico necessário ou como forma específica de diagnosticar qualquer que for o enfoque adotado, trata-se de um procedimento imprescindível ao processo de diagnosticar qualquer patologia e impõe algumas considerações acerca de diferenças entre a condição patológica e a não - patológica. Os fenômenos representados pelos conceitos de saúde e enfermidade apresentam diferenças essenciais que fundamentam e justificam a existência da hoje chamada medicina e as instituições médicas desde antes dos primeiros tempos históricos.

Enfermidade. Conceito que pode ser entendido como um estado particular de um organismo vivo afetado por um agente danoso, seja físico, químico,

biológico ou psicossocial que, por isto mesmo, é chamado patológico.

A vulnerabilidade à enfermidade, ou enfermabilidade, neste sentido amplo e genérico de possibilidade de enfermar, é uma característica essencial de todos os seres vivos, podendo o conceito ser estendido metaforicamente a todas as formas de existência dotadas de organização estrutural dinâmica. Embora a condição patológica possa e deva ser reconhecida como um acidente na existência de quem a padece, a possibilidade de tornar-se enfermo, de apresentar uma condição patológica (enfermabilidade, no dizer de Laín-Entralgo, em *El Estado de Enfermedad*), pode ser descrita como uma propriedade de quem tem saúde. Uma propriedade, no sentido aristotélico, de ser característica essencial do ser em questão. Pois, a enfermidade é uma resposta do organismo ao agente agressor ou perturbador de sua integridade. A enfermabilidade é propriedade da matéria viva.

As noções de doença, enfermidade e enfermabilidade só podem ser entendidas quando se define seu objeto, a estrutura que as apresenta, um ente biológico.

Com o sentido de maior abrangência que se pode atribuir a estes termos, é possível imaginar a enfermidade e a vulnerabilidade a enfermar como atributos de todas as estruturas sistêmicas dinâmicas.

Neste enfoque biológico amplo, Laín-Entralgo anuncia cinco níveis de organização natural que oferecem as possibilidades de de um organismo enfermar ou cinco tipos diferentes de enfermidade, do ponto de vista dos seres afetados por ela:

- a) enfermidade das estruturas cristalinas;
- b) enfermidade das estruturas bióides, como os vírus;
- c) enfermidade dos vegetais (fitopatologia);
- d) enfermidade dos animais (zoopatologia) e
- e) enfermidade dos seres humanos (antropopatologia).

Contudo, em outras áreas do conhecimento, já há quem avance mais e atribua a condição de enfermidade a estruturas arquitetônicas, como as edificações. (Não só enfermidade, mas também semiologia, diagnóstico e terapêutica).

As enfermidades humanas, contudo, só são mencionadas com o sentido específico de resposta individual aos fatores patogênicos. Enfermidade é um conceito absolutamente individual. Só se aplica a entidades coletivas como metáfora. Como todos os humanos são sujeitos a enfermar, nasceram a medicina e as instituições médicas como resposta social a essa situação imposta pela necessidade humana

Nesse caso, talvez fosse defensável a ideia de diferenciar as doenças animais nos seres humanos das enfermidades essencialmente humanas. Podendo-se acrescentar as enfermidades humanas psicossociais. O senso comum tende a manter a aplicação do conceito de condição patológica ou enfermidade restrita às estruturas vivas. Contudo, essa pretensão esbarra no dado da realidade patológica que aponta para a multi fatorialidade das doenças psiquiátricas como dados da realidade biopsicossocial dos seres humanos sadios ou enfermos.

Enfermidade Humana e Enfermidade Animal no Humano

A enfermidade pode ser entendida como uma afecção danosa que perturba as condições vitais dos seres biológicos.

As enfermidades podem ser botânicas e zoológicas.

As enfermidades zoológicas podem ser humanas e não humanas.

As propriedades psíquicas humanas, inclusive a vontade, os sentimentos, a inteligência, a sociabilidade e as aptidões simbólico-verbais, podem ocasionar um tipo de enfermidade essencialmente humana, a enfermidade sociopsicógena (ou neurose). Mas também podem influir nas outras formas de adoecer, nas enfermidades animais que podem acometer os seres humanos, atribuindo características qualitativamente novas à maneira animal de enfermar. A hominização da patologia biógena.

A doença animal trazida na hominização apresenta no homem conteúdos humanos. Uma lesão da pele por fungo, uma fratura ou uma chaga de leishmaniose, condições patológicas que podem acometer homens e animais, apresentam-se no ser humano, como enfermidades de inteiramente novas, embora as lesões possam permanecer idênticas.

Os animais não humanos nunca chegam a padecer espontaneamente de estados patológicos como arteriosclerose, asma, hipertensão arterial, doenças reumáticas ou alérgicas, pelo menos enquanto vivem na natureza e não são domesticados. Para os criadores de animais, parece certo que a obesidade e os desvios de inclinação sexual só acontecem em animais domesticados. Não existem quando eles estão em seu estado natural.

No entanto, apenas o homem sofre e vê agravada sua enfermidade pelo medo que ela (ou a expectativa de sua evolução) lhe desperta.

Kurt Schneider, fiel ao positivismo do século XIX, disse que "enfermidade propriamente dita só existe no somático", contestando o conceito de doença mental, mas permitindo o emprego do termo doença de expressão mental (ou ainda, predominante ou acessoriamente psíquica).

Comportamentos, Reações e Desenvolvimentos.

Fundado na mesma objeção, para esquivar-se dos conceitos de doença ou enfermidade, Adolf Meyer denominou todas as condições patológicas psiquiátricas, qualquer que fosse sua etiologia ou patogenia, de reações; denominação que, por não ter tido aceitação, foi substituída por outra ainda mais genérica, disorder (transtorno, perturbação).

Em defesa do conceito de transtorno, ao invés de doença ou enfermidade, Sainsbury escreve o seguinte: Os sintomas psiquiátricos (e também muitos sintomas de transtornos somáticos) devem ser considerados como processos adaptativos ao stresse, tanto interno quanto externo, tanto psicológico como social e corporal.

A identificação dos sintomas psiquiátricos como mecanismos de defesa do ego, tão cara aos pontos de vista psicoanalíticos, encontra-se na origem da Super estimação do conceito de reação constante do DSM II e na adoção de seu eufemismo transtorno (do inglês disorder) nas edições subsequentes, o que resultou da conotação ridícula que assumiu.

O conceito de reação (com o sentido de resposta sociopsicógena aguda) surgiu da distinção natural que se faz entre acontecimentos naturais e acontecimentos psicossociais. O caráter sempre mais ou menos condicionado dos comportamentos dotados de conteúdo psicológico os distinguiriam dos fenômenos naturais, espontâneos e incondicionados.

Sanidade e Normalidade

Na literatura psiquiátrica e na linguagem vulgar do dia-a-dia é bastante comum que os fenômenos não-patológicos sejam designados como normais (Servantie).

No entanto, normal (como desordem) é uma palavra muito ambígua, pode ser empregada com diversos significados. Pode designar lei, um padrão, uma regra de comportamento ou funcionamento (ou ideal, a norma natural ou ideal, o modelo desejado); noutras vezes, pode designar comportamento ou a ocorrência mais frequente, aquela que está próxima da média, o comportamento habitual, o mediano, o comum. Mas em psicopatologia, quase sempre que é utilizada a expressão normal, ela quer dizer saudável, hígido, não-patológico.

Piulachs enfatiza que, no sentido de expressão da norma humana é tão normal o patológico, quanto o não-patológico.

Este autor tem preferido, nessa situação, opor o patológico ao não patológico.

De fato, o adoecer e o morrer são instâncias absolutamente normais na existência dos seres vivos. Não há ser vivo que não morra, pois a morte é parte da vida. O nascimento e a morte são os dois extremos da vida dos mamíferos.

Porém, se o enfoque de comparação não for a condição biológica e se tratar, por exemplo, de um determinado nível específico (como o nível de glicemia, grau de acuidade visual, desenvolvimento da capacidade de leitura), esta afirmativa de Piullachs pode não ser verdadeira.

Já Scharfetter considera que o anormal pode ser positivo ou negativo e que somente os fenômenos negativos devem ser considerados patológicos, empregando um juízo de valor na diferenciação do patológico, o que deve ser evitado.

Canguillem condena o emprego do termo anormal pelo que este termo tem de impreciso e ambíguo, embora empregue anomalia para expressar uma estrutura diversa do modelo natural e ressalte que nem sempre anomalia corresponde a um estado patológico. O conceito de anormal também encerra forte conotação moral. Mas é preciso ter presente o conjunto de circunstâncias, o objeto e o ponto de vista desde o qual se aprecia a normalidade ou, a anormalidade. Pois estes são conceitos essencialmente relativos e nunca absolutos.

Com o conceito de desordem (disorder em inglês) que no Brasil traduz-se por transtorno e, em Portugal, perturbação, pode-se levantar objeção análoga ou idêntica. O conceito de ordem pode ser atribuído a objetos do mundo natural, social ou psicológico. Ordem significa um conjunto no qual todos os seus componentes estão em seu lugar. Na Física, na Química e na Biologia essa ordem corresponde a um componente da natureza, enquanto como fenômeno psicossocial, a ordem é um dado convencional, sem qualquer espontaneidade, como acontece com os objetos e eventos da Natureza. Sem falar que ordem e desordem no campo psicossocial tem grande influência ideológica.

Saúde e Enfermidade

Pode-se admitir que, para muitos, é tão normal estar saudável quanto enfermo. Os conceitos de saúde e afecção patológica são atribuídos a partir de um ponto de vista; mesmo assim, importa determinar se existe alguma diferença essencial na realidade destas duas situações existenciais (e vitais) que são expressas por estes conceitos. Importa definir se o patológico e o não-patológico são categorias conceituais essencialmente diversas uma da

outra ou se representam pontos diferentes de um contínuo. Pode ser possível que aconteçam simultaneamente as duas situações.

A ideia da descontinuidade dos comportamentos patológicos em relação aos não patológicos só tem sentido completamente a partir de um ponto de vista médico. De fato, desde um ângulo antropológico, psicológico ou outro qualquer, esta descontinuidade pode ser inexistente ou desprezível. Saúde, como normalidade, é um conceito sempre relativo.

No entanto são qualitativamente diferentes as situações de um organismo sadio e de um organismo afetado por uma enfermidade. Organismo e enfermidade é que são categorias diversas.

O organismo vivo, seja qual for, é um objeto material, um sistema biológico e a enfermidade é um construto, um conceito intencionalmente elaborado para representar uma qualidade ou um estado de um organismo vivo. Para Bunge a vida é um conceito filosófico-científico que aponta para a extensão da proposição estar vivo. A vida é, pois, um construto, um conceito formal que designa o estado de estar vivo. Uma propriedade apresentada por uma estrutura material biológica, por isto mesmo, chamada matéria viva.

A dimensão filosófica da noção de vida originou-se de duas concepções elementares: o materialismo (tudo é matéria) e o idealismo (tudo é ideia). O idealismo ao longo do tempo foi representado pelo sobrenaturalismo mágico religioso e, depois, pelo vitalismo (o ser vivo seria caracterizado por um élan vital, um entidade imaterial, uma alma ou outra força mágica capaz de animar um ente inanimado).

O materialismo, por sua vez, foi representado inicialmente pelo mecanicismo, sua versão mais primitiva. Suas formas mais modernas são o materialismo dialético e o materialismo emergente (o biosistemismo). O funcionalismo foi uma tentativa de ser uma instância intermediária entre o idealismo e o materialismo.

Segue-se um texto da Biofilosofia de Bunge e Mahler sobre os biosistemas.

Ainda que muitos autores creiam que a definição de "vida" seja uma tarefa elusiva, de qualquer maneira tentaremos dar uma lista de propriedades que, segundo cremos, como conjunto caracterizam os objetos viventes, e só eles. De acordo com nossa análise CES dos sistemas (secção 1.7.2), assumimos que um ser vivente é um sistema material que:

- (i) sua composição inclui ácidos nucleicos, assim como proteínas (tanto estruturais como funcionais, em particular enzimáticas, e estas últimas lhe permitem explorar seu hábitat);
- (ii) seu ambiente inclui alguns precursores de seus componentes (e assim lhe permite como sistema a reparar-se e a reproduzir a maioria de suas biomoléculas, senão todas); e
- (iii) sua estrutura inclui as capacidades de metabolizar, de manter-se e a reparar-se (dentro de certos limites.)

Expressamos esta hipótese em um axioma e uma convenção:

POSTULADO. Existem sistemas concretos do tipo B para cada b membro de B,

- (i) b se compõe de subsistemas químicos e bioquímicos, em particular água, proteínas, ácidos nucleicos, carboidratos e lipídios;
- (ii) os componentes de b estão suficientemente contíguos para permitir interações (bio)químicas contínuas entre eles;
- (iii) o limite de b é determinado por uma membrana lipídica flexível e semipermeável (biomembrana);
- (iv) b incorpora algumas das biomoléculas que sintetiza (em vez de liberá-las imediatamente em seu habitat);
- (v) as possíveis atividades de b incluem o ajustamento, reacomodação e desmantelamento de componentes (que permitem a automanutenção de b durante um certo tempo), assim como a captura e armazenamento de energia livre (p. ex., em moléculas de ATP) para consumo futuro (metabolismo);
- (vi) alguns dos subsistemas de b regulam a maioria dos processos que ocorrem em b de maneira tal que se mantém no sistema um meio interior bastante constante (homeostase, autorregulação);
- (vii) um dos subsistemas de b envolvidos na autorregulação – seu sistema gênico – está composto por moléculas de ácidos nucleicos, e sua interação com outros subsistemas de b (co)regula a automanutenção, assim como o desenvolvimento – se ele há – e a reprodução – se ela há – de b;
- (viii) todos os sistemas de controle em b estão interconectados por sinais químicos (tais como a difusão de íons, átomos ou moléculas, e reações químicas propagativas) e assim constituem uma rede (química) de sinais;
- (ix) b pode ajustar-se a algumas mudanças ambientais sem arriscar a continuidade de sua existência.

Axioma ou postulado é uma proposição inicial que independe de ser comprovada.

DEFINIÇÃO. Os sistemas do tipo B aos que se refere o postulado 4.1 se

denominam bio sistemas, sistemas viventes, coisas viventes ou seres vivos.

Um sistema vivo é um biosistema. A célula é o mais elementar dos biosistemas.

Um organismo vivo é um bio sistema simples ou complexo que não é um subistema de outro sistema. Para Bunge o organismo, seja qual for sua composição é a máxima unidade material da vida. A enfermabilidade ou possibilidade de enfermar é a propriedade que torna o sistema vivo vulnerável a ser afetado por uma enfermidade.

Influência do Ponto de Vista

Do ponto de vista exterior à medicina, considere-se ou não os acontecimentos patológicos e os não-patológicos igualmente normais (porque o remédio do tuberculoso é o veneno do bacilo de Koch), não é possível negar certa diferença entre estas duas situações em muitos acontecimentos. A questão é saber se esta diferença é qualitativa (isto é, envolve uma característica essencial) ou se é simplesmente quantitativa, resumindo-se a uma dessemelhança de grau, de nível ou de variação da intensidade de um atributo mais ou menos acessório. O certo é que identificar a natureza dessa diferença depende do critério e do enfoque adotado. Pois os conceitos de saúde e de estado patológico (não-saúde) dependem do ponto de vista do qual é percebido e avaliado.

A diferença qualitativa entre saúde e enfermidade é uma convenção qualitativa e estabelecida do ponto de vista humano para expressar aquele estado do organismo biológico. Mas não é só isto. Sem esquecer que isso se dá sempre que a questão for apreciada a partir do ponto de vista médico. O qual, aliás, não seria médico se não o formulasse desta maneira. Os juízos de valor atribuídos pelas pessoas aos conceitos de saúde e doença resultou da importância e desimportância que as pessoas atribuíam a essas duas condições ou estados neles mesmo.

Doutros pontos de vista, como comportamental, sociológico ou antropológico, pode não haver qualquer diferença. Por exemplo, do ponto de vista socioeconômico, a diferença principal entre uma pessoa enferma e uma sadia é que o enfermo consome mais e produz menos. Este não é um atributo da doença ou do doente, mas do agente econômico, político ou social e da sociedade que ele integra. No caso da enfermidade psiquiátrica, o desajuste do paciente nos sistemas sociais que integra costuma ser bem mais difícil que nos enfermos somáticos. Alguns aspectos pragmáticos podem ser importantes no procedimento diagnosticador em Medicina. A propriedade essencial de um fármaco para o médico é sua utilidade para

tratar enfermos. Para quem o fabrica e vende, é um produto, uma mercadoria cuja propriedade essencial é ser vendida para produzir lucro. O mesmo sucede com a criação de uma investigação farmacológica. Pode ser destinada primariamente a descobrir medicamentos úteis para os doentes, ou pode objetivar primariamente ajudar a comerciar remédios.

O Caráter Polar de muitos Processos Naturais e Patológicos

Assim como é comum na natureza, as condições patológicas acontecem em muitos estados patológicos, como acontece com os fenômenos nervosos de excitação e inibição. O que se revela no estudo da consciência, da afetividade, da vontade e da atividade. Situações nas quais existe dois polos opostos, um contrário ao outro.

Relatividade das Enfermidades

Mesmo que saúde e doença, higidez e enfermidade sejam fenômenos qualitativamente autoexcludentes, isto não significa que devam ser tidos como isolados e incomunicáveis. Porque não o são. Ou, pelo menos, não sempre. A mencionada descontinuidade essencial se dá no plano dos interesses e dos valores de quem experimenta estes fenômenos ou os avalia, podendo variar diametralmente trocando-se o ponto de vista, como no caso do bacilo de Koch e do tuberculoso.

O remédio para a pessoa afetada pela tuberculose é veneno para o bacilo de Koch. É bem provável que esta descontinuidade exista na natureza e na realidade psicossocial. O doente é quem ou o que sofre o dano. Na sociedade é conhecida a contradição que existe entre quem paga e quem recebe, entre quem compra e quem vende.

O reconhecimento da descontinuidade essencial (e qualitativa) entre os conceitos e os estados de saúde e doença e – o que é muito mais importante – entre os acontecimentos naturais e socioculturais, que estes conceitos refletem, constitui o núcleo do elemento essencial de toda prática e de toda a teoria da medicina desde tempos imemoriais.

Muitos autores, entre eles Claude Bernard, afirmam uma certa descontinuidade entre a normalidade e a enfermidade, mas lhe atribuem um significado meramente quantitativo, julgando que o patológico é apenas falta, excesso ou deformação do não - patológico. O que é perfeitamente adequado do ponto de vista de um biólogo ou de um fisiologista. Isto é o que acontece, por exemplo, com o conceito de diabetes mellitus, quando a diferença quantitativa de glicemia só tem sentido em função do mal que acarreta ao organismo.

Ademais, para os casos de uma diferença ontológica, o estabelecimento da natureza da diferença entre os fenômenos patológicos e não patológicos depende da qualidade da condição patológica enfocada. Ver-se-á logo que os fenômenos patológicos se apresentam como acontecimentos diversos. Mas a descontinuidade pode ser qualitativa, o organismo pode ser agredido por um corpo estranho ou um corpo estranho pode ser gerado no organismo sadio, enfermando-o.

Nas enfermidades psiquiátricas também se pode diferenciar os casos em que a condição patológica é fruto de uma diferenciação quantitativa, daquelas nas quais a diferenciação depende de uma variação qualitativa. Desde do ponto de vista rigorosamente comportamental (psicológico) ou sociológico, esta diferença qualitativa entre o patológico e o não-patológico pode ser ignorada, ser desprezível ou, até, inexistir. E, fora do âmbito da medicina, mesmo nas situações em que haja necessidade de estabelecer uma diferença conceitual ou prática entre saúde e doença, nunca ou quase nunca será importante distinguir qual a afecção patológica que acomete a pessoa ou as pessoas em questão.

Entretanto, sabe-se que nas situações médicas, essas questões nunca são apenas teóricas. São práticas e são vitais, no inteiro sentido deste adjetivo. Do ponto de vista médico, o que faz a diferença é o dano, o sofrimento e o risco que esse estado impõe à pessoa afetada.

As pessoas enfermas, em geral, preocupam-se muito mais com o seu prognóstico que com o diagnóstico. E, quando se preocupam com o diagnóstico, é para saber qual seu prognóstico ou sobre o agente determinante da terapêutica. Já para um médico em seu trabalho, é insuficiente saber que há uma doença, ou simplesmente qual é sua denominação; precisa conhecer a doença, ter uma ideia de sua causalidade e de sua evolução provável, além de dispor de algum tipo de recurso para tratar o doente. Tudo isto porque as noções de prognóstico e terapêutica, implícitas no diagnóstico, são diferentes para o médico e para o paciente.

Saúde e Enfermidade

A saúde, confundida com felicidade, tem sido definida pela Organização Mundial da Saúde, de forma bastante utópica, é bem verdade, como estado de perfeito bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença, deficiência ou invalidez.

(Vale a pena grifar a última parte da definição original e essencial, mas frequentemente omitida quando ela é enunciada, com prejuízo claro do seu

significado essencial).

Do ponto de vista médico, o interesse está dirigido principalmente para a segunda parte da definição, ao contrário dos cientistas sociais. Neste primeiro sentido estrito, mas essencialmente médico, a saúde pode ser entendida como o oposto ao patológico, como o não-patológico e, até, como ausência de doença.

Mas há muitos crentes que negam às enfermidades significado para caracterizar uma condição patológica, atribuída apenas ao mal estar (que nem sempre há).

Em que pese o caráter avançado desta definição de saúde, por sua ênfase no atributo bem-estar, ao invés do negativo – ausência de doença ou invalidez, não falta quem a critique com razão. Por ser utópica, imprecisa, inoperacionalizável.

Significa mais a expressão de um propósito social e político do que uma definição de saúde, porque se confunde com o conceito de felicidade.

Embora a saúde possa ser definida hoje como algo mais que a mera ausência de doença ou invalidez, definir a doença como ausência de saúde (como se fazia até há algum tempo) implicaria em declarar que saúde e doença são estados antinômicos, polos opostos e inconciliáveis. A definição de saúde como bem estar mudou radicalmente isso. Caso que, alguém poderia estar totalmente doente ou completamente saudável. O que é quase tão exagerado que experimentar completo bem-estar.

Embora criticável, a definição de saúde como bem-estar tem sido politicamente útil, embora cada vez mais difícil de sustentar, que a de condição patológica. O que foi muito útil nos processos sociais. Acontece que a definição de enfermidade é indispensável à medicina que jamais teria existido sem ela.

Talvez, por isto, se não é fácil ou possível definir saúde a contento geral, o conceito de enfermidade é mais ou menos universal há muitos séculos. Perfeito bem estar físico, mental e social é uma perfeita utopia irrealizável, principalmente o bem estar social.

Classes de Enfermidade

Patológico é um significante que pode ser empregado com certa diversidade de significados. O Tratado de Patologia Médica de Von Bergmann divide os fenômenos pelos quais se manifesta a patologia humana em objetivos e subjetivos, do ponto de vista de quem os experimenta; e em orgânicos, funcionais e psicológicos, do ponto de vista da natureza de suas

manifestações clínicas.

Letamendi 1 realça que desde muito remotamente três sentidos diferentes e complementares são abrangidos pelo conceito de enfermidade:

a) Impedimentos representados por deficiência funcional, sequela de uma afecção patológica anterior, agenesia, deformação congênita ou mutilação. (com o mesmo sentido que tem *asthmnéia*, em grego, *infermitas*, em latim e *infirmary*, em inglês).

b) Estados (desenvolvimentos ou processos) de desarmonia e desequilíbrio entre as funções, estruturas ou faculdades do organismo vivo (do qual se pode prever a evolução e, ao menos, supor a etiopatogenia), principalmente os de natureza polarizada; o oposto de desempenho saudável, sadio de sanidade; o resultado da ruptura da homeostase organísmica por falência ou insuficiência da capacidade adaptativa, podendo ser transitório ou permanente e mais ou menos invalidante. (Traduz o mesmo significado que a palavra grega *nosos*, a latina, *morbis* e a inglesa, *disease*).

c) Experiência subjetiva ou objetiva de mal-estar, tensão, dor ou sofrimento desproporcionados às circunstâncias vividas pela pessoa; inclui o sentir-se doente. (Corresponde ao significado de *pathos*, em grego, *dolentia*, em latim e *illness*, em inglês).

Objetivamente, apenas alguns estados patológicos (chamados passivos), isto é, por dano negativo e as condições patológicas (ditas ativas) por dano positivo são enfermidade. Noutras, o dano pode ser apenas sentido, como dizia Letamendi, pois seus sintomas são subjetivos. A experiência subjetiva da enfermidade (doença ou moléstia) constitui uma propriedade emergente das duas anteriores.

Estes devem ser considerados, ainda hoje, os limites do patológico e as diferentes grandes classes de enfermidade: o sofrimento patológico porque desproporcionado e inadequado, as doenças enquanto entidades ou afecções etiopatologicamente definidas da reatividade do organismo ao agente patogênico e os impedimentos representados pelos estados funcionais deficitários em relação ao modelo humano, mutilações e deformidades. No caso das enfermidades psiquiátricas, o principal elemento caracterizador da doença (mas não da enfermidade, com o sentido usado aqui) é a perda da liberdade de praticar as condutas intencionais.

Contribuição de Henri Ey, que faz muita falta na leitura dos psiquiatras atuais.

Perturbações da Conduta Social

Desde a introdução da categoria diagnóstica loucura moral de Pritchard,

surgiu mais um componente deste conceito de enfermidade, afora os três que haviam sido identificados por Letamendi. (3 Letamendi, apud Lain-Entralgo, P., El Estado de Enfermedad, Ed. Moneda e Credito: Madrid, 1968, p. 49.)

O termo vigilância é empregado aqui com o mesmo sentido que tem em vigilância epidemiológica.

O conceito de desvio da conduta social ou transtorno da personalidade.

Controvertida e talvez incompatível com o conceito de enfermidade, a noção de desvio social ou da conduta social quando empregada para designar uma condição patológica infantil. Inclui a caracterização como patológico de condutas de impor sofrimento a outrem deliberada e intencionalmente, incluída nos conceitos de sociopatias e transtornos antissociais da personalidade. O que provavelmente, será uma impropriedade passageira, originada mais da filantropia que da filotécnica.

A própria noção de desvio (e desordem) não é doença nem necessariamente patológica e significa um comportamento diferente da média ou da maioria ou da conduta esperada de uma pessoa em um dado meio cultural. A diferença no desenvolvimento ou processo que o afasta de seu objetivo (neste sentido carrega uma conotação de valor moral). A não ser para designar certas formas especiais de alteração do desenvolvimento psicossocial, é bem melhor não usar o conceito de desvio, quantitativo ou qualitativo. E quando isto for feito, deve-se considerar a possibilidade de, em cada caso específico, ter havido apenas uma diferença não condicionada patologicamente dos padrões estabelecidos e não um desvio antissocial e doentio da conduta.

Como se vê, o conceito de enfermidade não é uniforme no tempo nem no espaço e não reúne apenas elementos componentes idênticos em sua forma e essencialidade; abrange, pelo menos, três níveis de significação que correspondem a três grupos de elementos qualitativamente distintos entre si.

Desde Letamendi, no interior do conceito de enfermidade existem três noções que correspondem a pelo menos três grupos essencialmente diversos de condições clínicas psiquiátricas que apresentam descontinuidades qualitativas entre si. Essa classificação decorre do tipo de dano produzido na enfermidade ou doença em questão. Enfermidades por danos negativos, as enfermidades por danos positivos e as enfermidades por danos apenas sentidos. As alterações quantitativas referem-se principalmente às suas intensidade e à duração.

Caruso Madalena, pioneiro da investigação psicofarmacológica no Brasil, em suas Lições de Psiquiatria, destaca a importância dos fenômenos psicopatológicos incluírem variações quantitativas e qualitativas em relação aos comportamentos não psicopatológicos. O mesmo pode se pensar em relação aos demais aspectos das condições patológicas. Esta análise estrutural do conceito de enfermidade corresponde ao estudo analítico (classificatório, no sentido platônico) dos fenômenos patológicos. Ignorar a diferenciação essencial existente entre estes três grupos distintos de fenômenos patológicos redundaria em dificultar o avanço da psicopatologia e da psiquiatria, que se reflete, principalmente, na incompreensão dos limites do patológico e em dificuldades de diagnosticar.

O Caráter Individual da Saúde e da Enfermidade

Saúde e enfermidade são estados experimentados por um organismo vivo individual. Por isto, são conceitos que devem ser empregados exclusivamente a indivíduos, ainda que entendidos como unidades biopsicossociais. A atribuição dos conceitos genéricos de saúde e enfermidade a categorias plurais faz-se como metáfora, analogia, figura de linguagem, licença poética. Um mesmo agente infeccioso pode afetar, com maior ou menor gravidade, diversos organismos de uma mesma espécie em uma mesma comunidade, em uma mesma oportunidade. Mas isso não significa que aquela comunidade esteja enferma, só que seus componentes individuais estão. Seja essa comunidade uma família, uma classe, uma cidade, um país, a humanidade.

Alcance do Conceito de Enfermidade

A questão da polaridade do estado patológico e do estado de higidez, em seus aspectos teóricos e práticos, situa-se no fulcro da convergência e da divergência de numerosos ramos do conhecimento e influi em muitas áreas da atividade humana. Não interessa apenas à psicologia e à psicopatologia; mas à sociologia, à fisiologia, à antropologia, à filosofia, ao direito, à ciência política e a muitas outras dimensões do conhecimento científico das quais se serve e para as quais contribui. Compõe o quê fazer dos profissionais de saúde, dos psicólogos, assistentes sociais, juristas, administradores, professores e muitos outros. Interessa ao cotidiano de muitas pessoas comuns, sendo certo que interfere, mais ou menos poderosamente, na vida daqueles que são objeto de um diagnóstico psiquiátrico. A doença é a enfermidade conhecida pelo ente vivo afetado por ela.

O significado social da distinção entre o que é patológico daquilo que não é, não parece claro porque não há um único modo de diferenciar o porquê; e

as modalidades que existem se misturam e se confundem para os iniciantes. O professor Leme Lopes reclamava que a maioria dos tratados e compêndios de psiquiatria e psicopatologia originados no império norte-americano, publicados nos últimos anos, omitiam este capítulo. A delimitação entre o patológico e o não - patológico, mesmo que se limite ao conceitual, não é pacífica. Provoca hoje algumas controvérsias. Ainda que no passado essas tenham sido bem mais numerosas e acirradas. No entanto, tais controvérsias muito raramente referem-se exclusivamente à diversidade de opiniões ou de convicções restritas a qualquer um destes dois conceitos ou de suas relações recíprocas. Tampouco, a maior parte das discussões refere-se ao objeto estudado. O mais comum é que tais divergências resultem em outras ideias distantes destas, de crenças ou opiniões sobrepostas a estas, de interesses, de preconceitos e de conflitos sobre a visão do mundo, da sociedade e do homem.

A origem da maior parte das divergências sobre o patológico e o não-patológico deve ser buscada no campo ideológico, econômico ou psicológico, muito mais do que na área dos dados lógicos. Talvez por isto, o conflito real, subjacente à discussão sobre a normalidade e a afecção patológica, raramente venha à luz dos argumentos ou da exposição, permanecendo oculto para quem não o reconheça. Na medida em que são comportamentos pouco claros, importa definir os elementos destes conceitos e levantar possíveis motivações dessas opiniões.

Os comportamentos controversos, como conceituados neste texto, na medida em que constituem fenômenos simultaneamente biológicos, socioeconômicos, políticos e culturais, têm caráter ideológico, além de psicológico; por isso sua avaliação não pode ser feita sem a influência (mais ou menos poderosa) da utilidade que lhes empreste valor intrínseco e de valores éticos, estéticos e políticos (no sentido mais amplo da expressão, como valores civis) que mobilizem.

Atualmente, existem listas de alterações elementares da conduta denominadas como transtornos que para alguns substituem equivocadamente os diagnósticos de doenças. Essa mudança de doenças para sintomas singulares ou coleções de sintomas muda radicalmente o significado dos diagnósticos psiquiátricos e seu emprego na clínica.

As pessoas que têm transtornos devem ser chamadas transtornados.

Sintomas, Síndromes e Enfermidades

O manual nosográfico e estatístico norte-americano (DSM) introduziu ali o conceito de "disorder" (que se pode traduzir por transtorno, perturbação,

alteração e que alguns traduzem por distúrbio ou, o que é pior, desordem) para se referir à forma pela qual se exteriorizam as condições clínicas psicopatológicas. Ali define-se disorder como instância conceitual intermediária entre a síndrome e o sintoma. Mas disorder é um conceito ambíguo, numas vezes é um sintoma; em outras, um conjunto de sintomas, ainda em outras; mas sempre simula ser o que não é, uma enfermidade ou uma doença.

Sintoma e Sinal

As palavras signo, sinal, sintoma e símbolo têm a mesma origem e originalmente tinham o mesmo significado, tendo sofrido mudanças de significação por motivos histórico-sociais mais que cognitivos. As necessidades da prática clínica determinaram um deslizamento semântico nestas expressões técnicas.

O deslizamento semântico pelo qual cada um destes elementos léxicos assumiu sua significação específica se deu em um processamento semântico no âmbito da Semiologia, especialmente da Semiologia Médica.

A palavra síndrome provém do grego syndrome, que significa convergência, objetos ou fenômenos que ocorram conjuntamente.

Signo vem do latim signum e seu sentido mais geral se refere a uma marca ou um sinal que evoca o entendimento de uma ideia ou de algum objeto material ou conceitual. Em semiologia se usa para qualquer elemento comunicativo ao qual se possa atribuir um significado. Com este sentido mais amplo, para Peirce S. é tudo aquilo que, sob certos aspectos e em alguma medida, substitui alguma outra coisa, representando-a para alguém. (4 Rabaça, C.A., e Barbosa, G., Dicionário de Comunicação, ed. Codecri, Rio, 1978.)

Sinal (do latim, sinalis), pode ser usado com todos os sentidos que se atribui a signo. Sinal na terminologia médica, contudo, é um fenômeno de resposta observado pelo médico no corpo de um paciente no qual se realizou uma manobra convencional a título de estímulo, que lhe fornece elementos para o diagnóstico de uma enfermidade.

Um segundo sentido de sinal muito usado em Medicina nacional, também pode significar uma mancha na pele de uma pessoa.

Um terceiro sentido é atribuído a esta palavra pelos psiquiatras norte-americanos que denominam assim os sintomas objetivos de sinais.

Sintoma (do grego *symptoma*, através do latim *symptoma* = cair junto). Toda manifestação sensível de uma enfermidade. Para muitos autores norteamericanos sintoma é a manifestação subjetiva de uma enfermidade. (5 Dorland, Dicionario de Ciencias Médicas, El Ateneo, Buenos Aires, 1975.)

Chamam aos sintomas objetivos de sinais. Esse autor ignora como chamar os sinais (como devem ser chamadas as respostas do corpo a manobras semiotécnicas padronizadas, como o sinal de Romberg).

Símbolo. Modalidade de signo que representa a noção material ou formal simbolizada por ele.

O diagnóstico sintomático ou o reconhecimento da presença de um sintoma no quadro clínico de uma pessoa que estiver sendo examinada reside na identificação de um dos fenômenos patológicos mais elementares, denominados sintomas objetivos ou subjetivos. Por exemplo: hipertemia, alucinação, tique, dor lombar, parestesia, equimoses espontâneas puntiformes (petéquias), hiperplasia tireoidiana, prurido localizado ou difuso no corpo, ansiedade. Isso acontece por que o sinal clínico é a resposta esperada após uma manobra semiótica (especificamente semiotécnica), padronizada, como sucede no sinal de Babinski, sinal da roda dentada, sinal do canivete, sinal de irritação meníngea.

Convém recordar que, segundo a tradição da semiologia latina, os sintomas podem ser objetivos (quando podem ser percebidos pelo examinador) ou subjetivos (só percebidos pelo examinador quando o paciente os comunica).

Algumas categorias diagnósticas da CID-10 se limitam a apontar sintomas, como: alucinose, enurese, encoprese, tique, piromania, insônia, hipersônia, cleptomania, anorexia, bulimia, vaginismo, dislexia, dislalia, disartria (transtorno específico da articulação da fala), discalculia, disortografia, mutismo, gagueira, taquilalia, taquifemia, terror noturno.

O reconhecimento de um sinal, do sinal de Babinski por exemplo, tipifica o diagnóstico de enfermidade neurológica. Alguns outros sinais clínicos conhecidos são: Sinal de Abadie (insensibilidade dolorosa do tendão de Aquiles na tabes dorsalis); Sinal de Argyll-Robertson (desaparecimento do reflexo fotomotor e conservação da acomodação e convergência, da sífilis cerebral parenquimatosa); Sinal de Auspitz (na psoríase, ao serem retiradas todas as escamas de uma placa da lesão, observa-se a superfície avermelhada, lisa e brilhante com gotículas de sangue do mesmo tamanho e regularmente distribuídas). Bem como muitos outros que podem ser verificados em qualquer texto de Semiologia Médica.

A Síndrome

Denomina-se síndrome ao conjunto de sintomas objetivos, subjetivos e sinais que ocorram correlacionados. O diagnóstico sindrômico consiste na identificação de uma ou mais síndromes presentes no quadro clínico de um paciente. Em última análise, é a comparação do quadro clínico com um modelo sindrômico pré estabelecido.

O reconhecimento a partir de um modelo pré convencional de condição patológica consiste em um procedimento mental meramente mnemônico de comparação. Depois do reconhecimento do sintoma, que é o primeiro momento do trabalho diagnosticador. O reconhecimento da síndrome é o segundo momento do reconhecimento da aparência de um quadro clínico. Uma síndrome pode ocorrer em diversas enfermidades e uma enfermidade pode se expressar por várias síndromes.

A necessidade terapêutica do paciente e a responsabilidade médica impõem que se faça o diagnóstico médico, inclusive o diagnóstico psiquiátrico, por meio de outros elementos clínicos que transcendam seu quadro de sintomas no momento do exame. Deve-se avaliar criteriosamente os antecedentes pessoais fisiológicos e patológicos ou os antecedentes hereditários, além da identificação sindrômica. Não se deve esquecer, outrossim, os dados dos antecedentes sociais pretéritos e atuais, nem esquecer as expectativas futuras do paciente.

Os diagnósticos psiquiátricos da CID-10 são monossintomáticos ou polissintomáticos, neste caso, demência, delirium, hipomania, síndrome maníaca, síndrome depressiva, síndromes ansiosas ou de angústia como a síndrome de pânico, obsessão, neurastenia, agorafobia, farmacodependência, autismo, anorexia, bulimia, transtorno esquizotípico e todos os transtornos da personalidade e da conduta, síndrome pós-encefálica e pós-concussional, deficiência mental (mental retardation), entre outros.

No entanto, são cada dia mais indispensáveis os recursos tecnológicos capazes de confirmar os diagnósticos nosológicos ou abreviar notavelmente seu processamento. Tais recursos se fizeram de tal maneira essenciais e estão de tal modo vulgarizados que não se pode desculpar sua omissão no processo de transformar diagnósticos descritivos em explicativos, sindrômicos e etiológicos.

A menos nos casos de maior responsabilidade técnica e profissional.

Cada síndrome pode ocorrer em mais de uma entidade nosológica (enfermidade) e uma mesma entidade nosológica pode se apresentar, simultânea ou sucessivamente, por meio de uma ou mais síndromes, o que

classicamente se denominava características essenciais da psicopatologia. Portanto, quando um mesmo paciente apresenta mais de uma síndrome em seu quadro clínico, isto pode significar que elas integram uma mesma entidade nosológica ou revelam entidades nosológicas associadas ou coincidentes. Isso pareceu tão importante aos psicopatólogos do século passado, que foi chamado de princípio fundamental da Psicopatologia que jamais foi desmentido, embora este sendo ignorado. A síndrome infecciosa pode se manifestar em numerosas enfermidades, ao mesmo tempo que uma enfermidade infecciosa pode apresentar-se por diversas síndromes. Muitos julgam que a síndrome delirium só pode acontecer em doenças sintomáticas, mas também pode ocorrer nos quadros mistos da doença bipolar. Fatos que são especialmente comuns nas enfermidades psiquiátricas. Entretanto, ao contrário do que acontece nas condições psicopatológicas de etiologia orgânica, as enfermidades psicogênicas costumam ser polimórficas e podem não se apresentar de modo idêntico em dois acometimentos e, mesmo em uma mesma ocorrência, podem apresentar várias identidades sintomáticas ou sindrômicas.

O diagnóstico sindrômico é a identificação de uma ou mais síndromes apresentadas no quadro clínico do paciente examinado.

Em Medicina, especialmente em psiquiatria, o diagnóstico sindrômico pode assumir relevo destacado em duas condições: primeira, quando a margem de imprecisão no conhecimento ou desconhecimento da etiopatogenia do quadro que o paciente apresenta exige pronta intervenção; segunda, face à sua importância como etapa na elaboração do diagnóstico nosológico (o diagnóstico sindrômico é a base a partir da qual se estrutura o diagnóstico nosológico); e terceira, nos casos de deficiência.

Além disto, deve-se destacar o significado do diagnóstico sindrômico para a terapêutica, sobretudo para a terapêutica imediata naqueles casos clínicos de urgência ou emergência que exigem pronta intervenção e nos quais não se pode ou não se deve aguardar o diagnóstico etiológico-explicativo. Nestes casos, não é possível esperar o diagnóstico nosológico para tomar as medidas terapêuticas que o caso exigir. O diagnóstico sindrômico é insuficiente para apoiar a maior parte dos procedimentos médicos, qualquer que seja sua qualidade. O diagnóstico de sintoma, nem se fala. Só se deve admitir o tratamento de sintomas ou síndromes quando for impossível formular uma hipótese válida de enfermidade ou doença.

Ocorre que muitos médicos (especialmente psiquiatras) estão tratando a queixa ou as queixas do paciente ou dos informantes que o acompanham em vez de tratar o doente de sua doença. Um médico não deve ter como objetivo principal de seu trabalho tratar queixas. Quem trata queixas e

sintomas dos doentes são os balconistas de farmácia, dizia meu professor de reumatologia Geraldo Gomes.

Em qualquer condição, as queixas devem, ao menos, ser caracterizadas como sintomas, síndromes ou enfermidades e o tratamento deve estar voltado para o nível de maior complexidade -a enfermidade que for possível reconhecer. Não obstante, é preciso reconhecer que, desde Hipócrates, os médicos têm o diagnóstico nosológico ou explicativo como ideal inata que seu conteúdo fosse hipotético. Seja para determinar a terapêutica ou possibilitar conclusões periciais defensáveis. O objetivo essencial do trabalho médico sempre foi tratar doentes. Identificar sintomas e síndromes é uma etapa inicial do processo diagnosticador das enfermidades e procedimentos provisórios nos serviços de urgência.

A Enfermidade

A enfermidade pode ser estudada do ponto de vista ontológico ou gnosiológico.

O ponto de vista ontológico considera a natureza do objeto estudado. Quando esse objeto é o enfermo e a enfermidade, há quem a considere uma entidade material, como o enfermo com um estado patológico, a enfermidade. Os naturalizadores da doença concebem a doença como uma entidade material (pois confundem as doenças com seus sintomas).

Do ponto de vista gnosiológico, a questão da saúde e da enfermidade pode ser estudada a partir de dois pontos de vista opostos: o primeiro, o realista, considera o enfermo e suas propriedades como um objeto real que devem ser estudados conjuntamente; e o segundo, o positivista, considera saúde e enfermidade abstrações ou conceitos teóricos, por causa da impossibilidade desses fenômenos serem percebidos pelos sentidos e, portanto, impossíveis de serem estudados. Os positivistas fenomenistas julgam que só é possível conhecer a aparência dos objetos materiais.

Na dependência da opção que se fizer por uma destas maneiras de encarar o problema, chegar-se-á a resultados diferentes, como se pode verificar apreciando as opiniões dos autores que assumem cada uma delas. Este texto foi

elaborado a partir do primeiro ponto de vista. A enfermidade expressa algo que

afeta negativamente um organismo vivo, condição que pode ter origem ou manifestar-se nas dimensões biológica, psicológica ou social de sua existência.

A saúde e a enfermidade podem se manifestar objetivamente nos sintomas

objetivos e subjetivamente no relato dos paciente ou nos exames complementares. Saúde e enfermidade são polos extremos e apenas aparentemente opostos de um processo abstrato único que os engloba a ambos integrados em um organismo vivo. Há um momento quando se deve considerar a totalidade do ser humano individual doente em suas circunstâncias psicossociais. Como também se há de reconhecer os estados biológicos diferentes de uma mesma realidade – um organismo vivo. Disso, pode-se inferir que é a condição de ser vivo individual que fornece o substrato necessário ao desenvolvimento da saúde e da enfermidade em um determinado organismo.

O conceito de organismo inclui o psiquismo, propriedade do organismo em que se manifesta em sua consciência e sua conduta. Contudo, não se pode supor que essa condição só possa se dar no seu corpo, deixando lado o restante do organismo.

Suposição que presume uma separação substancial entre a mente e o corpo que, na verdade, é inexistente. As variáveis biológicas, psicológicas e sociais se integram na realidade de cada ser humano. A mente humana, sadia ou enferma, é uma propriedade do organismo.

O termo doença (do latim dolentia, dolerere = dor, doer) emprega-se aqui como um estado de consciência de mal estar ou sofrimento do enfermo pelo qual ele sente sua enfermidade ou sabe dela. A consciência de sua enfermidade, o que o faz desempenhar o papel social de doente que não desempenhava enquanto não sentia seu mal estar ou sabia de sua enfermidade.

Esquemáticamente, doença é a enfermidade mais a consciência de estar enfermo. Consciência que varia em função de ser só uma sensação de mal estar e de conhecer ou não seu diagnóstico e seu prognóstico. Os estados de doença se manifestam quase sempre acompanhados de certos dados corporais e comportamentos psicossociais mais ou menos característicos e adequados ou não a esta condição em sua cultura de referência. As reações comportamentais moldadas na cultura na qual costuma receber influência de sua personalidade.

Comportamentos que ultrapassam em muito o sofrimento físico imposto pelo estado de enfermidade e as desadaptações resultantes diretamente desta condição. Tanto os comportamento maladaptados originados no doente, quanto aos comportamentos dos demais dirigidos a ele ou por ele motivados. Nos doentes, costuma haver algum sofrimento corporal ou psicológico e comportamentos decorrentes da consciência desse estado. O que não ocorre na enfermidade, pela inexistência dessa consciência.

Nos humanos, a enfermidade não se deve considerar um evento unicamente biológico, porque nada que é humano pode ser apenas biológico, por mais influente que tal fator seja ou pareça ser na oportunidade. Quase nunca é apenas biológica em sua origem, em seu processamento nem em sua expressão.

Contém uma dimensão psicossocial que não deve ser ignorada pelos que pretendem entender este processo humano. Por isto, estar doente, ser doente e sentir-se doente implica sempre em mudança nos papéis sociais e nos estatuto sociais (status) da pessoa afetada ou relacionada com o doente. Pois, mudam seus papéis sociais e outros lhes são acrescentados (o papel de doente, por exemplo). Mesmo em um paciente afetado por câncer avançado ou uma infecção grave, esta condição somática naquela pessoa, sem qualquer sombra de dúvida, será afetada ou afetará as condições psicossociais de sua existência.

Entidade Clínica é uma enfermidade ou doença da qual sua qualidade patológica (sua etiopatogenia) possa ser inferida teórica ou praticamente por quem a dignostica.

Peña, A. e Paco, O. (6)(Peña, A. e Paco, I., El concepto General de Enfermedad. Anales de la Facultad de Medicina da Universidad Mayor de S. Marcos, vol. 64, no 3, 2002.) propõem alguns postulados sobre a caracterização de enfermidade que vale a pena ser considerado por quem se preocupa em estudar a matéria. Por sua importância, são reproduzidos aqui traduzidos.

Postulados para Caracterizar os Estados de Enfermidade

Formulados por Peña, A. e Paco, O. (7) (Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos -Vol. 64, 65 e 66 -2003)

Para o caso que interessa para conhecer melhor estes temas, poderíamos obter as seguintes recompensas:

- PRIMEIRO.-Qualquer definição de enfermidade será um construto, dado que é produto da mente humana (de algum cérebro).
- SEGUNDO.-Tal construto não pode ser somente um conceito, já que se pretende que seja a explicação de um aspecto da realidade (como é o estado patológico), deve nutrir-se de proposições que expressem seu grau de verdade.
- TERCEIRO.-Não somente será uma única proposição, posto que a complexidade do enfermar não pode ser explicada através de uma só proposição ou hipótese observacional, mas de muitas.

- QUARTO.-Uma definição geral de enfermidade deve nutrir-se de muitas proposições tanto observacionais (de menor grau de generalidade) como não observacionais (de maior grau de generalidade.) A interdependência sistêmica de ambas garantirá a coerência e a exatidão do construto, que em última instância se converterá em um modelo teórico, que deverá ser científico se não quer perder os milhares de dados já existentes.

- QUINTO.-Devemos aspirar a uma definição geral de enfermidade que seja:
 - a. Uma representação conceitual, simbólica e aproximada do estado de um sistema biológico complexo.

- b. Um modelo teórico que refira só a uns quantos "aspectos-chave" comuns e gerais a todos os estados enfermos, e não só refira os detalhes individuais do sistema,

- c. Que seja convencional, mas não arbitrário.

- d. Que não seja ambíguo nem somente literário, que recorra a termos teóricos definidos (como os de estado e propriedade) e que recorra à modelização matemática e lógica para ser mais exato.

- e. Que não pretenda ser uma fotografia instantânea, nem uma representação gráfica ou pictórica do enfermar, posto que estará "construída" de proposições e não de gráficos, nem de esquemas.

- f. Que seja entendível e coerente com as leis biológicas gerais conhecidas e contrastadas.

- SEXTO.-A maioria dos autores, como De Vitto, Rudnick, Fulford, Canguilhem, Scadding, Lennox, e Temple, cometem um erro ontológico ao atribuir uma propriedade não física como o valor, a estados físicos e materiais, como são os estados de saúde e enfermidade. Ao referir-se à impossibilidade de determinar o quê é enfermidade sem usar critérios valorativo-normativos. E ao referir-se (cito textualmente) "In essence, the concepts of health and disease have both evaluative and value-neutral components that are individually necessary but only jointly sufficient for determining just what is illness" (pp. 540) e (pp. 540).

[Em essência, os conceitos de saúde e enfermidade, ambos possuem componentes valorativos e de valor-neutro que são individualmente necessários, porém que só unidos determinam suficientemente o que é enfermidade], estes "especialistas" elaboram objetos ontologicamente malformados, invalidando assim suas propostas de definição.

Por pouco crível que pareça, a literatura em prestigiosas revistas está contaminada de erros como esse. Lennox, por exemplo, como revisamos no artigo anterior, não só propõe que a saúde e a enfermidade sejam conceitos carregados de valor, mas vai mais longe; propõe que tais "valores" sejam "objetivos" (que dizer, reais, e não conceituais.) Médicos peruanos tampouco puderam escapar desse erro; por exemplo, o Dr. Gonzáles Diego comenta nada menos que em um simpósio de filosofia da medicina: "Inclino-me a pensar que a saúde é uma dimensão, a saúde individual é a beleza

da existência e a experiência. Um equilíbrio entre o ambiente, a consciência, e espírito, nossas endorfinas, nossa autoimagem: Por isso tenho a convicção que a saúde individual é uma metáfora”
[não pode haver melhor exemplo de deslize ontológico!]

SÉTIMO.-Não é admissível a posição de Hesslow, que afirma a impossibilidade de um conceito geral de enfermidade.

OITAVO.-As diversas teses publicadas não chegam a constituir teorias nem modelos teóricos, no máximo são opiniões, talvez doutrinas ou “marcos” teóricos. Mesmo que constituídas por muitas proposições e orações com um referente comum: a enfermidade. Suas proposições não foram claramente especificadas nem organizadas em um sistema hipotético-dedutivo interdependente; suas interpretações não são semânticas nem epistemológicas, são apenas literárias.

O conhecimento sobre algum objeto concreto, algum acontecimento ou estado dele deve ser preferentemente explicativo, mas as explicações sempre são construtos explicativos. Isto é, conceitos que apontem para a essência daquele objeto e como ele se processa na realidade. Diz-se que há uma explicação genética quando se esclarece as causas ou determinantes de uma coisa ou um acontecimento.

O diagnóstico da enfermidade deve envolver a etiologia (conhecimento da causa) e a patogenia (conhecimento dos mecanismos produtores do dano patológico e dos sintomas que estes provocam), para que possa exercer influência em seus tratamento e em sua profilaxia. Pois a melhor maneira de tratar uma enfermidade em um enfermo é remover seus fatores causais. E a de preveni-las, é impedir sua ação.

Quando se estuda as diferentes concepções de enfermidade que surgiram ao longo da História e quando se deixa de lado as concepções sobrenaturalistas produzidas pelo pensamento mágico, pode-se verificar que todas as concepções materialistas ou naturalistas apresentam uma de duas tendências gerais: a concepção monista de enfermidade e a concepção pluralista de enfermidade.

A concepção monista de enfermidade sustenta haver uma única enfermidade – a enfermidade, que pode assumir numerosas formas; mas todas são expressões aparentemente diversas de uma única condição patológica. A ideia de enfermidade única foi a primeira noção genérica sobre as entidades mórbidas. Julgava-se inicialmente haver uma única qualidade de enfermidade, que tomava aspectos diversos nos doentes diferentes. Essa noção só foi demolida com o descobrimentos dos numerosos

agentes etiológicos e os vários mecanismos patogênicos pelos quais estas noxas (agentes etiopatigênicos) atuavam para determinar danos no organismo e produzir os sintomas da enfermidade. Aqui se usa a noção de organismo em seu sentido mais amplo, o que inclui o psiquismo (propriedade do organismo e síntese da consciência e da conduta).

A outra concepção geral, a concepção pluralista de enfermidade, sustenta haver numerosas enfermidades ou entidades nosológicas possíveis, na dependência dos fatores etiológicos, patogênicos e predisponentes, vulnerabilidades e resistências, entre outros, potencialmente capazes de ocasioná-las e de influir no curso de cada caso. Também se tem como certo que o dano causado ao organismo é o denominador comum de todas as enfermidades. E que o que o tratamento de cada uma delas deve ser específico e depende da qualidade da enfermidade e das condições do enfermo.

A modalidade mais eficaz de tratamento é a específica e etiológica, mas também pode ser sindrômica ou sintomática. Esta segunda noção se fundamenta na constatação de que as enfermidades podem resultar da ação simultânea ou sucessiva de numerosos agentes patogênicos diferentes sobre o organismo e, por isto, podem igualmente se manifestar como expressões de muitos fatores etiológicos e mecanismos patogênicos. E como a terapêutica etiopatogênica é aquela que se revela a mais eficaz, sempre que isto for possível, cada enfermo deve ser tratado visando remover, corrigir ou inativar os agentes patogênicos de sua enfermidade e corrigir os danos causados pela sua atividade. Mas também pelos processos defensivos do organismo no enfrentamento daquela agressão patogênica.

Outro problema teórico que aparece no estudo das enfermidades é o que opõe as concepções internistas ou externistas, de um lado, e as integradoras ou dialéticas, do outro.

Coloca-se assim por que a contradição entre o internismo e o externismo configuram uma falsa dicotomia porque não são antagônicas.

Os adeptos da posição internista sustentam que as enfermidades se originam sempre no corpo do enfermo. Tanto pela ação direta de agentes patogênicos internos, quanto pela ação ou inação direta ou indireta dos elementos defensivos e vulnerabilizadores do corpo frente aos fatores determinantes das enfermidades. Para os internistas, os seres vivos trazem consigo as raízes de suas enfermidades, das quais os fatores externos poderiam ser apenas desencadeadores.

Os externistas sustentam que a enfermidade é sempre exógena, originada no meio externo ao organismo (físico ou psicossocial). Os agentes

patogênicos tóxicos, infecciosos ou outros quaisquer procederiam sempre do ambiente.

Enquanto os integracionistas e dialéticos sustentam a unidade do organismo e do meio (seja apenas o meio-físico ou o meio-físico e mais o ambiente psicossocial). Pretendem que as noxas das enfermidades poderiam proceder do meio externo ou do meio interno. Ou, ainda, decorrer da ação de influência destas duas procedências porque elas não se excluem mutuamente.

Defensor da teoria interacionista e dialética de enfermidade, Pávlov,(8) (Pavlov. I.P., Obras Completas, vol. 2, p. 6360, 1946, in Pondeev, G.S., Notas de um médico soviético, ed. Grijalbo, México, 1962, pp. 154 – 155.)

define enfermidade “como reação complexa do corpo inteiro ante a influência (danosa) de várias causas (possíveis) nas condições do meio interior ou exterior, natural e social, em permanente mudança. Isto se combina com a luta empreendida pelo corpo, na qual se mobilizam suas forças adaptadoras, compensadoras e defensoras”.

Nessa definição pavloviana se destaca o caráter reativo da enfermidade e de uma reação de todo organismo a fatores causais que podem ser internos ou externos. Reação que pode se dar como resultado da ação de influência internas, externas ou das duas qualidades. Reação que pode ser imediata ou mediata. Mas que, em geral, manifestará a síntese dialética da influência agressiva e defensiva (tal como se deu com o internismo e o externismo).

Adiante, o mesmo Pávlov sustenta que “na Medicina geral podem surgir dificuldades para distinguir o quadro da enfermidade do resultado da condição traumática e qual o resultado do contra-ataque do corpo a este trauma”. Onde mais uma vez sobressai a defesa de uma posição dialética no entendimento dos estados de saúde e enfermidade.

Segue-se um texto de Francisco Fernandez Buey, autoridade na matéria, professor catedrático de Filosofía del Derecho, Moral y Política da Universidade (8) Pompeu Fabra de Barcelona, Espanha, acerca das diferentes concepções sobre o conceito de enfermidade. (9) (Buey, F.F., História da Ciência, <http://www.upf.es/iuc/buey/ciencia/tema2.htm>)

Qualquer psiquiatra que atenda na rede ambulatorial está habituado a encontrar pacientes em tratamento de enfermidade bipolar há alguns anos sem que jamais tenha apresentado um só sintoma de mania. Fato que tem se agravado com a difusão de um certo espectro bipolar nem que ninguém tenha estabelecido continuidade natural entre ciclotimia (traço da

personalidade) com a enfermidade bipolar.

Do ponto de vista médico, outra crítica que se pode fazer à substituição de conceitos como moléstia, doença, patologia ou enfermidade pelo de disorder é que ela reforça a negação da enfermidade psiquiátrica como algo natural ou apoia a negação de sua realidade. O problema inicial do diagnóstico psiquiátrico feito pelos fenomenistas positivistas vem do abandono da ideia de enfermidade ou doença e a adoção do conceito substitutivo de transtorno, tradução da expressão inglesa disorder, com o sentido na patologia e Medicina.

A negação do caráter científico do conceito de doença mental e de seu diagnóstico foi feita primeiro pelos positivistas fenomenistas do século dezenove que, influenciados pelo conceito dualista que separava mente e corpo como entidades substancialmente diferentes, identificavam os conceitos abstratos com as ideias religiosas, chamadas por eles de conceitos teóricos.

Mais tarde, quando se generalizou o caráter unitário do organismo humano e a mente como uma propriedade do cérebro, o preconceito dualista foi descartado pela maioria dos cientistas, que passaram a adotar a doutrina realista. Outra objeção que faziam à cientificidade de todos os conceitos abstratos foi superada pelo reconhecimento de caráter abstrato dos números e outros construtos matemáticos que os positivistas valorizavam desde seu surgimento, como os números, por exemplo.

O caráter fenomenista deste positivismo é um dos pontos cardiais da CID 10. Fenomenismo é a doutrina gnosiológica que sustenta a impossibilidade de conhecer os objetos materiais, porque deles só se poderia perceber sua aparência (ou fenômenos). A isso se opõe a doutrina realista que afirma que os objetos materiais podem ser conhecidos, ainda que gradativamente. Praticamente todos os cientistas atuais, sobretudo médicos, são realistas. Se este preconceito fenomenista houvesse subsistido nos outros ramos da medicina, ela teria involuído.

Desde a Antiguidade, concebe-se a medicina é como relação especial do médico com o doente.

A enfermidade (ou doença, a enfermidade sabida ou sentida) desde então, tem sido o núcleo do conceito de medicina. Por isto, do ponto de vista médico, outra crítica que se pode fazer à substituição de conceitos como moléstia, doença, patologia ou enfermidade pelo de disorder é que ele reforça a negação da enfermidade psiquiátrica como algo natural ou apoia a negação de sua realidade.

Aqui se trata a enfermidade como sinônimo de doença, como fazem praticamente todos os autores brasileiros. Este autor considera a doença como uma enfermidade sabida ou sentida pelo enfermo, no qual gera a consciência da enfermidade e lhe impõe o papel de doente.

O problema inicial do diagnóstico psiquiátrico feito pelos fenomenistas positivistas vem do abandono da ideia de enfermidade ou doença e a adoção do conceito substitutivo de transtorno, tradução da expressão inglesa disorder. A partir de um pressuposto aceito naquela época pela maioria dos médicos, que a enfermidade é sempre corporal, confundem dualistamente a enfermidade e sua expressão clínica. A partir daí, negam a existência de doença mental, como se a mente não fosse uma das manifestações do corpo humano, um estado do organismo biológico.

Outro defeito essencial do conceito de disorder copiado pela CID-10 para o DSM III para ordenar as condições patológicas psiquiátricas é sua excessiva amplitude, heterogeneidade e incapacidade para distinguir estes três graus de complexidade patológica em cada instância diagnosticadora (dubiedade, polissemia inaceitável nos conceitos da ciência). Como disorder não é um conceito científico, não pode ser um diagnóstico, porque compromete sua comunicabilidade como diagnóstico médico, em geral, e sua validade como diagnóstico psiquiátrico, em particular. O conceito de disorder viola a linguagem científica contemporânea. Na teoria, atende apenas ao preconceito positivista fenomenista que considera a enfermidade restrita ao corpo humano e tem a atividade mental e suas patologias como algo não corporal. E, sem poder negar a realidade a que afronta sua crença, disfarça-a cavilosamente. Igualmente, deve-se objetar ao emprego das listas nosográficas para construir diagnósticos.

Na prática além de seu conteúdo polissêmico, o conceito de disorder serve para criar um falso facilitário para o procedimento de diagnosticar, facilitando o propósito de quem pretende fazer o diagnóstico psiquiátrico sem saber psiquiatria. Diagnosticar sintomas e síndromes é mais fácil que diagnosticar doenças.

Não são apenas não médicos que fazem isso. Desgraçadamente

O procedimento de generalizar o diagnóstico descritivo no ensino da psiquiatria não deve ser aprovado porque subtrai ao aluno a tarefa inteligente de construir hipóteses, reduzindo a avaliação pedagógica à mera verificação de conteúdos memorizados (e, quase sempre da memorização de curto prazo).

Em psiquiatria, as tabelas nosográficas, ótimas e usadas há muito tempo para instruir e avaliar a administração de serviços e auxiliar psiquiátricos

sem valor na investigação científica, são danosas para a formação médica. Principalmente quando tais tabelas são confundidas com classificações nosológicas e utilizadas como se fossem manuais de psiquiatria. Mesmo que todas elas desaconselhem este uso, sua existência o induz. O que se dá, até por influência da lei do menor esforço (ou da maior preguiça, como dizia meu mestre Ageu Vieira, de perene lembrança).

Deve-se acrescentar uma objeção prática não menos importante: a confusão de uma lista nosográfica como se fosse uma classificação nosológica dá a falsa impressão de que qualquer um pode diagnosticar qualquer enfermidade, sem esforço e sem exame médico (o que não é verdade, como mostra o comportamento de muitos pacientes que chegam ao consulório autodiagnosticados com o emprego dessas tabelas).

E tem mais. A categoria F0 da CID-10, implica a identificação um quadro somático ou cerebral. E para usar as categorias seguintes (F1 a F9) exigem que se exclua alguma enfermidade corporal antes do enquadramento.

É impossível estabelecer um raciocínio correto sobre o diagnóstico médico, especialmente o diagnóstico psiquiátrico, caso este procedimento não inclua, com a maior precisão possível a exclusão dessas categorias patológicas, o grau de complexidade do fenômeno patológico observado e da classe da afecção que nomeia. A designação genérica do nível de complexidade do acontecimento psicopatológico (sintoma, síndrome e enfermidade) é essencial para qualquer diagnóstico nosológico psiquiátrico que pretenda ser mais que um instrumento de notificação ou de registro administrativo. Como já foi mencionado, esta é uma crítica que se pode atribuir ao conceito de disorder da CID-10 e dos DSMs e às suas categorias diagnósticas. É ambíguo e impreciso. Principalmente por se referir a dois tipos de objetos (sintomas e síndromes) e não permitir referência ao grau de complexidade psicopatológica do evento que nomeia.

A negação do caráter científico do conceito de doença mental foi feita pelos positivistas do século dezanove influenciados pelo conceito dualista de Descartes que separava a alma e o corpo como entidades substancialmente diferentes e identificava os conceitos abstratos com as ideias religiosas.

A mente identificada originalmente com a alma ocupou o lugar desta quando a concepção científica do ser humano progrediu. Mais tarde quando se verificou o caráter unitário do organismo humano e a mente como uma propriedade do cérebro ou do corpo inteiro, o preconceito dualista foi descartado pela imensa maioria dos psicólogos e psiquiatras que considera a atividade mental como uma propriedade do sistema nervoso. Outra objeção que faziam à cientificidade de todos os conceitos abstratos foi superada pelo

reconhecimento de caráter abstrato dos números e outros construtos matemáticos que os positivistas valorizavam desde seu surgimento.

3. O Diagnóstico Psiquiátrico Nosológico

O diagnóstico médico é a base da assistência de qualidade aos nossos pacientes. Antes de decidir sobre um tratamento, o primeiro passo deve ser estabelecer um bom diagnóstico.

Sem embargo, o raciocínio diagnóstico e suas etapas não se ensinam aos alunos de medicina, eles o vão aprendendo de passagem, vendo-o fazer e copiando de residentes, especialistas e professores. Moreno-Rodriguez, M.A.

Ultimamente tem havido confusão entre os conceitos de nosologia e nosografia, como se pode verificar consultando a bibliografia recente. Assim, parece importante elucidar seus significados para fugir a uma confusão muito comum, que embaralha esses conceitos por fazer caso omissivo de sua etimologia e supervalorizar o conceito de disorder.

Nosotaxonomia (do grego noso = doença ou enfermidade) e taxonomia (do grego taxon = classificação e nomos = ordem, lei) classificação ordenada, organizada de doenças ou de enfermidades.

Nosologia (do grego noso e logos = razão explicativa ou explicação lógica ou científica) classificação explicativa de de doenças ou de enfermidades.

Identificar logos como estudo, tratado ou coisa análoga degrada seu significado original.

Nosografia (grego noso + grafo = descrição, forma) classificação descritiva de enfermidades, geralmente de seus sintomas e suas síndromes além de outros elementos importantes para diagnosticar como seu curso.

No passado, as tábuas nosográficas eram empregadas para fazer relatórios de assistência psiquiátrica por causa da variedade das formas de diagnosticar. Sistemas nosográficos, como o capítulo F da Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial de Saúde, na sua 10a. versão, são exemplos de instrumento equalizador e sintetizador de relatórios sobre o atendimento de enfermos, suas enfermidades ou serviços que lhes são prestados; instrumentos para destacar aquilo que uma enfermidade tem em comum com todos os casos daquela qualidade patológica. Mas, ao seu lado,

é necessário haver um procedimento individualizador ou personalizador do diagnóstico de um dado caso clínico, que aponta para o que aquele caso tem de original, de único, de individual ou de peculiar.

O diagnóstico médico pode inspirar diversos graus de convicção e confiança subjetiva, que uma proposição merece e está relacionada com o emprego dos procedimentos diferenciais.

Confiança é o crédito que o diagnóstico merece dos outros e costuma ser denominada confiabilidade (que será mais bem estudada quando se discutir a cientificidade da metodologia).

Um diagnóstico é dito, definitivo, positivo ou feito com certeza quando não há dúvida quanto à sua correção e todos os procedimentos diferenciais ou de comprovação o confirmaram.

O diagnóstico é chamado de provisório, enquanto se aguardam elementos comprobatórios (o resultado de um exame laboratorial, um certo período de tempo indispensável estipulado como o critério diagnosticador). Este diagnóstico pode ser grafado com um ponto interrogação (?).

A hipótese diagnóstica ou diagnóstico provável é uma possibilidade sujeita a confirmação posterior (assinalada com dois pontos de interrogação ??).

A suposição diagnóstica ou diagnóstico possível mas sem probabilidade conhecida ou inferida (???)

O diagnóstico descritivo em psiquiatria pode se referir a um sintoma ou a um conjunto de sintomas; transtorno (disorder), que é um artifício que pode ser um sintoma isolado ou um conjunto deles, ambiguidade que compromete sua cientificidade. O transtorno é um recurso utilitário para quem o emprega, pois se refere a sintomas ou síndromes (conjunto de sintomas). Por isto não é um conceito científico nem um diagnóstico de enfermidade (ou doença).

Um conceito científico deve ser exato, não admite polissemia ou mais de um significado. Tem que ter confiabilidade (todos o entendam com o significado que conduz), validade (referir-se àquele objeto que designa) e ausência de polissemia (significar uma única qualidade de objeto). Quando significa um sintoma isolado ou um conjunto de sintomas, desobedece a este critério. É como se um número, o três, por exemplo, pudesse significar umas vezes 3 e em outras, 4.

Os conceitos médicos devem ser conceitos aceitáveis pelas normas da ciência. Transtorno não é, nem pode ser um conceito científico por causa de

sua ambiguidade (pode ser sintoma ou síndrome).

O DSM-III-R, publicado em 1987, introduziu a possibilidade da utilização do Código V para identificar "condições não atribuíveis a um transtorno mental que são foco de atenção ou tratamento", como problemas escolares, conjugais ou da relação pai/filho.

Os "eixos" são artifícios usados no terceiro DSM para simular o conceito de qualidade dos transtornos. Como se apontassem indiretamente para a qualidade de uma doença, enquanto nega sua existência. O que é mais caviloso do que ardiloso, mas foi abandonado.

Como os autores da CID 10 negam ou duvidam da existência de doenças psiquiátricas (porque este conceito seria "muito discutido" ou suscitam discussões sobre seu significado) passou a usar como espécimen dos objetos que descreve e classifica, o que chama "transtornos". Isso mostra que estão patinando no problema da superação do problema ontológico do dualismo x monismo. Do corpo e da mente como propriedades diferentes do organismo biológico humano ou não.

Os dualistas, mesmo os envergonhados, agem como se os objetos somáticos e psíquicos tivessem substâncias diferentes. Os monistas defendem que só há na natureza objetos de uma única substância. Os monistas idealistas pretendem que só haveria objetos ideais (divindades, espíritos, ideias, palavras). Os monistas materialistas sustentam que esta substância seria matéria e energia ou propriedades dos objetos materiais.

Do ponto de vista materialista, os fenômenos psíquicos, patológicos e não patológicos, seriam propriedades emergentes do organismo vivo. Como as neurociências tem demonstrado sem qualquer objeção. Ora, na prática médica, todos sabem que as doenças que estudam e os doentes que tratam por causa delas não pertencem a uma única qualidade patológica (ontológica e taxonômica).

Mas, quem nega as doenças (e, conseqüentemente, os doentes) e empregam um único espécimen daquilo que descrevem e classificam – o transtorno. Inventaram os "eixos" para tentar contornar este obstáculo lógico e simular as diferentes qualidades de tais transtornos. Não seria o transtorno que apresentaria qualidades diferentes, mas o transtorno ocuparia diferentes táxons ou espaços taxonômicos fingindo ser objetos materiais.

A Aparência e a Essência de um Objeto

Mais um aspecto da dinâmica do conhecimento é a discrepância entre a

aparência e a essência dos objetos. A essência de um objeto é aquilo que faz com que ele seja o que é. A aparência de um objeto material se refere às manifestações exteriores, apreendidas diretamente pelos sentidos do observador; que nem sempre corresponde à sua essência (conjunto das características, conexões e relações mais profundas que determinam os traços principais da existência de um sistema material).

A aparência de um construto é sua forma, como os sintomas são a aparência da enfermidade. Também costuma ser denominado forma, fenômeno. Isto é, as impressões perceptivas e as conclusões do raciocínio nem sempre conduzem ao conhecimento da realidade. Enquanto a essência de uma enfermidade, será sua razão explicativa, ou seja, sua etiopatogenia.

Talvez por isso, Marx afirme que se a aparência das coisas fosse idêntica à sua essência, a ciência seria completamente desnecessária. Também neste sentido que o primeiro aforisma hipocrático reza que "a arte é longa, a vida é breve, a ocasião é fugidia e a experiência, enganadora". Um dos propósitos da ciência é superar as discrepâncias entre a aparência e a essência, entre a forma e o conteúdo dos objetos, dos acontecimentos e das situações.

Grande parte do esforço dos construtores dos métodos científicos, consiste em descobrir, criar e aperfeiçoar recursos capazes de superar essa contradição que existe entre a aparência e a essência dos objetos materiais. E quem as aplica, deve ter isso em mente.

Os subjetivistas pretendem que os conhecimentos preexistem na subconsciência das pessoas ou que o sujeito cognoscente mobiliza aquele conhecimento pré-existente apenas tornado consciente. Esse é o tema da teoria platônica do conhecimento inato, pre-existente no espírito do sujeito cognoscente. Platão supunha que todos os conhecimentos que uma pessoa viesse a ter preexistem na sub-consciência das pessoas e são apenas mobilizados pelo processo cognitivo (teoria do conhecimento inato).

Os objetivistas, como Aristóteles, defendem a primazia do objeto e sua apreensão pelo sujeito cognoscente. Afirmam que o conhecimento é produto exclusivo da influência do objeto nas propriedades sensoriais do sujeito cognoscente e de suas possibilidades racionais.

A resposta realista afirma a primazia do objeto (que existe independente do sujeito) e integra sua subjetividade como reflexo ou representação do objeto que está sendo conhecido. Pois a consciência, tanto pode criar (na imaginação) quanto refletir (na percepção, na evocação), como pode criar voluntária ou involuntariamente na imaginação. A criação artística deve ser

exemplo emblemático da criação voluntária na imaginação. E os sonhos, da criação involuntária, espontânea da consciência adormecida.

A resposta fenomenológica há de ser que é impossível conhecer as coisas como são, apenas como parecem, como se apresentam à sensibilidade do observador e como ele pode representá-las em sua consciência. São estes que definem como se diagnostica e classifica enfermidades psiquiátricas, se bem que a grande maioria dos que trabalham nisso não tenham conhecimento do que fenomenologismo significa. Mas o empregam quando se resumem à descrição de seus sintomas para caracterizar as doenças ou enfermidades.

O termo fenômeno na linguagem científica e filosófica, tem dois sentidos:

-um primeiro, mais amplo e mais amplamente utilizado, que se refere a tudo o que acontece aos objetos materiais (tudo o que puder ser conhecido pelo sujeito); e,

-um segundo, bem mais restrito, já visto antes, como um termo específico e típico da fenomenologia, significando a aparência das coisas como elas se apresentam aos sentidos de quem as observa e estuda, ou seja, o resultado da apreciação imediata e superficial das coisas.

No sentido mais amplo e típico do senso comum, designa-se como coisa (tudo o que possa ser pensado, sejam imagens mentais correspondentes a experiências objetivas ou subjetivas, objetos e fenômenos concretos ou abstratos) podem ser divididas em sujeitos (os agentes do conhecimento).

Em Ontologia materialista designa-se como coisa ao objeto material e como construto tudo que o investigador atribua ele – como suas propriedades, funções, qualidades ou o que quer que suceda a ele.

Os fenomenologistas empregam o termo fenômeno (o mais importante de seus conceitos) com o sentido específico de maneira pela qual as coisas se apresentam aos sentidos de quem as observa, conhece ou reconhece. Com o sentido oposto de essência (ou nesse caso, o mesmo que conteúdo). Por isto, as fenomenologias e os fenomenologismos (sejam de esquerda e de direita) podem se situar como modalidades especiais de ceticismo filosófico.

Quem não é fenomenologista emprega o termo fenômeno para designar os acontecimentos que sucedem aos objetos materiais.

A grande contribuição da fenomenologia para as ciências factuais há de ter sido a sistematização rigorosa do momento descritivo do conhecimento,

etapa indispensável para chegar à explicação. Contribuição que deve ter decorrido da crença alimentada por aquela escola na impossibilidade da explicação, na época que toda explicação era mítica, mágica ou religiosa.

A Forma e o Conteúdo do Conhecimento

Repito por importante. O que se denomina aparência em filosofia do conhecimento é a noção que corresponde às características que podem ser percebidas em um objeto; a cor e a estrutura material ou externa de um objeto, suas propriedades acidentais, como a distribuição espacial de seus elementos constituintes; enquanto a noção de conteúdo (essência ou substância) é aquilo que faz aquele objeto ser o que ele é. De outro modo, a essência de um objeto, material ou conceitual, é a propriedade essencial ou o conjunto de propriedades essenciais daquele objeto. Aquilo que faz aquele objeto ser o que é.

No caso particular da medicina, quando se trata de aplicar estas categorias às enfermidades, notadamente a seus diagnósticos, a forma seria dada por seus sintomas e outros elementos acidentais, enquanto, a substância seria constituída pelos fatores etiológicos e mecanismos patogênicos que causa os danos e geram os sintomas as doenças.

Noutro plano, a anatomia encerraria os elementos de forma e a fisiologia, os de conteúdo. Como parece óbvio, forma e conteúdo se completam e existem como categorias dialéticas que só devem se pensadas como uma unidade real, por mais que pareçam diferentes ou distantes. As noções de forma e conteúdo e as diferentes concepções que os cultivadores das diferentes doutrinas filosóficas fazem destas categorias podem se manifestar em praticamente todas as modalidades da cultura (inclusive na arte, na ciência, na filosofia). Há uma diferença radical entre considerar o objeto da Medicina como o doente e sua doença ou considerar a pessoa e seus sintomas. Os sintomas integram a forma ou a aparência das doenças.

Os reducionismos formais que exclusivizam ou exageram a importância da forma e são denominados formalismos.

O formalismo consiste no comportamento reducionista pelo qual se superestima a forma em detrimento da substância ou conteúdo no estudo de qualquer objeto. Em Medicina, a principal manifestação deste reducionismo parecem ser o descricionismo e o fisicalismo que contaminam os diagnósticos descritivos.

O descricionismo consiste no reducionismo positivista que pretende ser a

descrição dos objetos e dos fenômenos o único dever cognitivo da ciência (dos cientistas), devendo-se prescindir da explicação e negar a previsão como finalidades da ciência ou da atividade de quem se dedica a ela.

Importantes subprodutos do descricionismo são o operacionalismo (verdadeiro) e o quantificacionismo, que têm as definições operacionais e a quantificação dos dados como condições sine qua non para a atividade científica. Mesmo que as descrições operacionais e as quantificações sejam de qualidades contingentes e sem qualquer importância para produzir conclusões válidas.

O fisicalismo é o reducionismo característico do positivismo lógico que sustenta que a validade e a autenticidade de qualquer proposição científica depende de sua possibilidade de ser expressa na linguagem da física (daí sua denominação).

As proposições que não admitem este tratamento devem ser recusadas como não científicas. Mas alguns fingem que elas existem.

Todas estas posições doutrinárias conservam em comum o sensualismo e o empirismo, característicos de todas as doutrinas positivistas. O positivismo surgiu como justa reação à filosofia e à ciência especulativas, mas exagerou na dose, caindo no desvio oposto. Confundiu todo uso da razão com o racionalismo especulativo. Ao recusarem o psicologismo dos que especulavam com as ideias, os positivistas substituíram os recursos da Psicologia pelos da Física e da Matemática como únicos recursos comunicativos adequados para expressar os conteúdos científicos.

Generalidades sobre o Diagnóstico Psiquiátrico

O que se chama diagnóstico psiquiátrico é a designação abreviada da expressão diagnóstico médico psiquiátrico. Trata-se basicamente de uma modalidade particular de diagnóstico médico e conserva dele sua estrutura e suas características mais gerais, variando apenas em função das peculiaridades de seu objeto específico, a enfermidade psiquiátrica. O diagnóstico psiquiátrico consiste no reconhecimento de um estado de enfermidade da consciência ou da conduta em um caso clínico psiquiátrico.

Denomina-se caso clínico às manifestações danosas de uma enfermidade em uma pessoa que estiver sendo considerada. A noção ampla de caso clínico se afirma na definição da enfermidade que afete uma pessoa e se complete na execução do plano terapêutico a que este deve se submeter. Conhecer para examinar, examinar para reconhecer (diagnosticar) e diagnosticar para tratar.

Este tem sido o eixo lógico do assim chamado modelo médico de intervenção

técnica na realidade. Modelo que fundamenta toda atividade técnica ou tecnológica, mesmo para quem nega sua existência para evitar ser relacionado com a medicina.

O assim chamado modelo médico ou clínico deve fundamentar todo procedimento da medicina e existe para ajudar as pessoas a recuperarem com segurança sua saúde comprometida por uma condição patológica, qualquer que seja sua enfermidade. O modelo médico presume cientificidade do reconhecimento do caso clínico antes da terapêutica. O reconhecimento da cientificidade de um diagnóstico médico é o fundamento científico dos procedimentos terapêuticos que resultem dele. Apesar da cientificidade e do progresso nos procedimentos médicos, as ciências não têm resposta para todas as necessidades dos pacientes, mas deve haver, ao menos, uma teoria explicativa para justificar a terapêutica. Pois, sem diagnóstico correto, o propósito de curar não será atingido. De fato, considerando-se a frase tomada or epígrafe, pode-se dizer que quem diagnostica mal, trata pior. Sempre.

E pode-se completar a mensagem: quem trata alguém sem diagnosticar, não é médico ou não atua como tal. Mesmo que assim se julgue, ou assim julgue-se capacitado. Só graduar-se em Medicina em um estabelecimento autorizado de ensino não faz um médico, faz o graduado em medicina. Além disso, essa pessoa necessita estar inscrita no CRM (Conselho Regional de Medicina) com jurisdição na unidade da federação em que pretenda atuar.

O exercício da medicina exige capacitação acadêmica e habilitação jurídica e administrativa. Esta vertente axial da *teknê* médica que parte do conhecimento para a intervenção e a descoberta que enriquece a intervenção e aperfeiçoa o conhecimento, foi instituída pelos hipocráticos há mais de vinte e cinco séculos, e sobrevive intacta até hoje. Apesar e a despeito das contestações que lhe são postas de dentro e de fora da Medicina, como bem, diz Pio Abreu, mestre da Medicina lusófona contemporânea. (10) (Pio Abreu, Comunicação e Medicina, ed. Virtualidade, Coimbra, 1998.)

O conhecimento médico, como qualquer outra forma de conhecimento científico se mostra como um desenvolvimento progressivo e ascendente. Evolui por meio da acumulação de pequenas informações e correções variadas em seu acervo cognitivo, mas pode evoluir também na dependência de descobertas revolucionárias que mudam seus paradigmas e transformam profundamente suas teorias e suas práticas. Quando se aprecia o conhecimento como um conjunto, verifica-se que ele forma uma espiral cumulativa, ascendente e progressiva que mira para o infinito. Pois, lá estaria seu objetivo.

Perguntando-se sobre a perenidade do modelo médico de diagnosticar e intervir, pois quase nenhuma tecnologia do século V a.C. subsiste nos dias atuais, Pio Abreu propõe como possibilidade desta longevidade a coerência da lógica médica e de seus princípios como correspondentes ao padrão da consciência humana, desde sua origem hipocrática. Isto é, a durabilidade desse conceito como que repete a maneira pela qual a mente humana avalia e resolve os problemas que a vida coloca ante si. Pio Abreu ensina, depois de descrever o processo de conhecer e reconhecer, que "é bem possível que o que acabamos de descrever corresponda ao caminho que a mente humana percorre na descoberta do desconhecido. A realidade desconhecida começa por tomar forma de mapa, inicialmente imperfeito, mas que vai se aperfeiçoando na medida em que permite a boa navegação. O conhecimento, como a arte, imita a vida." Mas diferentemente da Arte, o conhecimento científico deve ser uma imitação exata e fiel da vida como ela é vivida de fato.

De fato, os humanos tendem a fazer com que suas invenções e suas fantasias copiem ou caricaturem sua realidade, a si ou a forma como vivem e convivem.

Em primeiro plano, pretende-se que o diagnóstico médico responda a uma pergunta que todo médico faz quando examina um doente. Esta pessoa estará enferma? (O diagnóstico genérico). E, logo a seguir, qual será sua enfermidade? (O diagnóstico específico). Não se pergunta qual o nome daquele estado de doença, nem qual rótulo deve pespegar naquele doente. Nem se deve supor que este procedimento sirva apenas para satisfazer uma curiosidade ou para denominar algo desconhecido. Espera-se que aquele procedimento pretendidamente científico tenha cientificidade, além de utilidade e, por isto, deve ser explicativo.

Por conta de sua utilidade, todo médico necessita de um diagnóstico para tratar qualquer pessoa enferma. O reconhecimento de uma doença passou a se chamar diagnóstico quando ascendeu do conhecimento comum para o científico. Na Antiguidade os médicos antes de iniciarem um tratamento deveriam dizer ao paciente qual seu diagnóstico e declarar que sabiam tratar aquela enfermidade.

Hoje há duas maneiras diferentes de diagnosticar em psiquiatria:

-uma, descritiva, mecânica e mnêmica, na qual o examinador limita-se a comparar as informações descritivas sobre o caso com um modelo adrede preparado e escolher o que lhe parecer mais semelhante com o caso;

-a outra, inteligente, é empírica, racional e lógica, na qual o médico promove um estudo analítico inteligente dos sintomas e outras manifestações clínicas do caso clínico, pondera seus componentes semiológicos, fisiopatológicos e pessoais (além de outros fatores que possam intervir no caso), avalia os exames complementares e sintetiza todas essas situações em um diagnóstico nosológico.

O diagnóstico nosológico ou explicativo é o termo que nomeia sinteticamente e explica a enfermidade pois aponta -ainda que hipoteticamente -para sua etiopatogenia, e possibilita a indicação terapêutica, seu curso e, consequentemente, para seu prognóstico.

Não se pode prognosticar ou tratar uma doença a partir de um diagnóstico descritivo, a não ser por sorte. O diagnóstico nosológico representa o conhecimento explicativo da enfermidade que designa.

O diagnóstico nosológico de uma enfermidade deve sintetizar o que se conhece sobre ela, sobretudo sua etiopatogenia. Deve representar a expressão sintética do momento atual do conhecimento que se tenha sobre aquela enfermidade, inclusive seu prognóstico. Ou, ao menos, atender a uma hipótese razoável sobre isto. Importa insistir incansavelmente que os médicos tratam pessoas enfermas depois de diagnosticarem suas enfermidades que são estados particulares e danosos de seus organismos individuais. A noção de organismo compreende o psiquismo. O prognóstico é impossível quando se diagnostica sintomas, mesmo quando chamados de transtornos.

O diagnóstico nosológico explica o objeto conceituado, a enfermidade diagnosticada. E, para toda experiência da Medicina, a explicação de uma enfermidade é sua etiopatogenia. Inclusive nas situações de urgência, não é aceitável usar diagnósticos sintomáticos ou sindrômicos para tratar pessoas doentes, o diagnóstico nosológico sempre foi o objetivo dos diagnósticos médicos, o diagnóstico da enfermidade. No plano lógico, o prognóstico resulta secundário à explicação de uma enfermidade. Como exemplo: o prognóstico da tuberculose pulmonar se faz avaliando a evolução da atividade do bacilo de Koch no organismo humano. A esquizofrenia, mesmo que sua etiopatogenia resulte de uma hipótese razoável, a noção de endogenicidade, o conhecimento de sua evolução nas pessoas afetadas por essa condição clínica permite inferir seu prognóstico. O que não é possível avaliando os sintomas elencados no reconhecimento de chamado transtorno esquizofrenico.

O professor Moreno-Rodriguez ensina o seguinte: "É realmente surpreendente que muitos planos e programas de estudos não compreendam, nem na graduação ou na pós-graduação, conhecimentos

detalhados de como se efectua o raciocínio diagnóstico, de suas regras e etapas sequenciais e de suas distintas variedades. Os estudantes o aprendem ao longo do processo formativo espontânea e empiricamente, vendo-o ser feito e copiando residentes, especialistas e professores. Se bem que seja certo que não poucos aspectos deste processo sejam ignorados ou mal conhecidos, ter orientação científica sobre suas essências e regras constitui valiosa ajuda para o trabalho quotidiano". (11) (Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. C. de la Habana: Editorial Científico Técnica; 2001.)

De fato, faz melhor quem sabe o que faz, porque faz e para quê faz. Não basta saber o que fazer e como fazer, como os técnicos e os tecnólogos. Isso é o que os diferencia dos profissionais com formação científica. A consulta médica, ato profissional, iniciado no diagnóstico, continua na terapêutica e termina no acompanhamento do doente à alta. O diagnóstico médico é o eixo em torno do qual gira toda atividade clínica, desde a consulta inicial até a alta, passando pela evolução. É o elemento axial que se usa para legitimar e justificar toda intervenção médica. Mesmo as ações terapêuticas danosas, cujo dano seja menor do que o da enfermidade que combate. Sim, os atos médicos curativos não são sempre inócuos. Fato conhecido há tempo. A boa terapêutica, segundo pilar do exercício médico, não existe sem o bom diagnóstico. Assim, há quem a defina como a ciência e a arte do mal menor.

A palavra grega *pharmakon*, significa remédio e veneno, na dependência da dose, da via de introdução no organismo e da oportunidade de seu uso. Qualquer cirurgia, por maior que seja o benefício que traga ao paciente, constitui sempre um procedimento mutilatório desejado, que deve ser exercitado de forma planejada, controlada e realizada com finalidade benfazeja. Muitas vezes, uma providência mutilatória desse gênero produz resultados esteticamente admiráveis, como acontece nas cirurgias plásticas estéticas. Uma bela mutilação ou uma mutilação bonita, pode-se dizer.

Iatrogenia é o malefício causado ao paciente em um tratamento médico por qualquer procedimento ou agente daquele processo mesmo que não seja um médico e, mesmo assim, denomina-se erro médico. Esse tipo de dano deve ser denominado erro profissional e não, erro médico que faz com que quem tome conhecimento da designação o atribua a um médico.

Veja-se o que dizem dicionários de largo emprego sobre o significado de diagnose e diagnóstico (termos que podem ser empregado como substantivo ou adjetivo). Diagnose. (s.f. e termo da Biologia), descrição minuciosa que caracteriza uma espécie, feita geralmente em latim pelo taxonomista.

Etimologia, do grego Diagnosi (diagnosticar) 'discernimento, ato e ou faculdade de discernir', derivada do verbo grego diagignóskono, que significa 'distinguir', formado de dia -'através' e gignósko 'conhecer' (lat. cognoscere que tem o mesmo significado); termo científico Internacional e sinônimo erudito de diagnóstico; em francês Diagnose (século XVII); em inglês Diagnosis (1681); em alemão Diagnose (século XVII-XVIII); em italiano Diagnosi (século XVIII); em espanhol diagnosis (século XIX); ver também di(a) – e -gnose.

Diagnostico. Adjetivo 1. Relativo a diagnose. 2. Biologia -que é possível usar na distinção entre os diferentes táxons, espécie reconhecível pela coloração. Ou substantivo masculino 3. Medicina -fase do ato médico em que o profissional procura a natureza e causa da afecção.

Diagnóstico diferencial – Fase do trabalho da medicina em que o médico descarta a possibilidade de outras afecções que apresentem sintomatologia comum com o quadro clínico apresentado pelo paciente. Etimologia – provém do francês Diagnostic/ diagnostique (1759) 'id.', do adjetivo Grego Diagnostikós 'capaz de distinguir, de discernir', de mesma origem. Que diagnose, do qual se torna sinônimo, substantivo na locução grega diagnostike (tékhene) 'arte de distinguir doença'; termo científico internacional, em inglês diagnostic (1625); em alemão Diagnostik/ diagnostich (século XVII-XVIII); em italiano Diagnostico (século XVIII); em espanhol Diagnóstico (1843); ver di(a) – e – gnó(s/t)ico. PAR diagnostico (fl. diagnosticar).

Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (estendidas as abreviaturas)

Diagnose. [Do grego Diágnosis.] Substantivo feminino 1. Medicina Diagnóstica

2. História Natural. Descrição minuciosa do animal e da planta, feita pelo seu classificador, geralmente em latim. 3. Bot. Descrição em geral abreviada, de uma família, gênero ou espécie. [Se um desses grupos estiver sendo descrito pela primeira vez, a diagnose só será considerada como válida se for redigida em latim. Apenas as bactérias por enquanto escapam a esta determinação, universalmente aceita no estudo desse tema.]

Diagnóstico. [Do grego Diagnostikós] Adjetivo 1. Respeitante a diagnose. Substantivo masculino 2. Conhecimento ou determinação duma doença pelo(s) sintoma(s) e/ou mediante exames diversos (radiológico, laboratoriais, etc.) 3. O conjunto dos dados em que se baseia essa determinação. [Cf. diagnostico, do verbo diagnosticar]

Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (e as abreviaturas)

Diagnose, substantivo feminino. (Medicina) 'conhecimento ou determinação de uma doença' '(História Natural) descrição de um animal ou de uma planta' 1813.

Termo da linguagem científica internacional, tomado ao grego *Diágnōsis* 'discernimento, exame', de *diagignōskein* 'discernir', eger um significado entre outros possíveis.

Diagnóstico, substantivo masculino, desde 1813. Do francês *Diagnostic*, derivado do grego *Diagnostikós* 'capaz de ser discernível', capaz de ser conhecido e reconhecido.

O diagnóstico médico deve ser entendido como procedimento profissional e recurso técnico ou tecnológico (isto é, uma aplicação científica), assim, há de ser sua execução e seu emprego aquilo que lhe dará sentido ético. Tal como ensinava mestre Josué de Castro, médico que tanta falta fez e faz a este país, diga-se de passagem. (12) (Castro, J. Subdesenvolvimento: Causa Primeira de Poluição, *O Correio da UNESCO*, ano I, nº 3, março de 1973). Josué de Castro ficou famoso pela denúncia da quantidade de pessoas em estado de desnutrição no Brasil e os danos que isso causava na saúde das pessoas afetadas e na população em que coexistissem.

Em um texto como este, a palavra diagnóstico sem adjetivação significa diagnóstico médico. A mesma observação pode ser feita com relação ao diagnóstico psiquiátrico.

Neste texto, usa-se indistintamente as duas formas abreviadas sempre que o contexto esclareça o sentido empregado.

Contudo, quando se tratar de mencionar um diagnóstico não médico, isso estará sempre assinalado, mesmo que a frase ou seu contexto possa esclarecer bem o que está sendo mencionado. Por exemplo: diagnóstico odontológico, diagnóstico psicológico, diagnóstico de enfermagem, diagnóstico social e muitos outros diagnósticos relativos ao objetos de trabalho profissional.

O diagnóstico explicativo é essencial para o prognóstico. O prognóstico é obtido a partir do raciocínio contrário ao que se emprega para fazer o diagnóstico nosológico.

A Unidade Lógica do Diagnóstico Nosológico e do Prognóstico

Conhecer e prever ou conhecer para prever é axioma da ciência. Todo conhecimento científico presume alguma previsibilidade, além de explicabilidade. Conhecer é poder prever. Isto também se dá no campo da

medicina. Diagnóstico é prognóstico, diz um antigo refrão médico. O que parece verdadeiro ainda hoje. Para a maioria dos cientistas, o conhecimento científico tem duas finalidades básicas: explicar e prever. Só os positivistas (passados e contemporâneos) negam explicabilidade e previsibilidade à ciência. Para eles, o objetivo da ciência é exclusivamente descrever.

O conhecimento científico deve antecipar algo acerca do seu objeto. O maior defeito do diagnóstico de sintomas e síndromes é sua limitação preditiva, além de sua limitação como norteador de terapêutica, porque as síndromes não são mais que sintomas correlatos e não possibilitam prognóstico. Somente os diagnósticos nosológicos permitem inferir os prognósticos das enfermidades diagnosticadas.

Um dos elementos cognitivos sobre as enfermidades, que está sintetizado no diagnóstico, é a previsão de sua evolução (espontânea ou sob certas condições, inclusive a terapêutica). Isto é, seu prognóstico. Já os diagnósticos nosológicos devem ser elaborados de tal maneira que se refiram não apenas aos aspectos fenomênicos atuais da enfermidade (sintomas e curso), mas permitam também ao menos vislumbrar sua etiopatogenia e antecipar sua evolução, sua finalização e sua resposta à terapêutica aplicada.

O prognóstico (ou prognose) é um procedimento científico que objetiva prever o que se pode esperar das mudanças que provavelmente ocorrerão no curso de uma enfermidade, sua duração e terminação (a direção do prognóstico para o restabelecimento total ou parcial, para a cronicidade ou para a morte). O prognóstico pode se referir às possibilidades laborais, à capacidade civil ou ao risco social do paciente.

O prognóstico médico é um procedimento científico que deve estar baseado em premissas cientificamente defensáveis, o que o diferencia das outras manifestações de previsão mais ou menos intuitivas ou adivinhatórias do senso comum. O prognóstico de uma condição patológica baseia-se em informações sobre:

- a) o doente, suas características individuais e familiares;
- b) as circunstâncias psicossociais vividas por ele;
- c) os dados genéricos acerca da enfermidade, inclusive suas consequências prováveis;
- d) as características particulares e específicas assumidas pela enfermidade naquele paciente determinado; e
- e) as possíveis influências do meio físico.

O conhecimento da etiopatogenia e do prognóstico são, pois, os dados

essenciais da explicação científica de uma enfermidade, inclusive de uma enfermidade psiquiátrica.

Simplesmente diagnosticar não significa conhecer se este diagnóstico não explica a enfermidade.

A prognose é o oposto lógico da diagnose.. É impossível prognosticar a evolução de sintomas, síndromes ou transtornos.

Cada Diagnóstico Médico deve ser aplicação do Conhecimento Científico

Todo procedimento das profissões técnicas e tecnológicas intervencionistas deve ser baseado em conhecimento verificado cientificamente. Não somente seus procedimentos diagnósticos, mas os que implicam em alguma intervenção.

A medicina não foge a esta regra geral. Contudo, quando for impossível, porque a ciência não oferece solução para todas as necessidades dos enfermos, não se deve tolerar o emprego de procedimentos baseados em conhecimento comprovadamente falso. Técnica é uma atividade laboral refletida, planejada e exercitada com habilidade. Aqui se chama tecnológica à uma atividade com base científica. Cada momento do conhecimento científico deve assegurar certeza da veracidade daquele conhecimento e de seu reconhecimento. Parece importante destacar que os critérios gerais de cientificidade e os critérios particulares de seu emprego às provas diagnósticas objetivas variam em cada momento da história da cultura científica.

Não se deve esquecer que a ciência constitui um artefato cultural, mas um artefato cultural verificável. Daí, porque o procedimento diagnosticador em psiquiatria deva estar subordinado às exigências da epistemologia, da ontologia, da lógica e da metodologia científica. Deve seguir a mesma trilha lógico-metodológica traçada na elaboração dos critérios diagnosticadores empregados para diagnosticar na medicina. Porque o diagnóstico de uma enfermidade, deve obedecer aos princípios e diretrizes ontológicos, gnosiológicos e metodológicos que permitam assegurar sua cientificidade. Isto é, deve ter a maior exatidão, confiabilidade e validade que for possível obter.

Etimologicamente, a palavra ciência se origina do latim scientia, que significou originalmente saber, conhecer algo, ter conhecimento, com o sentido de informação. Como fazem os burocratas em seus documentos administrativos: tomar ciência. Não apenas a sabedoria do sabedor ou erudito (acervo de conhecimentos adquiridos); mas qualquer coisa que se sabia, mesmo muito elementar, um conhecimento qualquer acerca de qualquer coisa e mais a capacidade de produzir conhecimento, a sabedoria

do sábio, do pensador. Como acontece com conhecimento, saúde e educação, pode-se chamar ciência a uma atividade humana como um trabalho científico de investigação ou ao seu resultado.

Hoje, define-se ciência ou atividade cognitiva científica como o conjunto de atitudes e atividades racionais, confiáveis, válidas, dirigidas para o conhecimento sistemático de um objeto limitado, capaz de ser submetido à verificação.

Complementarmente, também se pode definir ciência como um conjunto organizado de conhecimentos, obtidos a partir de uma lógica racional e de metodologia intelectualmente confiável, relativos a uma certa categoria bem delimitada de objetos ou fenômenos factuais ou fáticos (quando se referem a fatos) ou ideais (quando se referem a ideias).

As ciências médicas, além de existirem originalmente em dois ambientes que as influenciam – a natureza e a cultura – também estão voltadas para um duplo ambiente dos fenômenos humanos, o que marca ainda mais sua identidade de organismo (biológico) e de pessoa (psicossocial). O objeto das ciências médicas é o enfermo (o doente que necessita ser tratado e reabilitado) e a enfermidade (que deve ser conhecida de modo a ser mais bem prevenida e diagnosticada).

Elas são categorias inseparáveis porque uma delas não existe, nem pode existir sem a outra. De fato, como seria possível haver um doente que não fosse um ser vivo afetado por uma condição patológica chamada enfermidade, condição patológica que constitui uma propriedade que pode afetar qualquer vivente. A enfermidade ou doença (enfermidade sabida pelo doente) é um estado assim reconhecido e nominado porque causada por um agente patogênico que afeta danosamente um organismo vivo individual, transformando-o em um enfermo ou doente quando sabe ou sente esse estado em si.

Conhecer bem um objeto significa saber o que é essencial nele, isto é, ser capaz de explicá-lo e prever o que lhe há de suceder em determinadas condições. O duplo objeto das ciências médicas é o enfermo (que necessita ser diagnosticado, tratado, reabilitado) e a enfermidade (que deve ser conhecida de modo a ser mais bem prevenida e diagnosticada e combatida). Enfermos e enfermidades são categorias inseparáveis porque não pode existir uma delas na ausência da outra. Como qualquer atividade científica, a medicina deve explicar e prever fatos sobre seus objetos (o doente e sua doença). Não obstante, os positivistas fenomenistas (como os que fabricaram as "classificações" psiquiátricas atuais, recusam a possibilidade de explicar e prever qualquer coisa.

Assim, limitam-se à descrição. Entendem a explicação de um fato, como a explicação completa de toda a rede de fatores que contribuíram para sua

ocorrência desde o Big-Bang. Entretanto, os médicos sempre têm-se contentado com a explicação imediata para prescrever.

A previsão científica constitui o oposto lógico da explicação. Só se pode prever o que for explicado. A explicação é que fornece o caminho lógico da previsão.

Só é previsível o que for explicável. As previsões médicas são os prognósticos.

Como se viu, um problema filosófico capaz de provocar muitas divergência científica, é o que separa dos descricionistas dos explicacionistas.

Os primeiros, originados no positivismo fenomenista da segunda metade do século XIX, sustentam que a ciência deve se limitar a descrever e negam a possibilidade de explicar qualquer objeto material ou conceitual. Negam, também a possibilidade de alguma coisa

ser prevista. O segundo grupo, dos realistas e materialistas, sustenta de os objetos materiais ou conceituais (construtos) podem ser explicados e gerar previsões.

Os reducionismos dualistas, dos doencistas e dos doentistas, sempre prejudicaram o desenvolvimento da Medicina porque induzem uma falsa contradição, falsa posto que contrariam a realidade factual e, com isto, prejudicam o interesse social no avanço do conhecimento pois, desencaminham o conhecimento e dificultam-no ou impedem-no de chegar a seu objetivo. Pois, a partir de uma ou mais premissas falsas, não se pode chegar a conclusões verdadeiras.

As enfermidades e doenças não são objetos materiais, são objetos conceituais ou construtos, que são propriedades dos objetos materiais biológicos -os organismos enfermos.

As enfermidades são estados do organismo vivo, acontecimentos ou processos danosos que acometem os seres vivos (incluindo as condições patógenas físicas, químicas, biológicas ou psicossociais). Pois, as enfermidades, mesmo somáticas, não têm unicamente causalidade física, química ou biológica; também, podem sofrer a influência de acontecimentos ou situações psicossociais capazes de lesar ou perturbar as funções responsáveis pelo psiquismo e pela conduta. Os acontecimentos psicossociais também podem causar enfermidades ou influir nelas, que são denominadas psicossomáticas.

Somatopsíquicas seriam as alterações mentais causadas por alterações somáticas. Doenças são enfermidades sabidas ou sentidas pelo paciente.

As relações entre o soma e a mente repetem as relações biológicas entre a estrutura e a função.

Usa-se aqui a dicotomia estrutura e função por sua utilidade prática imediata, sabendo que toda alteração funcional corresponde a alguma alteração estrutural, ainda que imperceptível ou ignorada.

A medicina estuda os agentes patogênicos, patoplásticos (que dão forma às enfermidades) e moduladores (que influem no curso do processo mórbido). Estes podem ser desencadeadores ou retardadores, atenuadores, agravadores ou complicadores (sejam físicos, químicos, biológicos ou psicossociais) inicialmente por conta de sua importância para o organismo e para diagnóstico do caso clínico no qual eles se manifestam. Por causa da possibilidade de sua ação danosa ou benéfica sobre o complexo enfermo-enfermidade. E por causa da influência que o conhecimento destes fatores poderia desempenhar no tratamento do enfermo que eles afetam.

O duplo objeto da medicina é estudado nos seguintes planos superpostos:

- o plano do diagnóstico;
- o plano da profilaxia (prevenção primária ou da ocorrência);
- o plano da terapêutica (prevenção secundária ou da evolução) e
- o plano da reabilitação das pessoas prejudicadas por uma enfermidade (prevenção terciária ou da incapacidade e invalidez).

Este múltiplo plano de intervenção aponta para uma área de atividade exclusiva dos médicos (o diagnóstico médico e a terapêutica médica) e para as áreas de intervenção que podem ser compartilhadas com outros profissionais se a lei assim indicar (a promoção da saúde, a profilaxia das enfermidades e a reabilitação das pessoas prejudicadas).

Em resumo. Primeiro, do dito, pode-se concluir que o diagnóstico médico é uma modalidade de reconhecimento profissional e científico do estado de saúde e enfermidade de uma pessoa em suas circunstâncias. Segundo, o diagnóstico é uma modalidade de reconhecimento e só quem conhece pode reconhecer. Por isso, saber sobre diagnóstico exige um mínimo saber sobre o conhecimento e para adentrar nesse campo, deve-se conhecer o essencial da teoria do conhecimento, a gnosiologia ou epistemologia, uma disciplina filosófica.

Nos dias que correm e no caso da realização de um diagnóstico nosológico, é importante saber porque se diagnostica dessa ou aquela maneira. Trata-se do caso em que não basta conhecer o objeto do conhecimento, mas também

deconhecer seu processo. Saber como se conhece e como se reconhece alguma coisa.

No caso do diagnóstico médico, quem diagnostica não necessita saber apenas o que está diagnosticando, mas saber como diagnosticar com suficiente fidedignidade e adequada validade; pois essas são características essenciais de uma proposição científica. Porque isso é essencial para o paciente, mas também saber que em suas proposições e conclusões, destaquem-se sua confiabilidade e sua validade. As exigências de cientificidade não são convenções formais sem importância para quem quer que seja e que possam ser escamoteadas por quem não as quer. São procedimentos essenciais da cientificidade.

Os diagnósticos médicos devem ser conceitos científicos e obedecer, pelo menos, às seguintes características exigidas da conceituação científica:

A objetividade, exigência que impõe a cada conceito médico científico que se refira à condição expressa em um paciente real, mesmo que o fenômeno patológico seja subjetivo, deve ser objetivável para ser objetivado.

A exatidão, deve se redefinir a um só objeto (material ou conceitual) bem caracterizado. Exclui toda dubiedade ou polissemia, por exemplo, significar sintoma ou síndrome.

A confiabilidade ou fidedignidade é o requisito de cientificidade que mostra como duas ou mais pessoas usam um termo, usem-no com o mesmo significado. Expressa a concordância de entendimento entre quem fala e quem ouve.

A validade é o requisito de cientificidade que mostra que a designação de um objeto se refere realmente àquele objeto e não, a algum outro. Expressa a concordância entre o objeto e seu nome.

Validade

Validade é um conceito filosófico que designa a existência justificada de alguma coisa, acontecimento, conceito, juízo, raciocínio ou processo. A validade é uma propriedade exigida de um instrumento de medição, de diagnóstico ou qualquer procedimento experimental que assegure que ele meça ou identifique aquilo a que se propõe; isto é, se os efeitos verificados forem claramente devidos à variável visada e, por isso, permitirem que se generalizem os dados obtidos, mantidas as condições em que foi efetivado o procedimento.

Em psicometria e psicopatologia costuma-se distinguir dois tipos de

validade: a validade interna e a validade externa.

Denomina-se VALIDADE INTERNA de um instrumento ao grau em que ela desempenha realmente o papel que dele se espera; se ele faz aquilo para o qual foi construído ou é empregado. A validade de construção de uma prova ou de um projeto experimental é determinada pela sua relação lógica com a definição operacional da variável que pretende medir e do grau de coerência interna que mantém com os demais instrumentos empregados na investigação. A validade de conteúdo de um instrumento representa o grau de correspondência que ele mantém com o objeto ou fenômeno investigado.

Em psicopatologia, emprega-se o conceito de validade descritiva para significar a correspondência de um fenômeno psicopatológico, com sentido semelhante ao de validade de conteúdo, quando o instrumento permite diagnosticar unicamente aquele fenômeno patológico visado. E denomina validade de face ao grau de consenso clínico obtido em relação a um diagnóstico, o que se confunde com a estabilidade.

A VALIDADE EXTERNA, de ordem empírica, de um instrumento de investigação está determinada pela comparação do resultado obtido em sua aplicação com o resultado obtido na tarefa que serve de modelo ou critério. Denomina-se validade preditiva ao grau de acerto de uma predição do resultado da aplicação de um instrumento, que se baseia na aplicação anterior; o prognóstico pode ser entendido como resultado da validade preditiva de um diagnóstico. A validade externa permite a generalização dos resultados obtidos experimentalmente.

Definições Operacionais

Os autores da CID-10 e dos DSMs proclamam o emprego ali de definições operacionais. Também nisso não conseguem convencer. Amsterdamki, em seu trabalho sobre operatividade ensina:

O que distingue a instância de operatividade de outras abordagens do problema de definição das condições de aplicabilidade dos conceitos e das asserções é a prescrição segundo a qual tais condições devem ser definidas, não a partir da descrição dos estados de coisas a que se referem e cuja verificação se pode determinar experimentalmente, mas indicando as operações que é preciso levar a cabo para constatar ou eventualmente causar a verificação destes mesmos estados.

A instância de operatividade é, portanto, um caso particular da instância de empiricidade do saber e exige que o significado dos conceitos e das

asserções seja definido a partir do que se faz (isto é, a partir de operações). (13) (Amsterdamski, S. Enciclopédia EINAUDI, Imprensa Nacional – vol 33 – Casa da Moeda, Lisboa, 1996).

Para Bunge e Mahler (em Biofilosofia) definição operacional significa caracterizar um conceito por meio das operações realizadas para aferi-lo. E definem operação como o processo artificial, conceitual ou material, por cujo intermédio um objeto é transformado em outro (exemplos: diluir, aquecer, ligar, controlar, comerciar, lavar).

Operacionalismo é definido como a filosofia pragmática da ciência que prescreve que os construtos (ou objetos conceituais) sejam introduzidos por procedimentos laboratoriais. O que também não há nos transtornos.

Alguém está confundindo definição operacional com definição convencionalizada.

Stengel (em Classification of Mental Disorders, de 1959) afirma, sem explicar porquê, que Hempel, considerando a dificuldade de estabelecer conceitos cientificamente aceitáveis para os diagnósticos psiquiátricos, objetivamente verificáveis, teria sugerido a construção de definições operacionais com descrições clínicas e instruções precisas para diagnosticar, dando novo significado a estas definições.

Uma definição operacional, contudo, decorre do uso de algum sistema de medida que permita operar um procedimento qualquer de quantificação no curso de uma investigação científica de modo a dar precisão à sua medida como instrumento de sua descrição. Um componente operativo do momento descritivo do seu conhecimento.

Não há isso no Capítulo F da CID 10, mas são fingidas as descrições operacionais na CID, pois não são operacionais, mas convencionalizadas.

As definições operacionais são muito empregadas na física, mas, no seu Dicionário de Filosofia, Ferrater Mora afirma que o próprio Hempel teria criticado seu abuso pelos neopositivistas (estes autores que imperam na CID-10 e nos DSMs), na medida em que isso configuraria o reducionismo operacionalista, com todas as possibilidades de erro e manipulação que este reducionismo propicia.

Mas, pior que o operacionalismo, como perversão da operacionalização, é a confusão que se faz entre definição operacional e descrição convencionalizada, como sucede das tábuas nosográficas vigentes. Se o operacionalismo pode levar às conclusões que o seu operador quiser, imagine-se esta mistificação

que está sendo praticada. E a quem interessa realizá-la.

Na secção F da CID-10 os critérios diagnósticos são descrições chamadas equivocadamente de definições operacionais. Pois são conjuntos de sintomas convencionados e constituem apenas sua aparência das condições patológicas.

Não são definições, mas descrições convencionadas e não são operacionais. Ainda que muitos não se deem conta desta falsidade e dos seus resultados maléficis no exercício da clínica psiquiátrica. A indústria farmacêutica, as companhias de seguro médico e quem realiza e edita tais "classificações" são os que lucram com esta falsidade pseudocientífica. Sem falar da influência ideológica da economia norteamericana que tende a aprofundar e estender sua hegemonia cultural pelo mundo.

A existência de critérios de inclusão (positivos) e exclusão (negativos) e a exigência quantitativa dos elementos clínicos necessários para diagnosticar, são esforços de objetivação que buscam simular que certeza diagnóstica seja um dado objetivo, quantitativo e mensurável, deixando de lado a influência da subjetividade. A quantificação ali se confunde com a convenção de incluir ou excluir certas categorias (declaradas iguais ou diferentes) para manter a descrição como limite do conhecimento. Mas, há muitos atributos psicopatológicos impossíveis de serem quantificados, como a emoção e o sentimento. Ademais, o recurso descritivo de incluir um número relativo de sintomas para reconhecer um transtorno (se bem que pareça ampliar a confiabilidade) não é dimensionalizar e nem influi na baixa validade; e as categorias de outras nosologias ou nosografias, apontadas nas rubricas em incluir e excluir, não são critérios de inclusão ou de exclusão reais, são limites formais quase sempre para simularem a prática da quantificação.

As questões ontológicas, a confiabilidade (o grau de convergência em tratar um objeto pelo mesmo nome) e a validade (se o nome do objeto significa aquilo que ele é) dos procedimentos metodológicos de serão vistos quando se tratar do objeto do estado psicopatológico, da sua metodologia e quando se estudar a cientificidade da patologia psiquiátrica. No entanto, pode-se adiantar que os diagnósticos descritivos, como os da CID-10 e dos DSMs, estão voltados para a confiabilidade com desprezo pela validade.

Provavelmente isso sucede, por causa de uma de suas motivações mais importantes, permitir que psiquiatras diferentes façam o mesmo diagnóstico quando examinarem o mesmo paciente. Impedindo que os planos de saúde glosassem a consulta de um paciente quando seu diagnóstico fosse diferente do anterior.

O pior nesta questão é o método que se usa para avaliar confiabilidade:

usam vídeos da conduta de pacientes, de modo que é quase impossível que dois psiquiatras diagnostiquem transtornos diferentes com base em entrevistas fixas.

(!!!!) e publicam que a confiabilidade foi de 100%. (14) Hounie, A.

Comunicação pessoal

Sem mencionar a falta de validade.

Entretanto, para os doentes, é muito mais importante que o diagnóstico do estado de um doente seja exatamente aquela doença que o afeta. Sem isto, como a terapêutica poderia emergir do diagnóstico? A maior parte dos casos de síndrome depressiva não expressam doença depressiva, casos que exigem tratamentos diferentes e diversos prognósticos.

O Diagnóstico Médico, Inclusive o Psiquiátrico, é Prerrogativa Profissional de Médico

O diagnóstico contábil é privativo dos contadores; o geológico, dos geólogos; o de enfermagem, dos enfermeiros; o psicológico dos psicólogos e o agrônomo dos agrônomos. Genericamente, diagnosticar algo acerca de seu objeto de estudo e intervenção deve ser prerrogativa de agente da profissão à qual a lei atribua aquela função, se não acontece o delito de exercício ilegal de profissão.

Não é, nem pode ser diferente quando se tratar do diagnóstico médico. O diagnóstico de enfermidades, como desempenho profissional, é prerrogativa profissional de médico.

Tem sido assim há milênios em todo mundo. Menos no Rio Grande do Sul positivista (no início da República) e falsificado no Brasil atual lulopetista.

O diagnóstico médico em qualquer especialidade é um ato profissional de médico, pessoa capacitada e habilitada para exercer legalmente a medicina. Como todo procedimento profissional, tem implicações técnicas, éticas, jurídicas e políticas, além de humanas. O profissional habilitado que diagnostica legalmente responde técnica, ética, jurídica e politicamente pelo que faz e pelo que não faz com aquela informação sobre o estado de saúde ou de enfermidade de uma pessoa. A prática de qualquer ato profissional é restrita a quem exerça legalmente aquela profissão. Os atos profissionais diferem dos procedimentos não profissionais.

Prerrogativas profissionais só podem ser praticadas por quem tenha capacitação técnica e habilitação legal para exercê-las. Quando o Estado institucionaliza uma profissão deve delimitar seu campo exclusivo de trabalho e indicar as funções específicas e as compartilhadas com agentes de outras profissões. A Medicina é a única profissão de saúde brasileira na

qual isto não acontece.

O conhecimento científico é de livre aquisição e pode ser livremente aprendido, empregado por qualquer pessoa. Todo trabalho pode ser praticado livremente no Brasil desde que não seja prerrogativa de alguma profissão instituída. Caso isso aconteça, configura-se o delito de exercício ilegal de profissão, o intrusismo profissional, procedimento profissional por pessoa não habilitada, mesmo que de uma profissão afim. A liberdade individual de trabalhar é limitada legalmente pelas atribuições das profissões instituídas. Tal restrição é instrumento de proteção social no mundo inteiro.

A medicina existe para evitar as enfermidades, minorar ou sanar seus efeitos danosos em indivíduos e comunidades e evitar mortes evitáveis. Para isto, deve diagnosticar e tratar dos enfermos, o que vale para todas as suas especialidades. Para realizar estas tarefas, os médicos necessitam saber reconhecer as enfermidades, ser proficientes em todas as demais atribuições clínicas dos médicos que decorrem destas duas funções fundamentais: diagnosticar enfermidades e tratar enfermos. A existência de uma enfermidade e seu reconhecimento técnico e responsável são as duas condições que explicam, justificam e legitimam o trabalho dos médicos desde épocas imemoriais. Afinal, tratar um doente de uma doença (ou como se diz, sintética mas inadequadamente, tratar uma doença) implica em saber do que o doente está doente e quais suas causas, mecanismos patogênicos, consequências e implicações, o que significa saber por que está sendo tratado.

Mas o procedimento terapêutico também implica saber quais as consequências e riscos daquele tratamento para o paciente ou para outrem que possam ser afetados mesmo indiretamente por aquele procedimento. Implica, inclusive saber evitar os riscos decorrentes de certos remédios para determinados pacientes, inclusive os riscos da combinação de medicamentos. Porque, ignorar tais riscos acarretaria em uma irracionalidade: como consertar um mecanismo defeituoso sem saber qual defeito apresenta e sem saber quais as providências que podem ser usadas para consertar.

Ademais, ignorar as possíveis implicações danosas do tratamento de um doente é ato irresponsável e constitui infração da conduta de qualquer médico, de qualquer especialidade. Além de uma infração penal (negligência), Por isso, devem ser responsabilizados quando ignorem ou desafiem tais situações críticas e, assim, causarem dano a alguém. Os procedimentos de diagnosticar e tratar, portanto, podem produzir efeitos individuais e sociais nas pessoas. Em ambos

pode ocasionar preocupações técnicas, éticas, jurídicas e políticas. Preocupações que não devem nem podem ser negligenciadas.

Diagnosticar doenças em humanos é procedimento tecno-profissional, uma atividade autorizada por lei, uma prática médica responsável. Muitas pessoas são capazes de reconhecer, com presteza e precisão, um caso de malária e até recomendar o tratamento mais indicado para aquele doente pelos programas de saúde pública. Isso acontece muito na Amazônia. Mas só um médico pode diagnosticar, com as implicações individuais sociais e jurídicas desse termo e avaliar as peculiaridades e cuidados terapêuticos de cada pessoa.

Essa é a primeira diferença entre o reconhecimento de uma doença por alguém e o diagnóstico de uma doença por um médico. Bem como, ensinar um remédio sem qualquer responsabilidade e a prescrição médica responsável de uma terapêutica; uma prescrição responsável. Objetiva-se aqui estudar o diagnóstico sem a minuciosidade de um tratado, mas com amplitude suficiente para que seja entendido por quem deve diagnosticar como procedimento profissional.

Inicialmente, deve-se defini-lo e classificá-lo. Contudo, aqui não se cuidará apenas da teoria do diagnóstico médico ou médico-psiquiátrico, do diagnóstico em tese ou do diagnóstico como instrumento do conhecimento médico.

Também cuidar-se-á de explicitar como se diagnostica nosologicamente, traçar um roteiro para essa diagnose e levantar como podem ser os diferentes modos de diagnosticar, além de tratar das diversas modalidades de diagnóstico que podem ser elaborados pelos médicos em seu trabalho.

Não esquecer que a enfermidade resulta de um estado danoso em um organismo vivo. O conceito reúne uma entidade material (o organismo vivo) e uma entidade conceitual abstrata (o estado do organismo afetado por um agente patógeno). Enfim, o conceito de enfermidade é um construto, conceito abstrato criado para mencionar essa propriedade dos entes biológicos enfermos.

Não é uma coisa objetiva que ele porta, conduz ou carrega consigo. Pode ser importante mostrar o emprego original destes termos porque há quem pense que foram inventados pelos médicos, que sejam propriedades suas, que pertençam ou devam pertencer à terminologia específica da Medicina. E porque teriam sido tomados como termos médicos? Talvez porque, mal haviam sido trazidos à luz pelos biólogos que os empregaram na classificação dos seres vivos, os termos diagnóstico e diagnose foram incorporados pelo uso médico e ali se fixaram por muito tempo. Tanto e tão arraigadamente, que findou por quase se perder a lembrança de sua origem na Biologia do Iluminismo. Como exemplos, pode-se mencionar os

dicionários de Moraes, de Laudelino Freire e o Lello Universal. Estes três prestigiados dicionários do idioma português, com larga penetração entre os lusófonos da primeira metade do século XX, inclusive no Brasil, atribuem equivocadamente o termo diagnóstico ao glossário médico valorizando o uso comum do termo, como é usual nos dicionários. Para eles, diagnóstico seria um termo médico e só deveria ser realizado por médicos. Na verdade, não é assim.

O diagnóstico, com seu sentido geral de um procedimento técnico é comum a todas as ocupações e profissões técnicas. Diagnóstico contábil, gronômico, sociológico, psicológico e de enfermagem, entre outros, são termos corretos comuns.

No século XX, a palavra diagnóstico e suas derivadas se transformaram em termos comuns profissões que estudam um objeto específico ou uma situação técnica particular. Principalmente se este objeto ou esta situação integrarem seu campo profissional de avaliar e intervir. Os termos diagnóstico e prática talvez sejam os mais expressivos deste fato. Exatamente como aconteceu com a engenharia civil com relação às demais profissões técnicas originadas nela. Os engenheiros emergiram dos mestres de obra e construtores antigos e diferenciaram-se deles verbalmente e pela sofisticação de suas técnicas. Mas a estrutura de sua profissão se manteve fiel à sua origem. Os médicos ascenderam a partir dos feiticeiros primitivos e sacerdotes curandeiros dos quais conservam até hoje algumas de suas propriedades, como diz Cláudio Lira Bastos no livro Cientistas e Feiticeiros.(15) (Bastos, C L, Cientistas e Feiticeiros, ed. Revinter, Rio De Janeiro, 2011).

O termo diagnóstico médico aponta para o elemento basilar de toda prática médica, a que se completa na terapêutica. Aliás, princípio metodológico da Medicina científica é o princípio da unidade do diagnóstico e da terapêutica, expresso nos seguintes aforismas: "sem diagnóstico não há terapêutica e sem terapêutica não há Medicina" e "quem diagnostica bem, trata bem". Aplicar uma terapêutica a um enfermo sem lhe diagnosticar a enfermidade corresponde à pretensão de resolver uma problema cujo enunciado se desconhece. O que não é conduta que recomende quem a usa e pretenda fazer elementar bom senso, quanto mais ciência.

Diagnosticar enfermidades em pessoas enfermas (como reconhecer defeitos em equipamentos eletrônicos complexos) não pode ser atividade diletante de amador interessado, como sugere o emprego de diagnósticos descritivos (quando o examinador necessita apenas conferir os sintomas do doente com uma lista adrede preparada. Um check list. Quando o porteiro de um edifício julga uma pessoa embriagada, ela pode estar com uma endointoxicação

urêmica, por mais interessado e bem intencionado que for leigo. Essa é conduta tipicamente técnica (justificada cientificamente) e profissional (com responsabilidade civil, penal, administrativa e ética) e assim deve ser praticada e entendida. Ninguém impede um guarda de trânsito de dizer que alguém está

bêbado, ainda que sofra intoxicação urêmica, enfermidade que lhe cause um estado de pseudo embriaguez, mas ninguém o responsabiliza por isso.

E mais, quem levaria o relógio Patek-Philippe herdado do avô para ser examinado

e consertado por qualquer um que se diga relojoeiro? Ou entregaria um automóvel importado para ser consertado por quem se diga "mecânico" e, desse ofício, contasse só com uma tabuleta em sua porta? Por mais bem intencionados que fossem tais "técnicos", pessoas sensatas não usariam seus

serviços. Portanto, é necessário advertir os médicos, sobretudo alguns mais jovens e entusiastas, que a prerrogativa profissional de diagnosticar não se reduz ao diagnóstico médico. Embora esta não seja desprezível, como uma atividade técnica ou tecnológica.

Quando um médico e um leigo dizem que uma mulher está grávida, só aparentemente dizem a mesma coisa, pois a confiança que cada um merece é

diferente. As duas declarações, apesar de idênticas em sua forma, resultam de

entendimentos necessariamente diversos. Traduzem duas formas essencialmente diferentes de conhecer e de reconhecer. As duas proposições resultam de dois processos cognitivos e jurídicos diversos.

Não obstante, a diferença implícita nessas duas proposições não se reduz ao plano da cognição e da ação individuais. Seu alcance significativo diz respeito,

principalmente, à imensa diferença da responsabilidade individual e social que

resulta de cada uma dessas duas declarações, apenas formalmente idênticas. No

primeiro caso, a afirmativa errada, será só um erro sem implicação jurídica. Se o médico erra um diagnóstico, isso pode resultar em consequência nefasta para ele e mais ainda para o sujeito em que diagnosticou erradamente. Porque se deve considerar a implicação legal da conduta. Mesmo que um diagnóstico médico seja praticado por uma pessoa formada em uma universidade e com o grau acadêmico de médico, seu diagnóstico será ilegal se ele não estiver devidamente habilitado pelo Conselho Regional de Medicina do estado em que aquele ato for praticado.

Todo ato médico tem compromisso com a cientificidade, a utilidade, a moralidade, a verdade e, principalmente, com a responsabilidade. O Código Penal caracteriza sua infração como delito culposo (que resulte de imperícia, imprudência ou negligência), conduta delituosa por não haver intenção de fazer mal. Condutas culposas que também são sancionadas pelos códigos de ética de todas as profissões técnicas, às quais respondem administrativamente. Será criminosa quando houver a intenção de causar dano

A responsabilidade e a utilidade para a sociedade fundamentam a dimensão social dos atos profissionais e sua instituição como prerrogativas. Inclusive as prerrogativas médicas. Compromissos que diferenciam a prática profissional da atividade leiga. Ainda que realizem as mesmas ações; empreguem os mesmos símbolos para se comunicar e ainda que as proposições estejam gramaticalmente corretas e contenham o mesmo significado semântico. O problema não se reduz a uma questão de linguagem, é jurídico (administrativo, cível e penal).

Dimensões Científica e Profissional do Diagnóstico

Embora a atividade científica e a prática social denominada profissão científica sejam objetos heterogêneos, mantêm pontos comuns. Notadamente em uma profissão baseada na ciência, como as profissões tecnológicas, que devem dispor de fundamentos científicos sólidos para merecer confiança expressa em

suas prerrogativas. Confiança pública, que deveria ser condição essencial para que uma ocupação seja profissionalizada.

A diferença essencial entre as ciências e as profissões é que: as ciências devem ser livres e abertas a todos que desejarem praticá-las; enquanto as profissões, por exigência legal, devem ser restritas a alguns agentes tecnicamente capacitados e legalmente autorizados ou habilitados para exercê-las. A atividade

científica não pode nem deve ser confundida com os procedimentos profissionais. Por isso, uma equipe de profissionais não deve ser chamada de multidisciplinar, quanto mais interdisciplinar, porque em disciplina somente podem ser científicas ou acadêmicas.

Diferença importante entre uma ciência e uma profissão e entre o cientista e o profissional é a liberdade do exercício da ciência. Como sucede às disciplinas científicas, as profissões só devem ser caracterizadas por seus objetos. Nunca, por seus métodos ou procedimentos, que são fugazes por definição. Esse princípio ontológico assinala o ponto inicial do reconhecimento da cientificidade de uma disciplina científica e, por via de consequência, da profissão que esta ciência fundamenta. Infelizmente, o conhecimento insuficiente da matéria faz com que este princípio seja muito ignorado. Quando saíram dos laboratórios de pesquisa e ganharam as ruas, os procedimentos diagnosticadores migraram das atividades científicas para as profissões que embasavam.

Empregava-se o diagnóstico aí para reconhecer situações que justificassem os procedimentos intervencionistas por agentes daquela atividade profissional. Por esta razão, muitos procedimentos técnico-científicos são confundidos com procedimentos profissionais. Importa distinguir as atividades científicas das profissionais porque são atividades sociais radicalmente diversas, embora possam se reportar ao mesmo ato e ao mesmo objeto.

Tome-se, como exemplo, o diagnóstico geológico. Um jornalista pode escrever um artigo sobre certo território, identificando e nominando fenômenos geológicos que ali existam. Pode haver feito pós-graduação naquela área do conhecimento, a partir de sua graduação em jornalismo especializado em jornalismo científico. Mestrado, doutorado, pós-doutorado. E ainda pode demonstrar rara habilidade e vasto conhecimento científico naquela matéria de muitas maneiras. Todas restritas a procedimentos acadêmicos, técnicos e cognitivos. Mas não pode atuar como geólogo, por mais que conheça geologia nem fazer uma perícia nessa matéria. Ainda que valha a pena destacar, o fato

muito conhecido, que pósgraduações acadêmicas, como mestrado e doutorado não influem na qualidade do desempenho profissional de alguém e não devem ser invocadas assim.

Os cursos de pósgraduação capacitam seus concluintes aos títulos acadêmicos de professor especialista, professor mestre ou professor doutor ou professor com pós-doutorado ou livre docência e fazem jus às repercussões que tragam

para sua carreira acadêmica. Mas não capacitam ao exercício profissional nem indicam que seu portador esteja mais bem qualificado para o exercício de alguma profissão. Recentemente o Tribunal Superior de Justiça reconheceu que os cursos de pósgraduação não substituem o título de profissional especialista, reconhecendo que os cursos de professor especialista, professor mestre e professor doutor só valem para a carreira acadêmica dos docentes e não para recomendar seu trabalho profissional.

O diagnóstico médico não se confunde com a conduta leiga de reconhecer uma enfermidade e lhe atribuir uma designação. Qualquer um pode reconhecer uma doença amadoristicamente e batizá-la se não conhecer seu nome. Fazê-lo como ato profissional é coisa diversa. O diagnóstico feito por um médico é uma declaração com crédito social (inclusive fé pública) e responsabilidade civil, penal e administrativa.

O diagnóstico de enfermidade é ato profissional de médico legalmente apoiado em sua capacitação acadêmica e na institucionalização de sua profissão. Procedimento técnico e profissional responsável frente às normas técnicas e executado por pessoa legalmente habilitada para isso. O caráter tecno-profissional é sua marca social mais essencial. Até porque somente os médicos respondem por erro diagnóstico de enfermidade em um enfermo. Notadamente se isso ocorrer no curso de um tratamento. Um profissional não médico que diagnostique uma enfermidade pode ser processado por exercício ilegal da Medicina, mas não é responsabilizado se fizer um diagnóstico errado e isto ocasionar algum dano para a pessoa em que reconheceu falsamente este estado mórbido. Os diagnósticos médicos feitos por leigos não incorrem em responsabilidade penal e administrativa daqueles que os fazem. Afinal, ele não precisa legalmente saber diagnosticar e não pode nem deve ser responsabilizado. Os médicos, sim, estes necessitam e têm o dever de diagnosticar com proficiência e acerto. Por isto são responsabilizados quando erram e nenhuma outra profissão responsabiliza mais seus agentes por seus erros profissionais que a Medicina.

O Conhecimento Científico e o Diagnóstico

Pode ser valioso repetir: diagnóstico médico é procedimento profissional de agente da Medicina e um dado do conhecimento científico da medicina científica. Um procedimento simultaneamente profissional e tecnológico. Não pertence ao conhecimento comum, nem é inteiramente científico, embora siga

estritamente as regras e recursos metodológicos empregados pelo pensamento científico de cada momento histórico. Não se submete às normas e regras do senso comum, mesmo do senso comum educado ou erudito. O diagnóstico médico é um termo da medicina, não se confunde com uma palavra do senso comum. Por causa disto, o dicionário comum não é a melhor fonte para seu conhecimento. Deve-se empregar um bom glossário terminológico.

Quando o açougueiro recomenda ao auxiliar resfriado não ir à câmara fria enquanto estiver naquele estado, o reconhecimento da doença pode ser correto e a orientação certa. Mas não é diagnóstico médico, nem prescrição profilática nem terapêutica. Porque o diagnóstico das enfermidades e a terapêutica dos enfermos são procedimentos profissionais dos agentes da Medicina, são atos médicos.

Além de ser procedimento profissional, o procedimento diagnosticador em Medicina deve ser reconhecido como tarefa cognitiva da ciência, como qualquer outra cuja realização implique reconhecimento científico específico. Deve ter objeto, métodos e técnicas respeitadas pela comunidade científica. Ou deve ser possível traçar-lhe uma diretriz procedimental que o dirija ou oriente, mas que o paciente saiba se tratar de algo experimental. O conhecimento é condição necessária para o reconhecimento de qualquer coisa e diagnosticar é uma maneira peculiar de reconhecer. Reconhecer o todo pelas suas partes. De fato, só é possível reconhecer algo que tenha sido previamente conhecido.

O conhecimento médico evolui a cada volta do tempo e deve ser atualizado pois impõe mudanças ao seu reconhecimento. Os diagnósticos em geral, ou o reconhecimento de um objeto, de uma condição ou de uma situação previamente conhecidas, constituem reconhecimento. A capacidade de reconhecer do previamente fixado, uma gnose, é condição necessária para viver, mas também é necessário saber diagnosticar uma condição patológica nunca vista, mas estudada.

A legitimidade do diagnóstico médico repousa no conhecimento da doença e do doente, na capacidade e na habilitação do agente que o executa. Mas deve ir

mais longe, deve ser personalizado, isto é, ajustado à situação específica de cada paciente singular, concreto e único e estar atento às circunstâncias de seu

paciente. O que dificulta imensamente sua automatização. Os diagnósticos sintomáticos e sindrômicos (que podem ser importantes como dados e momentos da elaboração do diagnóstico nosológico e como para possibilitar

alternativas de intervenção, enquanto o nosológico não for possível), como acontece nos casos de intervenção urgente ou em emergências.

Nenhum médico de qualquer especialidade, a não ser o psiquiatra atual, faz diagnóstico unicamente a partir de dados descritivos da enfermidade, como são os sintomas e as síndromes. O diagnóstico nosológico, típico diagnóstico médico, é explicativo e atende à necessidade do doente. Ainda que a explicação se fundamente em uma teoria hipotética, mas que não tenha sido reprovada pelos recursos de verificação. O grau de convicção na veracidade e na validade do diagnóstico possibilita reconhecer, parte essencial do reconhecimento. Recurso da consciência que possibilita ao agente da percepção ou recordação ter certeza que a imagem percebida ou ao engrama que corresponde àquilo que está sendo percebido ou recordado. O grau de certeza de que aquela representação seja verdadeira em sua classe.

Há três classes de verdade: as verdades fáticas, as verdades lógicas e as verdades convencionadas. A verdade lógica é a que existe nos cálculos matemáticos e nas demais operações lógicas. As verdades convencionadas são fruto de uma convenção. O diagnóstico nosológico deve encerrar uma verdade fática (ou factual) que recebe um nome convencionado (como são os nomes de todos os objetos materiais e conceituais existentes).

Os diagnósticos da CID-10 abrigam convenções para substituir os conhecimentos de fatos por convenção, como os nomes das pessoas ou das coisas. Reconhece-se não um acontecimento em um objeto real, ou um fato.

Mas uma convenção criada por sua utilidade para alguém. Para os médicos, importa saber que essa convenção seja útil para os doentes. Em Medicina, principalmente em psiquiatria, o diagnóstico nosológico de uma condição clínica prefigura sua localização em um sistema teórico explicativo composto por fatos verificados ou por uma teoria genérica sobre a enfermidade; uma teoria particular sobre aquele tipo de condição patológica e uma teoria específica sobre aquela condição patológica individualizada no caso examinado.

Teorias reconhecidas como viáveis pelos cientistas, ainda que hoje possa ser

muito difícil diferenciar as opiniões de alguém dos interesses comerciais das indústrias farmacêutica e de equipamento. O processo diagnosticador prossegue no procedimento do diagnóstico diferencial. Essa é a verificação do diagnóstico através da questão: se este diagnóstico não corresponder a esta enfermidade, a qual outra poderia corresponder? O que se vê aqui é o modelo teórico do

processo de diagnosticar em medicina, o que aponta para a correção do tratamento do doente. Médicos não devem diagnosticar as queixas, nem os sintomas, ad síndromes, mas a doença de um doente. E tratar aquele doente.

Pois este é o objetivo essencial da terapêutica eficaz, de todo trabalho médico responsável. Na prática, diagnosticar sintomas gera a possibilidade de aparecerem medicamentos para cada sintoma que componha um caso clínico, mesmo que sejam todas expressões a uma única doença. Fato que está sendo denunciado há algum tempo e pode ser verificado por qualquer médico atento. Os sintomas compõem uma configuração chamada doença. O que deve ser tratado.

Caso se restrinja ao plano cognitivo, tal como sucede a todos os outros conhecimentos, a estrutura cognitiva do conhecimento médico, que se expressa em um diagnóstico, é constituída por um sistema de informações que vai da indicação à definição personalizada.

Ao menos em tese, o conhecimento médico inicia-se na indicação, passa pela conceituação descritiva, pela conceituação nominativa, pela conceituação explicativa e se concretiza na definição científica do seu objeto, o que agrava o estado de saúde de uma pessoa. Inicialmente, a enfermidade é descoberta e nominada, ainda que mal conhecidas ou quase desconhecidas suas características gerais e essenciais. Tais conhecimentos vão sendo agregados aos pré-existentes, possibilitando sua revisão e aperfeiçoamento permanente.

Na prática clínica, o processo diagnosticador se originou como procedimento técnico que integra elementos teóricos e práticos. No entanto, historicamente, este processo se iniciou na concepção popular sobre as enfermidades em geral, a incapacidade, o sofrimento, a invalidez. Concepção baseada em crenças, expressões improváveis e improvas do pensamento mágico que precederam o pensamento lógico e o conhecimento elaborado com ele. Isto porque o pensamento humano evoluiu do mágico para o lógico (ou inteligente).

Paralelamente, a apreensão das coisas do mundo evoluiu da crença do

conhecimento vulgar, para o conhecimento científico e para o pensamento lógico

Na avolução do pensamento humano, o pensamento mágico é uma fase muito primitiva que caracteriza o momento em que predominam as crenças.

A crença, portanto, consiste em um momento muito primitivo do processo da evolução cognitiva pelo qual o ser humano se apropria de informações e explicações sobre o que se passa no mundo à sua volta e em si mesmo.

No pensamento vulgar é muito comum que a pessoa creia porque assistiu ou verificou ou crê induzido por um fenômeno afetivo que lhe induz aquela crença.

Ou a crença brota do método usado para conhecer e para rever os resultados

do pensamento. Crença que pode ser chamada convicção crítica. Na elaboração

cognitiva usual (seja vulgar ou científica), quando o objeto ou o acontecimento

a conhecer apresenta certa complexidade, aquele conhecimento costuma ser elaborado passo a passo a partir de dados sobre sua aparência, ampliando-se e

se aprofundando, à medida que se acumulam informações sobre ele e que tais

informações vão sendo comprovadas. Não sendo raro que, neste processo, certas informações tidas como verdadeiras em um momento, sejam desmentidas ou superadas por outras em momento subsequente.

Os diagnósticos técnicos também são construídos assim. Tanto como procedimento para elaborar critérios para definir uma enfermidade em tese, como para elaborar um sistema de procedimentos para reconhecer aquela enfermidade em um enfermo individual.

Um procedimento profissional médicos implica em responsabilidade.

Principalmente porque, junto com a habilitação para fazê-lo, vem a responsabilidade pelo feito. O direito e o dever de indicar um benefício previdenciário. Sem falar da autoridade que cada procedimento exige de quem o

realiza. A responsabilidade sobre sua veracidade e sobre as consequências que

produza é atributo dos agentes da profissão que capacite e habilite sua prática.

A responsabilidade profissional deve estar baseada no reconhecimento de seu conhecimento.

Existem três modalidades de conhecimento:

- a) o conhecimento vulgar (ou senso comum),
- b) o conhecimento científico (preciso, comprovável, confiável, válido, sistematizado, voltado para uma área limitada do mundo) e
- c) o conhecimento filosófico (dotado da maior amplitude possível de generalização, referindo-se a totalidades, a generalidades que há nos fatos abstratos em objetos concretos).

Os conhecimentos científico e filosófico assinalam o pensamento lógico.

Muitas pessoas situam as crenças religiosas como modalidades de conhecimento no mesmo nível do conhecimento científico e do filosófico. Isto é um erro. Primeiro, porque as crenças não se confundem com conhecimentos. São convicções extracognitivas influenciadas pela afetividade, elaboradas à margem da experiência e impossíveis de serem verificadas. Em segundo lugar, porque ao se confundir o conhecimento inverificável com o verificado, cria-se um lapso irreparável no terreno da verificabilidade.

Para muitos, na dependência das convenções vocabulares, todos os conhecimentos deve ser reconhecido por sua convicção, inclusive o conhecimento científico e o conhecimento filosófico seriam crenças. Para estes autores a como a convicção seria o único atributo da crença, inclusive de uma "crença" científica.

A verdade exige muito mais do que convicção. Exige a possibilidade de verificação confiável.

Para este autor o conhecimento científico é aquele verificado cientificamente, ainda que provisório, pois pode ser modificado em qualquer momento, ainda que não se saiba quando. Mas não é uma crença.

Contudo, em ciência não se deve confundir essas "crenças" produzidas pelo conhecimento científico daquelas resultantes de necessidades pessoais ou sociais.

Classificação dos Diagnósticos

Os diagnósticos psiquiátricos podem ser classificados com muitos critérios.

Do ponto de vista de seu alcance, os diagnósticos médicos podem ser:

de sintomas, de síndromes (conjuntos de sintomas) ou de enfermidades.

Os diagnósticos nosológicos podem ser:

Etiológicos, patogênicos e etiopatogênicos

Do ponto de vista da maturidade científica os diagnósticos médicos podem ser:

descritivos (sintomas, chamados transtornos) ou explicativos (enfermidades, doenças).

Do ponto de vista de sua legalidade, o diagnóstico médico pode ser:

-

legal (quando praticado por pessoa capacitada e legalmente habilitada para fazê-lo) ou

-

ilegal (quando realizado por quem pratique ilegalmente um procedimento privativo de médico).

Do ponto de vista da convicção do realizador, um diagnóstico médico pode ser:

- possível (impressão ou presunção diagnóstica -quando houver alguma possibilidade que esteja correto e seja acompanhado de dois pontos de interrogação -??),
 - provável (quando houver razoável probabilidade de estar correto mas falte alguma informação crucial – assina-se no prontuário com um ponto de interrogação -?),
 - com certeza ou definitivo (quando cumpridas todas as exigências para sua feitura),
 - por exclusão (quando se excluem as alternativas possíveis em recursos clínicos ou complementares).
- Do ponto de vista de sua finalidade, um diagnóstico médico pode ser:

- clínico (quando realizado no exercício da clínica),
- para investigação (realizado em uma pesquisa),
- pericial (resultado do exame de um objeto pericial).

Do ponto de vista dos recursos empregados, o diagnóstico pode ser:

- desarmado (quando resulte do uso do método clínico e da percepção do examinador) e
- laboratorial ou armado (executado com dados de um laboratório físico, químico, biológico ou psicológico ou de recursos técnicos que ampliem a percepção do examinador).

Diagnóstico da Complexidade do Objeto Diagnosticado

O diagnóstico descritivo corresponde à forma imatura de conhecer e reconhecer um objeto material ou conceitual, inclusive uma doença e está fundamentado em dados sobre a forma e aparência dos objetos. Tem pouquíssima validade em medicina e, principalmente, na psiquiatria, onde sua validade é praticamente nenhuma.

O conhecimento, inclusive o científico de um objeto de estudo evolui da aparência para a essência, da forma para o conteúdo, da descrição para a explicação. A

essência, a explicação e o conteúdo de uma enfermidade há de ser sua etiologia e sua patogenia.

O diagnóstico explicativo é aquele que inclui a explicação da enfermidade, em medicina a explicação de uma enfermidade é dada por sua etiologia e pelos mecanismos patogênicos e geradores dos danos e dos sintomas.

Enfermidade é a condição patológica da qual se conhece ou infere sua explicação (etiopatogenia). Doença é a enfermidade sabida ou sentida.

Entidade Clínica é a enfermidade cuja explicação suposta por analogia ou outro mecanismo racional. É objetivo da medicina promover entidades clínicas a enfermidades.

Os diagnósticos descritivos ou nosográficos só alcançam os dois primeiros níveis de complexidade das enfermidades: sintomas e síndromes. Isto é, informações sobre sua aparência. Sintomas e síndromes patognomônicos são aqueles cujo aparecimento indica uma dada doença. Em psiquiatria não há formas patognomônicas e nem marcadores biológicos que apontem para a explicação das enfermidades.

Há outra dificuldade para o diagnóstico descritivo na psiquiatria. Os mesmos sintomas e as mesmas síndromes podem acontecer em enfermidades diferentes, enquanto uma só enfermidade pode apresentar sintomas e síndromes muito diferentes. Diversas enfermidades podem compartilhar muitos sintomas e diversas síndromes. Por isso, o diagnóstico sintromático em psiquiatria serve apenas como componente do processo diagnosticador, como se verá adiante. Por isto, transtorno não é diagnóstico psiquiátrico que se use. A doença é a configuração em si mesma, diz Lester S.King em Medical Thinking.

Fatos que não justificam aventuras em nome da ciência nem o emprego de procedimentos utilitários como se fossem científicos. Sem, ao menos justificarem para quê e para quem são úteis.

Erros Diagnósticos

Erro é toda proposição que se afasta da verdade, uma falsidade. As falsidades podem ser erros involuntários ou um ato voluntário, o que caracteriza uma mentira. O caso extremo do erro é a falsidade. Os erros diagnósticos podem resultar de enganos ou serem falsidades deliberadas. Não é correto, portanto, confundir toda não verdade ou falsidade com uma mentira. Há um erro diagnóstico quando este resulta parcial ou totalmente afastado da verdade e, por isto, resulta em um diagnóstico com algum grau de falsidade, um diagnóstico falso. Quando cometido como ato profissional de médico, denomina-se erro profissional de médico. Fato curioso é que, do ponto de vista legal, denomina-se erro médico ao erro profissional praticado por qualquer agente, de qualquer profissão desde que cometido no curso de um procedimento

assistencial médico. Assim, muitas vezes não é um erro de um profissional médico. Mas o termo cria a falsa impressão de que só os médicos erram ou que todos os erros médicos devam ser atribuídos a profissionais da medicina. Por isso, em vez de erro médico deve-se usar erro profissional de médico, de enfermeiro ou de outro profissional que participe do tratamento.

Os erros diagnósticos podem ser acidentais, culposos ou dolosos. Os erros acidentais não implicam responsabilidade para seu autor, porque são isentos de culpa ou de dolo, resultam de causas fortuitas, inteiramente estranhas ao realizador do procedimento. Os erros culposos e dolosos implicam na responsabilização de seus autores.

Denomina-se erro culposo quando decorre de imperícia, imprudência ou negligência do autor.

O erro doloso é praticado intencionalmente como uma falsidade ou para causar o dano que ocasionou, é um crime.

Os erros culposos são danos acidentais, resultantes de algum grau de imperícia, imprudência ou negligência do autor. Os agentes desses danos são legalmente obrigados a compensar sua vítima e a responder administrativa, civil ou penalmente por infração ética, civil ou penal. Mas para isso, deve ficar caracterizada a culpa (existência de imprudência, imperícia ou negligência) e estabelecer-se o nexo causal entre a culpa e o dano ocorrido.

Os erros diagnósticos médicos podem ser inócuos ou causar dano variado à pessoa submetida ao processo diagnosticador, quando é chamado diagnóstico iatrogênico. Neste último caso, a gravidade do erro depende da gravidade do dano que ocasione ao paciente e, neste caso, quem o cometeu tem o dever de responsabilizar-se ou ser judicialmente responsabilizado pelo dano causado. Os erros diagnósticos também podem decorrer de erros da metodologia (teoria do procedimento) ou da metódica (prática ou instrumento do procedimento) empregado, um equívoco metodológico, um viés.

Aqui se coloca um aspecto importante da responsabilidade de quem realiza um diagnóstico médico, inclusive um diagnóstico psiquiátrico – responsabilidade de responder pelos danos causados quando faz um diagnóstico errado. O que pode implicar inclusive a definição do tipo de diagnóstico pretendido, como se verá.

Vieses do Processo Diagnosticador

O procedimento diagnosticador em Medicina não está isento do risco de erro, inclusive riscos de erros de procedimento e erros metodológicos ocasionais ou sistemáticos.

O primeiro erro do procedimento no processo diagnosticador em Medicina é o desconhecimento. Desconhecimento de anatomia, de fisiologia, de psicologia médica, de psicopatologia, de propedêutica, de patologia, de semiologia, da semiotécnica, da clínica, o desconhecimento da técnica para diagnosticar, o processo cognitivo de construir um diagnóstico médico.

O despreparo técnico é a causa comum dos erros diagnósticos em Medicina e, especialmente, na psiquiatria. Pois, nesta, diagnosticar é mais difícil. Em geral, o médico despreparado não diagnostica, espera que o laboratório o faça ou que a enfermidade finde sozinha. Alguns prescrevem uma polifarmácia tão extensa que alcança todas as possibilidades de doença que o paciente apresente ou venha a apresentar em qualquer outro momento. Mas o erro diagnóstico também pode ser causado por defeitos do paradigma diagnosticador que for usado. Sobretudo, quando este for universal e adotado oficialmente. Este é o erro mais comum, porque imposto a quase todos.

Outro grande risco do procedimento diagnosticador em Medicina não é técnico mas psicológico e antropológico, vem a ser a desumanização do diagnóstico médico de um lado e sua naturalização, de outro. A naturalização ou biologização do diagnóstico consiste na tentativa de tratar o doente apenas como um ser biológico, um objeto de intervenção unicamente das ciências naturais.

Chamo a essa conduta de psiquiatria veterinária, sem qualquer prevenção contra aqueles profissionais. Ao contrário, porque os bons veterinários estabelecem e cultivam interação afetiva com seus pacientes. Não são clientes porque não pagam pelo tratamento. A desumanização consiste na omissão da pessoa afetada pela enfermidade que se diagnostica e que é reduzido à sua enfermidade materializada. Esta é a deformação "doencista". A imagem da doença, que é um construto, um artifício inteligente, toma o lugar do doente que é uma pessoa concreta, em geral, a pessoa que sofre. Esta perversão ocorre especialmente, na omissão do momento personalizador ou individualizador do diagnóstico. Como sucede quando a enfermidade substitui o enfermo na preocupação do médico no planejamento da terapêutica.

Repita-se que o médico trata doentes, nunca doenças. O foco da terapêutica é a pessoa do paciente que padece de alguma enfermidade. Fato que não deve ser subestimado nem negado e que é a essência do trabalho médico.

O êxito de um tratamento depende das peculiaridades e circunstâncias do doente (vulnerabilidade, resistência, resiliência) e das características da doença. O diagnóstico médico não deve se resumir ao nome da enfermidade, como se esta existisse e se mantivesse por si mesma, sem o enfermo e sem que as peculiaridades do enfermo se reflitam em sua enfermidade e em seu modo de enfermar.

A doença é um estado da pessoa doente. O viés equivocado de considerar a doença um objeto material é muito mais comum do que se costuma admitir e que eu denomino de doencismo (uma maneira de tentar fazer de um construto (abstrato por definição) um objeto material. A forma mais comum de tentar concretizar um conceito abstrato, como a enfermidade, reside em supor o diagnóstico médico como mero reconhecimento de uma doença, ignorando a pessoa afetada por ela.

Esse risco desumanizador se materializa quando o médico se limita a reconhecer a enfermidade e trata todos os pacientes acometidos àquela afecção da mesma maneira, como se fossem indistinguíveis, idênticos.

O esforço dos doencistas de concretizar um construto (conceito abstrato) como a enfermidade, é tentativa do pensamento dualista (que julga a doença como independente do doente e não recebe influência dele ou de suas circunstâncias), quando a enfermidade humana é sempre um estado danoso de um organismo humano. O enfermo que não é a moldura em um quadro, mas componente essencial do processo, pois a enfermidade só afeta um ser biológico, um ente material vivo. Só se separa a enfermidade do enfermo como exercício lógico de análise. Não acontece na realidade da clínica onde a interação absoluta do doente com sua doença, o que é um estado particular do doente.

O doencismo se manifesta na terapêutica, quando o médico ignora as peculiaridades do paciente e massifica o procedimento de tratar. Nesse tipo de desumanização, a desumanização doencista, é como se a enfermidade substituísse o enfermo na consciência de quem pensa assim. Deslize que

pode
não se resumir aos papéis dos prontuários e macular a relação médico
paciente.

A interação deixa de se dar entre a pessoa do médico e a do paciente e
passa a se concretizar entre um médico anônimo e uma enfermidade
conduzida ou
"portada" por um paciente sem nome, sem personalidade, sem biografia,
como a
interação fugaz e superficial do vendedor e do comprador de bilhetes no
guichê
do cinema.

Fato que emerge na consciência do médico é creditar que um transtorno é sinônimo de uma doença. Acredita, por exemplo, como aparece em quase toda literatura médica atual que transtorno esquizofrênico é entendido como se fosse igual a esquizofrenia.

A forma mais comum e danosa do doencismo é supor o diagnóstico como mero reconhecimento de uma enfermidade; na identificação de de uma condição patológica ignorando a pessoa afetada por ela. Quem pratica este reducionismo atua como se a enfermidade fosse uma entidade existente por si, um ser material, independente de qualquer outra influência ou condicionamento. E trata todos os doentes seguindo um único modelo terapêutico indicado em uma bula ou outra recomendação.

As enfermidades não existem por si, são propriedades de um ente biológico afetado por um ente com seu ambiente físico ou psicossocial. O conceito enfermidade reflete a interpretação dada a um acontecimento biológico ao estado de um ser vivo. O diagnóstico médico é o reconhecimento de uma enfermidade em um enfermo real e concreto. As enfermidades existem em um indivíduo biológico integrado a seu meio físico e de uma pessoa integrada a seus meios físico e psicossocial. Essas enfermidades existem em pessoas com traços biológicos, psicológicos e sociais que as personificam. Todas têm uma biografia, uma personalidade e uma identidade social.

O terceiro erro que envolve o risco metodológico de perturbar o diagnóstico em Medicina, o reducionismo, consiste em incorrer em um ou mais dos três desvios ideológicos comuns naquela prática, que são os seguintes: o biologicismo (absolutização ou exagero da influência dos fatores naturais), o psicologicismo (superestimação ou exclusividade dos fatores psicológicos) ou o sociologicismo (hipervalorização ou exclusividade das condições sociais). Há pessoas tão contraditórias que incorrem nesses três, viéses em um único procedimento.

Por economia verbal, hábito vocabular ou outro motivo, pessoas comuns, médicos e, mesmo, o autor deste texto em vários momentos se refere ao diagnóstico médico simplesmente como identificação de uma enfermidade em um enfermo ou de uma doença em um doente.

Repita-se insistentemente que o complemento necessário “em um enfermo” não deve ser omitido na comunicação técnica ainda que isso possa ser tido como implícito, como acontece muito.

O descritivismo é a tendência reducionista que restringe as investigações científicas à descrição de seus objetos de estudo, recusando a possibilidade de analisar e sintetizar, explicar e prever fatos relacionados com aquele objeto. O descritivismo é característico dos positivistas fenomenistas e dos funcionalistas, que cultivam a crença na impossibilidade de explicar qualquer objeto ou, ao menos, de explicar uma doença.

Não é necessário grande esforço para identificar sua influência dominante nos sistemas "classificatórios" psiquiátricos em voga, dos quais se tratará adiante.

Estes reducionismos talvez sejam as maiores causas de erro metodológico na realização dos diagnósticos médicos. Nenhuma enfermidade humana pode ser considerada como tão natural que não envolva algum fator psicossocial em sua origem ou em seu desenvolvimento. Da mesma maneira que não existe nenhuma enfermidade ou mesmo qualquer sintoma de enfermidade que seja exclusivamente psicossocial e não envolva sequer uma estrutura ou função biológica em sua gênese, modulação ou expressão. A conceituação do ser humano como ente biopsicossocial é só um recurso didático para mencionar as influências mais importantes que incidem sobre ele e ocasionam seus estados de consciência e determinam suas atitudes e suas condutas. Inclusive, suas condutas patológicas.

O quarto viés comum ao procedimento diagnosticador é oposto ao doentismo, trata-se da desumanização doentista. É o erro no qual o agente do procedimento ou processo diagnosticador ignora a enfermidade e só se preocupa com a pessoa afetada por ela. Como se a condição de enfermo não fosse condicionada pela enfermidade.

O doentismo reside na crença que alguém pode ser ou pode estar doente sem que exista doença, sem ser afetado por uma enfermidade. Como se o doente fosse a doença. A hipervalorização do enfermo ou a completa omissão da enfermidade pode se dar por diversos mecanismos e numerosos graus de intensidade. Pode ser a negação da enfermidade; a atribuição ao paciente dos danos causados pela enfermidade. A naturalização da enfermidade concebida como um ente natural e material conduz a este disparate. Deve-se destacar que a condição patológica (enfermidade) diagnosticada em um enfermo não existe independente daquela pessoa. Nem independe das características pessoais e

das

circunstâncias em que vive o enfermo que ela afeta danosamente. Até nas enfermidades somáticas, quanto mais nas doenças psiquiátricas. A

enfermidade

manifesta uma perturbação em um organismo vivo provocada (determinada, condicionada ou causada) por alguma influência de seu agente etiológico. Na enfermidade humana, há perturbação do organismo de uma pessoa singular.

Os

fatores etiológicos, as condições e mecanismos patogênicos são partes da sua

história natural e de sua história sócio-cultural. Porque, nem as enfermidades

dos mamíferos superiores não humanos, podem independender das condições ecológicas e sociais de sua existência. Qualquer um que tenha criado animais

pode testemunhar sobre isso.

O Diagnóstico e a Terapêutica

O diagnóstico médico é o ato profissional com dois sujeitos: o sujeito agente (que diagnostica) e o sujeito paciente, em quem se diagnostica. É um objeto, o diagnóstico realizado. Repita-se por essencial que tratar sem diagnosticar equivale a fazer algo sem saber o que, sair sem saber para onde ir. É uma aventura carente de responsabilidade.

Toda terapêutica deve corresponder a uma condição, cujo diagnóstico a justifique e deve objetivar a etiopatogenia da doença. Hipócrates já apontava a causa da doença como objetivo dos remédios. Como terapêutica, todos procedimentos profissionais legítimos devem ter objeto e objetivo, além de meios para alcançá-los. O diagnóstico e a terapêutica são conceitos abstratos que se materializam em procedimentos profissionais que constituem o núcleo mais essencial da atividade médica clínica.

A exigência do reconhecimento do objeto de intervenção esteve sempre presente em qualquer profissão técnica como essencial e como preliminar necessária ao procedimento intervencionista. Por isto, muito provavelmente, tal exigência preliminar seja anterior aos procedimentos médicos mais antigos.

Conhecer e reconhecer para intervir, é o lema essencial de toda atividade intervencionista e as que podem merecer a adjetivação de técnicas ou tecnológicas. Também é essencial no chamado modelo médico de intervenção.

Conhecer, reconhecer, tratar, cuidar. Quanto mais se conhece, melhor se reconhece e quanto melhor se reconhece ou diagnostica, melhor se trata ou se cuida. Ou bem examinar para bem diagnosticar e bem diagnosticar para bem tratar, como se dizia no passado remoto. De todas as intervenções técnicas, de todas as aplicações científicas, seja qual for o seu objeto.

O processo diagnosticador em medicina é importante principalmente porque fundamenta a terapêutica. Esta sim, constitui a motivação essencial e o propósito final da medicina. O fundamento do modelo médico reside, já se disse, em examinar para conhecer, conhecer antes de reconhecer e reconhecer

paraintervir. Só intervindo depois de reconhecer (isto é, depois do diagnóstico).

Porque, afinal, só se pode reconhecer algo previamente conhecido e o significado do reconhecimento é inteiramente proporcional ao conhecimento que

o possibilitou. Os médicos sabem desde os primórdios da Medicina que sem diagnóstico correto não há terapêutica eficaz.

O diagnóstico deve apontar para a terapêutica, como a intervenção necessária em qualquer procedimento tecnológico. Destaca-se aí a interação entre o diagnóstico médico e a terapêutica. Diagnosticar bem é condição essencial para promover qualquer terapêutica racional eficaz. Caso o diagnóstico aponte para a nosologia exigida por sua validade. A terapêutica foi sempre o motivo principal para o aparecimento e para o desenvolvimento da medicina, inclusive dos diagnósticos médicos fatores essenciais para a terapêutica, ainda no tempo em que era uma prática mágica e religiosa.

Aliás, esta foi uma das mais importantes contribuições que os médicos fizeram ao

desenvolvimento dos seres humanos, da ciência e da sociedade.

Sabe-se que os diagnósticos das condições patológicas podem ser: sintomáticos, sindrômicos ou de enfermidades (ou doenças).

A Medicina, originada nos procedimentos curativos dos xamãs da Pré-História, identificou-se com a terapêutica, como era chamada a medicina na Grécia Antiga. Convém não esquecer que as designações atribuídas ao médico em culturas primitivas, significavam curandeiro, curador, cuidador de doentes. Aquele que trata (cuida ou cura) os doentes. Na Grécia, essa atividade foi denominada terapêutica e o médico, terapeuta.

A identificação da Medicina com a terapêutica é tão comum que, em muitos idiomas, como no inglês e no castelhano, a palavra medicina também significa remédio. Em português castiço também, mas é muito pouco usado hoje.

Nas curas supersticiosas, havia e há uma só explicação para todas as doenças, aquela que corresponda à superstição que mobilizava ou mobiliza seus crentes e os conduz àquela prática. E a terapêutica, por sua vez, costuma ser uma só para todos aqueles enfermos. Uma só para cada crença e não para cada doente. Pois, todos estariam acometidos daquela única afecção e, por isso, deveriam

receber um só tratamento. Ainda que pudessem ter formas muito diferentes de uma crendice para outra.

Só com os médicos hipocráticos deixou-se de diagnosticar a enfermidade mágica, para se diagnosticar enfermidades plurais tidas como naturais e os remédios, racionais. Aí o diagnóstico específico passou a ter importância primordial para fundamentar o tratamento. O que representou uma mudança essencial da prática médica – medicina racional – que viria a ser sucedida mais tarde pela medicina científica, com o que era a ciência na época.

Nenhuma outra área médica se contenta com o diagnóstico descritivo como modelo para diagnosticar. Imagine-se diagnósticos como tosse, palidez, febre, cefaléia, diarreia, tão comuns há séculos com os quais prosseguem os psiquiatras. O importante é saber a quem interessa esta mudança a uma fase anterior da psiquiatria, que rapidamente se instalou entre os psiquiatras.

A quem interessa essa mudança de critérios diagnósticos? Não interessa aos doentes dirigir o tratamento para elementos da aparência das doenças e não para sua essência. A etiopatogenia conhecida ou hipotética, a ser verificada. O que aconteceu e acontece no restante da medicina. Também não se de considerar os exames complementares (como marcadores biológicos) como única forma de diagnosticar com certeza).

Implicações do Diagnóstico Psiquiátrico

Os diagnósticos psiquiátricos podem acarretar consequências mais importantes que a maior parte dos diagnósticos das demais profissões intervencionistas. Tais implicações ultrapassam muito os limites das consequências individuais (a pessoa do paciente como internação ou tratamento ambulatorial, sofrimentos, invalidez, prejuízos materiais, vínculos interpessoais). Pode comprometer sua família e outros sistemas sociais que integre.

Uma das implicações mais importantes do diagnóstico, é prognóstico, mas este procedimento só é possível com o diagnóstico nosológico. Por isso, como o diagnóstico médico legal (administrativo, civil ou penal. Também alcança os aspectos sociais (para a atividade laboral e esportiva, capacidade civil, responsabilidade penal, direitos previdenciários, atividade política em todos os níveis do poder público, participação social e cultural, responsabilidades familiares, vida amorosa e convivência familiar).

Por causa disso que é visto acima, é que se diz que o alcance dos diagnósticos psiquiátricos costuma ter amplitude muito maior que a maior parte dos outros diagnósticos médicos. E estes, dos diagnósticos das outras profissões

técnicas.

Não se pode usar os diagnósticos descritivos para prognosticar. Pois o processo lógico de prognosticar é exatamente oposto ao de diagnosticar nosologicamente.

Utilidade do Diagnóstico Psiquiátrico

O diagnóstico psiquiátrico tem todas as utilidades dos diagnósticos médicos e as que lhe são próprias. A utilidade do diagnóstico psiquiátrico não se resume ao reconhecimento das enfermidades para fundamentar a terapêutica e outros procedimentos médicos. Fosse, e já seria bastante útil e importante para as pessoas e a sociedade. Sua utilidade vai bem além disso. O diagnóstico psiquiátrico tem sido empregado como instrumento teórico valioso para justificar e fundamentar alguns procedimentos sociais (frequentemente situados distantes das atividades médicas).

Aqui se repetem informações do livro *Semiologia e Psicopatologia* deste autor. Mas neste terreno, é importante recordar que nem uma pessoa sequer pode (nem deve) ser reduzido a uma ou algumas de suas características. Mesmo que seja uma enfermidade ou principalmente nesse caso.

As principais possibilidades de aplicação prática do diagnóstico psiquiátrico ocorrem nas seguintes áreas do conhecimento e das atividades técnicas: na habilitação e na reabilitação de recursos humanos, na profilaxia de problemas pessoais e sociais, na organização da assistência médica, na epidemiologia, na pedagogia, na produção de bens e serviços, na previdência social, na administração da justiça e no convívio social. No dia-a-dia do relacionamento humano, nas relações familiares, no trabalho, e nos outros níveis de integração social, o diagnóstico psiquiátrico pode exercer influência como fator gerador de comportamentos. E não apenas como repercussão de diagnósticos psiquiátricos formalmente estabelecidos, mas como resultado da avaliação cultural implícita nas noções de louco, nervoso, doido, doente mental, bobo, retardado, pirado, lelé da cuca, caduco e muitos outros conceitos presentes na consciência das pessoas e dos grupos, e que influem em seu comportamento.

Não obstante, parece tolice imaginar que a influência social dos doentes (inclusive a discriminação e a exclusão) resultem do diagnóstico e não da enfermidade, da conduta do doente ou da situação concreta da pessoa a que

O diagnóstico se refere.

Não é o diagnóstico e nem o processo diagnosticador que provocam a discriminação e a exclusão dos pacientes, embora possam reforçá-las. A discriminação tem como objetivo o doente mas se origina em sua doença e suas implicações sociais.

Objecções ao Diagnóstico Psiquiátrico

Nenhuma outra área da medicina assiste a tantas objeções aos seus diagnósticos do que a psiquiatria. Grande parte dessas objeções se originam nas crenças na irrealidade das enfermidades psiquiátricas. Crenças originadas em superstições religiosas e ignorância. Uma das premissas da medicina científica é desconsiderar qualquer explicação mágica para a enfermidade e qualquer medida mágica para terapêutica. Mas há quem objete a enfermidade psiquiátrica desde

o interior da medicina. Os médicos positivistas empiristas sustentam que as enfermidades são propriedades do corpo que não têm correspondência psíquica, por isto, chamam-nas de transtornos. Os médicos positivistas fenomenistas norte-americanos sustentam que doença e enfermidade são conceitos teóricos que representam alterações psíquicas, e por isto as denominam como transtornos (disorders) que não são enfermidades, mas sintomas. Essa é a mesma tendência que se opôs à teoria microbiana por considerar que os micróbios, por não serem percebidos pelos sentidos, seriam também conceitos teóricos. No Brasil, essa tendência ideológica sustentou a luta popular contra Oswaldo Cruz e a lei da vacinação anti-malária obrigatória.

O uso de transtornos (disorders) como verdades convencionadas aplicadas a fenômenos naturais e psicossociais resultam nos prejuízos apontados aqui. Não obstante, nem todos os que alegam esta e outras objeções ao diagnóstico psiquiátrico fazem-no com sinceridade.

Em numerosos casos a objeção ao diagnóstico psiquiátrico decorre ou oculta a ignorância acerca do objeto do diagnóstico psiquiátrico (a doença de expressão psíquica). Outros desconhecem a técnica de sua construção, porque não conhecem psicopatologia ou a semiótica psiquiátrica. Ademais, existem importantes razões culturais e psicológicas para as pessoas resistirem à existência das enfermidades psiquiátricas e, por isso, ao seu diagnóstico. Entre esses motivos destaca-se o medo da perda da razão, o medo de perder

O autocontrole, o medo de enlouquecer, que, junto com o medo da morte, constituem marcas essenciais da nossa cultura ocidental e judaico-cristã. Esses medos são ampliados no caso de pessoas que temam, com ou sem justificativa, que possam estar entre esses doentes. Além dessas razões subjetivas que fundamentam algumas objeções ao procedimento diagnosticador em psiquiatria, existem, também, alguns motivos sociohistóricos que ajudam a explicar a origem de algumas outras objeções possíveis ao diagnóstico psiquiátrico.

Os interesses profissionais dos médicos, os interesses profissionais de agentes de profissões limítrofes que ambicionam alargar seu campo de trabalho e os interesses da indústria de medicamentos e outros insumos para a assistência médica devem ser considerados. A crença falsa que basta diagnosticar os sintomas em um quadro clínico para fazer um diagnóstico psiquiátrico, tem induzido muitos profissionais que atuam ao lado da medicina a diagnosticarem empsiquiatria. A falsidade desta crença decorre do fato de que tais catálogos são hierarquizados. Para reconhecer qualquer enridade clínica acima de F1, é necessário ter ultrapassado Repita-se que a categoria F0, que exige exames que só podem ser realizados por médicos. Não obstante, este pseudo facilitário não é mencionado expressamente em qualquer documento da CID ou dos DSMs.

A substituição dos conceitos de enfermidade ou doença pelo de transtorno possibilitou que a indústria farmacêutica, em vez de descobrir remédios para as doenças, passasse e inventar transtornos para seus remédios. E a estimular o emprego de transtorno comosinônimo de doença, como se pode ler nos trabalhos sobre remédios.

Por muito tempo, acreditou-se que as enfermidades mentais tivessem origem sobrenatural ou seriam a vontade (benévola ou malévola) de divindades, possessão espiritual, roubo da alma, feitiços, transgressão de um tabu, castigo ou afastamento de divindades, purgação de pecados. Explicações mágicas muito arraigadas na consciência social que produzem condutas insensatas. Sem esquecer as pessoas que obtém alguma vantagem material, psicológica ou social usando tais superstições. Muitas pessoas se sentem ameaçadas pelo prestígio das ciências e as vantagens que o progresso científico induz nas coletividades, o que acontece principalmente naqueles que vivem da superstição. A identificação do sofrimento psíquico e da perda da razão com a sobrenaturalidade assinala toda cultura primitiva. Para o supersticioso é fácil crer que a enfermidade seja

provação divina, castigo do pecado, feitiço ou outra explicação congênere. Sobretudo quando os elementos cognitivos desta explicação estão fora de seu alcance. Uma pessoa inculta não diferencia uma crença mágica da confiança na ciência e na técnica.

A necessidade tem cara de herege (dizia minha avó). Quanto mais difícil o acesso aos serviços de saúde, tanto mais estas crenças prosperarão e se aprofundarão na consciência social. Como frutos das necessidades dos doentes.

As superstições são fruto da ignorância e da insegurança (patológicas ou não). Além dessas, existem outras objeções um tanto ideologizadas ao diagnóstico psiquiátrico, ou desejo de sua negação.

Seguem-se as objeções e restrições mais difundidas:

Primeira. Objeção ao diagnóstico como fator de estigma. A supervalorização das palavras ante os fatos permite a crença de que é o diagnóstico de um enfermo e não sua enfermidade que o estigmatiza. Não é o diagnóstico que provoca a estigmatização, mas a conduta social ante o comportamento patológico. A discriminação e estigmatização de doentes também dependem do conhecimento e da imagem que se tenha sobre aquela doença, da situação social do enfermo e parece muito relacionada à explicação sobrenatural supersticiosa da doença, além dos muitos outros fatores a serem considerados. Manifestação comum do pensamento mágico é confundir o nome do objeto com aquilo que ele nomeia.

Nesse terreno, deve-se levar em conta que os primeiros diagnósticos psiquiátricos se originaram historicamente de expressões populares com as quais se nominavam aqueles doentes, designações que assumiram conotação estigmatizadora principalmente por sua incurabilidade.

Tal como também sucedeu com cancerosos, tuberculosos e hansenianos. No entanto, deu-se significativa evolução cultural nos últimos anos. A descoberta de tratamentos efetivos para essas enfermidades provocou essa revolução cultural. Isto também se dá na psiquiatria com a substituição progressiva da palavra loucura por doença mental.

Segunda. Objeção ao diagnóstico como ato de rotular. Maneira depreciativa de quem não sabe o que diz fazer referência ao procedimento de nominar, de atribuir designação sintética a alguém ou a alguma coisa. Procedimento essencial a qualquer conhecimento. Como o diagnóstico não é um procedimento de nomação mas de denominação não pode ser rotulador. Incorre nessa objeção, quem acredita que empregar o diagnóstico criaria a doença ou provocaria a reação social a ela. Quem objeta assim presume que todos os comportamentos seriam normais e que, quando se diagnostica (ou rotula) um deles, então sim a enfermidade estaria criada, pois não existiria antes ou sem que isto acontecesse.

Tal objeção originou-se da prática pouco humana e nada científica de reduzir o doente à sua doença, que foi muito criticada na medicina mecanicista do passado e que, desgraçadamente, subsiste até hoje. Essa objeção deve ser agravada pela tecnização da "formação" médica, na qual os valores pragmáticos superam os princípios humanistas. Mas também se origina de uma perspectiva cética ou agnóstica (no sentido filosófico destes termos) do conhecimento científico.

As palavras usadas como nomes das pessoas e coisas são recursos simbólicos convencionados para designá-las. Não as substituem, nem se referem às propriedades delas. O que não sucede a algumas alcunhas. Mesmo quando o ente individual seja designado pelo nome de uma classe que integre, é impossível que uma denominação geral alcance todos os atributos que individualizam cada objeto denominado por ela. Pois a designação genérica refere-se, no máximo a uma ou algumas das características mais essenciais e mais gerais do objeto nominado.

Dar nome a pessoa ou coisa (nominar) é ato gnosiológico diferente de designar ou chamar alguém ou alguma coisa pelo seu nome (nomear). Atribuir nome a algum objeto não é o mesmo que designá-lo pelo seu nome. O nome de alguém quase nunca tem pretensões explicativas como os de todas as coisas. Principalmente quando, liberto do senso comum, adquire pretensões científicas. Nem por isto, pode-se deixar de usar essas (e outras) palavras ou de reconhecer sua importância como instrumento linguístico, de conhecimento ou de motivação para atividade. Exatamente o mesmo acontece com emprego do nome das pessoas.

A discussão sobre a existência ou inexistência de doenças é fantástica porque existem doenças e existem doenças.

A doença é uma abstração criada para designar o estado do doente, que existe como uma propriedade ou um estado do organismo, um estado patológico. A doença é uma abstração como honra, honestidade, vergonha, inteligência, que são propriedades de uma pessoa doente, como sua cor, sua altura ou seu peso.

Terceira. Objeção causada pela crença em que todos seriam doentes da mesma doença (isto é, que seriam inexplicáveis ou resultariam de uma mesma explicação ou etiopatogenia). Dizer que alguém é ou está enfermo presume que outros não o sejam ou não estejam. A adesão a uma doutrina que pressuponha um modelo ideal de desempenho pessoal como critério de normalidade

psíquica
pode induzir ao convencimento de que uma ocorrência particular (como um sintoma), desde que diferente do modelo idealizado, possa indicar a presença de uma enfermidade ou, até, seja a própria enfermidade. Caso alguém acredite que exista unicamente uma enfermidade e todos seriam enfermos dela, para que lhe serviria o diagnóstico? Para os seguidores dessa crença, o diagnóstico psiquiátrico seria desnecessário, pois a enfermidade única ou única qualidade de enfermidade está diagnosticada a priori. Se todas as pessoas fossem doentes, doentes da mesma doença, o diagnóstico estaria feito, necessitando apenas sua personalização para adaptar as providências padronizadas àquela personalidade.

Os diagnósticos nosológicos apontam para uma singularidade importante, para aquilo que causa a enfermidade e para os mecanismos geradores dos sintomas e dos danos ao organismo, isto é, para sua explicação.

O diagnóstico psiquiátrico faz-se desnecessário quando se atribui diversas explicações etiopatogênicas às enfermidades o que é uma ocorrência.

Quarta. Objeção decorrente da crença em que não existiriam doenças ou doentes mentais. Como por exemplo acreditar que só existiriam doenças do corpo, como os dualistas que separam o corpo da mente e não entendem a mente como função do corpo. Ou para quem não crê nas doenças mentais como acontecimentos reais, é natural que o diagnóstico psiquiátrico pareça supérfluo, desperdício e instrumento de opressão, mito, credence, como Saci Pererê, Papai- Noel; feitiço ou lenda. O diagnóstico psiquiátrico só faz sentido por causa da necessidade de conhecer as afecções mórbidas no organismo, os estados danosos da consciência ou da conduta. As perturbações que tais pessoas apresentassem podem ser cuidadas por qualquer agente interessado e aceito socialmente.

Quinta. Objeção decorrente da crença no caráter sobrenatural das enfermidades. Essa talvez seja a razão mais difundida para objetar o diagnóstico psiquiátrico. É natural que o diagnóstico pareça uma inutilidade para quem crê que as manifestações psicopatológicas sejam mera exteriorização de castigo imposto por uma divindade, possessões espirituais, encostos, resultados de feitiços, influências espirituais negativas, maus-olhados, endividamento cármico e outras credences mais ou menos difundidas.

Sexta. Objeção decorrente da crença na irrealidade dos fenômenos psíquicos e psicopatológicos. É a confusão que alguns fazem entre abstração e irrealidade (ou imaterialidade). Os fenômenos psíquicos e psicopatológicos, apesar de abstratos, são tão reais quanto qualquer outro fenômeno da natureza. O fato de que os fenômenos e processos patológicos são definidos a partir de um

juízo de
valor, o dano, não faz com que possam ser reduzidos a isto.

Sétima. Objeção decorrente da negação do "modelo médico" de intervenção para ajudar aos pacientes psiquiátricos. O reconhecimento da condição patológica pela observação sistemática é dado importante do modelo médico.

Também o compõem a necessidade e a possibilidade de se concluir a partir do estudo de casos únicos e o emprego de casos típicos como modelos de reconhecimento (muitas vezes mais importantes que os estatísticos).

As objeções ao modelo médico de diagnosticar e tratar e à noção médica de enfermidade já foram mencionadas. Mas é curioso afirmar que, muitos dos que criticam inclementemente o modelo médico, aplicam-no em sua atividade.

Algumas destas objeções ao diagnóstico psiquiátrico, sobretudo as que se desenvolvem entre cientistas sociais, podem ser entendidas como reação ao mecanicismo positivista que impregnou a medicina do século XIX e exerce muita influência no presente.

4. O Diagnóstico Genérico em Psiquiatria

No organismo humano tudo é solidário,
tudo ocorre, tudo conspira, tudo consente.
Ulisses Pernambucano

O diagnóstico médico genérico em consiste em verificar, de modo amplo e geral, se o ente biológico examinado apresenta alguma condição patológica. Pois

a vulnerabilidade à enfermidade é propriedade das estruturas biológicas. O diagnóstico psiquiátrico genérico significa se foi identificada em uma pessoa alguma alteração patológica da consciência e ou da conduta. A distinção do diagnóstico corporal do psiquiátrico é recurso didático porque a unidade das estruturas vivas e suas funções está está reconhecida pela ciência desde que foi

superado dualismo cartesiano típico do Iluminismo. A consciência de que a atividade psíquica é função do corpo humano seguiu o mesmo caminho.

Considerando a unidade dos recursos somáticos e psíquicos na vida pessoal, é possível formular três opiniões sobre o alcance da enfermidade psiquiátrica.

Primeira, ambas as dimensões podem estar sujeitas a enfermar mais ou menos independentemente uma da outra; cada uma destas formas de enfermidade apresentando suas características. Neste caso, haveria enfermidades somáticas e enfermidades mentais; cada uma delas com etiologia e patogenia distintas e mais ou menos incomunicáveis (hipótese dualista).

Segunda, a enfermidade de uma destas instâncias pode manifestar sintomas da outra (hipótese do paralelismo).

Terceira, a enfermidade do ser vivo é sempre uma condição patológica da integridade total do corpo, soma e cérebro, ainda que sua etiologia, sua patogenia e seus sintomas possam ser somáticos ou psíquicos (hipótese monista). Assumir o ponto de vista monista, significa que a enfermidade damente é sempre a manifestação mental de uma doença corporal, ainda que sua etiopatogenia tenha origem psicossocial.

Não esquecer que o cérebro é parte do corpo e a mente é função do cérebro.

Da mesma forma que acontece com os métodos e procedimentos diagnósticos em gastroenterologia e cardiologia, ambas áreas somáticas de estudo. Portanto,

o estudo das expressões psíquicas que assumem a enfermidade humana pressupõe a identificação conceitual do estado patológico do psiquismo (o que presume a identificação do psiquismo e do estado patológico, tanto da patologia como categoria patológica genérica, quanto da enfermidade específica). Os monistas sustentam que tudo o que existe no universo tem uma mesma substância. No monismo materialista, a matéria-energia. No monismo idealista, espíritos, ideias ou palavras.

Redução e Reduccionismo em Psicopatologia

O procedimento lógico de reduzir o todo a algum componente mais simples é muito empregado em matemática, estatística e outras atividades científicas para facilitar o conhecimento denomina-se redução.

A redução é um recurso do pensamento lógico que consiste em dar a alguns dados ou elementos uma forma cômoda para facilitar a solução do problema. O desvio-padrão da média é uma forma de redução que tem bastante importância no estudo científico da conduta. Sempre que se subdivide um todo complexo em suas expressões mais simples, está se praticando uma redução. Quanto mais complexo o objeto ou acontecimento a ser estudado, tanto mais é necessário subdividi-lo em elementos mais simples. A redução, como procedimento de simplificação do todo complexo, é um instrumento importante da ciência.

O reduccionismo é a absolutização ou o abuso da redução; finda na redução completa do todo, complexo e superiormente organizado, a alguns de seus componentes ou fenômenos elementares que é empregado para substituir a totalidade. De certa maneira, o reduccionismo é uma perversão da redução, enquanto instrumento de conhecer. O exercício da redução foi um instrumento lógico que permitiu avanços consideráveis no campo da física, química e da biologia, mas os reduccionismos talvez sejam os instrumentos ideológicos mais significativos dentre os que dificultam o desenvolvimento teórico da psicopatologia, da psicologia e da psiquiatria, além das ciências humanas e

sociaisna medida em que, ali, são enfoque deformadores do estudo científico.

Alguns dos reducionismos mais importantes na psicologia, que ignoram a grande complexidade do psiquismo e buscam reduzi-lo a apenas algumas de suas características são:

Voluntarismo – superestimação ou absolutização da atividade voluntária;

Subjetivismo – reducionismo metodológico que minimiza ou nega influência aos fatores objetivos no psiquismo, bastando-se da produção subjetiva;

Sociologicismo – pretensão de entender o psiquismo só ou preponderantemente a partir da experiência social de seu agente, fazendo caso omissa da fisiologia e da originalidade da dinâmica psíquica de cada pessoa ou subestimando-as; o reducionismo culturalista ou o economicista são ainda mais restritos;

Psicologicismo – reducionismo resultante da tentativa de absolutizar a vertente psicológica da existência humana, pretendendo que a atividade psíquica seja desvinculada do restante do organismo ou da experiência social;

Organicismo – (também chamado biologicismo ou fisiologicismo) – que explica a atividade psíquica unicamente como resultante do funcionamento orgânico;

Objetivismo – reducionismo metodológico que exclui, a priori, o estudo da atividade subjetiva;

Involuntarismo – reducionismo que minimiza ou subestima os comportamentos voluntários da atividade humana, considerando o homem como objeto passivo, mais ou menos determinado exclusivamente por estímulos internos ou inconscientes;

Conscientismo – negação ou minimização do significado dos processos e motivações inconscientes;

Inconscientismo – superestimação da inconsciência e subestimação da consciência;

Operacionalismo – exagero ou abuso das definições operacionais para forçar uma conclusão desejada.

A redução é um procedimento científico comum. O reducionismo é um erro metodológico. É possível que alguém empregue diversos reducionismos em uma mesma cadeia de raciocínios, em um só sistema de argumentos em uma ou

mais
discussões que entretenha.

Características do Psicopatológico

Os critérios para a diferenciação clínica entre o patológico e o não-patológico em psicopatologia se originaram da necessidade concreta de enfrentar a dor, o sofrimento, as doenças, outros impedimentos e evitar a morte. O que tem sido influenciado pela evolução do conhecimento sobre a natureza, os seres humanos e suas enfermidades. Cada critério referido a seguir representou, a seu tempo, o conhecimento naquele momento histórico e as circunstâncias político-sociais e culturais nas quais foi elaborado.

É comum que se empregue o termo normal, como oposto ao patológico. Contudo, não se deve utilizar o termo anormal com o significado de patológico, ao menos na linguagem científica, pela multiplicidade de seus significados e a ambiguidade e imprecisão que resultam de seu emprego. Noutra enfoque, a expressão anormal deve ser evitada para qualificar seres humanos, pelo que pode representar como instrumento de desqualificação e estigmatização.

Distinguir o fenômeno psicopatológico é mais complicado que na patologia geral.

De início, convém que se afirme o seu caráter provisório. A cada etapa da evolução dos conhecimentos e da cultura, eles são aperfeiçoados, reelaborados, complementados ou substituídos. Tal dificuldade se revela muito maior na psiquiatria, por conta das influências sociais, tanto socioeconômicas como socioculturais. Não se conhece um único critério geral operacionalizado para distinguir, na teoria e na prática, todos os casos de psicopatologia, até porque, com o tempo, os fenômenos psicopatológicos têm naturezas muito diferentes. Daí por que, deva-se eleger o critério ou os critérios mais adequados para cada tipo de afecção patológica, a serem empregados em cada caso concreto e em cada situação, buscando-se o máximo de convergência dos resultados na tarefa de diferenciar o psicopatológico do não patológico.

Tem-se por óbvio que o paradigma explicativo mais remoto para elucidar a enfermidade (e, como de resto, explicar tudo) foi no início mágico-

sobrenatural

e só com os hipocráticos passou a ser tido como natural. Naquela época, supunham que devesse ser explicável pela razão, ainda que iniciassem a explicação e a experimentação.

Não foi por outra razão que os primeiros médicos foram xamãs, feiticeiros e, depois, sacerdotes. Os primeiros critérios naturais para explicar a doença possivelmente serão muito antigos, remontando à Antiguidade Pré-Histórica.

Na Antiguidade Clássica, com o surgimento dos conceitos de physis (natural ou da natureza) e racional, devidos aos médicos leigos da Hélade, representados por Hipócrates de Cós e, antes dele, Alcmeon de Crotona o que aconteceu entre os séculos V e IV antes da nossa era; tanto quanto se pode saber dos registros documentais que sobreviveram à intolerância religiosa da Idade Média tanto no mundo cristão como no Islã, onde a Psicologia e Medicina eram mais evoluídas.

Para Alonso-Fernandez, quaisquer que forem suas formas de exteriorização os fenômenos psicopatológicos, quaisquer que forem os critérios empregados para identificá-los, apresentam as seguintes características gerais:

- 1) sua silhueta é uma realidade vigente na clínica humana, e totalmente alheia aos mitos e às lendas;
 - 2) a noção mórbida destes transtornos se deve ao fato de que se pode identificar neles, pelo menos, um dos três dados definidores do psicopatológico:
 - a) redução ou perda da liberdade do sujeito, como ensinou Henri Ey; b) o aparecimento de estruturas psíquicas novas, qualitativamente distintas daquelas que se desenvolvem em pessoas sadias, como, por exemplo, as vivências impostas dos esquizofrênicos;
 - 3) a ruptura parcial ou completa da continuidade do sentido biográfico, com o consequente aparecimento de traços sem sentido, psicologicamente incompreensíveis à luz da própria biografia.
 - 4) trata-se de um gênero patológico consubstancial com a natureza humana em si, não, como hoje os autores construcionistas pretendem, um artefato cultural produzido pela manipulação social ou o interesse de pessoas.
- Critérios para Identificar o Psicopatológico

Critério Subjetivo

A consciência de mal-estar, sofrimento; preocupação aflita acerca de si mesmo,

o saber-se impedido de comportamentos até então possíveis, o sentir-se

enfermo, a sensação de perturbação do desempenho silencioso do organismo sadio, foi sempre o dado diferencial imediato mais comum para distinguir entre o patológico e o não-patológico.

Critério de Dano ao Biosistema

Desde Letamendi, sabe-se que o critério mais comum a tudo que é patológico é

o dano (físico, químico, biológico ou psicossocial) causado a uma estrutura biológica (um biosistema), ainda que este dano estrutural possa ser imperceptível e se manifeste unicamente pela perturbação funcional.

Critério da Adequação do Comportamento

A normalidade funcional ou a proporcionalidade, adequação e compatibilidade de um comportamento aos comportamentos anteriores, às circunstâncias e aos objetivos, é avaliada, a cada momento, pelo senso-comum. A adequação, entendida tanto na dependência de fatores naturais, quanto culturais por Sonnenreich e Bassit, para quem a adequação, como critério de saúde mental, deve se referir ao comportamento do examinado: seus propósitos, interesses e valores. O processo de avaliar o grau de adequação de um comportamento deve ser presidido pela explicabilidade, como processo cognitivo, e pela compreensão, como instrumento afetivo. O critério de adequação se confunde com os de incompetência social (no sentido de realizar ou continuar realizando com eficiência e eficácia suas tarefas), capacidade laboral e eficiência no desempenho familiar e social. O emprego deste critério obriga, também, a valorar a harmonia de um comportamento isolado frente aos demais; e o comportamento de um instante, ou momento mais ou menos prolongado, com o restante da trajetória pessoal. O critério da adequação permite, por exemplo, distinguir a tristeza, fenômeno não-patológico, da depressão (um estado patológico); a alegria (fenômeno saudável), da euforia patológica; a ansiedade não patológica, da ansiedade patológica.

Critério Estatístico

Certos comportamentos são considerados patológicos porque discrepam dos padrões estabelecidos estatisticamente. Este critério é universalmente utilizado

para fundamentar o diagnóstico de deficiência mental, dos déficits específicos

da aprendizagem, das deficiências psicossensoriais e de certas anomalias psicomotoras; enfim, funções que podem ser mensuradas e cuja performance pode ser quantificada. Este critério não deve ser indevidamente estendido, quanto mais absolutizado; pois, como ensina Freitas Jr., erigiria a mediocridade como padrão de saúde mental.

Critério Normativo

O critério da normalidade ideal pressupõe a existência de uma norma ideal de forma ou funcionamento. Quando se trata de uma situação na qual prepondere

o aspecto biológico-individual, critério de ideal é muito valioso; como exemplos:

no diagnóstico de variações morfológicas ou funcionais, em relação ao modelo

humano; nos transtornos resultantes de alterações metabólicas ou infecciosas

(quando os indicadores laboratoriais que são normas fisiológicas selam o diagnóstico); nas enfermidades orgânico-cerebrais, se os sinais e sintomas neurológicos as indicam; sua caracterização se evidencia nas variações do estado de consciência.

É possível utilizar os conceitos de disfunção, mutilação ou deformidade, por exemplo, sem empregar o critério normativo em relação à integridade da estrutura afetada. No entanto, quando a avaliação está dirigida para fatores sócio-pessoais, como nas condutas antissociais, nos transtornos da conduta ou

nas perturbações da personalidade, em geral, deve-se cuidar para não utilizar

uma norma culturalmente estabelecida como padrão absoluto de sanidade ou de enfermidade. Por vezes, o padrão de comparação é o comportamento anterior

do próprio paciente examinado. Diagnósticos precoces de mania, de depressão,

síndromes do lobo frontal e processos demenciais costumam ser realizados a partir da comparação do comportamento atual do enfermo com seu comportamento anterior, usado como norma e referência. Noutras ocasiões, emprega-se como norma, não o comportamento considerado sadio, mas como o

modelo da enfermidade, como acontece quando são empregados listas de critérios de diagnóstico que são usados como normas de patologia.

O emprego do critério normativo obriga a considerar o caráter relativo da ocorrência psicopatológica, tanto ao nível individual, quanto social. Quando se

analisa aspectos superiores do comportamento, nota-se que é muito difícil, se

não impossível, estabelecer modelos ideais que sirvam de padrão para comparar.

Por outro lado, interesses sociais os mais diversos, como os religiosos e político-ideológicos, da classe social e muitos outros, influem no estabelecimento de tais padrões e podem conduzir a sérias distorções. Por exemplo, a filantropia e o altruísmo, inegáveis indicadores de sanidade, também podem ser patológicos. O mesmo acontece com o desempenho erótico-sexual, com a laboriosidade e outras condutas humanas.

Qualidade do Contato com a Realidade

A forma global de entender a realidade e de reagir aos estímulos do cotidiano se reflete, simultaneamente, na percepção da realidade e na conduta global. O contato pobre com a realidade ou sua perda seria um indício considerável de psicopatologia.

Critério do Sofrimento

Sofrer ou fazer sofrer a outrem como critério caracterizador das experiências patológicas. Este critério foi proposto por Kurt Schneider visando à conceituação das personalidades psicopáticas, só podendo ser utilizado para além deste limite, com muita cautela. Segundo Schneider, anormal seria aquele que, em função de seu estado anômalo, sofresse ou fizesse sofrer a sociedade.

Também este critério não pode ser absolutizado, sequer para o diagnóstico dos transtornos da personalidade, quanto mais para toda condição patológica, pois conduziria à conclusão, evidentemente inaceitável, de que todo sofrimento seria patológico, o que faria de todos os mártires religiosos ou políticos, de todos os líderes militares, de todos os heróis de todos os tempos, casos clínicos.

O critério do sofrimento apresenta uma desvantagem adicional, a de não ser uma categoria explicativa ou definidora por si mesma. No dizer de Schneider (referindo-se especificamente às personalidades psicopáticas): anormais "seriam

aquelas personalidades que sofrem por sua anormalidade ou devido a elas, fazem sofrer a sociedade".¹⁶ Acontece que é arbitrária, pois conceitua anormalidade, exigindo a preexistência do reconhecimento da condição anormal.

Se o próprio autor reconhece neste critério um caráter arbitrário e afirma que o

mesmo deve substituir apenas por razões práticas, é claro que ele não pode servir – por si só – para circunscrever o conceito de patológico, sequer se prestando isoladamente para delimitar o conceito de psicopatia, por se constituir em uma ideia circular pressupondo a identificação prévia da anormalidade que pretende definir. Não obstante, é um critério prático que poder ser usado, sempre em consonância com os demais e sob o império do

sensocomum, sabendo-se que nem todos os casos de enfermidade psiquiátrica sofrem ou fazem sofrer a outrem e que a grande maioria do sofrimento não é produzida pela doença mental.

16

Schneider, K., Patopsicologia Clínica, Ed. Paz Montalvo: Madrid, 1951, p. 32

Critério da Adaptabilidade Dinâmica

O critério do grau de adaptabilidade, quando empregado como definidor de estado patológico deve ser entendido em duas instâncias diferentes: a adaptabilidade organísmica, propriedade da matéria viva, de que fala Cannon e Selye, e a adaptabilidade social, de que fala Menninger, traduzem a maior ou menor eficiência da capacidade de adaptação que o organismo possui para funcionar de forma eficiente e eficaz em condições diversas daquelas às quais está adaptado.

O fracasso no ajustamento pessoal em condições em que os demais são bem sucedidos, deve ser considerado mais como um indício do que como elemento definidor de condição patológica.

No plano físico a adaptabilidade, entendida como aptidão ou capacidade de promover o autoajustamento funcional a novas condições de existência, sem perda ou prejuízo significativo da funcionalidade, pode ser valioso instrumento para auxiliar a identificar a sanidade e distingui-la da enfermidade.

A adaptabilidade, entendida simplesmente como propensão para o "ajustamento social", no sentido de obediência mais ou menos automáticas às regras, é um conceito pobre, fortemente ideologizado e sujeito a erro significativo. Por isso é mais prudente que não seja usado para além da vertente fisiológica e, às vezes, da psicológica.

O critério da adaptabilidade, para identificar condição patológica psíquica, inclui fatores práticos de erro que devem ser avaliados e ponderados: a) a aptidão para aprender; aptidão para uma conduta empreendedora; capacidade de criar, construir; b) a possibilidade de autorrealização não impedida ou limitada objetiva ou subjetivamente; c) a capacidade de autoconhecimento, no sentido de ser capaz de se dar conta de seus motivos, finalidades, possibilidades e limitações;

razoável grau de aptidão para resistir às tensões e frustrações; d) a capacidade de adiar satisfações; e) a autonomia pessoal e social, bom nível de socialização e autoapreciação; f) a integridade da capacidade de perceber a realidade; possibilidade de modular e dirigir a conduta global, através do controle dos impulsos automáticos.

Quando se considera a adaptabilidade como fator definidor entre a normalidade e a enfermidade, não se pode esquecer seu aspecto mesológico-cibernético. O

psiquismo não pode ser entendido dissociado do organismo todo, nem este desintegrado do meio físico e social que o circunda. Nunca é demais insistir que

o ambiente com o qual o organismo se encontra em interação inclui, necessariamente, a dimensão histórico-social.

As enfermidades, quaisquer que sejam, seriam determinadas por:

v

insuficiente entrada de matéria-energia (destruição, má nutrição, defeitos na absorção dos alimentos, hipóxia, insatisfação das necessidades naturais ou psicológicas, frustração existencial);

v

excesso de entrada de matéria-energia (alimentos, água, oxigênio, radiações, etc. como determinantes da doença);

v

entrada de formas inapropriadas de matéria-energia (substâncias tóxicas ou alergênicas, agentes infecciosos);

v

insuficiente entrada de informações (privação sensorial, afetiva ou social, estimulação cognitiva, afetiva ou socialização insuficiente);

v

excesso de entrada de informação (informações em quantidade superior àquela que o organismo é capaz de assimilar em uma dada unidade de tempo);

v

entrada de informações inadequadas (não apenas inadequação das informações genéticas contidas no DNA, mas informações inadequadas no sentido psicosocial, como preconceitos, temores incutidos, interpretação errônea da realidade e um sem-número de outros artefatos psicológico-ideológicos);

v

anormalidades no processamento interno da matéria-energia (alterações

metabólicas, erros de interação receptor/neurotransmissor, excreção deficiente e outras condições capazes de perturbar a atividade de matéria-energia no interior do organismo);

v
anormalidades internas no processamento de informações (processamento inadequado das informações que se pode dar, tanto ao nível genético e fisiológico, quanto psicológico).

Critério do Exercício da Liberdade

A doença mental também pode (e deve) ser encarada como expressão e condição da perda da liberdade imposta pela doença. O ensinamento de Henri Ey, baseado em uma longa linhagem de médicos ilustres, desde Jackson, quando afirma que o patológico, no campo psíquico, consiste na perda da liberdade, é o critério mais amplo e profundo para distinguir o normal do patológico.

A este respeito, José Otávio de Freitas Jr. (no Manual de Semiologia, de Arnaldo Marques) escreve: "Precisamente o típico comportamento intencional, característico do homem, a utilização plena de seus atributos psicológicos de indivíduo, afirmado numa pessoa, pelo desenvolvimento conseqüente de um projeto em torno de valores diretivos axiais, é o que resulta anulado pela confluência do amplo complexo de causas e interações que pertencem à categoria do psicopatológico. Considerando-se assim, será possível então compreender que tanto a revolta como a submissão, o prazer e o martírio, a alegria ou a tristeza, possam expressar, tanto o patológico como a normalidade, a doença como a saúde.

Há uma realidade humana mediata a cada condição, considerada isoladamente e, dentro do poder perceptivo (em seu mais amplo sentido) de cada indivíduo, resultará na pessoa, um grau diverso de reflexão dessa realidade, que lhe estruturará o seu próprio mundo de valores.

O desajustamento do mundo imediato, circundante, muitas vezes resultará de um plano mais amplo de adaptação, e o sofrimento que daí venha a derivar, somente como tal poderá ser considerado, dentro de uma escala de valores contingente àquele próprio mundo que condena, seja realmente defesa contra um sofrimento maior, representado pela contradição às suas estruturas valorativas.

Diverso, porém, é o sofrimento de quem, pela formação de seu projeto, diretivo intencional, se identifica à realidade circundante, e apesar disto, com ela se coloca em antagonismo, levado por motivos que não pode apreender, como que vítima de um destino conduzido ao sofrimento, à condenação. Aí, o

sofrimento

representará a realidade última e única de seu poder perceptivo, nada além desse elemento imediato que permitirá superar a contingência daquele fato, e

sua fuga ou seu martírio resultarão de uma falta de liberdade, duma sujeição

cega, imponente ante o desconhecido. Esta sujeição conceitua o patológico, a

perda do sentido diretivo intencional (insensatez).”

O critério da liberdade e sua perda, de aplicação difícil, é o mais fácil de ser generalizado para conceituar o patológico; tanto deficiência ou outro impedimento, quanto sofrimento inadequado ou doença mental franca. O que todas estas condições patológicas têm em comum, é que seu objeto está privado de liberdade ou com dificuldade de exercê-la.

Em Conclusão

Existe descontinuidade fundamental entre os conceitos de enfermidade e de higidez e esta descontinuidade categorial reflete uma diferença essencial e qualitativa entre os dois fenômenos que se apresentam com características diversas no plano natural e no plano social. Entretanto, essa diferença essencial pode não ser verificada quando se compara um ser humano sadio com outro, afetado por uma afecção patológica; a existência ou não de uma condição patológica não é uma qualidade essencial do conceito de ser humano e nem assinala uma característica essencial da condição humana. Ainda que se saiba desde há muito, que a enfermabilidade é uma propriedade da condição humana e que a patologia se concretiza no organismo enfermo e que este não seria ou estaria enfermo caso não tivesse sido afetado pela noxa ou influência patogênica que afetasse seu corpo. Ainda que seja impraticável supor o corpo sem cérebro ou o cérebro sem mente.

Doença (ente abstrato) e doente (ente concreto) são conceitos absolutamente intercomplementares e constituem uma unidade lógica em sua aparente diversidade. A noção de enfermidade, essencial para a medicina, se refere e se complementa no conceito de organismo enfermo. Tal descontinuidade entre a enfermidade e a saúde tem um sentido essencialmente, se não exclusivamente, médico e pode apresentar características quantitativas ou qualitativas. O diagnóstico psiquiátrico é a identificação dessa descontinuidade no plano do comportamento. Por isso, provoca muita resistência por conta de objeções ideológicas devidas a interesses, inclusive mercantis, econômicos e políticos.

No entanto, nem toda dificuldade de delimitação entre os diversos tipos de estado patológico e entre o patológico e o não-patológico tem origem

biológica,
psicológica, mercadológica ou ideológica. Muitas destas dificuldades provêm
de
três fatores:

a) a natureza simultaneamente biológica, psicológica e social dos
comportamentos humanos (o que lhes proporciona grande complexidade);

b) a natureza estrutural essencialmente diversa dos vários tipos de condições patológicas (deficiências, desenvolvimentos, reações imediatas, doenças, perturbações da adaptação); e

c) a indefinição entre as alterações quantitativas e as perturbações qualitativas do comportamento.

Como o fenômeno psicopatológico não é unitário e abrange fenômenos essencialmente diversos e diversas classes de enfermidade, o diagnóstico psiquiátrico deve expressar essas diferenças. Deve-se notar que os eixos, como os da DSM-III, oferecem uma solução incompleta para o segundo problema, ainda

que torne mais confuso o emprego do conceito transtorno. Os fenômenos psiquiátricos, como qualquer forma da existência humana, estão determinados,

dirigidos e modulados por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Sendo preciso considerar que: mesmo as enfermidades de etiologia mais predominantemente biológica, das que afetam animais e homens, como as infecções ou as infestações, assumem no ser humano características essencialmente diversas daquelas que apresentam quando acometem a alimária;

por isso, não teria sentido a presunção da existência de uma psiquiatria biológica, a não ser no caso de uma psiquiatria veterinária.

No diagnóstico e tratamento das enfermidades humanas, claramente condicionadas por etiologia psicossocial, quer se manifestem por alterações psicológicas, somáticas ou da conduta, estas alterações são sempre representadas ou mediadas por transtornos funcionais ou estruturais biológicos,

por isso, também não tem sentido falar na existência de uma psiquiatria psicológica ou de uma psiquiatria social que representassem a exclusão dos aspectos físicos; porque o biológico, como o social e o psicológico são vertentes

intercomplementares de uma psiquiatria inteira e biopsicossocial, porque humana. A psiquiatria não tem uma estrutura teórica indivisível. Embora seus

pontos de vista doutrinários sejam vários, sua prática não comporta adjetivação

ou subdivisões compartimentalizadoras, senão como metáforas ou manobras mercadológicas. As expressões psiquiatria biológica, psiquiatria social e psiquiatria psicológica (que se confunde com psicoterapia e medicina "psicossomática") têm sentido apenas para expressar vertentes inseparáveis de

uma única totalidade sistêmicas ou recursos didáticos artificiais para facilitar o aprendizado; assim como a altura, a largura e a profundidade são diâmetros particulares e dimensões específicas, mas que permanecem inseparavelmente interligados na existência de qualquer corpo sólido.

Há muito, Romildo Bueno e este autor defendem a criação de um departamento de

psiquiatria psiquiátrica sem qualquer sucesso,.

Do ponto de vista da psiquiatria, o biológico, o psicológico e o social não podem ser considerados como capítulos ou frações mais ou menos independentes entre si ou a da psiquiatria geral, mas vertentes suas que só têm sentido quando entendidas como integradas na totalidade. A divisão da psiquiatria em super ou sub especialidades é recurso didático ou exigência do mercado de trabalho e não uma categorização científica.

A concepção de "medicina psicossomática", antes restritas às enfermidades físicas de etiologia psicológica (hoje chamadas psicofisiológicas), se ampliou para alcançar todas as influências recíprocas entre as dimensões psicossociais ou psicológicas (a mente) e corporais (o soma) que se sintetizam no organismo como fenômenos patológicos ou suas consequências. Neste sentido, todas as doenças são psicossomáticas e sociais. Por isso, tem mais sentido mencionar psicopatologias ou doenças psiquiátricas que doenças mentais, incluindo as antes chamadas somatopsíquicas.

5. O Diagnóstico Específico em Psiquiatria

Além da longa duração da doença, o paciente tem igualmente, atrás de si, uma vida humana normal. ... Não convém considerá-lo apenas como perturbado, por mais anormal que se encontre.
Van den Berg

Após estabelecer o diagnóstico genérico, tendo-se constatado que a pessoa examinada apresenta alguma afecção psicopatológica, prosseguindo o procedimento diagnóstico, no estilo hipocrático, como é ensinado por Laín-Entralgo, já se viu antes, passa-se à avaliação do diagnóstico específico, correspondente à resposta à pergunta: qual é a enfermidade que aflige ou simplesmente afeta esta pessoa? O diagnóstico específico é o reconhecimento da enfermidade, da espécie patológica que afeta o enfermo. A rigor, o conceito de diagnóstico específico corresponde ao chamado diagnóstico médico ou diagnóstico nosológico, a identificação de uma espécie de enfermidade. O diagnóstico específico consiste na identificação e o reconhecimento da afecção psiquiátrica particular que acomete a pessoa examinada.

No diagnóstico das enfermidades somáticas e neurológicas, mais do que a falta de exames complementares, é possível estabelecer uma ligação entre a função prejudicada e a estrutura corporal responsável, o que não acontece nos diagnósticos psiquiátricos.

A elaboração do diagnóstico psiquiátrico pode se dar em diversos níveis de complexidade da manifestação clínica diagnosticada – o sintoma, a síndrome ou a enfermidade; sendo importante para a fidelidade do diagnóstico e, sobretudo, para seu potencial comunicativo, que uma destas três instâncias esteja claramente presente em seu enunciado. O diagnóstico específico deve também cumprir a tarefa comunicativa que se espera dele, o que se define em seu objetivo, como já se viu.

Nas condições do exercício da clínica, o diagnóstico específico deve fundamentar a terapêutica e permitir o prognóstico, além de permitir comunicação sobre a condição patológica que menciona. Deve-se

reafirmar que

o diagnóstico genérico e o diagnóstico específico não são fases mecânicas ou estanques de uma sequência qualquer de procedimentos, como uma receita de bolo, mas momentos lógicos do processo diagnosticador que se interpenetram e interinfluenciam.

Diagnóstico das Classes de Enfermidade

Segundo Letamendi, como já se viu, há três classes de condições patológicas que correspondem aos três modos básicos de enfermar:

- a) enfermidades por dano negativo -as deficiências, mutilações e deformidades (inclui todas as perturbações do desenvolvimento – congênitas e adquiridas, globais e localizadas ou específicas, qualquer que for sua qualidade, extensão ou intensidade;
- b) enfermidades por dano positivo -as doenças propriamente ditas (nas quais há um conflito dinâmico entre o agente etiopatogênico e as defesas do organismo);
- c) enfermidades por dano apenas sentido -o sofrimento patológico (ou enfermidade sociopsicogênica).

E a identificação da classe de estado patológico é um dos dados mais importantes do diagnóstico psiquiátrico e sua omissão ou diluição significa mais um defeito da CID-10 como instrumento nosológico e, portanto, heurístico em psiquiatria. Cada classe de afecção patológica contém suas espécies patológicas.

A FORMA DA ENFERMIDADE: (Sintoma, Síndrome, Curso e Intensidade)

Estes dados sobre a aparência da doença são o primeiro momento do conhecimento e da enfermidade, sendo, por isso o primeiro passo para a construção do diagnóstico.

A História da Doença Atual e o Exame Mental (avaliação do estado mental atual, dos anglo-americanos) são os elementos semiológicos que fornecem estes dados. As informações sobre a forma da enfermidade constituem o alicerce do procedimento diagnóstico que não existiria sem o conhecimento de sua forma.

Contudo, são insuficientes para possibilitá-lo. Diagnosticar uma enfermidade psiquiátrica exige muito mais, como se há de constatar ao longo deste trabalho.

Caso se empregue um catálogo de sintomas, síndromes e enfermidades para diagnosticar, como se faz hoje, por mais detalhadas que sejam as descrições empregadas nela, se sua confiabilidade e validade não estiverem bem

estabelecidas, o resultado tende ao insucesso.

No caso do diagnóstico psiquiátrico, a confiabilidade (ou fidedignidade) significa

que duas pessoas quando mencionem uma expressão diagnóstica constante do

sistema nosográfico de referência estarão se referido àquele diagnóstico, tal como foi convencionado.

O diagnóstico de um transtorno não é igual ou de uma doença ou enfermidade, é o diagnóstico do sintoma ou dos sintomas convencionados como conteúdo daquela expressão. E a validade diagnóstica significa que o diagnóstico de uma enfermidade estará fazendo menção àquela enfermidade e não a qualquer outra.

A validade nas taxonomias médicas indica o diagnóstico de esquizofrenia só se

aplica a estado de um enfermo afetado por aquela enfermidade. O que indica

que esses catálogos de transtornos foram feitos visando a convergência dos atos de diagnosticar um mesmo caso, mesmo que não se refiram à mesma doença. Em dois pacientes que recebam diagnóstico de transtorno esquizofrênico paranóide, um pode ter esquizofrenia paranóide e o outro uma

doença bipolar com uma forma clínica (depressiva ou maníaca) delirante.

A Constelação Etiológica

Este é o momento eminentemente médico do diagnóstico, quando a enfermidade é situada no seu contexto sistêmico desde sua origem. Porque como já se viu, um dos objetivos essenciais da medicina é buscar o sistema causal do sistema da enfermidade e os mecanismos determinantes dos danos que

ocasiona e os sintomas que os expressam. Também é o momento cognitivo mais

importante do procedimento diagnosticador, no que se inicia a explicação daquele processo mórbido. É aí quando se faz a definição genética da enfermidade, o diagnóstico etiológico é o momento culminante do procedimento

de diagnosticador e seu objetivo essencial – a terapêutica. Todas as demais etapas e procedimentos que o antecedem estão subordinados a ele como objetivo essencial. No momento do diagnóstico etiológico são avaliados e ponderados os fatores etiológicos (determinantes) e patogênicos (que determinam os mecanismos patológicos). Isto é, neste momento do diagnóstico

psiquiátrico, quando for possível, identificam-se os fatores causais e outros que

interagem para determinar a enfermidade. Quando não for possível sua identificação, eles podem se presumidos como hipóteses pela razão.

Ao contrário do que ocorre na patologia geral e na fisiopatologia, onde é comum

que se identifique um único agente etiológico em uma doença somática, na patologia psiquiátrica atende-se mais ao princípio da multicondicionalidade integrada. Isto é, as doenças do psiquismo são determinadas usualmente pela interação simultânea e, muitas vezes, sinérgica de diversos fatores biológicos e psicossociais. O que complica o diagnóstico psiquiátrico.

A esta dificuldade, soma-se o conhecimento insuficiente ou desconhecimento acerca da etiologia precisa e dos mecanismos patogênicos da maioria dos casos de transtorno mental. À medida que se acumulem conhecimentos sobre a etiologia e patogenia, e estas se correlacionem com o quadro clínico, o diagnóstico etiológico haverá de ser elaborado com mais precisão, segurança e confiabilidade. Mas sua ignorância não deve implicar no abandono de procurar sua existência, que só poderá ser descoberta se for procurada.

O diagnóstico psiquiátrico, como qualquer outro diagnóstico médico, tem como objeto a identificação de uma condição patológica em um organismo humano; e nisto, difere do diagnóstico psicológico, inclusive do diagnóstico psicoanalítico, que é uma forma particular de diagnóstico psicológico. O diagnóstico psicológico é o reconhecimento das características da personalidade, feito através da descrição de traços (analítico-descritivo) ou da identificação de tipos (sintético-descritivo). O diagnóstico psiquiátrico está voltado para o reconhecimento de uma condição patológica na consciência ou conduta de uma pessoa, enquanto o diagnóstico psicológico tem como objeto a descrição sintética ou analítica da subjetividade pessoal.

Todo diagnóstico médico está voltado para a enfermidade do paciente; mas na medicina, é a terapêutica que se dirige para a pessoa enferma. O diagnóstico médico, deve ser atribuído somente a acontecimentos patológicos em indivíduos singulares, ainda que se refira a uma enfermidade socialmente condicionada, ou que especifique uma afecção patológica com suas consequências sociais ainda que afete numerosos indivíduos, a sua atribuição a grupos ou outras coletividades só tem sentido como metáfora ou figura de linguagem.

O diagnóstico médico de uma coletividade é o diagnóstico epidemiológico que deve ser diferenciado do diagnóstico médico individual com finalidade epidemiológica. A natureza essencialmente biopsicossocial do

comportamento

humano impõe que o diagnóstico psiquiátrico reflita a integridade desta realidade essencial, na medida em que os fenômenos psicopatológicos são, em última análise, alterações patológicas do comportamento.

As enfermidades afetam os seres humanos de maneira qualitativamente diversa

daquela como se manifesta nos animais brutos, mesmo quando são enfermidades que se manifestam igualmente em ambos os seres e compartilham

uma mesma etiopatogenia. Razão pela qual o modelo experimental-animal é insuficiente para explicar afecções patológicas que envolvam linguagem,

sentimentos, capacidades de simbolização abstrata, socialização, praxias ou qualquer outra característica tipicamente humana.

Mais que qualquer outro diagnóstico médico, o diagnóstico psiquiátrico sofre a influência de fatores ideológicos, políticos e filosóficos, além daqueles oriundos da competição mercantil e muitos outros mais. E a influência desses fatores interfere em sua teoria e em sua prática, às vezes, muito mais que as características de seu objeto. O diagnóstico psiquiátrico deve ser elaborado de tal maneira que fique claro o nível de complexidade da patologia que menciona (sintoma, síndrome ou entidade clínica).

Devem ser considerados os fatores estressógenos. O estresse deve ter acontecido no último ano e contribuído para o surgimento de uma enfermidade nova, ou para a recidiva ou recrudescimento de uma, preexistente; sua gravidade é avaliada segundo uma escala de seis graus. A avaliação é feita ponderando-se o efeito exercido sobre uma pessoa média do grupo socioeconômico e cultural do paciente, se a situação foi desejada pelo paciente ou se estava sob seu controle. Os agentes estressógenos se denominam eventos estressantes agudos (quando duram menos que seis meses) ou circunstâncias persistentes ou crônicas (quando se prolongam por mais que seis meses). Os agentes estressantes são acontecimentos ou situações adversas frustrantes, determinadoras de angústia, sofrimento, dor, medo, vergonha ou culpa.

Os acontecimentos traumáticos mais comuns são: perda de alguém amado, perda de emprego, prejuízo financeiro, catástrofe natural (incêndio, enchente, terremoto) ou social (guerra, crise econômica), acidente, aborto (sobretudo quando provocado), cirurgia, estupro, sequestro, doença (em si mesmo ou em alguém afetivamente próximo, sobretudo se o paciente depender desta pessoa, devendo-se destacar o significado psicotraumático da experiência psicótica e do nascimento de filhos e irmãos). As situações estressantes prolongadas mais importantes são: julgamento e aprisionamento (sobretudo quando sentidos como injustos), conflito familiar ou conjugal, pobreza e privação, isolamento

social, desajuste profissional ou escolar.

TRANSTORNO (em inglês, disorder)

Nas últimas décadas convencionou-se denominar as condições patológicas psiquiátricas específicas como transtornos. Isto é passaram a chamar de

transtornos tanto os sintomas como as síndromes com o mesmos nomes da enfermidades, alegando que o conceito de enfermidade psiquiátrica provocasse grande objeção.

Mas que acontece a um grande número de pessoas, inclusive psiquiatras é que, ouvindo ou lendo transtorno esquizofrênico pensa em esquizofrenia (enfermidade ou doença).

Objecções que somente foram colocadas na primeira metade do século vinte pelos positivistas fenomenistas. Positivistas porque só atribuíam cientificidade aos objetos que fossem percebidos pelos sentidos e fenomenistas porque admitiam a descrição como limite da atividade cognitiva científica. Recusam toda explicação. Fora da psiquiatria norte-americana deve haver pouquíssimos cientistas que defendam estas teses hoje. Os realistas e os materialistas de todos os gêneros riem disso.

Ao contrário dessa crença positivista e fenomenista é que a dubiedade do conceito de transtorno (que significa ora sintoma, ora síndrome) invalida o conceito de transtorno como científico. Da mesma maneira que os catálogos de sintomas e síndromes não são classificações científicas na medida em que seus taxa (critérios classificatórios) não são propriedades essenciais dos objetos catalogados e não "classificados".

Disorder. O tratado de psiquiatria de Tallbot, com relação a uma definição de disorder, afirma que ... foi apenas no início da década de setenta, quando surgiu

o problema de classificar ou não a homossexualidade como transtorno mental, que a psiquiatria começou a se preocupar com o assunto. (Deveria, talvez, dizer psiquiatria norte-americana). E logo adiante reproduz a definição de transtorno dada pela APA em 1987, no bojo do DSM-III-R. No DSM-III-R cada um dos transtornos mentais é conceitualizado como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente significativo que ocorre em uma pessoa e que está associado a um sofrimento (ou sintoma doloroso) ou

incapacidade (prejuízo em uma ou mais áreas importantes de funcionamento) atuais, com um risco significativamente aumentado de morte, dor, incapacidade, ou de uma perda importante da liberdade. Além disso, esta síndrome ou padrão não deve ser meramente uma resposta previsível a um evento particular, por exemplo, a morte de uma pessoa amada.

O grande defeito da designação transtorno (disorder) para significar sintomas ou síndromes psiquiátricas (por quem nega a existência de doenças psiquiátricas) é que este termo reduz todas as doenças a seus sintomas, nem

distingue o nível de complexidade da afecção diagnosticada (sintoma, síndrome, enfermidade ou entidade nosológica).

Para mencionar a coexistência de mais de um transtorno, inventou-se o conceito de comorbidade para designar a conjugação de tais transtornos, por mais heterogêneos que sejam e por menos harmônicos que aqueles conjuntos de sintomas se apresentem clinicamente. Ou que sejam sintomas de uma única enfermidade.

O conceito de disorder parece ter sido inventado para buscar a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos realizados por examinadores diferentes.

Mesmo

que aquelas denominações idênticas não se referissem a objetos (enfermidades)

da mesma qualidade. Isto é, que diferentes examinadores que examinassem um

paciente chamassem pelo mesmo nome seu quadro clínico. Este objetivo terá

sido bem sucedido. Mas lhe falta, a validade, isto é, que aquele nome referisse o

objeto real designado por ele. Se alguém convencionar que cão é um animal mamífero, peludo, com quatro patas, um rabo e um focinho, passarão a serem chamados de cão, como qualquer cachorro, gato, raposa e outros animais que

atendessem àquela descrição.

Acontece o mesmo quando se encontra os componentes convencionados de transtorno depressivo em todos os pacientes que têm depressão pós ansiedade

(a grande maioria dos casos), depressão endógena, depressão pós influenza e

outros. Há muitos casos diagnosticados como depressão resistente que não têm

doença depressiva. O pior, é que muitos desses pacientes são aposentados e estão sendo tratados de condições patológicas que não os afetam.

Transtorno

Usado como Diagnóstico Psiquiátrico

Quando se emprega os conceitos de enfermidade e doença psiquiátrica menciona-se os estados patológicos da consciência e ou da conduta humanas,

como se fazia nos livros de psiquiatria no passado. Esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva, epilepsia, neurose e outros análogos reconheciam-se como doenças ou enfermidades psiquiátricas. Tais condições clínicas são qualitativamente diferentes dos sintomas e síndromes que contêm. Hoje, tudo isso está misturado e confundido.

No caso dos pacientes diagnosticados como transtorno esquizofrênico na SantaCasa de Campo Grande a evolução de muitos deles que na primeira consulta atendiam às exigências descritivas para transtorno esquizofrênico, se mostraram

depois como doentes bipolares ou dissociados, como foi previamente apontado
como exemplo da falta de validade dos transtornos por Baiardo.17

O mesmo ocorre com muitos pacientes diagnosticados como transtorno depressivo e que se revelam na evolução como doentes de ansiedade, geralmente com dissociação e angústia ou estado depressivo secundário à ansiedade. Verifica-se hoje que muitos pacientes com doença ansiosa, com ou sem sintomas histriônicos e de angústia, mas diagnosticados como transtorno depressivo, ou transtorno bipolar, estão sendo aposentados sem qualquer avaliação do que isso significa para a previdência social. Doentes neuróticos com síndromes depressivas secundárias à ansiedade e manifestações psicomotoras de ansiedade também são diagnosticados como transtorno depressivo ou bipolar, sem que tenham doença depressiva ou bipolar. Mas as avaliações periciais lidam com estes casos como se tivessem as doenças que não têm.

Um dia, alguém terá que levar em conta as consequências desses erros para os sistemas previdenciários.

Outra objeção a ser feita ao uso do conceito transtorno em psiquiatria é que ele tem servido para que a indústria farmacêutica, ao invés de descobrir remédios para as doenças, tenha passado a inventar transtornos, como se fossem doenças, para vender seus remédios. Distímia foi o primeiro exemplo típico dessa situação.

A negação do conceito de doença psiquiátrica é resultante da concepção ideológica chamada dualista, sobre o qual Mario Bunge chama "esterilizante dualismo" e diz: "Todas as anomalias (disfunções, enfermidades) mentais são anomalias (disfunções, enfermidades) neuronais. Esta proposição contradiz a divisão habitual das anomalias mentais em orgânicas (ou funcionais) e psicológicas (ou do comportamento), divisão que tem mantido a psiquiatria e a psicologia clínica separadas da neurologia e nas mãos do esterilizante dualismo alma-corpo apoiado pela indústria farmacêutica e seu poder na sociedade".

18

Esse dualismo retrógrado tem feito muito mal.

Outro fato errado é empregar um catálogo de sintomas e síndromes como se fosse uma classificação científica de doenças, sem perguntar a quem interessaria este erro, qual a utilidade dele e para quem, além de buscar saber a quem beneficiaria.

17 Bayardo, Eugênio – comunicação pessoal.

18 Bunge, Mario, "Materialismo e Ciência", ed. Ariel, Buenos Aires, 1981.

Múltiplos diagnósticos de transtornos são apontados como comorbidades e o pior, é que cada um desses transtornos seja tratado como específico ainda que correspondam, na realidade a manifestações clínicas diferentes de uma mesma entidade nosológica, uma única doença. Isso é, o resultado do tratamento das comorbidades individualmente, para os que acreditam nelas, são deixadas por conta de associação casual de entidades clínicas.

Fato que deve agradar muito à indústria farmacêutica e de equipamento diagnóstico e terapêutico.

Muitos casos de transtorno bipolar não têm doença bipolar, são diagnosticados por conta de uma "classificação" do transtorno bipolar capaz de abranger quaisquer comportamentos que oscilem entre quaisquer variação entre a excitação e a inibição com qualquer duração ou intensidade.

A literatura psiquiátrica está cheia de "depressões" que, na verdade, correspondem a transtornos depressivos mas, na verdade, são estados de tristeza ou enfermidades sintomáticas ou secundárias à ansiedade, porque, graças à validade insuficiente, depressão doença não é igual a transtorno depressivo. Embora a expressão transtorno depressivo seja entendida como doença depressiva.

Quando se diagnostica um quadro psicótico como transtorno esquizofrênico, é comum que sua evolução seja de enfermidade depressiva delirante ou doença bipolar, o que raramente sucede quando se diagnostica esquizofrenia (doença) pelos critérios clássicos que vão além dos sintomas.

Os estados de obnubilação da consciência, que os americanos denominam genericamente como delirium e lhes atribuem base funcional, ignoram que este sintoma é comum nas formas mistas da doença bipolar e nas enfermidades psicogênicas dissociativas.

6. Construção do Diagnóstico

Médico Psiquiátrico Nosológico

Quem não conhece o que procura,
não reconhece quando encontra.

Adágio médico antigo, ao qual se pode acrescentar: assim
como quem não sabe seu destino
não encontra seu caminho.

Existem hoje basicamente dois modelos para elaborar diagnósticos médico psiquiátricos: o primeiro, racional, uma edificação inteligente que vem sendo construída e aperfeiçoada há séculos (representada pelo raciocínio clínico elaborado a partir dos dados semiológicos e do que se conhece sobre a enfermidade); e o segundo, menêmico, a aplicação mais ou menos mecânica de um procedimento analógico (a comparação das características do quadro clínico apresentado pelo paciente com o modelo de transtorno previamente elaborado ou a confrontação automática do quadro clínico apresentado por um paciente com um modelo preconcebido).

O primeiro destes modelos diagnosticadores representa o esforço racional diagnosticador que os médicos, ao longo de sua história profissional, costumam correlacionar com os trabalhos de Hipócrates, mas que tem seu início em época muito anterior. O que desde então tem sido chamado de raciocínio diagnóstico, fundamento intelectual do trabalho médico. O segundo modelo de diagnosticar representa o esforço de "industrializar" o trabalho médico diminuindo o trabalho mental e a capacidade de diagnosticar inteligentemente. Muito provavelmente aproveitado com a finalidade de proletarizar seus agentes e massificar o atendimento e lhe criar um pseudofacilitário.

Mas é provável que isso decorra da lei do menor esforço (ou da maior preguiça, como dizia meu mestre Ageu Vieira no Colégio Quinze), que resulta na elaboração de técnicas e meios destinados a diminuir o esforço laboral mental e ampliar sua produtividade. O

que acontece com o diagnóstico psiquiátrico atual parece ser assim. Desapareceu a psicopatologia e o trabalho diagnosticador exige de quem o faz unicamente reconhecer sintomas e síndromes, não permite diagnósticos nosológicos, porque os sintomas e as síndromes psiquiátricas podem aparecer em mais de uma enfermidade. Não existem sintomas ou síndromes patognomônicas em psiquiatria, fato conhecido e proclamado há mais de um século na literatura psiquiátrica.

Denomina-se patognomônica(o) o sintoma (ou a síndrome) que apareça unicamente em uma enfermidade, sendo indicativo preciso dela. Assim, bastará seu reconhecimento para que se faça o diagnóstico nosológico daquela enfermidade.

Acontece que este segundo modelo prejudica ou impede o diagnóstico médico personalizado, individualizado ou personificado, como quer que se queira chamareste momento. Fato decorrente principalmente da margem de variação das condutas humanas, mesmo fisiológicas.

Como tem sucedido por exemplo, com a super simplificação do emprego generalizado de índices de massa corporal que consideram apenas dois parâmetros: peso e altura. Ignorando outros como biótipo, sexo, idade e outras variáveis fisiológicas, psicopatológicas e psicossociais. E com isto, os diagnóstico de massa se comprometem, ao ponto de impedir sua caracterização como diagnósticos médicos confiáveis. Como se há de verificar adiante, quando se tratar da individualização e da personalização do diagnóstico.

A construção do diagnóstico médico é atividade simultaneamente profissional e científica. Como procedimento científico é o reconhecimento inteligente e rigoroso de um estado de enfermidade em um enfermo, o que exige o conhecimento prévio do que há de ser reconhecido, o conhecimento semiológico e alguma habilidade semiotécnica em que as pessoas estudam como encontraras informações; mas sobretudo, conhecimento de fisiologia, da psicopatologia e de fisiopatologia. Mas quando esses procedimentos exercidos com atividade laboral, torna-se um ato profissional privativo de médico.

Ademais, a construção do diagnóstico médico psiquiátrico nosológico não se limita a uma operação mnêmica, é um procedimento laboral intelectual, cognitivo científico. O diagnóstico médico é, na maioria das vezes, um trabalho artesanal, da artes do artífice ainda que com a necessária base científica. E só muito raramente uma prática das belas artes, diga-se em favor da verdade. Embora, a incorporação de recursos tecnológicos para diagnosticar e, principalmente, para confirmar os diagnósticos clínicos, se faça cada vez

mas
célere, além de mais tecnicada.

O que implica o risco de torná-lo uma atividade produtiva massificada,
processo
que se completará se e quando o procedimento diagnóstico puder ser
automatizado pela informatização. O que, por enquanto ao menos, trata-se
de matéria de ficção científica. Ainda que o trabalho de diagnosticar com
questionários e escalas seja um esforço nessa direção.

O reconhecimento do traço artesanal do trabalho médico, permite entender boa parte das vicissitudes que os médicos sofreram na segunda metade do século XX como resultado da proletarização a que foram forçados, não apenas no diagnóstico mas na terapêutica.

Os médicos, agentes desse esforço, ignoram que o principal óbice aos seus desígnios hoje resulta da impossibilidade de transformar seu trabalho em atividade industrial (como Chaplin no filme Tempos Modernos) e continuam a agir como artífices, por isto, a dificuldade objetiva de fazê-los operários, a tendência social é lhes impedir de continuar sendo mestres artesãos. O mais que se consegue é corrompê-los. A interação interpessoal de ajuda que caracteriza a relação medico-paciente tem sido desde o início da assistência médica a base da relação dos médicos com seus pacientes e seu principal pilar de apoio nas comunidades. A supremacia da técnica ou da mercancia significa sua corrupção, gerando tecnocratas ou comerciantes incapazes de se situar eticamente. Por isso, a legislação mercantil degrada a relação médico-paciente.

Como procedimento médico e, portanto, humanitário e científico, o processo de diagnosticar uma enfermidade em um enfermo nunca deve se limitar a um exercício mnêmico de reconhecer algum ou alguns componentes de sua aparência. Não basta comparar o quadro clínico do paciente com um modelo de manifestações perceptíveis para chegar ao diagnóstico nosológico, que deve ser o objeto do trabalho diagnosticador em medicina. Porque só quando se conhece a explicação de uma enfermidade ela pode ser combatida com sucesso.

O processo corruptor da Medicina foi iniciado com a proletarização da profissão e resultou na recriação de dois tipos de médicos: os dos ricos e os dos pobres (processo que salta aos olhos do analista cego). Mas o pior de tudo é que este processo tem se dado a pretexto de construir uma única Medicina para todos. Seria esta a única atividade no país que serviria igualmente ricos e pobres. A criação de um sistema único de saúde capaz de atender integralmente a

todas

as necessidades sanitárias de todas as pessoas foi uma falácia na qual todos fomos compelidos a entrar. Fenômeno sócio-político que há de ser mais bem descrito em um trabalho sobre economia da saúde. Nos últimos vinte anos, os governos têm tornado mentiroso o U do SUS. Chegam a cobrar dos planos de saúde o pagamento dos serviços prestados a seus pacientes, como se não fosse o SUS o dever primário de assisti-los. Não se pode negar a importância da tecnologia para o avanço da Medicina e o desenvolvimento da Medicina individual e social no progresso da humanidade.

Mas isto não pode ser confundido com a massificação, a alienação e a desumanização da relação médico-paciente. Pragas que nada têm a ver com a tecnificação, entendida como emprego judicioso e ético da tecnologia, são frutos do tecnicismo (que é sua perversão que desumaniza o médico e o paciente). As especialidades são praticadas como se fossem frações, e não ramos, da medicina.

A alienação afetiva da relação solidária do médico com seu paciente é um reflexo da desumanização da sociedade humana reduzida ao individualismo, ao hedonismo consumista e ao imediatismo. Como os protagonistas da relação médico-paciente são agentes dessa mesma sociedade, não se pode estranhar que este paradigma de convivência geral se reflita das relações particulares como a médico paciente. A medicina se desumaniza quando atua como reflexo da desumanização da sociedade pervertida pelo consumismo e pela obsolescência programada de todos os produtos, inclusive os serviços médicos. O tecnicismo e a proletarização compõem apenas a moldura nesse quadro mais amplo, engana-se quem a confunde com sua essência.

O adágio da Medicina antiga que epigrafa este capítulo ilustra bem a situação do diagnóstico na prática médica, pois, não é possível reconhecer sem haver previamente reconhecido, nem fazer qualquer coisa desconhecendo como se faz aquilo. Além de saber o que reconhecer, deve-se saber como há de promover tal reconhecimento. Para diagnosticar, não basta saber o que há para diagnosticar, também é preciso saber como se diagnostica. Este capítulo se destina a mostrar aos iniciantes e aprendizes do exercício da Medicina como devem ser feitos os diagnósticos médicos.

O Diagnóstico, a Doença e o Doente

O diagnóstico médico é procedimento técnico e profissional com o qual se promove o reconhecimento de uma enfermidade em uma pessoa afetada danosamente por um agente patogênico e que, por isso, necessita cuidados médicos; o que se faz diagnosticando sua doença empregando o que se conhece sobre seus sintomas, seu curso, sua etiopatogenia e demais características

clínicas, laboratoriais ou outras que possam ser recuperadas.

O enfermo é o ente biológico afetado por um agente patogênico capaz de ocasionar-lhe algum dano que se exterioriza como um estado de enfermidade, um estado que afeta sua identidade.

A enfermidade é, portanto, um construto, um conceito que se refere ao estado danoso determinado pelo agente patogênico no organismo vivo afetado por ele.

O fato de ser um construto não significa que uma enfermidade não exista, existe

como construto, o conceito de enfermidade – um objeto conceitual. A existência das doenças ou enfermidades é tão real quanto a existência conceitual ou ideal, mas não podem ser confundidos. As enfermidades têm existência conceitual e se realizam no enfermo modificando seu organismo.

A

Doença, como a honra, a vergonha, educação, apesar de serem abstrações, materializam-se como propriedades das pessoas que as contêm,

Dos pontos de vista realista e materialista, a doença e o doente são entidades

19 dialéticas. Uma delas não existe nem pode existir na realidade sem a outra.

Repita-se incansavelmente que não existe doença sem doente, nem doente sem

doente a não ser como conceito. A doença é um construto (um objeto conceitual, criação intelectual que simboliza uma propriedade de um objeto material (o organismo doente).

Esquema do Raciocínio Diagnóstico em Psiquiatria

O diagnóstico médico, inclusive o psiquiátrico, como sucede a qualquer construção lógica, pode ser feito a partir de numerosos pontos de início, seguir

numerosos caminhos e estar baseado em incontáveis pressupostos teóricos e

doutrinários que orientem sua confecção. Pode ser bem sistematizado ou anarquizado. Pode ser realizado seguindo-se uma boa semiótica ou não; pode contar ou não com recursos auxiliares de qualidade; pode ser bem ou mal

registrado, mas deve sempre constituir um procedimento racional que, como qualquer atividade inteligente, deve pretender ser explicativo.

Aqui se desenha um esquema para diagnosticar como o autor aprendeu no Serviço de Psiquiatria da Universidade do Recife (hoje Universidade Federal de

Pernambuco) dirigido então pelo professor José Lucena e lecionado pelo professor Galdino Loreto (com pequenas modificações em meu manual de psicopatologia e aqui). Adiciona-se aqui a contribuição de José Otávio de

Freitas

Jr. Que foi meu supervisor, bem como de Oswaldo Barbosa e de Othon Bastosequanto estudávamos no Recife.

Adiante, será

19

Aqui, diferentemente de outros autores, as expressões ente e entidade se emprega com o sentido de um objeto material e não formal (um construto) e fenômeno como tudo o que acontece a um objeto material

Adiante, a técnica de José Otávio de Freitas Jr para o diagnóstico nosológico.

O raciocínio diagnóstico pode bem elaborado com os seguintes procedimentos:

a) Estabelecimento do Diagnóstico Genérico (declaração genérica de que existe uma condição

patológica, de que o examinado não está sadio, não está hígado);

b) Identificação do Nível de Complexidade do Fenômeno Mórbito a Diagnosticar (sintoma, síndrome ou entidade clínica);

c) Diagnóstico Específico ou Nosológico (identificação da espécie patológica que afeta o paciente).

= O diagnóstico específico) segue os seguintes passos:

•

= 1. avaliação dos dados descritivos da enfermidade do examinado e suas características

personais (sintomas, síndromes, curso e intensidade do quadro), inclusive o diagnóstico

constitucional e as características pessoais do examinado;

•

= 2. verificação do caráter primário ou secundário das manifestações clínicas;

•

= 3. ponderação dos possíveis fatores biológicos e psicossociais intervenientes naquela entidade clínica (verificados no antecedentes e nos exames, inclusive complementares);

•

= 4. determinação da qualidade da patologia (por dano negativo, positivo ou sentido);

•

= 5. reconhecimento da espécie ou condição nosológica específica;

•

= 6. identificação da forma clínica (variedade daquela enfermidade);

•

= 7. diagnóstico diferencial;

•

= 8. estabelecimento do prognóstico;

•

= 9. determinação do grau de confiança que pode ser atribuído ao diagnóstico específico

obtido.

Uma vez realizada a identificação da espécie patológica, volta-se ao processo diagnosticador mais amplo.

d) Personalização do Diagnóstico;

e) Enquadramento Nosográfico.

Deve ficar clara a possibilidade de outros modelos que não o apontado aqui. Esta é apenas uma proposta, aquela que é praticada e ensinada pelo autor. Existem outras, bem melhores, análogas ou equivalentes. Em muitas situações

clínicas este modelo pode ser notavelmente simplificado pelo emprego de um

recurso diagnóstico imagenológico ou laboratorial que abrevie o procedimento

de identificar com certeza a condição patológica de que se suspeita, possibilitando sua imediata comprovação ou sua recusa instantânea.

Não obstante tudo isto, deve-se evitar substituir o diagnóstico nosológico pelo seu enquadramento nosográfico, nem substituir os recursos lógicos para diagnosticar comparando mecanicamente o quadro clínico apresentado pelo doente com as categorias descritivas constantes das tábuas nosográficas porque não se deve cultivar desinteligência nem preguiça.

Tábuas nosográficas são listas ou catálogos de elementos convencionados empregados com propósito administrativo e de planejamento. As características das rubricas diagnósticas nesse rol depende unicamente do interesse de quem elaborou o catálogo. Esse instrumento deve ser empregado para fazer relatórios de produção de serviços, faturar serviços prestados ou outra finalidade deste tipo. Não deve ser usado para diagnosticar, apenas para registrar diagnósticos. Muito menos devem ser empregados como manuais de clínica psiquiátrica. Nem bastam para orientar a terapêutica dos pacientes, quanto mais serem bíblias da psiquiatria.

Abrangência do Diagnóstico Médico

Como já houve ocasião de mencionar, os diagnósticos médicos podem ser elaborados em três níveis diferentes de amplitude que podem ser denominados níveis estruturais da enfermidade, que definem sua abrangência e sua individualidade. Níveis que, em geral, são simultâneos e interdependentes.

Tais níveis são os seguintes:

- o diagnóstico genérico,
- o diagnóstico nosológico específico, e
- o diagnóstico nosológico personalizado.

O primeiro e o último nível resultam de um estudo inteligente de seu quadro clínico e resulta de um esforço intelectual ativo. O segundo, prende-se às

enfermidades. Estas são as duas vertentes reais do diagnóstico médico. O diagnóstico genérico de um estado de enfermidade consiste na constatação de que o indivíduo examinado não está sadio, que apresenta uma condição patológica qualquer (no caso da Psiquiatria, uma condição psicopatológica).

O diagnóstico genérico mais típico consiste em uma declaração do tipo: o examinado não está hígido, apresenta uma condição patológica que deve ser verificada e identificada. O diagnóstico genérico é o mais abrangente e o menos específico. Esta pessoa tem ou parece ter alguma condição patológica que perturba sua existência.

O diagnóstico médico específico ou identificação da espécie patológica em um paciente é a identificação da enfermidade particular que acomete a pessoa examinada (gênero, espécie e variedade psicopatológicas). A identificação de uma espécie patológica resume o diagnóstico específico. O diagnóstico específico é abrangente além de específico: esta pessoa tem tal enfermidade.

O diagnóstico médico personalizado consiste na ponderação da possível influência dos fatores individuais (sexo, idade, etnia), pessoais (como características do temperamento, nível intelectual e de instrução, maturidade, vulnerabilidades, condições patológicas e outros) e circunstâncias sociais (presentes, pretéritas e futuras) na gênese e na evolução da enfermidade. E a possível influência que estas características possam vir a exercer no resultado dos procedimentos terapêuticos e no curso da enfermidade. O diagnóstico personalizado é individualizado e específico: fulano de tal, em suas circunstâncias, tem tal enfermidade e apresenta tais ou quais propriedades somáticas e psicossociais que podem influir em seu estado.

Em geral, o diagnóstico médico genérico precede o específico; que a constatação genérica de patologia preceda a identificação da afecção específica e sua variedade (principalmente quando há mal-estar, sofrimento ou prejuízo do rendimento pessoal). Por vezes, este fato se dá quando o examinador olha o paciente pela primeira vez. Contudo, é igualmente frequente que as características identificativas da condição patológica específica sejam tão evidentes que sua identificação leve logo ao diagnóstico específico. Como acontece com muitos casos de alcoolismo. Neste caso, o diagnóstico específico precede o diagnóstico genérico e o determina. Isto é, a percepção de uma crise de ansiedade mostra que o paciente não está sadio.

A identificação prévia da enfermidade influi na identificação de sintomas e síndromes e nas possibilidades diagnósticas daquele caso. Tanto os sintomas como as síndromes psiquiátricas podem acontecer em mais de uma enfermidade, mas essas possibilidades são conhecidas e devem ser exploradas.

Estado crepuscular, de delirium, de dissociação induzem a pensar em

diagnósticos nosológicos diferentes. Informações colhidas nos antecedentes também podem abreviar o procedimento diagnosticador que se reduzirá a um exercício de diferenciação, um diagnóstico diferencial. Se o paciente foi, preliminarmente, diagnosticado como esquizofrênico, as alterações afetivas que presente podem ser tidas como hebefrênicas, o trabalho se resumirá a um exercício diferenciador dessa entidade clínica com a apresentada pelo paciente.

A apatia em um paciente tido como deprimido, é chamada de desalento, desmoralização (prejuízo DO moral); enquanto em um quadro clínico reconhecido como esquizofrenia, denomina-se embotamento.

O diagnóstico específico na medicina consiste na identificação e no reconhecimento da afecção psiquiátrica particular que acomete a pessoa examinada, uma pessoa real e concreta com tais e quais características biológicas e certas qualidades e condições psicossociais e inclui o reconhecimento da forma clínica (variedade) com a qual aquela entidade clínica se apresenta no caso clínico. O diagnóstico médico específico pode se confundir com o etiológico personalizado. 20 Ao contrário do que muitos pensam, o diagnóstico nosológico não finaliza o procedimento diagnosticador a não ser quando se trata de uma pesquisa, para a qual este momento é o objetivo essencial. Quando se objetiva a terapêutica, a tarefa de diagnosticar deve prosseguir na individualização como se mostra a seguir. Ademais, importa bastante que o estudante saiba, desde a sua iniciação no processo de construir diagnósticos psiquiátricos, que:

- = a) a elaboração do diagnóstico médico específico pode ser feita com diferentes graus de convicção por parte de quem a executa;
- = b) o diagnóstico médico específico pode se resumir a uma manifestação particular das definições científicas e se refere a uma condição clínica situada em uma classe de enfermidade;
- = c) o diagnóstico médico, como qualquer outra forma de conhecimento científico, pode ser elaborado com diversos níveis de complexidade.

A fidelidade do diagnóstico e seu potencial comunicativo exigem que essas três instâncias estejam claramente presentes em seu enunciado, embora possam estar incluídas no significado da sua expressão vocabular. Sem isto, o diagnóstico específico em psiquiatria (ou em qualquer outro ramo da medicina) não pode cumprir as tarefas comunicativa, prognóstica e terapêutica que se deve esperar dele, e que se definem em seus objetivos.

A individualização e a personalização do diagnóstico médico, no sentido de identificação das características individuais e pessoais do doente e sua interação

com as manifestações da enfermidade, completa e encerra a elaboração deste procedimento cognitivo. Como se verá a seguir.

20

Para quem confunde o conceito de indivíduo com o de pessoa.

Reconhecimento do Grau de Complexidade da Condição Patológica

Os processos e os acontecimentos patológicos podem se apresentar nas pessoas afetadas com diferentes graus de complexidade, que findam por interferir na percepção que o observador tem deles. Na prática, diagnostica-se em um enfermo o que se pode diagnosticar, mas é necessário saber o grau da complexidade do fenômeno mórbido que está sendo diagnosticado. Quando não for possível reconhecer a espécie mórbida, contenta-se com o diagnóstico sindrômico (como acontece em muitos atendimentos de urgência, por exemplo).

Existem três graus de complexidade crescente do fenômeno psicopatológico, o sintoma, a síndrome e a enfermidade. E três modalidades diagnósticas referentes a estes graus de complexidade das condições patológicas: diagnóstico do sintoma; diagnóstico sintomático e sindrômico (ambos descritivos) e o diagnóstico nosológico ou da entidade clínica. Sério defeito essencial do conceito de disorder incorporado pela CID-10 é sua incapacidade para distinguir entre estes três graus de complexidade da afecção patológica que resulta em um defeito essencial de sua comunicabilidade no diagnóstico psiquiátrico.

Na CID-10, a espécie de condição patológica, aí chamada transtorno (um objeto natural a ser descoberto) passou a ser um construto convencional, um objeto convencional, ou seja, inventado por ter alguma utilidade).

Um fenômeno patológico pode se apresentar na realidade clínica com três graus de complexidade, que podem ser entendidos como progressivamente crescentes (os aqui chamados gêneros da condição patológica) que são:

= o diagnóstico ou reconhecimento do sintoma,
= o diagnóstico sindrômico e

= o diagnóstico nosológico (ou diagnóstico da enfermidade, da condição clínica

específica ou da espécie mórbida).

O sintoma é o signo mais elementar de uma enfermidade pelo qual ela se evidencia como condição patológica.

A síndrome é uma reunião mais ou menos coerente de sintomas que costumam se apresentar correlacionados.

O diagnóstico nosológico deve ser a expressão verbal que comunica, expressa ou implicitamente, as características essenciais mais importantes da condição patológica com caráter nosológico ou da entidade clínica. Essa modalidade de diagnóstico abrange, não apenas a forma da enfermidade, mas aponta para sua etiopatogenia; a entidade clínica presume sua explicação. Por isto, é um diagnóstico explicativo e não apenas descritivo. Mesmo as hipóteses de diagnósticos explicativos se apresentam como explicações hipotéticas para aquele caso concreto. No diagnóstico médico-psiquiátrico, o problema assume importância maior que no diagnóstico médico comum.

Designa-se como entidade clínica a uma condição patológica de complexidade equivalente à entidade nosológica cuja etiologia ou patogenia haja sido inferida da teoria de referência empregada para diagnosticar.

Diagnóstico dos Sintomas

O diagnóstico dos sintomas reside na identificação dos fenômenos psicopatológicos elementares. Por exemplo: alucinação, tique, pseudoalucinação, juízo delirante, hipercinesia, hipomnésia, ansiedade, hipotimia. Os sintomas podem ser objetivos ou subjetivos. Algumas categorias diagnósticas da CID-10 são diagnósticos de sintomas, como alucinose, enurese, encoprese, tique, piromania, cleptomania, anorexia, bulimia, vaginismo, dislexia, discalculia, disortografia, mutismo, gagueira, taquilalia. Quem estuda psicopatologia conhece quais as enfermidades em que os sintomas podem ocorrer.

Diagnóstico da Síndrome

O diagnóstico sindrômico consiste na identificação de um conjunto de sintomas que costumem coexistir em uma síndrome.

O diagnóstico sindrômico é, em última análise, a comparação do quadro clínico com um modelo sindrômico preestabelecido convencionalmente. O conceito de síndrome é análogo ao de complexo sintomático, embora, na maioria das vezes, queira dizer: um conjunto de sinais e sintomas que costumem se apresentar correlacionados mas que pode derivar de diversas causas e cursar de diversas maneiras. Uma síndrome depressiva em uma doença depressiva endógena, em uma doença bipolar, em uma doença tireoidiana ou em uma doença ansiosa, evoluem de modos diferentes.

Diferentemente do conceito de complexo sintomático, a noção de síndrome pode ser vinculada a uma dada função psicológica, a uma certa maneira de evoluir, a uma determinada patogenia ou a uma etiologia definida. Nela não faz

diferença se o conceito da síndrome estiver relacionado a um certo tipo de curso (como em síndrome demencial ou deficitária); a uma patogenia (síndrome

de abstinência, síndrome comicial ou síndrome de hipertensão intracraniana); ou

a uma etiologia (síndrome tóxica ou infecciosa). Essa é uma debilidade e, simultaneamente, um ponto forte do diagnóstico sindrômico, possibilitar que alguma dessas características essenciais (função afetada, forma de início, curso, patogenia e etiologia) seja acrescentada ao procedimento de diagnosticar, aperfeiçoando-o.

O diagnóstico sindrômico é uma instância ontológica intermediária entre o sintoma e a enfermidade. Só será assim o atributo que lhe for acoplado for uma característica essencial daquele sistema. Muitos diagnósticos da CID-10 são sindrômicos, com demência, delirium, hipomania, mania, depressão, ansiedade, obsessão, neurastenia, autismo. Mas, isolados não terão qualquer serventia gnosiológica.

Quem conhece psicopatologia sabe em que numa dada doença podem acontecer vários sintomas e várias síndromes. E que um mesmo sintoma e uma mesma síndrome pode ocorrer e, mais de uma doença. A síndrome ansiosa pode estar presente em quase todas as doe

Diagnóstico Nosológico

A semiologia médica, geral e especializada, mostra que em qualquer procedimento cognitivo, a descrição precede a explicação. A caracterização dos sintomas e das síndromes do quadro clínico de um paciente deve preceder deve iniciar o processo de elaboração do seu diagnóstico nosológico.

De acordo com Bunge, em Filosofia para Médicos, "Uma descrição só se converte em explicação quando revela os mecanismos que produzem aquilo que descreve. Que uma coisa aconteça depois de outra não indica que uma seja a causa e a outra, seu efeito." E mais: "Pode-se afirmar que há causalidade se e somente se, além de correlação, for possível comprovar a existência de um mecanismo de ação."

21. Mario Bunge, "Filosofía para médicos", Gedisa 2012.

Em toda a história da medicina, busca-se a causa das doenças como objetivo essencial, menos na psiquiatria dos DSMs e do Capítulo F da CID 10, porque ali recusam-se teorias que busquem explicar as doenças, contentando-se com a descrição. Enquanto todos os demais médicos usam a descrição como o primeiro momento do procedimento explicativo, a causa imediata da condição patológica estudada. Descoberto o micróbio que causa a enfermidade e como eliminá-lo, não procuram sua causa e a causa daquela causa. Matam o micróbio e devolvem a saúde do doente. Nos casos que não se conhece a etiopatogenia de uma doença, pode-se empregar uma hipótese razoável. O que pode não ser suficiente, mas é melhor que se contentar com dados de sua aparência.

O diagnóstico nosológico consiste na identificação da entidade nosológica em uma pessoa com uma enfermidade ou doença. A identificação da espécie nosológica ou enfermidade específica da qual o paciente padece, da qual se conhece ou presume sua etiopatogenia. Quando a etiopatogenia for presumida ou inferida da teoria que fundamenta o procedimento diagnosticador, diagnostica-se uma entidade clínica. A identificação de uma doença como entidade nosológica pressupõe: o reconhecimento da síndrome, uma previsão de sua evolução. Ou, ao menos, uma hipótese razoável sobre sua etiopatogenia e caracteriza-se uma entidade clínica.

A elaboração de um diagnóstico nosológico inicia sempre pelo reconhecimento das síndromes e sintomas que compõem seu quadro clínico. Segue-se o processo de identificação de outros fatores para sua elaboração.

Para conter os diagnósticos provisórios e hipotéticos, substitui-se o conceito de entidade morbosa ou nosológica por entidade clínica, de modo a abranger os casos em que houvesse, ao menos, uma hipótese explicativa razoável de sua etiopatogenia conservando a unidade das entidades clínicas contidas na designação daquela entidade.

Por esta razão, quem diagnosticar entidade clínica bipolar em vez de doença bipolar indica que ainda não há certeza de sua etiopatogenia Causa imediata e mecanismo de ação. Isso sucede toda vez que a explicação genética ou etiopatogênica da enfermidade não estiver comprovada, mas pode ser inferida a partir dos conhecimentos existentes, da validade do diagnóstico e de uma matriz teórica de referência que pareça satisfatória. Portanto, não se deve confundir os conceitos de entidade nosológica e entidade clínica. O conceito de entidade clínica é menos exigente que o de entidade nosológica.

Componente importante do diagnóstico nosológico com enfoque na patologia geral e no diagnóstico neurológico ou na clínica geral é a noção de localização corporal, o diagnóstico anatômico. Seria possível pensar em um diagnóstico topográfico estrutural, porque, desde o advento da fisiologia patológica, completando a anatomia patológica, sabe-se que as lesões e disfunções patológicas podem dar-se em nível tissular, celular, molecular e, até, submolecular. Por isso, na psiquiatria, o diagnóstico anatômico aqui perdeu importância relativa. Equivalente ao diagnóstico anatômico seria a identificação da estrutura psíquica perturbada, mas ainda não se conseguiu delimitar e conceituar pacificamente essas estruturas nem suas funções.

Já se viu que, desde Falret, emprega-se o conceito de entidade clínica em vez de entidade nosológica, para mencionar aquelas estruturas patológicas unitárias, nas quais a etiologia ou a patogenia são supostas ou hipotéticas, ainda que com muita probabilidade de acerto, sem certeza. Como a esquizofrenia, por exemplo.

Como já foi mencionado, esta é uma crítica que se pode atribuir legitimamente ao conceito de disorder da CID-10 e dos DSMs e às suas categorias diagnósticas; é ambíguo e impreciso, principalmente por não permitir referência ao grau de complexidade psicopatológica do evento que nomeia. Outro aspecto negativo do conceito de disorder é seu caráter heterogêneo; engloba entes clínico de naturezas diversas (sintomas, síndromes) em um mesmo nível taxonômico e lhes atribui o mesmo valor diagnóstico. Isso incapacita esse conceito de ser empregado como científico. Talvez se possa denominar o uso de transtornos em uma classificação de enfermidades ou doenças como uma espécie de estelionato científico.

Note-se bem que os capítulos da CID que versam sobre outros problemas de saúde e motivos de consulta são as últimas do volume.

Dados Descritivos da Doença

Em geral, a identificação dos traços descritivos da enfermidade constitui o primeiro passo do diagnóstico, como acontece no conhecimento de qualquer objeto. Entre os dados descritivos sobre as enfermidades que contribuem para seu diagnóstico, estão os seguintes fenômenos clínicos”:

- = sintomas e síndromes,
- = perfil de curso e
- = intensidade e duração das manifestações clínicas.

Elaborando corretamente estas informações como se mostra a seguir, completa-se o primeiro momento do procedimento diagnosticador de caráter descritivo.

No momento seguinte, completa-se sua caracterização em busca das características explicativas e da personalização do diagnóstico explicativo.

Sintomas e Síndromes

Informações sobre a forma (a aparência) da enfermidade - tonalidade sindrômica são obtidas dos dados coletados na História da Doença Atual e no Exame Mental e já foram mencionados nos capítulos anteriores deste trabalho. A caracterização dos sintomas (manifestações mais elementares das enfermidades) e das síndromes (conjunto de sintomas que costuma apresentar alguma correlação) deve constar dos pontos de semiologia médica.

Curso da Condição Clínica

Quando se estudou o perfil de evolução e os tipos de curso das condições patológicas psiquiátricas, verificou-se o significado diagnóstico e prognóstico de conhecer como a afecção patológica se instalou, como foi o perfil de seu curso ou evolução e qual o tipo de seu êxito ou finalização. Todas as enfermidades apresentam uma estrutura patológica que está configurada da seguinte maneira: momento de início ou aparecimento (inclusive os pródromos, se existirem); instalação; período de estado; finalização ou término; referências a início e instalação de um quadro clínico dizem respeito a aspectos diferentes do seu surgimento ou configuração, mas estes termos têm sentidos diferentes e tais diferenças precisam ser consideradas.

Denomina-se pródromo, a manifestação clínica prodrômica ou sintoma prodrômico qualquer indício clínico que preceda sempre a instalação da enfermidade (sintoma antecedente, precursor ou premonitório).

Aparecimento ou início, momento da emergência ou surgimento (do quadro clínico), é como se chama o instante da percepção da primeira evidência clínica objetiva ou subjetiva de uma enfermidade inclui as circunstâncias de seu surgimento. A caracterização deste momento, sempre mais ou menos definido, deve levar em conta possíveis manifestações prodrômicas que possam ter ocorrido. A noção de aparecimento é basicamente clínica e parece melhor que início, conceito mais próprio da condição patológica.

Do ponto de vista da psicopatologia (e não da semiótica), pode-se considerar como início da enfermidade o seu surgimento no organismo, que sucede, em geral, antes de aparecerem seus primeiros sintomas ou outras manifestações clínicas reconhecíveis.

Instalação ou configuração do quadro clínico é o período em que se evidencia inteiramente o quadro clínico, desde o surgimento do primeiro sintoma até que se mostre completo. Período que medeia entre as primeiras manifestações (os primeiros sintomas que evidenciam a enfermidade) e o momento em que todos os sintomas atingiram o grau máximo de sua intensidade.

Uma enfermidade crônica pode ter instalação aguda, como nos acidentes vascular-encefálicos.

A instalação de uma enfermidade pode ser: abrupta (ou super aguda), aguda, subaguda ou crônica.

Na CID-10, instalação abrupta, súbita ou super aguda, o quadro clínico apresenta-se completo em minutos ou horas (48 horas, no máximo). Nos casos de instalação excepcionalmente abrupta (segundo, minutos), ela se confunde com o momento do surgimento ou o início clínico da enfermidade.

Instalação aguda quando perdura menos de duas semanas.

Instalação subaguda demora menos de dois meses.

É instalação crônica, gradativa ou lenta quando o quadro clínico demora mais de dois meses para se instalar completamente.

Nas enfermidades crônicas e progressivas, a instalação pode se confundir com a evolução geral da enfermidade, pois o quadro só cessa de se configurar com a morte ou a demenciação completa. Existe uma variedade da instalação subaguda ou, principalmente, da instalação crônica que é denominada instalação insidiosa, visto que se faz lentamente, variando imperceptivelmente a intensidade dos seus sintomas.

Período de estado é o período de estabilidade de uma enfermidade intermediário entre o término da instalação de uma enfermidade e o início de sua finalização.

O período de estado pode ser bastante prolongado em algumas enfermidades crônicas e virtual em certas enfermidades agudas. Quando a duração deste período é extremamente curta, instantes ou minutos, denomina-se pico ou ápice.

Terminação ou finalização é o período final das enfermidades regressivas que inicia com o declínio de intensidade dos sintomas e vai até seu completo e total desaparecimento. Nas enfermidades estáveis (como o traumatismo crânioencefálico) e progressivas (como a insuficiência renal crônica), a terminação se dá com a morte ou o transplante do órgão. O término de uma enfermidade por dano positivo, como a poliomielite se confunde com a paralisia

– enfermidade por dano negativo -que lhe é subsequente. O mesmo como o tracoma e a cegueira.

As enfermidades podem apresentar durações diferentes e esta diferença pode constituir um componente mais ou menos importante de sua diferenciação clínica e caracterização diagnóstica. Em princípio, considerando-se sua duração, as enfermidades podem ser distinguidas em três tipos: agudas, subagudas e crônicas.

Os limites das enfermidades agudas, subagudas e crônicas ainda são imprecisos porque carecem de fundamentação científica acurada e falta-lhes aceitação universal. Contudo, têm importância clínica suficiente para justificar seu emprego, principalmente no que diz respeito à elaboração diagnóstica em todas as áreas da medicina. Não obstante todas as objeções possíveis, pode-se convencionar os seguintes limites:

- a) as enfermidades agudas demoram menos de dois meses desde o aparecimento de seus primeiros sintomas até sua completa resolução;
 - b) as enfermidades subagudas têm duração maior que dois meses e menor que dois anos;
 - c) as enfermidades crônicas cursam mais de dois anos.
- Deve-se diferenciar o conceito de enfermidade aguda (subaguda ou crônica) da noção de instalação aguda da enfermidade (início ou começo agudo, subagudo ou crônico). Uma doença subaguda ou crônica pode apresentar qualquer tipo de instalação. Uma enfermidade aguda ou subaguda pode se instalar de modo agudo ou sub-agudo e uma enfermidade crônica pode ter apresentado qualquer das três modalidades de instalação.

Algumas expressões semiológicas referentes ao curso das doenças dizem respeito ao seu modo de finalizar, à forma como se sai dela, à indefinição de suas manifestações e à tendência a se repetirem. As enfermidades psicopatológicas podem ser classificadas em: a) estacionárias, b) regressivas,

c) progressivas e d) recorrentes.

As condições patológicas estacionárias são representadas pelos estados deficitários sensoriais, motores ou mentais; pelos quadros neurológicos determinados por lesões cerebrais não evolutivas e pela maior parte dos casos de epilepsia.

Certas enfermidades como o sarampo, a varicela e a rubéola, além de algumas condições patológicas da glândula tiróide, como as crises tireotóxicas ou tempestades tiroideanas, tendem a ser regressivas. Seus sintomas desaparecem completamente. Em tese, não se confundem com as sequelas que eventualmente deixem no paciente. As enfermidades somáticas caracteristicamente progressivas são a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes melitus, resultantes de processos degenerativos celulares e tissulares que acometem grande número de pessoas depois da quarta década de sua existência.

As manifestações críticas da epilepsia, da asma brônquica e da migrânea (enxaqueca) e as crises hipoglicêmicas e hiperglicêmicas do diabetes, inclusive a síndrome de pânico, são os exemplos mais típicos de curso periódico ou recorrente. Evoluem iterativamente, isto é, tendem a se repetir de tempo em tempo. No caso das doenças reumatológicas crônicas como o lúpus eritematoso sistêmico ou a artrite reumatóide, denomina-se remissão a melhora ou recuperação clínica, completa ou incompleta; exacerbação ou recrudescência aos momentos de piora.

Recaída é o reaparecimento de uma enfermidade antes de seu desaparecimento.

Recidiva ou recorrência é a repetição da ocorrência de uma enfermidade, novo acometimento de uma condição patológica que já afetara aquele paciente.

A expressão déficit deve ser empregada para designar qualquer prejuízo funcional de um rendimento, uma aptidão, uma capacidade ou uma habilidade, qualquer que seja o momento da vida em que surja no paciente.

Deficiência é o defeito estrutural com prejuízo funcional grave ou completo,

congenito ou que tenha surgido antes de completado o desenvolvimento daquela estrutura ou função. Contudo, neste texto, a palavra deficiência só é usada para significar prejuízo que se tenha iniciado durante o desenvolvimento do órgão, da função ou capacidade, a respeito do qual se fala e que não possa ser compensado ou corrigido por prótese, órtese, lente, amplificação sonora ou outro recurso físico artificial.

Pode-se falar em déficit visual para designar, por exemplo, um caso qualquer de miopia ou outro defeito visual que não caracterize uma deficiência visual em sentido estrito.

Denomina-se impedimento ao estado de incapacidade para algumas atividades que seja consequente aos prejuízos funcionais ou estruturais de um estado de enfermidade; ou seja, o resultado psicossocial de um estado deficitário.

Variação na Intensidade das Manifestações Clínicas

A avaliação da intensidade ou da gravidade das manifestações clínicas de uma afecção patológica psiquiátrica é um elemento essencial para o diagnóstico nosológico em psiquiatria. Esta avaliação há de ser realizada diferentemente, na dependência das características clínicas de cada caso. Na prática, devem ser avaliadas, principalmente as seguintes características clínicas:

- = a) a relação entre o número e a intensidade dos sintomas (e, quando se tratarde enfermidades periódicas, a frequência dos acometimentos);
- = b) o risco que o transtorno ofereça para o paciente (risco pessoal) ou para outrem (o risco social);
- = c) o comprometimento do rendimento pessoal e do desempenho social e
- = d) o nível de consciência, tanto no sentido de vigilância, quanto no sentido de compreender a realidade e as consequências de suas ações e de suas circunstâncias.

É prática universal classificar os fenômenos patológicos, na medida de sua intensidade, em três tipos: -leves ou brandos, -moderados e -graves.

Embora

não haja consenso universal quanto à atribuição destes graus e de suas características, pode-se empregar um critério prático que reúne a percepção clínica, o seu nível de incapacidade e risco.

Sintomas, síndromes ou doenças de grau leve seriam aquelas que não influíssem claramente na conduta do paciente, não interferindo no desempenho de

seus

papéis sociais, em suas relações familiares nem em seus compromissos e tarefas

laborais. Na maioria das vezes, seus sintomas sequer são notados pelos circunstantes que apenas tomam conhecimento caso sejam relatados pelos pacientes. Ainda que possam não assumir o caráter de queixas quando, por exemplo, o paciente não tem consciência de sua enfermidade e não oferece qualquer risco pessoal ou social.

Nas doenças de grau moderado, haveria exteriorização dos sintomas psicopatológicos na conduta observável do paciente e a enfermidade exerceria, de alguma maneira, qualquer tipo de prejuízo ou dificuldade no desempenho dos papéis sociais, do relacionamento familiar ou do exercício profissional.

Uma doença de grau grave pode ser caracterizada e definida por incapacidade completa e permanente ou sério prejuízo no desempenho dos papéis sociais, do relacionamento familiar ou das tarefas profissionais. Ou quando a condição patológica ou suas manifestações induzam significativo risco pessoal ou social ou grande sofrimento à pessoa afetada ou a outrem. A estimativa da intensidade de um caso clínico (e a avaliação de sua influência como fator de risco pessoal ou social) é elemento importante para indicar a necessidade de hospitalização ou recomendar que seja dispensado do trabalho. E também pode influir em outras medidas práticas ligadas ao tratamento.

No últimos anos os governos estimularam uma campanha contra erros de internação ou tratamento nos hospitais públicos e chamaram a isto reforma psiquiátrica, e vez de reforma na assistência psiquiátrica pública. Como resultado, numerosos dependentes ds assistência psiquiátrica pública, mesmo extremamente necessitados de internação não a conseguem, ficando desassistidos.

Condição Patológica Primária ou Secundária

Não é comum que um paciente esteja afetado apenas por uma enfermidade, ainda que haja alguma que prepondere sobre as outras. Depois de avaliados e ponderados os dados descritivos da enfermidade, procura-se algum nexos de primariedade e secundariedade clínica entre as manifestações apresentadas.

É comum que mais de um diagnóstico seja feito em enfermo ou que diversas enfermidades coexistam em um paciente individual. Isso resulta na possível correlação de enfermidades e de diagnósticos. Mas o fato de duas condições patológicas coexistirem no mesmo enfermo não significa que devam estar relacionadas senão temporalmente. Uma coincidência. Alguém pode apresentar um quadro de esquizofrenia e enfermidade vascular simultaneamente, pode

apresentar simultaneamente depressão e mania em uma enfermidade bipolar,
pode apresentar um quadro de ansiedade e depressão simultaneamente sendo
que um destes casos precedeu o outro por um tempo razoável. Cada um
desses
exemplos pode ter interpretação semiológica diferente das outras.

No processo diagnosticador de matriz nosológica, identificados os sintomas e avaliada a gravidade do quadro clínico, ponderam-se os sintomas e outras manifestações, considerados primários ou secundários entre si. Os segundos são considerados consequências dos primeiros. Por isto, os sintomas, as síndromes e as enfermidades secundárias não têm o mesmo significado semiológico-diagnóstico das manifestações clínicas primárias. Podendo ser desprezados, na maioria das vezes. Embora, não se deva fazer o mesmo com as condições secundárias que impliquem obrigatoriamente na instituição de terapêutica sempre que forem diagnosticadas. Principalmente porque não respondem ao tratamento das patologias primárias subjacentes a elas. Essas noções importam para diagnosticar em psiquiatria. Uma enfermidade primária é a que antecede e ocasiona as secundárias. Uma enfermidade vascular pode ser primária em relação à hipertensão arterial que acarreta a obesidade pode ser considerada primária em relação a uma neuropatia que ocasione (esta, secundária àquela).

Uma doença depressiva pode ser primária ou secundária em relação aos prejuízos imunológicos que ocasione, a sintomas fóbicos ou obsessivos que desencadeie ou a neoplasias ou cardiopatias agudas que condicione. Entretanto, não se consideram os sintomas próprios de uma enfermidade como secundários a ela, ainda que seja raros. Por exemplo, a insônia e a anorexias depressivas são sintomas e não enfermidades secundárias à depressão. As diversas manifestações ansiosas em um quadro depressivo podem não ser consideradas secundárias ao estado depressivo, caso identificadas como sintomas de uma depressão ansiosa; e sintomas depressivos podem ser secundários a neoplasias da cabeça do pâncreas.

Deve-se considerar a diferença entre as noções de enfermidade primária e condição patológica secundária e as de sintoma primário e sintoma secundário, porque uma enfermidade (tida como primária) pode produzir outra enfermidade (esta, tida como secundária) ou sintomas secundários; e, junto a essa entidade

clínica primária, podem surgir sintomas da enfermidade secundária e esta situação precisa ser devidamente reconhecida pelo médico. Como a infecção oportunista que ocorre em uma enfermidade alérgica ou em uma doença que produza deficiência imunitária. Como se pode verificar quando se estuda a evolução histórica destes conceitos, as noções de enfermidade primária e enfermidade secundária trazem implícito o conceito nosológico de enfermidade.

O uso desses conceitos implica trabalhar mentalmente com as noções etiopatogênicas (de causalidade e de patogenia).

Designar uma enfermidade como primária significa identificá-la como expressão direta da entidade clínica de referência. Porque teriam etiologia ou patogenia comum ou porque seja determinante (condicionante ou causal da secundária). À enfermidade primária se considera original e a enfermidade secundária, uma manifestação clínica decorrente da primária. A manifestação clínica secundária, por sua vez, é uma consequência de outro sintoma, de uma outra doença ou de uma situação psíquica especial que não é aquela que está sendo diagnosticada.

Por exemplo, o prurido pode ser componente primário de um quadro de icterícia colestática hepática; ou pode resultar também de um eczema crônico ou ser uma manifestação psicossomática, caso seja causada por uma preocupação com sua enfermidade. Manifestações clínicas primárias e secundárias de um mesmo quadro clínico têm significações diagnósticas diferentes e diferentes implicações terapêuticas e prognósticas. Fato que não pode ser esquecido por quem diagnostica para tratar, como acontece na experiência clínica quotidiana (e pode ter importância mínima para quem realiza perícias ou auditorias em planos de saúde). Aqui se mostra um dos pontos teóricos mais débeis dos diagnósticos descritivos em psiquiatria e, igualmente, do conceito de comorbidade. Mas pode exercer influência no exercício da clínica geral.

Correlação das Doenças com seus Diagnósticos

Uma mesma enfermidade pode apresentar formas clínicas diferentes, inclusive no mesmo paciente. Além do que, um mesmo paciente pode apresentar mais de uma enfermidade, cada uma delas de uma qualidade diferente. A diversidade das formas clínicas de uma mesma enfermidade e a possibilidade de um enfermo apresentar mais de uma condição patológica são importantes viéses do procedimento diagnosticador e aparecem como responsáveis por muitos diagnósticos equivocados.

Quando se empregam sistemas nosográficos para o registro de diagnósticos (ou para reconhecer quadros clínicos) usa-se o conceito de comorbidade para indicar coexistência de dois ou mais diagnósticos em um mesmo paciente. Há quem acrescente a exigência de correlação entre as afecções patológicas componentes desta situação e, quando não houver tal correlação, denomine a presença de diferentes categorias diagnósticas de co-ocorrência. A noção de comorbidade é típica do modo descritivo de diagnosticar em psiquiatria, porque não detém qualquer pretensão nosológica nem estabelece qualquer relação entre os "transtornos".

Como parece natural nesta situação, o conceito de comorbidade se refere à coocorrência de diferentes diagnósticos ou a características descritivas de transtornos e não à coexistência de entidades clínicas ou doenças definidas.

Os conceitos de comorbidade e coocorrência podem ser mais um esforço ideologizado (tipo conduta exibicionista de novo rico que descobre uma palavra proparoxística nova ou de redescobrir a pólvora e a roda, típica deste tempo). Mas também podem significar um valioso investimento para incluir elementos em uma lista nosográfica ou promover indicações terapêuticas.

Quando se usa critérios explicativos ou nosológicos para diagnosticar, emprega-se a noção de coexistência ou associação de enfermidades. E esta é substancialmente diferente do conceito de co-ocorrência de diagnósticos (com ou sem alguma correlação).

A defesa da superposição de diagnósticos e não da superposição de enfermidades é típica da posição doutrinária fenomenista de caráter descricionista. Tem a mesma natureza da separação do conceito, da palavra ou da definição das coisas reais a que estes construtos se referem.

Os autores fenomenistas e neopositivistas negam a possibilidade da definição real, isto é, a definição de objetos materiais. Pretendem que as definições (como os conceitos) se refiram unicamente às palavras. Bem como confundem o conceito com a palavra. Só definem as palavras, e sustentam que essas não se referem aos objetos a que se referem (sic).

Associação e Coexistência e
Coocorrência de Enfermidades

A noção ontológica de enfermidade específica aponta para convicção em um

construto real e singular da enfermidade como propriedade (enfermabilidade) ou estado de um ente biológico.

Esta perspectiva ontológica de enfermidade, característica do materialismo, assume a realidade de uma entidade abstrata como abstração. Um ser vivo pode apresentar e frequentemente apresenta, mais de uma enfermidade simultaneamente. A perspectiva ontológica que assume algumas entidades mórbidas como fenômenos reais e distinguíveis por si mesmos de tudo o mais que existe no mundo da realidade, não conflita com a perspectiva fisiológica que se refere à caracterização como patológica com variações do funcionamento orgânico ou psicossocial. Caracterização que decorre da identificação do caráter danoso dessa variação. Porque, como afirmava Letamendi, é o caráter danoso que caracteriza os fenômenos patológicos induzidos por influências patogênicas, chamadas de patogênicas porque são danosas.

Quadros clínicos diferentes (definidos ontológica ou gnosiologicamente) podem se manifestar simultaneamente em um mesmo doente como enfermidades mistas ou enfermidades associadas, como são chamadas há mais de dois séculos na psiquiatria. Quando se trata de sintomas ou síndromes compatíveis com uma única enfermidade coexistindo no mesmo quadro clínico, isto não desperta a mínima atenção, por se tratar de uma variação normal. Só muito raramente o quadro clínico de uma enfermidade se apresenta com todos seus sintomas possíveis. No primeiro caso, quando se diagnostica mais de uma síndrome ou mais de uma entidade nosográfica em um paciente (caracterizada apenas descritivamente). Usa-se o conceito de comorbidade só quando se refere a transtornos (disorders). Este conceito ignora as diferenças entre as condições patológicas e se prende exclusivamente à sua forma ou à sua aparência.

No século XIX, já se usava o conceito de enfermidade associada para indicar a coexistência de entidades clínicas qualitativamente diferentes, como tuberculose pulmonar em deficiente mental, depressão endógena e apendicite. E se denominava de enfermidades mistas às manifestações clínicas que reunissem formas clínicas diferentes de uma mesma linhagem nosológica. Como as doenças timopáticas mistas, que reuniam sintomas depressivos e maníacos ou, em outro caso, os quadros clínicos esquizopáticos com sintoma paranóides e hebefrênicos ou uma neoplasia primária e suas metástases.

Depois, surgiram os conceitos de condição patológica primária e de condição patológica secundária ou de Condições patológicas mistas e de condições patológicas associadas. Essas noções são características do diagnóstico nosológico. Conceitos que implicam ou derivam da concepção da enfermidade como espécie mórbida, 22 derivado do conhecimento (ao menos hipotético) da etiologia e da patogenia da condição clínica

que estiver sendo diagnosticada. Ou de uma teoria razoável para apoiar essa concepção.

O nominalismo é uma atitude gnosiológica oposta ao realismo e ao materialismo pode restringir-se ao significado das palavras, recusando a possibilidade de conhecer os objetos reais. Tal tendência doutrinária de base empirista (principalmente o positivismo lógico) é originada no nominalismo e no conceitualismo e usa conceitos, proposições e definições nominais (de palavras) como se fossem as únicas expressões da realidade. Recusam os conceitos, as proposições e as definições reais (que se referem aos objetos materiais). Pretendem que o conhecimento se refira unicamente às palavras e não às coisas materiais ou reais.

A dispnéia pode ser sintoma axial da insuficiência respiratória canalicular ou ventilatória, pode ser secundária ao transtorno de pânico com predominância de sintomas respiratórios. A hipertermia pode ser o sintoma central de uma síndrome infecciosa, mas pode ser secundária à desidratação, a hipertiroidismo, a edema cerebral intenso, a síndrome neuroléptica maligna.

22

A espécie é a entidade taxonômica mais elementar da nosologia.

Um quadro de glaucoma pode provocar forte dor ocular com irradiação frontotemporal, quadro doloroso que a expressão involuntária torne muito evidente ao observador e, dessa maneira, obscureça ou dissimule a enfermidade subjacente; induzir condutas regressivas que propiciem o surgimento de um quadro histriônico dissociativo, que se torne muito evidente para os circunstantes do paciente por sua dramaticidade ou por suas características esquizomorfias. Neste caso, a cefaléia deve ser tida como secundária ao glaucoma. Da mesma maneira, cefaléias e lombalgias costumam ser secundários a estados depressivos (mesmo de intensidade relativamente baixa -leves ou moderados). Analogamente, estados depressivos podem ser resultantes de manifestações álgicas muito intensas ou prolongadas, que produzam desalento e agridam autoestima.

Um paciente com tendência genética a colagenoses pode apresentar uma síndrome semelhante ao lúpus (lupus-like, costuma-se dizer) secundária ao consumo de certos medicamentos. Medicamentos que, em outro caso, podem desencadear um quadro de lúpus eritematoso sistêmico genuíno e, portanto, primário. No primeiro caso, a suspensão do uso da substância provoca o desaparecimento ou, no mínimo, sensível diminuição da intensidade do quadro. No segundo caso, a enfermidade desencadeada segue seu curso, a despeito de haver sido removido o agente desencadeador. Porque este já terá cumprido seu papel naquele processo mórbido.

É possível que sintomas de linhagens patológicas diferentes coexistam em um mesmo quadro clínico, nas enfermidades associadas. E os sintomas secundários podem decorrer da própria experiência vivencial da enfermidade. Por exemplo, pacientes com dengue, gripe ou SIDA podem apresentar depressão secundária à virose. Mas, ao lado disto, a diminuição da eficácia do sistema imune pode ser (emuito frequentemente é) sintoma secundário de uma enfermidade depressiva. Sintomas pulmonares de uma infecção atual (enfermidade por dano positivo) podem se misturar com sintomas pulmonares degenerativos resultantes de

afecções anteriores ou lesões crônicas de enfermidades pré-existentes, como o enfisema pulmonar.

Os médicos materialistas ontológicos e realistas gnosiológicos não se solidarizam com essa ideologia. Mas devem procurar saber porque está sendo cultivada, já que seu propósito é utilitário e um objeto pode ter várias utilidades.

Quando há condições de se empregar diagnósticos nosológicos, é melhor empregar os critérios clássicos de enfermidades associadas e enfermidades mistas, conforme for o caso. Ao menos pra quem não deseja redescobrir a pólvora.

Caso o psiquiatra não saiba diagnosticar e considere cada categoria nosográfica como uma enfermidade, gerar-se-á um erro iatrogênico induzido pelo sistema com suas consequências iatrogênicas porque se acumulam medidas terapêuticas pela presunção comum de que cada "morbidade" deva ser tratada individualizadamente.

Ponderação dos Fatores Etiopatogênicos

Este momento se confunde com o reconhecimento de gênero psicopatológico (enfermidade cerebral, sintomática, tóxica, endógena, psicógena, do desenvolvimento) e conduz diretamente ao diagnóstico específico da enfermidade.

Para realizar a ponderação dos fatores etiopatogênicos de uma enfermidade psiquiátrica em via de ser diagnosticada, promove-se a avaliação da personalidade pré-mórbida e faz-se um levantamento sintético dos processos biológicos, psicológicos e sociais constituintes da dimensão pessoal básica do examinado.

Em todos os demais casos, levantam-se dos fatores etiológicos que podem ocasionar a patologia (os fatores etiológicos), determinar os mecanismos produtores de danos e sintomas (fatores patogênicos) ou influir no adoecer como processo evolutivo, como desencadeadores, agravantes ou atenuantes.

Isto feito, submete-se às provas possíveis de identificação da etiologia.

Quando

os exames subsidiários não indicarem a informação necessitada, a identificação

do fator ou dos fatores etiológico(s), retoma-se o processo no momento do diagnóstico diferencial e reinicia-se o procedimento diagnosticador.

Birbaum, estudando a estrutura das enfermidades psiquiátricas, distinguia os

fatores patogênicos dos patoplásticos. Denominava patogênicos aos fatores que

originavam diretamente a enfermidade e chamava de fatores patoplásticos àqueles que modelam a condição patológica, determinando apenas sua

forma,
sem interferir na sua origem ou na sua natureza, como acontece em tantas situações nas quais a constituição física do paciente influi na forma de sua enfermidade e em características de seu curso.

Alguns fatores (biógenos ou sociopsicógenos) desencadeadores de enfermidades podem ser patogênicos em uma enfermidade e patoplásticos noutra, como se vê logo adiante. Essas noções foram muito importantes na evolução da concepção médica sobre as enfermidades psiquiátricas.

A ponderação dos fatores etiopatogênicos considera as três dimensões da existência humana, biopsicossocial. Considera ainda os três momentos de sua vida, seu passado e a perspectiva do seu futuro que influenciam seu presente.

Nesse momento do procedimento diagnosticador, avaliam-se os fatores biológicos, psicológicos e sociais que possam influir ou condicionar aquele caso

em exame; assim, procura-se determinar o papel de cada um deles naquele caso clínico concreto.

Este momento do diagnóstico se estrutura a partir do levantamento e da ponderação dos dados da história clínica, dos antecedentes e dos exames (físico,

psíquico e complementares). Sendo, na prática, indistinguíveis os fatores psicológicos dos sociais. Esse momento do procedimento diagnosticador se confunde na psiquiatria com o reconhecimento do gênero psicopatológico (enfermidade cerebral, somática, tóxica, endógena, psicógena, do desenvolvimento). Para isto, promove-se a avaliação da personalidade pré-mórbida e faz-se um levantamento sintético dos processos biológicos, psicológicos e sociais constituintes da dimensão pessoal básica do examinado. E

que podem ocasionar enfermidades (fatores etiológicos), determinar os mecanismos produtores de danos e sintomas (fatores patogênicos) ou influir no

processo de adoecer como processo evolutivo, como desencadeadores, agravantes ou atenuantes. A identificação da etiologia e da patogenia por meio

de exames subsidiários sela este momento do processo de diagnosticar porque

permite estabelecer o diagnóstico específico, o reconhecimento da explicação

etiológica da enfermidade em foco.

O Diagnóstico Específico consiste no reconhecimento de uma Espécie de enfermidade ou de condição patológica (que também pode ser denominada como uma Entidade Clínica ou Condição Patológica Específica). Isto é, o diagnóstico específico se refere ao reconhecimento técnico-profissional de uma

enfermidade que afeta aquele paciente que estiver sendo o objeto do procedimento diagnosticador. Este momento da especificação diagnóstica é o momento eminentemente médico do diagnóstico: a realização do diagnóstico específico.

Trata-se do reconhecimento da entidade clínica, da espécie de enfermidade que

o paciente examinado apresenta e, quando for o caso, de sua variedade, o que

implica na identificação de sua etiopatogenia e previsão de seu curso. O diagnóstico específico só se completa com o conhecimento dos fatores causais

e seus mecanismos patogênicos. Por isso, este momento do processo diagnosticador pode e deve ser denominado momento explicativo do diagnóstico (ou do diagnóstico nosológico).

Lembrar que o sufixo *logos* originalmente significa razão explicativa, sua tradução como

palavra, verbo, estudo e livro são meros sentidos acrescentados posteriormente ao seu significado original (como verbo no Gênesis).

O diagnóstico específico (identificação da condição patológica ou entidade nosológica) só se completa no, por isto mesmo, chamado diagnóstico nosológico, que resume a explicação da qualidade mais essencial da enfermidade, sua causa. Inclui o reconhecimento da espécie patológica (a entidade clínica específica, como a doença de Crohn, enfermidade de Cushing,

tuberculose) e, se for o caso, da variedade daquela espécie que está acometendo o paciente examinado (neurotuberculose, tuberculose miliar, mal de

Pott). Um dos objetivos essenciais da Medicina é buscar a causa da enfermidade

objetivando sua profilaxia, seu prognóstico e seu tratamento. O diagnóstico etiológico é o momento culminante do procedimento diagnosticador e seu objetivo essencial, o reconhecimento de sua fisiopatologia.

Todas as demais etapas e procedimentos que o antecedem estão subordinados

ao reconhecimento dos fatores etiológicos (objetivo mais importante e mais essencial de qualquer diagnóstico médico). No momento explicativo-etiológico

do diagnóstico médico são avaliados e ponderados os fatores etiológicos (determinantes), fatores patogênicos (os mecanismos da condição patológica) e

os fatores patoplásticos (que contribuem para a configuração aparente da enfermidade, sua forma). Diferenciam-se também as condições patológicas primárias das secundária. A condição patológica secundária é determinada pela

primária, é praticamente uma condição sintomática da primária. Neste momento da execução do diagnóstico médico (especialmente do diagnóstico psiquiátrico), quando for possível, identificam-se os fatores causais e outros que interagem para determinar a enfermidade. O diagnóstico de uma lesão cutânea típica pode ser dado imediatamente pela inspeção do paciente no primeiro momento do exame. Da mesma maneira que um exame complementar pode possibilitar o diagnóstico nosológico causal de uma enfermidade antes que ela manifeste qualquer sintoma perceptível pelo paciente.

Ao contrário do que sucede na Patologia Geral e no diagnóstico dos enfermos somáticos, em que é relativamente comum que se identifique um único agente etiológico, na psiquiatria atende-se, na maioria dos casos, ao princípio da multicondicionalidade integrada. Isto é, as doenças do psiquismo são determinadas, usualmente, pela interação simultânea e, muitas vezes, sinérgica de diversos fatores biológicos e psicossociais, nem sempre identificáveis todos.

A esta dificuldade, soma-se o conhecimento insuficiente acerca da etiologia precisa e dos mecanismos patogênicos da maioria dos casos de doença mental.

À medida que se acumulem conhecimentos sobre a etiologia e a patogenia, estas se correlacionem com o quadro clínico, o diagnóstico etiológico haverá de ser elaborado com mais precisão, segurança, confiabilidade e validade.

O procedimento diagnóstico é realizado da mesma maneira com que se resolve qualquer problema lógico. No caso, o problema lógico se expressa na seguinte indagação: qual a enfermidade que afeta este paciente examinado?

Os passos para solucionar qualquer problema lógico são:

- a) primeiro, deve-se entender o problema a ser resolvido;
- b) segue-se a elaboração das associações, correlações entre os conteúdos de um problema com os conhecimentos pré-existentes sobre ele (por isto, para diagnosticar, é preciso que se reconheça cada elemento clínico do caso);
- c) a seguir, vem o passo importantíssimo da construção das hipóteses diagnósticas (quais os diagnósticos possíveis em tal caso?);
- d) após, verificam-se as hipóteses diagnósticas, que podem ser comprovadas ou recusadas, seja pelo raciocínio ou pela prática concreta (inclusive exames laboratoriais ou psicodiagnósticos);
- e) caso não sejam comprovadas as hipóteses, devem ser elaboradas novas hipóteses que serão processadas inteligentemente e reavaliadas, considerando-se novos elementos de inclusão e exclusão, até que se encontre um diagnóstico que satisfaça as exigências do

processo.

Caso não se conheçam os fatos possíveis de resolverem o problema diagnóstico, há de se elaborar hipóteses que, verificadas, possam resolver esse problema, como aconteceu em todas as outras especialidades médicas. A etiologia permanecendo ignorada, adota-se uma hipótese possível que será verificada cientificamente.

Conotações do diagnóstico nosológico: do ponto de vista da enunciação verbal, para que possa ser considerado completo do ponto de vista técnico e nosológico, o diagnóstico médico deve ser elaborado e expresso de tal maneira que fique claro nele o nível de complexidade (aqui denominado o gênero da condição patológica) que menciona (sintoma, síndrome ou entidade clínica), bem como de sua identificação como entidade específica em função de sua explicação.

A identificação de uma certa condição patológica específica mais complexa (mas identificada genericamente como, por exemplo, leucemia, sífilis, vasculopatia) exige o reconhecimento da forma clínica específica que esteja contida nela (qual a variedade da espécie que está sendo diagnosticada, como leucemia linfocítica aguda, paralisia geral progressiva, estenose mitral reumática).

A coisa não é tão simples quando se considera enfermidades de explicação desconhecida e, muitas vezes, sem sequer hipóteses explicativas, restando só suposições ou especulações sem fundamentação prática ou teórica.

Esta sequência de procedimentos para diagnosticar não se completa na identificação da espécie morbosa. A necessidade clínica impõe ainda alguns passos complementares e necessários: a personalização do diagnóstico, o estabelecimento do seu grau de verossimilitude, o prognóstico e o seu enquadramento nosográfico. A forte suspeita de uma enfermidade específica pode surgir na mente do médico desde que olha paciente pela primeira vez. Muitos quadros clínicos podem se enquadrar nessa possibilidade. Ou a suspeita pode brotar de uma informação mais ou menos ocasional surgida em um momento precoce da entrevista, como pode emergir de um dado do exame físico.

Qualquer uma dessas situações e muitas outras mais podem induzir o médico a pedir um exame que elucide definitivamente o diagnóstico específico e definitivo daquele caso e faça o processo passar imediatamente para a fase final, o momento que se segue da personalização do diagnóstico.

Personalização do Diagnóstico Médico

A sequência de procedimentos aqui exposta para diagnosticar não se completa na identificação da espécie morbosa que o paciente possa apresentar. O médico costuma precisar mais que isto para planejar a terapêutica do enfermo. A necessidade clínica impõe ainda alguns passos complementares e necessários: a personalização do diagnóstico, o estabelecimento do seu grau de

verossimilitude, o prognóstico e o seu enquadramento nosográfico. Quando então, o procedimento diagnosticador terá sido completado.

Agora se percebe o que significa a definição de diagnóstico como a identificação da enfermidade de um enfermo. Pessoa enferma que não é apenas o "portador" ou o "paciente" de sua enfermidade, é o ser humano afetado pela enfermidade. Médico não diagnostica enfermidade cujo nome agrida o paciente.

O objeto do tratamento é o paciente, a pessoa cuja sanidade está comprometida por uma enfermidade. O diagnóstico médico, sobretudo quando objetiva a orientação da terapêutica (o que acontece na maioria dos casos na rotina clínica), deve ser ajustado à realidade singular, pessoal e individual do paciente para que possa ser eficaz na orientação da terapêutica. Tal ajustamento se dá, principalmente, pela identificação das características pessoais mais importantes para o caso e o reconhecimento de suas circunstâncias existenciais. Isto se denomina individualização ou personalização do diagnóstico.

O diagnóstico personalizado ou individualizado encerra o procedimento diagnosticador e aponta para a terapêutica. Porque, nunca é demais repetir, os médicos não tratam doenças, tratam doentes, com suas peculiaridades e suas idiosincrasias. Nenhum médico deve perder esta verdade de vista para não se perder como médico, nem perder seu paciente. Essa é uma realidade essencial para o desenvolvimento do método clínico e do modelo médico: diagnosticam-se enfermidades, mas o tratamento se dirige para os enfermos. Sempre. Como sucede com muitos outros itens deste livro, este merece um livro inteiro. Aqui,

o autor contenta-se em levantar este problema tão negligenciado. Nesse procedimento de individualização ou personalização busca-se levantar as características da personalidade e as circunstâncias existenciais da pessoa, objetivando dois aspectos muito importantes para o processo terapêutico:

= a) as características especiais que a afecção assume naquela pessoa, não apenas em função de suas peculiaridades orgânicas, mas em função de suas circunstâncias psicossociais, incluindo as familiares e as laborais; e

= b) a repercussão específica daquela enfermidade naquela pessoa e suas crenças e valores, bem como nas suas demais circunstâncias existenciais.

O momento personificador do diagnóstico (ou diagnóstico personalizado) é mais que um esforço de humanização da assistência, é seu ponto culminante. No

procedimento de individuação ou personalização buscam-se as características da personalidade e as circunstâncias existenciais da pessoa enferma, objetivando dois aspectos importantes para o processo terapêutico. E, ao proceder assim, estabelece-se a necessária vinculação entre a enfermidade e o enfermo.

Essa vinculação personificadora que se dá em três momentos:

= a) as características especiais que a afecção patológica assume na pessoa, não apenas em função de suas peculiaridades orgânicas, mas em função de suas circunstâncias psicossociais, incluindo as familiares e as laborais; e

= b) a repercussão daquela condição patológica naquela pessoa e nas suas circunstâncias;

= c) qual a influência que as características biológico-individuais (idade, sexo, outras enfermidades) e sócio-pessoais (situação no trabalho, na família, na sociedade) poderiam ter nas manifestações clínicas e na evolução provável daquela enfermidade.

Graus de Convicção e Confiança do Diagnóstico Médico

Como qualquer informação do senso comum ou científica, os diagnósticos médicos podem ser expressos pelo médico que o executa com diversos graus de convicção. E, por isto, podem merecer diversos graus de credibilidade e inspirar diferentes graus de confiança, o que deve ficar explícito no procedimento diagnosticador, como dever do médico para com seus leitores.

Como sucede com praticamente todas as proposições do conhecimento científico, o grau de convicção implícita em um diagnóstico médico deve corresponder à confiança subjetiva proporcionada pela certeza de que, em sua construção, não foram omitidos quaisquer procedimentos diferenciais e em sua comunicação estão presentes todos os elementos necessários e compatíveis com o estado atual do conhecimento. Contudo, não se deve confundir o grau de convicção da elaboração diagnóstica com a confiabilidade que pode merecer seu enquadramento nosográfico.

O que se pode denominar de credibilidade diagnóstica em Medicina é o crédito ou grau de confiança que um diagnóstico médico pode merecer pelo fato de examinadores diferentes concordarem com ele. A validade de um diagnóstico indica a correspondência entre ele e a enfermidade a que se refere. A validade e

a fidedignidade são características gêmeas e indispensáveis de cientificidade. Como qualquer outra proposição científica, o crédito de um diagnóstico médico possa merecer depende de sua confiabilidade e de sua validade. Por causa disto, tais atributos deveriam ser definidos na sua enunciação, de maneira explícita ou implícita. O que, por sinal, deve ser a ambição dos médicos, especialmente dos psiquiatras desta geração tão influenciada pela atitude científica.

O assim chamado status científico de uma informação (qualquer que seja) é determinado pela situação da informação na seguinte hierarquia:

v

um fato verificado (assertiva demonstrável – nas ciências ideais -ou comprovável – nas fáticas, pelo diagnóstico diferencial) e explicável, cuja verificação é obtida através do emprego de uma metodologia reconhecida como confiável ou prova científica, que os positivistas preferem chamar de evidência;

23

v

uma hipótese (achado dedutivo com possibilidade de ser comprovável que ainda não foi comprovado na prática, um fato possível de ser verdadeiro por ser semelhante a outro já demonstrado ou comprovado, uma explicação análoga a outra tida como confirmada);

v

uma suposição (ideia possivelmente viável, mas sem fundamento no conhecimento já estabelecido ou sem meios para que isto seja feito); e

v

uma especulação (informação possível em tese, mas improvável ou sem qualquer evidência de viabilidade ou de possibilidade de verificação, uma aventura diagnóstica).

Os diagnósticos nosológicos podem brotar de indícios que não estão presentes nas listagens nosográficas oficiais, mas correspondem à caracterização clínica da enfermidade. O que sucede muito com numerosos diagnósticos em casos de urgência que exigem pronto atendimento. Nem por isto, deve-se deixar de diagnosticar a entidade clínica, ainda que seu registro nosográfico possa ou deva não ser realizado na mesma rubrica.

Considere-se um exemplo: uma paciente vem à consulta com um quadro depressivo clássico que iniciou com perda de cabelo; conta que há dois anos, teve idêntica experiência, com sintomas menos intensos. Tratada e recuperada, tem alta. Dois anos depois, volta queixando-se apenas de queda de cabelo.

Quem há de não diagnosticar e tratar como depressão?

Apesar disto, os dados são insuficientes para enquadrar como categoria nosográfica típica. O caso clínico deve ser diagnosticado como depressão, tratado como depressão e registrado como puder ser em uma rubrica qualquer do programa nosográfico adotado pelo serviço onde isto ocorrer.

23 No fim deste capítulo, acrescento umas notas sobre o conceito de evidencia como prova científica.

Diagnóstico Diferencial

A realização do diagnóstico diferencial no processo diagnosticador configura outra atividade tipicamente médica. Trata-se da etapa do procedimento diagnosticador na qual o médico responde às perguntas: se a enfermidade não for esta que está sendo cogitada, qual seria ou poderia ser? E porque não seria uma das outras sugeridas no momento anterior? Já se disse que os exercícios de diagnóstico diferencial consistem na comprovação de confiabilidade de um diagnóstico médico. Aqui se realiza a contra-prova do raciocínio envolvido do processo de diagnosticar.

O procedimento do diagnóstico diferencial é um exercício de confirmação do diagnóstico feito que busca distinguir uma enfermidade de outras semelhantes que possam ser confundidas com ela. Consiste na comparação com as afecções patológicas que compartilhem características clínicas comuns, por meio de uma avaliação crítica e outros meios de diferenciação.

Na prática compara-se o diagnóstico realizado com outro ou outros possíveis naquele caso concreto. Este momento do processo diagnosticador é aquele em que se busca verificar se a condição patológica identificada em termos de probabilidade, é submetida à contraprova das manobras de comparação com os semelhantes.

Na prática clínica, depois da construção das hipóteses diagnósticas (isto é, a elaboração da lista de diagnósticos possíveis para um certo caso), o procedimento do diagnóstico diferencial parece ser a tarefa inteligente mais elaborada do processo diagnosticador.

O diagnóstico diferencial é o que poderia ser chamado a prova dos nove do processo diagnosticador. Caso seja realizado com eficácia, pode ser a prova de certeza que o diagnóstico da enfermidade está correto. A prova de sua veracidade ou, ao menos de sua verossimilhança. De qualquer modo, é um excelente indicador de confiabilidade e de validade. Sempre que se elabora um diagnóstico médico deve-se considerar a possibilidade deste estar errado e,

por isto, deve-se procurar verificar pelos meios possíveis, se aquele quadro clínico não deve ser diagnosticado diversamente. O que se faz utilizando o processo de comparar o diagnóstico obtido com outros prováveis ou possíveis naquele caso. Se não for esta doença, qual poderia ser neste paciente que estou examinando?

Para responder a esta indagação, faz-se uma lista de diagnósticos possíveis e busca-se descobrir, em cada caso, qual o elemento diferencial ou quais os elementos diferenciais existentes. O mero reconhecimento da hipótese verdadeira, dentre as elencadas, costuma ser simplesmente um exercício mnêmico. Ainda que exames complementares, por fornecerem prova objetiva, possam substituí-lo inteiramente (como já acontece com a ponderação dos fatores etiológicos possíveis e o diagnóstico específico). Mas se estes passos não forem dados, o diagnosticador não saberá sequer solicitar os exames pertinentes para estabelecer a diferenciação.

Enquadramento Nosográfico do Diagnóstico Psiquiátrico

Essa é a hora de empregar a CID-10, pois é o momento administrativo da diagnose. Na maior parte dos diagnósticos das condições clínicas somáticas, não se verificam dissonâncias importantes entre os diagnósticos nosológicos (ou das entidades clínicas) com as rubricas nosográficas da CID-10, que é o instrumento para este efeito mundialmente adotado. O que absolutamente não se dá com o diagnóstico médico psiquiátrico.

Após ter sido feito o diagnóstico psiquiátrico, seguindo-se uma teoria de referência, deve-se enquadrar aquele diagnóstico em um sistema nosográfico, que permita seu emprego administrativo em relatórios de produção de serviços, estatísticas epidemiológicas, faturamento e outras medidas de gerência sanitária.

Os sistemas nosográficos usados hoje para registrar diagnósticos psiquiátricos são os DSMs (elaborados e comercializados pela associação profissional dos psiquiatras norte-americanos) e a CID-10 (elaborada pela OMS, é uma espécie de decalque da anterior). O fato de existirem dois sistemas coloca uma dificuldade inicial. Ainda mais quando a duplicidade decorre mais de fatores econômicos, ideológicos e políticos do que de necessidades da técnica ou da ciência.

O DSM é usado basicamente na medicina americana e mundialmente para citar diagnósticos em publicações científicas. Recentemente, após a publicação do DSM-V, o NIH-Instituto Nacional de Saúde americana posicionou-se de maneira inédita e contra a corrente, de que não mais utilizariam os diagnósticos do DSM para se referir a diagnósticos em pesquisa médica. 24

24 Hounie, A. Comunicação pessoal.

Por causa de disputas políticas (inclusive de afirmação de hegemonia cultural e, principalmente, de hegemonia econômica e política), além de motivações financeiras (a renda que a comercialização destes instrumentos nosográficos proporciona para quem os fabrica e comercia e vantagem que eventualmente propiciam para quem fabrica e comercia produtos farmacêuticos), estes róis de diagnósticos são artefatos ideológicos e mercadorias. O que deve ser lembrado por todos quando eles são escolhidos, porque qualquer um destes motivos é, por si só, motivação suficiente para uma intensa disputa de mercado. Disputa na qual, é muito raro que seus motivos reais sejam claramente explicitados, quanto mais, publicados.

Como será possível defender um sistema diagnosticador carente de validade e incapaz de prognosticar para justificar investigações científicas terapêuticas e tratamento dos pacientes na clínica ?

Seu uso na Psiquiatria Forense também deve ser vedado pela impossibilidade fazer prognóstico confiáveis. 25 E o prognóstico é essencial ali.

A localização de um diagnóstico médico nas tabelas nosográficas em geral se processa diretamente. O registro nosográfico do diagnóstico médico-psiquiátrico, no entanto, oferece algumas peculiaridades, de acordo com o sistema nosográfico empregado.

Na CID-10 não existem eixos diferenciados para registrar os diagnósticos psiquiátricos. O DSM-III e o DSM-III-R levavam em conta 5 eixos de avaliação (que correspondem, ao menos em parte, aos gêneros psicopatológicos):

I -Identificação da síndrome clínica.

II -Registro dos transtornos do desenvolvimento e da personalidade e dos mecanismos de defesa mais comumente adotados.

III -Transtornos físicos e enfermidades corporais potencialmente capazes de influir, como fatores patogênicos ou patoplásticos, no quadro clínico atual.

IV -Avaliação da gravidade dos estressores psicossociais potencialmente capazes de exercer influência sobre o quadro clínico atual.

25 Palomba, Guido Arturo. Tratado de Psiquiatria Forense. São Paulo. Ed. Atheneu, 2003 Página 141

Do ponto-de-vista das exigências diagnósticas do DSM-III-R, o estresse deve ter acontecido no último ano e contribuído para o surgimento de uma enfermidade nova, ou para a recidiva ou recrudescimento de uma afecção patológica preexistente. Sua gravidade é avaliada segundo uma escala de seis graus. A avaliação é feita ponderando-se o efeito exercido sobre uma pessoa média, do grupo socioeconômico e cultural do paciente, se a situação foi desejada pelo paciente ou se estava sob seu controle.

V -Avaliação global do desempenho psíquico, social e ocupacional do examinado. Momento em que se procede à avaliação sintética do desempenho individual, considerando-se o rendimento das funções psíquicas, os padrões de relacionamento com os demais (sociabilidade) e o rendimento no trabalho, a validade laboral.

O emprego das listas nosográficas para fazer diagnósticos médicos é uma deformação irracionalista que infelizmente está se tornando muito comum. Porque inverte o procedimento lógico de diagnosticar e, como instrumento cognitivo científico, só garante a produção de diagnósticos sindrômicos ou de sintomas.

Por exemplo, não é possível garantir que todos os casos diagnosticados como transtorno depressivo ou transtorno esquizofrênico, sejam casos de doença depressiva ou esquizofrenia doença ou apenas conjuntos de sintomas assim denominados. O que muita gente não percebe e usa esses conceitos como sinônimos.

Atualmente, parece cada vez mais importante que os psiquiatras possam diferenciar as noções de entidade nosológica (condição clínica reconhecível e explicável por sua etiopatogenia e evolução previsível) da entidade nosográfica (categoria patológica convencional a partir de seus elementos descritivos e carente de explicação etiopatogênica aceitável).

7. Esquema Diagnóstico Nosológico de José Otávio de Freitas Jr, modificado
"Qui bene diagnosticit bene curat"
(Quem diagnostica bem, trata bem).
Aforisma Médico Latino

Prescrever é prática inerente ao raciocínio clínico aprendido, desenvolvido e treinado nas faculdades de medicina. Sem isto, a prescrição será temerariamente limitada a sintomas, com os graves erros provocados, consequências e acidentes que isto traz. O conhecimento da fisiopatologia, o raciocínio fisiopatológico, etiológico e farmacológico, são alguns dos elementos que, consolidados pelo estudo e treinamento da clínica, além de avaliados pela experiência conscienciosa, caracterizam o ato médico de diagnosticar.
Fernando Portela

O modo de diagnosticar de José Otávio de Freitas Jr. é um programa de diagnóstico explicativo misto, dimensional e categorial, multiaxial, disposto em quatro ordens superpostas, em cada uma das quais se elabora uma rubrica diagnóstica. O diagnóstico final sintetiza os anteriores. Os planos diagnósticos são: síndromes, constituição, diagnóstico da classe nosológica, disposição, fatores etiológicos predominantes. Estes elementos podem servir para um esquema pronto para ser informatizado em um prontuário eletrônico.

Quando se comparar este capítulo com o esquema descrito na revisão histórica do diagnóstico, há de se constatar que este autor tomou a liberdade de fazer alguma pequenas mudanças, com a esperança que José Otávio haveria de concordar com elas se pudesse vê-las hoje.

Diagnóstico Sindrômico

Sintetiza o quadro clínico atual do paciente, através da descrição dos sintomas e das síndromes clínicas elementares. Importa ressaltar seu caráter descritivo amplo e a importância de evitar, a todo custo, qualquer preconceito monossindrômico. Devem ser diagnosticadas tantas síndromes elementares quantas forem observadas diretamente, resultarem de informações do

paciente
ou de terceiros, ou que surgirem de exames complementares biológicos ou psicológicos.

Deficiência global/Déficits específicos
Disestesia,
Dismnésia,
Discinesia/Dispraxia,
Distímia/Hipertímia/Euforia/Hipotímia/Disforia,
Hiper/Hipoemotivo/Distímico interpessoal,
Astenia/Estenia,
Ansiedade/Angústia,
Fobia/Intimoraticidade,
Hipondria,
Anancásticidade/Ruminação
Paranóia/Autorreferência,
Derreísmo/Delusões,
Hipobulia/Apatia,
Hiperbulia impulsiva,
Disgripnia/Disoréxia,
Parafilia,
Comportamento Disgenital,
Disprosexia,
Inibição/Desinibição/Conversão/ Dissociação,
Dissolução da consciência/Coma

Curso da Doença

Uma-se um gráfico para representar o curso da doença.

Diagnóstico Constitucional

Definição do biótipo e de outros elementos constitucionais constatados no paciente, como infantilismo, traços acromegalóides, biotipo displásicos, dissimetria facial e outros elementos indicadores de constituição corporal patogênica (como a dissimetria corporal por tensão muscular prolongada).

Diagnóstico dos Componentes e Elementos Disposicionais

Avaliação ponderada dos elementos etiológicos conhecidos ou presumidos.
Não

se trata de tentar definir um ou vários agentes causais, mas de assimilar condições objetivamente definidas de reconhecido valor como fator desencadeante, patogênico, ou patoplástico em relação ao estado psicopatológico.

Entre outros possíveis, alguns destes elementos ou componentes podem ser:

- a) disposição psicótica em parentes da mesma linhagem (pais, avós, tios, irmãos);
- b) disposição psicótica em outros parentes;
- c) disposição neuropática em pais, irmãos, tios, avós;
- d) disposição esquizopática;
- e) disposição ictafim;
- f) disposição cíclico-timopática;
- g) distonias neurovegetativas e alergias;
- h) dismorfias, malformações;
- i) afecção somática aguda;
- j) afecção somática crônica;
- l) distonia endócrino-humoral;
- m) condição puberal;

- n) condição involutivo-senil;
- o) sinais neurológicos anormais;
- p) doença neurológica definida;
- q) imaturidade (coartativa ou expansiva);
- r) sugestionabilidade.
- s) trauma psíquico;
- t) condição conflitiva.
- u) práticas paragenitais/abstinência/
- v) religiosidade primitiva
- x) episódio prévio

Diagnóstico da Categoria Etiopatogênica Predominante

Resultante da ponderação dos fatores etiológicos (genético-constitucionais, encefálicos, somáticos, sóciopsicogênese atual e pretérita), estimando-se o quefor aparentemente predominante. Não esquecer que os antecedentes familiares e pessoais fisiológicos e patológicos podem ser muito valiosos nesse momento.

A definição deste diagnóstico pode ser:

I – enfermidade sóciopsicógena (aguda, subaguda ou crônica);

II – enfermidade somatógena (incluídas as endotóxicas. aguda ou crônica);

III – enfermidade encefalógena (aguda ou crônica);

IV – enfermidade exotóxica (aguda ou crônica)

IV – enfermidade endógena (aguda ou crônica);

V—enfermidade não-classificável nas anteriores (aguda ou crônica).

11. Taxonomia ou Classificação

As taxonomias ou classificações são empregadas na medicina desde a Antiguidade e continuam a ser usadas como instrumentos epistêmicos e recursos úteis para satisfazer necessidades da vida prática de pessoas, empresas ou comunidades.

No entanto, praticamente não há cursos de formação ou pósgraduação médica que programem as classificações como objeto de estudo e isso faz muita falta na formação dos médicos. Especialmente dos psiquiatras. Assim, tenta-se aqui criar ao menos uma cartilha taxonômica que possa ser aproveitada para quem pretende estudar a classificação vigente na psiquiatria mundial.

Para PLATÃO classificar consistia em distribuir os espécimens de uma totalidade por uma hierarquia de classes, formando como que uma espécie de "rede" de conhecimentos, à semelhança de uma árvore que, através de seus galhos, fosesse desdobrando e se simplificando à medida que passasse de um nível para outro.

CAIO PRADO Jr., 26 menciona duas maneiras opostas pelas quais as pessoas podem conhecer a realidade que o circunda. A primeira, inicia-se na identificação dos fatos isolados, caminhando para identificar quais grupos homogêneos podem ser formados com estes elementos, que devem ser reunidos, depois, para fazer descobrir suas relações com os demais e, assim, conhecer a constituição da totalidade.

A busca do conhecimento sobre o todo a partir do que se sabe sobre seus componentes particulares e sobre seus elementos, suas partes individuais. Na segunda maneira de se buscar o conhecimento da realidade por meio da classificação, considera-se, antes de tudo, a existência da unidade da totalidade e, depois, estuda as relações existentes dos conjuntos em seu interior para chegar ao conhecimento dos indivíduos e da individualidade, (aquilo que caracteriza cada indivíduo ou espécimen).

Classificar é uma modalidade especial do recurso epistemológico de organizar e de sistematizar a descrição dos elementos de um conjunto e, por isto, também é um tipo particular de análise lógica.

26 Prado Jr., C. Notas Introdutórias à Lógica Dialética, Ed Brasiliense.

O processo mental de classificar conjuntos de objetos concretos ou abstratos ou informações, consiste no emprego dos procedimentos lógicos elementares, especialmente a análise e a comparação por seriação, para facilitar o conhecimento ou organizar o trabalho mental de extrair algum saber da natureza, da sociedade, do homem; e isto, é um procedimento que se dá no enriquecimento do conhecimento pela reelaboração da descrição, tanto no conhecimento vulgar, quanto no conhecimento científico. Mas neste último desempenha papel muito destacado.

Toda classificação, quaisquer que forem os objetos classificados e quaisquer que forem os critérios de classificação que se empregue nela, se dá pela subdivisão de conceitos ou categorias lógicas mais complexas em componentes seus de menor complexidade, a partir de um critério preestabelecido que os reúna em grupos mais ou menos homogêneos em função do critério empregado. O processo de classificar tem sido, talvez, o instrumento mais importante para transitar da singularidade para a generalidade, passando pela particularidade. Afinal, conhecer é, em primeiro lugar, poder singularizar, particularizar e generalizar cada vez com maior alcance e maior exatidão.

Recordando que, do ponto de vista da quantidade, os objetos (materiais ou conceituais) podem ser divididos nas seguintes categorias:

o geral (que reúne todo o universo considerado);
o particular (que engloba todos os componentes deste universo que ostentem uma propriedade comum);
e o singular (ou específico que se refere a um único daqueles componentes do conjunto classificado).

A classificação, inicialmente instrumento positivista e meramente descritivo, tornou-se um recurso qualitativo e sistêmico de explicar por causa de sua tendência a identificar os dipolos dialéticos e estudar suas relações. Além de permitir localizar o que é essencial do que é acessório em cada objeto estudado no conjunto classificado. Além de estabelecer uma hierarquia dos objetos ali classificados.

Como instrumento cognitivo, particularmente como instrumento do conhecimento científico as classificações costumam ter dois objetivos gerais destacados:

= a) instrumento de conhecimento (finalidade heurística), ou

= b) facilitar um trabalho que exija a mobilização de um conjunto mais ou menos complexo ou uma série mais ou menos extensa (finalidade prática ou utilitária para quem classifica ou encomenda uma classificação).

Sem esquecer que cada classificação específica ou cada conjunto particular de classificações costuma ter seus próprios objetivos (específicos e particulares) que sempre exercem influência em seus resultados. O uso de classificações científicas ou de catálogos utilitário depende muito de seu objetivo. As científicas permitem aperfeiçoar o conhecimento na superação da descrição pela explicação. A finalidade prática caracteriza os catálogos utilitários. O que não é certo é denominar um catálogo utilitário de classificação.

As classificações são artefatos cognitivos e culturais, construções lógicas. Por isto, não há classificações certas ou erradas, assim como não há nomes certos ou errados para as pessoas, objetos e acontecimentos, embora possa haver descrições ou conceituações falsas ou a atribuição de nomes falsos a quem já os tem diferentes. Mas interessa perguntar se a CID 10 é uma sistematização heurística de construtos com finalidade científica, ou é uma atividade pragmática. Para que e para quem serve?

Repita-se que as classificações são científicas (quando seu critério aponta para uma propriedade essencial dos objetos classificados); são utilitárias (quando seu critério não é essencial aos objetos sistematizados, mas é útil para quem a elaborou). Assim deve-se procurar conhecer a utilidade que motivou a construção das classificações utilitárias que os psiquiatras do mundo estão empregando, inclusive como critérios válidos para investigar.

O procedimento classificatório exige que os objetos sejam ordenados em níveis diferentes de importância ou se declare que merecem prioridade sobre os demais porque os contêm. Para Bunge, classificar é dividir um conjunto de objetos (materiais ou conceituais) em subconjuntos (classes) homogêneos em função de um critério usado para agrupá-los.

Para Bunge, toda classificação deve obedecer a alguns princípios: 27

1 cada membro da conjunto original é atribuído a alguma classe;

há dois tipos de classes – simples (espécies) e compostas (por exemplo, gênero -união de duas ou mais espécies);

27 Mario Bunge, Dicionário de Filosofia, Ed. Perspectiva, S Paulo, 1999.

2 cada classe simples é composta por alguns membros (ou espécimes) da coleção original;

3 cada classe é um conjunto cuja condição de pertinência ou de ser membro é determinado por um predicado ou uma conjunção de predicados (um critério);

4 cada classe é definida, não deve haver casos limítrofes;

5 duas classes quaisquer são mutuamente disjuntas, ou uma delas está contida na outra, se for o primeiro caso, diz, se que elas pertencem à mesma ordem, do contrário a ordens diferentes;

6 somente duas relações lógicas estão envolvidas em uma classificação – a relação de ser membro (ou de pertinência) valendo entre o indivíduo e a classe e a relação de inclusão, que relaciona classes de diferentes ordens;

7 toda classe composta é igual à união de suas subclasses de ordem imediatamente precedente;

8 todas as classes de uma determinada ordem são aos pares disjuntas e (não) possuem intersecção;

9 toda partição de uma dada ordem é exaustiva, a união de todas as classes de uma determinada ordem é igual à coleção original;

Caso a condição 9 não for atendida, não há uma classificação, mas uma tipologia, uma lista de tipos.

É importante saber disso porque, em geral, as enfermidades são mais bem identificadas por seu tipo ideal do que pelos seus sintomas. Identificar a propriedade mais típica de uma doença pode ser essencial para quem pretende identificá-la.

Quando os objetos são agrupados sem qualquer critério, obtém-se uma lista aleatória.

Até cientistas respeitáveis podem confundir listas aleatórias com classificações científicas.

Quando o critério usado não for uma propriedade essencial do objeto, obtém-se um rol ou um catálogo. A CID 10 e seu modelo, o DSM (da versão 3 em diante) são catálogos de sintomas e síndromes chamados transtornos (disorders),

que
não são doenças ou enfermidades. Ambos não são classificações de
enfermidades ou doenças. Embora a primeira seja o capítulo F da
Classificação
Internacional de Doenças e Problemas de Saúde.

Classe e Classificação.

A reunião de objetos em classes – chamada classificação – é um ato intelectual que, na maioria das vezes, se pratica inadvertidamente. A construção dos conceitos e o exercício da linguagem são procedimentos classificatórios. Classificar é exercitar o método analítico para ampliar o conhecimento sobre um conjunto de objetos, mas este objetivo somente será atingido, enquanto instrumento da metodologia científica, quando resultarem em classificações naturais. A classificação é um modelo exemplar da análise como procedimento racional e da descrição como instrumento do conhecimento, de todas as modalidades de conhecer.

Classificar se origina do latim, classis = divisão (divisão ordenada) + facere =

fazer. O procedimento de classificar é a operação lógica que consiste em repartir um conjunto de objetos ou fenômenos (quaisquer que sejam) sistematizados em classes coordenadas ou subordinadas, segundo critérios previamente escolhidos. Classificar é descrever ou ordenar os objetos classificados a partir de pontos de vista diferentes daquele feito originalmente.

Em última análise, classificar é simular uma nova organização dos fatos para permitir conhecer mais sobre eles. Já se viu que classificar é uma maneira de analisar. Mas, classificar também é hierarquizar e organizar, rehierarquizar e reorganizar os elementos de um conjunto até que se possa aprender com isso algo sobre aquele conjunto e seus componentes.

Para Platão a classificação é um exercício do método analítico do conhecimento, porque classificar é exercitar cientificamente o método analítico. De fato, a classificação é modelo exemplar da análise como procedimento racional, científico e instrumento do conhecimento.

As únicas classificações sistêmicas, aquelas que podem legitimamente ser denominadas sistemas classificatórios, são as classificações naturais estruturadas de acordo com um mínimo de rigor metodológico em sua construção que, como se verá adiante não acontece com os catálogos de sintomas denominados inadequadamente como classificações de doenças psiquiátricas.

A categoria taxonômica é qualquer grupo taxonômico ou táxon de qualquer grau, criado de acordo com as regras de nomenclatura para classificar os objetos de um conjunto.

Classificar é o processo de organizar os componentes de um conjunto de objetos materiais ou conceituais de acordo com um critério ordenador. Os procedimentos classificatórios têm sido muito usados nas atividades espontâneas ou deliberadas de conhecer o mundo. Uma classificação de animais deve conter os animais e só eles. Uma classificação de doenças pois deve abranger só doenças.

As classificações psiquiátricas atuais misturam síndromes e sintomas como se integrassem a mesma classe, fossem espécimes idênticos.

Para atingir esse objetivo, apesar de constar em uma classificação de doenças e outros problemas de saúde uma classificação de doenças, -inventaram o conceito de transtorno (do inglês, disorder) para fazê-lo. Acontece que esse "transtorno", apesar de fingir que é doença se resume a sintomas e síndromes, que qualquer semiologia considera como partes componentes das doenças (ou enfermidades). Por causa disto não tem nem gerou uma semiologia, mas uma lista para servir para comparar com o caso clínico avaliado.

Ao apelar para esse artifício, faz da espécie a ser organizada – as doenças - uma dualidade heterogênea passou, ingênua ou arditamente, a ser tratada como se fosse homogênea. Isto é, passou a lidar com entidades lógicas diferentes como se fossem idênticas. Esta parece ser a falácia fundamental a comprometer o produto resultante. Partindo de uma concepção sistêmica da natureza, como é a tendência epistemológica contemporânea, ao se descobrir a característica essencial de um conjunto de objetos ou processos naturais, descobre-se a chave de sua explicação e da construção de predições válidas sobre aquilo. O que constitui, afinal, os dois objetivos mais importantes da ciência.

Quando se trata de fenômenos naturais, aplicação direta destas informações parece muito razoável e há um século vem rendendo dividendos valiosos para as ciências da natureza. O que não tem acontecido para as ciências da sociedade e para as ciências do homem.

Muito provavelmente porque, a despeito da natureza sistêmica da estruturação de seus objetos e de seus fenômenos, tem havido naquelas ciências uma intrusão de valores, critérios e procedimentos adequados às ciências naturais, mas inservíveis na investigação da sociedade e do ser humano.

Em geral, os processos de classificar podem ter um de dois objetivos:

a) ser um instrumento para elaborar conhecimentos, especialmente, fazê-los transitar da descrição para a explicação dos objetos ou fatos estudados; ou
b) facilitar um trabalho que exija a mobilização de um conjunto mais ou menos complexo ou uma série mais ou menos extensa.

Quando o propósito for cognitivo ou heurístico, classificar deve-se hierarquizar e organizar, rehierarquizar e reorganizar os elementos de um conjunto até que se possa aprender algo sobre ele e seus componentes. Em última análise, classificar cientificamente é simular uma nova organização dos fatos para conhecer mais sobre eles ou para atender a algum outro propósito. Assim é possível identificar alguma característica essencial nos membros de um conjunto.

Como termo da Lógica pode-se definir classe como uma série, um grupo, uma coleção ou um conjunto de objetos materiais ou conceituais (chamadas membros) que possuem pelo menos uma característica comum que as integre. Os agregados casuais de elementos, que também podem ser chamado todo ou configurar uma totalidade não devem ser chamados de classe se não tiverem aquela característica comum.

Uma classe pode ser composta por objetos materiais (concretos) ou conceituais (abstratos). O termo classe também é bastante empregado nas ciências sociais, quando deve ser adjetivado: classe social. A quantidade de características comuns que tenham todos os elementos de uma classe indica o grau de sua homogeneidade.

Uma classificação se caracteriza pelas categorias taxonômicas ou taxa (plural de táxon), isto é pelas unidades taxonômicas que empregue para hierarquizar seus elementos. No caso das classificações de enfermidades ou nas doenças, a unidade taxonômica há de ser as enfermidades (ou doenças, para quem não diferencia estes dois conceitos). Já se sabe que os procedimentos cognitivos percorrem um caminho que inicia na indicação, passa pela nomeação, pela

conceituação descritiva, pela explicação e finda na definição. Quando usados para conhecer, dentro do momento descritivo do processo de conhecer, os procedimentos classificatórios, buscam um critério que se refira a uma característica essencial das coisas, palavras ou ideias classificadas.

Conceitos Derivados da Classificação

Alguns conceitos são importantes para compor o conhecimento sobre as classificações:

A Tipologia como resultado da classificação

A tipologia é a forma de aplicação de uma classificação na qual se consideram como parâmetros de sistematização certos modelos concretos que reúnam os caracteres distintivos de uma classe. O tipo, tanto pode ser uma das características que pré-definem os elementos do grupo que as possua, quanto pode consistir no conjunto de indivíduos que apresente aquele caráter ou aquelas características definidoras típicas.

O Protótipo

O protótipo, como o modelo, é um construto estrutural que reúne todas as características essenciais de um tipo de objeto ou fenômeno; de certa forma, o protótipo é um tipo idealizado da categoria ou estrutura que pretende exemplificar.

Uma definição operacional é uma definição resultante da indicação da operação que se reproduz experimentalmente e cujo resultado é acessível diretamente à observação empírica ou à medição. Na CID-10 são utilizadas como uma espécie de protótipo (ou definição convencional) de um fenômeno psicopatológico expresso pela categoria diagnóstica a que se refere.

Caráter

Caráter é qualquer propriedade morfológica, psicológica ou fisiológica de um organismo pela qual é possível estabelecer suas semelhanças e diferenças com os demais; a existência dos caracteres empregados como critérios, permite a identificação de séries taxonômicas.

Série taxonômica

Série taxonômica é a forma de classificação que consiste em uma sucessão

de
termos alinhados numa certa ordem, em função de um critério ordenador ou
classificador. É essencial seu caráter linear (ainda que circular, quando a
série
não for hierarquizada, quando qualquer termo puder ser o primeiro e,
também, o
último). Sinônimos de série taxonômica: sequência, sucessão.

Espécimen

A espécime taxonômica ou classificatória indica a qualidade dos objetos materiais ou conceituais que estão sendo classificados, são os elementos singulares do procedimento.

Uma classificação de enfermidades deve ser uma classificação de enfermidades.

Uma lista de transtornos finda por se constituir em um saco de gatos no qual se misturam sintomas e síndromes em uma categoria taxonomica. Ou sintomas e síndromes como objetos idênticos.

Espécimen é como se nomeia cada indivíduo de uma espécie.

Critério

É o conceito usado para designar os membros de cada táxon ou categoria taxonômica.

Critério como termo da filosofia é o conceito que designa um caráter particular, uma característica identificadora ou uma propriedade distintiva, que permita distinguir um objeto o verdadeiro do falso, estabelecendo a verdade sobre sua identidade e permitindo emitir um juízo sobre ele.

No capítulo da sistemática das ciências fáticas, chama-se CRITÉRIO a qualquer caráter que possa servir de referência para mensurações e que permita uma diagnose. Em psicologia, critério nomeia uma variável normativa relativa ao estado de uma função, de uma decisão ou gestão. Em taxonomia, o critério é o atributo eleito como distintivo de um subgrupo a ser extraído de outro, mais amplo, que o contém.

A escolha do critério depende essencialmente do objetivo da classificação, do interesse do classificador. Sua motivação depende essencialmente do interesse, mas pode resultar da observação, experiência, teoria ou, mesmo, da intuição.

Entretanto, o mais comum é que esse interesse corresponda a uma ou mais necessidades de quem faz a classificação ou de quem patrocina a aquela

atividade.

Em uma classificação categorial pode-se empregar simultaneamente vários critérios, embora se saiba que quanto maior a quantidade de critérios mais fica prejudicada a qualidade taxonômica.

É ideal que cada nível classificatório resulte de um único critério (ou só um conjunto coerente de critérios). Por exemplo, é possível uma categoria nosológica que contemple: síndrome paranóide, início súbito, curso agudo, obnubilação de consciência e antecedentes comiciais. Cada um destes elementos seria um critério. Nas classificações dimensionais naturais, os critérios se limitam a três, aí estaria o limite de integração dimensional (sintetização simultânea de quantidades em eixos diferentes) do espírito humano.

Nas classificações utilitárias e artificiais, como os catálogos de estoque, de mercadorias à venda ou tábuas nosográfica de diagnóstico destinadas a comporem um relatório epidemiológico, a complexidade e o número dos critérios dependem dos objetivos da sistematização.

Considera-se o critério ou os critérios usados em uma classificação como seu elemento essencial mais importante e reflete, principalmente, os interesses (no sentido mais amplo possível da expressão) intelectuais, ideológicos ou práticos de quem o escolhe.

Se houver necessidade de classificar uma série de peças de um mecanismo complexo, há de ser diferente o critério classificatório se o objetivo for arrumá-las em um caixote, ocupando cada uma o menor espaço possível (uma classificação artificial), ou organizá-las de tal maneira que o mecanismo funcione perfeitamente (sua organização natural). Pode-se dizer que o melhor critério de cada nível de uma classificação natural seria o atributo que se definisse como o melhor princípio (no sentido de mais essencial e mais geral), categoria ou conceito unificador.

O valor de uma classificação depende do critério adotado na organização (ou reorganização) dos seus conceitos. Uma classificação não tem qualquer valor por si mesma, sua significação e importância para a finalidade a que se destina decorrem, essencialmente, do processo de discriminação que a dirige. E este consubstancia no critério classificatório, dependente muito mais, como já se disse, dos objetivos da classificação (talvez fosse melhor dizer, do classificador) do que das qualidades intrínsecas dos objetos classificados. Não que tais atributos não existam, que sejam irreais, mas porque são escolhidos por

interessar a quem classifica. Em psicopatologia o critério classificatório pode ser a doença, o curso, a etiologia, a patogenia, a terminação, o tipo de curso, a resposta à terapêutica, a idade de início ou qualquer outra característica clínica.

Quando o interesse que presidir a classificação for primordialmente heurístico-científico, o resultado terá que ser uma classificação natural (não importando se dimensional ou categorial), para isto os critérios terão que ser caracteres essenciais dos entes classificados. Já, se o propósito da classificação for utilitário, repita-se, o critério classificatório deverá ser aquela característica que mais for útil para a finalidade perseguida.

Talvez por isso, quem coordenou a confecção do capítulo de psiquiatria das duas últimas classificações da O.M.S., Sartorius escreve que: Uma classificação é um modo de ver o mundo. É a revelação de uma posição ideológica, de um nível aceito da teoria do conhecimento. Classificar significa criar, definir ou confirmar os limites dos conceitos. Estes, por sua vez, definem a nós mesmos, nosso futuro e nosso passado, o território de nossa disciplina, sua importância e seu significado. Nenhum outro ato intelectual tem a mesma importância: se nossas classificações das coisas e das pessoas que nos cercam se perdessem, o mundo deixaria de existir como uma configuração coerente e organizada e se converteria em uma nebulosa aglomeração de detritos: matéria, pessoas e coisas fora de lugar. Mas deveria mencionar que uma classificação deve obedecer aos nove princípios de uma classificação científica. As numerosas classificações que servem para organizar o conhecimento acerca do mundo estão em harmonia e em um estado de interdependência dinâmica. Quando uma, as outras também o fazem. As classificações das enfermidades em psiquiatria não são uma exceção: dependem dos desenvolvimentos que se produzam dentro e fora da psiquiatria e estão intimamente relacionados a eles.

A este propósito, é possível lembrar que Foucault, em *As Palavras e as Coisas*, menciona a seguinte "classificação" dos animais, copiada de Borges que a usou alegoricamente, mas que é muito repetida como coisa séria. Apesar de ser exemplo de uma lista aleatória e artificial, cujo objetivo é parecer uma classificação de animais: "os animais se dividem em: a) pertencentes ao

imperador, b) embalsamados, c) domesticados, d) leitões, e) sereias, f) fabulosos, g) cães em liberdade, h) incluídos na presente classificação, i) que se agitam como loucos, j) inumeráveis, k) desenhados com um pincel muito fino de pelo de camelo, l) etc., m) que acaba de quebrar a bilha, n) que de longe parecem moscas.” De fato, trata-se de um rol que reflete a intenção de seu autor, embora seus critérios possam ser inescrutáveis. No entanto, não é impossível que alguma de suas categorias (ou todas elas) satisfaçam algumas exigências de validade e confiabilidade, desde que sejam inventadas para legitimar esta lista como se fosse uma classificação.

Critérios de inclusão e de exclusão

Os critérios classificatórios podem conter conceitos de inclusão ou de exclusão.

O conceito de inclusão é resultado natural da aplicação do método classificatório em busca da identificação. E o conceito de exclusão não é mais

que a utilização de um juízo negativo como critério de classificação. A possibilidade de utilizar critérios de exclusão permite a construção de classificações hierarquizadas, nas quais a inclusão ou identificação de um atributo determinado exclui outro ou outros.

O critério da ordenação de objetos é sempre arbitrário e, quase sempre definido

pelo seu objetivo. Por isso, quando se tratar de uma ordenação com muitos elementos e o objetivo for facilitar sua consulta, o critério pode ser alfabético,

como acontece na catálogo telefônico ou como pode acontecer em um catálogo

(ou t;abua) nosográfica de procedimento diagnósticos para um censo hospitalar

ou qualquer propósito estatístico.

No entanto, se o objetivo da ordenação tiver função heurística de uma classificação científica, então os critérios usados devem ser propriedades essenciais dos objetos e assim resultem em uma classificação natural e homogênea. Isto é, o critério classificatório deve se referir a propriedades essenciais dos objetos classificados e ser o mesmo para cada nível da classificação. Como se vê os critérios empregados em uma ordenação permitem

distinguir os propósitos reais de uma forma qualquer de ordenação de objetos.

A mudança do táxon é um valioso instrumento de conhecer, como e quando deve-se aplicar o princípio de recodificação; mudando o critério adotado, o resultado será reestruturar um campo fenomenal já explorado, e suscitar aí, eventualmente, novas configurações da realidade. Ou, de outro modo, acrescentando ao quadro completo um novo critério, ampliando sua dimensão e

enriquecendo suas possibilidades heurísticas.

Moles cita como exemplo clássico a tabela periódica dos elementos de Mendeleiev que se transforma de uma classificação linear dos elementos classificados por seus pesos atômicos crescentes em um conceito de famílias

verticais, pela introdução de um novo parâmetro – a equivalência eletrônica –
ou, quando muito, aquilo que, na época, podia então ocorrer: o conjunto das propriedades químicas.

Um bom sistema taxonômico é simultaneamente baseado e reflexo de um sistema de leis ... Este sistema pode mudar com os avanços teóricos que se aderem naquele campo. Sistemas de classes definidas em termos de características manifestas observáveis dão lugar a sistemas cujos princípios definidores se apoiam em conceitos teóricos, diz Hempel 28 descrevendo a trajetória cognitiva pela qual a classificação se transforma de um sistema descritivo em um explicativo.

Só que nos DSM e na CID-10, a explicação científica é afastada como impossível.

Tão impossível, que não é, sequer, procurada ou procurável. É um catálogo que mistura sintomas esolados e conjuntos de sintomas.

Qualidades de uma Classificação em Psiquiatria

Antecipando alguns critérios para a próxima classificação internacional de doenças, Sartorius 29 enumera os elementos que considera como requisitos importantes para futuras classificações internacionais de transtornos mentais.

Para ele, a próxima CID deverá:

1. estar fundamentada, o mais possível, em pontos de concordância entre os profissionais de saúde mental e outros usuários; Isto é esta primeira "exigência" recorre ao argumento da autoridades de pessoas escolhidas por critérios subjetivos ou ocultados. Nenhuma outra das exigências seguintes são critérios científicos ou filosóficos consideráveis,
2. ser bastante simples e compreensível;
3. estar a serviço das classificações regionais e nacionais, estando apta a se harmonizar com elas;
4. ser apreciado o bastante para servir como instrumento de intercâmbio de informações, tornando-se uma classificação de referência;
5. ser bastante conservadora e teoricamente pouco empreendedora para ser atrativa ou, ao menos, aceitável, para o maior número possível de pessoas;
6. só promover mudanças quando houver verificação científica convincente;
7. considerar os diversos idiomas em que terá que ser traduzida;

28

Hempel, C. G., op. cit., p. 612.

Sartorius, N., op. cit.

8. conservar uma certa continuidade, evitando revisões muito próximas. A estes atributos, poder-se-iam acrescentar a necessidade de uma nomenclatura padronizada para sintomas, tipos de instalação, evolução e término; padronização de conceitos diagnósticos básicos além da instituição de procedimentos diagnósticos padronizados especificamente para efeito de pesquisa (o que já está sendo providenciado na CID-10). Sem esquecer a necessidade das classificações serem homogêneas, conservando em cada patamar classificatório fenômenos psicopatológicos da mesma natureza (classe de patologia) e não misturando critérios de qualidades diferentes no mesmo nível de classificação. Nenhuma destas recomendações é elemento essencial de uma classificação científica.

FILOSOFIAS DA TAXONOMIA

Fundamentos de Biofilosofia, de
Martin Mahner e Mario Bunge,
Siglo Veinte Uno Ed.

Sustentamos que as principais filosofias que estão subjacentes às taxonomias biológicas são: o idealismo, o nominalismo e o conceitualismo.

Cada uma destas escolas filosóficas ostenta um ranço avoengo: o idealismo remonta a Platão,

o nominalismo a Ockham e o conceitualismo a Aristóteles. E todas, exceto o idealismo,

estancado desde os tempos da Naturphilosophie romântica, se ramificaram em escolas rivais.

O idealismo ou tipologismo sustenta que (a) todos os membros de um táxon dado

compartilham certas propriedades essenciais que servem para definir o taxón, daí que

frequentemente recebe o nome de essencialismo; e (b) as espécies são ideias e, mais,

arquétipos ou formas ideais que os organismos individuais representam só imperfeitamente.

Como o essencialismo idealista tem sido criticado extensamente em outras partes (sobretudo

por Mayr, 1982) e já não tem uma função significativa em taxonomia, daqui em diante faremos

caso omissivo dele, principalmente por ser incompatível com a ontologia materialista da ciência moderna. O nominalismo é uma reação ao idealismo. Há duas variantes: a tradicional e a contemporânea.

O nominalismo tradicional, em Buffon, Lamarck e Darwin, sustentava que só há indivíduos (organismos) e que as espécies são apenas nomes convencionais adotados por razão prática.

(Veja-se Mayr, 1982. De acordo com Gayon, 1996, há trechos da obra de Buffon que sugerem que chegou a considerar as espécies como indivíduos.)

O nominalismo contemporâneo ou neonominalismo aparece em duas versões: a fraca e a forte.

O neonominalismo débil afirma que as espécies não são nomes nem conceitos mas indivíduos concretos, i. e., entidades materiais compostas de organismos (p. ex., Mayr, 1963, 1982, 1988; Ghiselin, 1966, 1974, 1981; Löther, 1972; Hull, 1976; Sober, 1980, 1993; Reig, 1982; Ax, 1984; Rosenberg, 1985; M.B. Williams, 1985; Willmann, 1985.)

O neonominalismo forte não só considera as espécies como indivíduos concretos, senão que também defendem que todos os taxa se denominam "entidades históricas", sempre que não sejam totalidades compostas concretas (p. ex., Bock, 1974; Ghiselin, 1974, 1981; Griffiths, 1974; Hull, 1976, 1978, 1980, 1988, 1989; Wiley, 1978, 1980, 1981, 1989; de Queiroz, 1988, 1994; de Queiroz y Donoghue, 1988; Mayr e Ashlock, 1991).

O neonominalismo parece restringir-se à biologia, daí porque resulta mais adequado denominá-lo bionominalismo. Os bionominalistas usualmente não duvidam que haja classes ou, mais precisamente, tipos naturais de coisas não viventes, tais como os elementos químicos (p. ex., Sober, 1980; Hull, 1989). Não ostante, creem que a evolução impede conceber os taxa como se fossem classes ou tipos. Posto que o bionominalismo ganhou ampla aceitação entre o taxônomos e filósofos (parece a posição predominante entre eles na atualidade), examiná-loemos em detalhe na secção 7.3.

O conceitualismo é uma espécie de compromisso entre o idealismo e o nominalismo. Sustenta que na hierarquia sistemática (a) só os organismos individuais são reais, quer dizer, que são indivíduos concretos e existem independentemente do sujeito cognoscente (outros sistemas materiais compostos por organismos, tais como biopopulações, comunidades e sistemas sociais também são reais porém se passa por alto aqui por não serem relevantes para a sistemática);

(b) a espécie e os demais taxa são conceitos, ainda que não arbitrários e inúteis já que

representam comunalidades objetivas entre organismos: são classes naturais ou, idealmente, tipos naturais. Parafraseando Christian Wolff: *taxa non existunt, nisi in individuis* (1740, §56.) No entanto, em continuação veremos que, a fim de coniderar a evolução, a noção convencional de tipo natural necessita modificar-se para constituir a noção, mais débil, de tipo biológico (veja-se também Ruse 1987). Este texto ambiciona fomentar sua discussão especialmente no âmbito da psiquiatria, porque, ali, tábuas nosográficas estão sendo usadas como se fossem taxonomias nosológicas, ou pior, como se fossem compêndios de psiquiatria. Do ponto de vista clínico, tal deformação pedagógica faz com que os médicos jovens confundam sintomas, síndromes e enfermidades e os amontoem nos diagnósticos e terapêuticas, a pretexto de serem "comorbidades".

O emprego da expressão comorbidade é curioso e contraditório quando empregado em uma estrutura teórica que nega a existência de enfermidade (*morbus* em latim) e recusa conceitos teóricos. O que contraria e expõe a negada teoria. Além disso, só faz sentido em um sistema diagnóstico e taxonômico descritivo.

A Classificação Integra a Descrição e a Explicação

Na estrutura lógica do conhecimento a indicação precede e prepara a descrição, que precede e prepara a conceituação, que precede a nomenclatura que prepara a explicação.

A explicação enriquece a conceituação, que precede e prepara a definição e esta pode sempre ser modificada sempre que os conhecimentos que a originaram forem mudados. Essa cadeia lógica de fenômenos cognitivos em interação põe em evidência a unidade do processo de conhecer, unidade na qual se articulam diferentes processos, mas que não pode ser entendida como uma sequência mecânica de fases que se sucedem, mas como a articulação extremamente dinâmica de diferentes momentos de um desenvolvimento vivo; momentos que se estruturam mais ou menos simultaneamente, exercendo, cada um deles, permanente influência sobre os demais, enquanto sofre sua influência deles (demonstrando sua interação sistêmica). O caráter sistêmico das classificações reflete a sistematicidade dos conjuntos de objetos classificados.

Não se pode deixar de destacar, nesta construção cognitiva, a interconexão de todos os seus momentos de maneira dinâmica, evolutiva em permanente desenvolvimento. Ao mesmo tempo em que reflete a unidade dos conceitos e dos objetos que representam. Enquanto que, no interior de cada conceito, manifesta-se a unidade de sua dimensão subjetiva (a ideia) e da objetiva (a palavra). Esta elaboração interessa indistintamente a todos os tipos de conhecimento (vulgar, científico e filosófico) porque, como já afirmado, não se diferenciam por sua estrutura cognitiva, mas pelo alcance de sua capacidade de generalização, confiabilidade e validade.

A classificação é um instrumento inteligente que permite libertar o conhecimento da imobilidade da descrição e possibilitar-lhe conhecer melhor as coisas do mundo pela descoberta da sua explicação. O que faz aquele objeto existir. Tanto no conhecimento comum, quanto no científico, a classificação pode ser usada para superar a descrição e fazer emergir a explicação. Mesmo na epistemologia, a explicação costuma nascer da descrição, frequentemente

por
meio da classificação, procedimento que transforma o momento descritivo
da
cognição faz surgir o explicativo.

O rearranjo dos componentes de um sistema permite entender melhor as possíveis relações que eles tenham entre si. Com o emprego da descrição, da classificação e da análise, na medida em que o conhecimento sobre uma categoria de objetos evolui e se amplia, o processo cognitivo de classificar vai deixando de empregar critérios descritivos (relacionados com sua forma e aparência) e passa a empregar critérios explicativos, sobretudo genéticos (que explicam sua origem, sua etiologia e sua patogenia, no caso dos fenômenos mórbidos); as indicações, o mecanismo de ação e os riscos de emprego dos agentes terapêuticos.

Descrição, conceituação e explicação são procedimentos cognitivos progressivamente estruturados que estão em permanente interação, retroalimentando-se e se aperfeiçoando mutuamente. Como resultado da descrição, da conceituação e da explicação, os conhecimentos se desenvolvem como uma espiral ascendente na qual, cada patamar resulta dos anteriores e, simultaneamente, os enriquece, enriquecendo a si mesmo com isto. Existe, portanto, interação, reciprocidade e interrelação permanentes neste sistema em permanente desenvolvimento que é a elaboração do conhecimento. Um dos meios pelos quais se dá (e que alimenta) esta interação permanente é a classificação, o que confirma o caráter sistêmico do conhecimento. A descrição precede e prepara a explicação; e que o momento descritivo do conhecimento deve anteceder o momento explicativo, pois se enriquece e se sofisticava com ele.

Embora o procedimento classificatório seja essencial para elaborar, desenvolver e manejar conceitos, mesmo no senso-comum, não se deve supor a classificação como instrumento cognitivo seja exclusiva da conceituação, no conhecimento vulgar ou no científico. Pois, as classificações são muito utilizadas na construção do conhecimento científico, porque permitem a divisão de um contingente de objetos ou fenômenos, contidos em um conceito mais abrangente, em outros conjuntos menos abrangentes ou, mesmo, em indivíduos, de acordo com algum

critério preestabelecido que predefina cada um destes indivíduos, grupos ou séries encontrados. Embora se empregue muito a classificação espontaneamente no conhecimento comum, ela tem sido superlativamente importante para o desenvolvimento do conhecimento científico.

O amadurecimento na Biologia deve muito à classificação de Lineu. E na Química à classificação dos elementos de Mendeleiev. Os procedimentos classificatórios são muito utilizados na construção do conhecimento científico, porque permitem a divisão de um contingente de objetos ou fenômenos, contidos em

um conceito mais abrangente, em conjuntos menos abrangentes em indivíduos,
de acordo com algum critério pré-estabelecido que predefina cada um destes indivíduos, grupos ou séries encontrados. O critério que reúna cada um desses subconjuntos permite identificar um traço característico seu.

O procedimento classificatório é um instrumento cognitivo bastante eficaz em qualquer dos campos do conhecimento porque possibilita ampliar e reelaborar qualitativamente aquilo que se sabe sobre as entidades individuais contidas nas totalidades coletivas classificadas e, por isto mesmo, igualmente saber cada vez mais sobre as totalidades que contêm aqueles indivíduos. Ao classificar se considera cada elemento caracterizável por si mesmo como uma categoria taxonômica independente em relação às demais, é a classificação conceitual ou categorial. Isto é, é uma classificação que ordena seus elementos como se cada um deles fosse qualitativamente diferente dos demais. Pois, seu critério classificatório produz este resultado.

Nas classificações conceituais ou categoriais, cada nível taxonômico pode ser mencionado como um conceito particular, cada um destes subconjuntos obtidos pelo emprego deste procedimento, deverá ser uma unidade conceitual definível e reconhecível por suas próprias características. Estas classificações categoriais se diferenciam das dimensionais, nas quais cada entidade taxonômica é um momento ou uma dimensão da totalidade considerada como um continuum indivisível, a não ser convencionalmente. Como aconteceu na classificação das febres, levando em conta o grau observado da intensidade da temperatura corporal na pessoa examinada. A temperatura corporal e a periodicidade das crises de hipertermia foram elementos descritivos que possibilitaram descobrir informações essenciais para explicá-las.

Como aconteceu na identificação de diferentes tipos de malária, antes que a etiopatogenia dessa doença fosse identificada, mas os médicos trabalhavam

com a

busca da identificação dos tipos dessas febres periódicas.

Característica do processo cognitivo filosófico, o método sistêmico dirige o espírito para o conhecimento da individualidade através do estudo da totalidade, do conhecimento da particularidade através do estudo da generalidade e do indivíduo isolado através da investigação de suas relações com os demais e com

o mundo. O que combina com a concepção sistêmica do mundo e do conhecimento.

Parece equívoco cognitivo escolher uma dessas abordagens parciais aparentemente antinômicas, quando se pode empregar dialeticamente as duas.

Em um grande número de ciências, como a Biologia (com a classificação de LINNEU), a Química (com a classificação de MENDELEIEV) e a Medicina (com as numerosas classificações de condições patológicas elaboradas nos dois últimos séculos), por exemplo, o procedimento classificatório sistematizado forneceu os elementos cognitivos necessários para o seu desenvolvimento científico, permitindo-lhes passar da fase analítico-descritiva à hipotético-explicativa, da indutiva à dedutiva no processo de desenvolvimento e maturidade científica.

Praticamente todos os ramos da Medicina, sobretudo sua dimensão clínica, tiveram o momento decisivo de sua evolução de atividade empírica espontânea para atividade científica na classificação de propriedades como sintomas, de síndromes, de modos de evolução, de tipos de início ou terminação e de resposta terapêutica, com teorias e hipóteses que buscaram e, muitas vezes conseguiram, explicar seu objeto de atenção. Apesar dos autores das novas classificações psiquiátrica negarem que isso aconteça.

Quando as classificações são analisadas como procedimentos cognitivos, científicos ou não, constata-se que as classificações podem ser chamadas criações heurísticas, instrumentos mais ou menos artificiais do conhecimento.

Isto é, as classificações são artifícios cognitivos criados para facilitar ou ampliar

o conhecimento que se tenha sobre as coisas classificadas. Dessa forma se assemelham à identificação e à nominação de um ente qualquer na experiência

conoscente de alguém. Por isso visto acima as classificações são essencialmente diferentes dos conhecimentos provenientes diretamente das descobertas das coisas da natureza. Porque não são objetos naturais, são construções lógicas artificiais, criações cognitivas, embora possam se referir a

objetos naturais ou tê-los como objetos.

Ao empregar qualidades essenciais dos objetos como critério norteador de uma classificação, o classificador as identifica como tais. Ao descobrir seu caráter essencial, descobre o que há de mais importante sobre ela. Aspecto a ser

destacado neste assunto, as classificações podem se referir a entes naturais, reais ou a entidades abstratas. Quando se agrupa um conjunto de pessoas levando em conta sua escolaridade, tal procedimento resulta de um artifício, mas reúne indivíduos reais e um conjunto taxonômico real, só que nada descobre de essencial nelas.

Existem dois conceitos-chave essenciais para compreender o processo lógico de classificar para descobrir. Estes são: a coordenação e a subordinação (que já foram mencionados anteriormente).

Quando se estuda a classificação, esses conceitos são a coordenação taxonômica e a subordinação taxonômica.

Coordenação taxonômica é a relação entre elementos situados na mesma ordem

na hierarquia de uma estrutura (por exemplo, a coordenação taxonômica se manifesta nas relações entre os componentes de mesmo nível da classificação,

como os gêneros ou as espécies). É bastante comum que se possa identificar uma relação de coordenação (ou outra que lhe seja análoga) entre os elementos de muitos outros tipos de sistema.

Subordinação taxonômica é um tipo de relação entre os elementos de uma estrutura no qual um deles é dependente de outro, como uma extensão sua.

A

subordinação taxonômica presume uma relação análoga entre os conceitos classificados em ordens diferentes da hierarquia taxonômica, pela qual o subordinado está contido no que lhe é superior. O essencial na subordinação é

que o subordinante inclui o subordinado. A subordinação é um tipo de relação

entre as pessoas (inclusive ou principalmente de seus papéis e status) que implica uma dissimetria no relacionamento e em sua comunicação, pois o subordinado está contido no superior ou subordinante.

Subordinação taxonômica é um tipo de relação entre os elementos de uma estrutura de modo que um deles seja dependente de outro, como uma extensão

sua. A subordinação taxonômica presume uma relação análoga entre os conceitos classificados em ordens diferentes da hierarquia taxonômica, pela qual

o subordinado está contido no que lhe é superior. O essencial na subordinação é

que o subordinante inclui o subordinado. Nas ciências sociais e humanas subordinação é um tipo de relação entre pessoas como atores sociais (inclusive

ou principalmente seus papéis e status) que implica em uma dissimetria hierárquica no sistema social em que coexiste que inclui no seu

relacionamento e
em sua comunicação com o demais.

Na administração pública, o funcionário superior (que também pode ser chamado ator ou agente social subordinante) desfruta da capacidade de exercer qualquer função administrativa de seus subordinados (mas não uma função técnica que seja prerrogativa de uma das profissões ou ocupações regulamentadas legalmente. Este fato parece muito importante de ser conhecido especialmente na área da saúde onde existe tanta intrusão profissional).

Noutros casos, a não ser que haja proibição legal expressa, no serviço público, o chefe pode avocar matéria administrativa atribuída a subordinado seu e dar-lhe solução, quando avoca a si um processo administrativo, por exemplo.

Aqui há duas condições hierárquicas subordinadas às doenças.

Sintomas são as manifestações elementares de doenças ou enfermidades, Síndromes são conjuntos de sintomas que costumam se apresentar correlacionados.

Ambos são conceitos descritivos ou nosográficos.

Classificação e Evolução Científica

Nem todas as disciplinas da ciência compartilham a mesma origem. As ciências podem se originar de dois processos que podem ser denominados de processo de geração primário e processo gerador secundário.

No primeiro caso, uma ciência surge pelo acúmulo mais ou menos gradual de conhecimentos e de meios de conhecer referentes ao objeto daquela ciência. Nesse caso, a atividade científica inicia no processo de nomear os objetos mais evidentes em seu campo de interesse e acumula um patrimônio de conhecimentos; este patrimônio se desenvolve ampliando-se o número de objetos conhecidos, até que se obtenha um acervo mínimo de conceitos, categorias, juízos e leis que versem sobre os objetos e fenômenos existentes na área do mundo que é tida como o objeto daquela ciência, sua massa crítica de informações científicas. A Psicologia surgiu assim, como um ramo da Filosofia que se despreendeu de seu tronco original quando se tornou um trabalho socialmente útil. A Anatomia se originou do conhecimento prático sobre o corpo humano, a Fisiologia, como a descoberta das funções das estruturas anatômicas.

No segundo caso, a institucionalização de uma disciplina científica resulta da divisão de outra já reconhecida, pela subdivisão de seu objeto. Como aconteceu

com as diversas disciplinas científicas originadas da Química, da Física ou da Matéria Médica. Quando os conhecimentos de uma ciência se avolumam e se aprofundam, ela tende a se dividir para facilitar seu aprendizado, como sucedeu

com a física e a química. Neste caso, a ciência original cresce muito em seu conteúdo e o acúmulo resultante obriga à sua divisão em duas ou mais outras,

de forma a tornar aquele campo do conhecimento alcançável por seus cultores.

A Matéria Médica era a ciência médica que tratava dos remédios e tratamentos.

Dividiu-se em Farmacologia, Farmacognosia, Farmacodinâmica, Terapêutica.

No primeiro caso, uma ciência surge pelo acúmulo mais ou menos gradual de conhecimentos e de meios de conhecer referentes ao objeto daquela ciência. Nesse caso, a atividade científica inicia no processo de nomear os objetos mais evidentes em seu campo de interesse e acumula um patrimônio de conhecimentos; este patrimônio se desenvolve ampliando-se o número de objetos conhecidos, até que se obtenha um acervo mínimo de conceitos, categorias, juízos e leis que versem sobre os objetos e fenômenos existentes na área do mundo que é tida como o objeto daquela ciência, sua massa crítica de informações científicas. Na segunda maneira da emergência de uma atividade científica, o surgimento de uma ciência pode resultar, por cissiparidade, de outra pré-existente, herdando sua maturidade cognoscitiva e metodológica da ciência mãe.

Quando os conhecimentos de uma ciência se avolumam e se aprofundam, ela tende a se dividir, como sucedeu com a física e a química. Neste caso, a ciência original cresce muito em seu conteúdo e o acúmulo resultante obriga à sua divisão em duas ou mais outras, de forma a tornar aquele campo do conhecimento alcançável por seus cultores. No processo de conhecer, o momento da nomenclatura ou nomenclatura deve ser seguido pela fase de descrição; fase que corresponde ao momento analítico-descritivo daquela atividade (científica ou não), uma vez que o conhecimento científico nunca se refere a objetos isolados, mas sempre a classes de objetos, porque o procedimento científico de classificar permite conhecer mais sobre as relações dos entes classificados entre si e, assim, aperfeiçoam o conhecimento que se tem sobre eles. Destarte, o conhecimento passa do meramente descritivo ao explicativo. Mesmo no senso comum, explicar é mais importante do que descrever. Porque não se conhece realmente algo inexplicado. O momento analítico-descritivo no conhecimento científico é considerado estágio menos desenvolvido do pensamento inteligente do que o explicativo-dedutivo, porque suas possibilidades heurísticas e preditivas são nitidamente menores.

Classificar supera o momento analítico-indutivo-descritivo e ingressar no

momento sintético-dedutivo-explicativo, como aconteceu na história de numerosas ciências, inclusive a Psicopatologia nas ciências médicas. No caso do conhecimento das enfermidades, o diagnóstico vem a ser um destes patamares particulares -descritivo, no diagnóstico sindrômico e explicativo, no diagnóstico nosológico.

O diagnóstico é um tipo de reconhecimento e se caracteriza por seu objeto ou por sua técnica, por exemplo, o diagnóstico anatômico e o diagnóstico radiológico. Mais recentemente surgiu um procedimento diagnóstico caracterizado pela atividade do profissional que o executa, o diagnóstico médico e diagnóstico de enfermagem. Procedimento construído para fazer amadurecer o estatuto profissional dessa profissão.

O diagnóstico deve identificar as condições clínicas de um doente que sintetize suas necessidades e possibilidades de cuidados. O diagnóstico médico não é só um diagnóstico feito por médico mas o diagnóstico a serviço da Medicina).

Os nomes das coisas conhecidas vão se enriquecendo de significado à medida que se conhece mais sobre elas. Isso ocorre em qualquer nível do desenvolvimento do processo de construção do conhecimento. Em cada um deles, os conceitos expressos pelos vocábulos denominadores (ou outros símbolos que se usem para expressar os fenômenos ou objetos a conhecer, desde os mais simples aos mais complexos,) serão tão mais eficazes como instrumento de comunicação e de conhecimento quanto mais exatamente refletirem as qualidades mais essenciais daquele objeto ou fenômeno a que se referirem.

Analogamente, a organização sistêmica destes conceitos em uma classificação que leve em conta as exigências de unidade, totalidade e, sobretudo, das interrelações sistêmicas entre seus componentes, será tão melhor, quanto mais sua organização for determinada a partir de um critério que reproduza um elemento essencial da existência natural das coisas classificadas. Porquanto, em uma classificação natural, o objetivo não é inventar uma nova ordem ou disposição para as coisas naturais, mas ensaiar ou simular muitas outras, para descobrir aquela que (ao menos aparentemente) reflita mais fielmente sua existência real (na natureza, na sociedade ou no pensamento) para os fins que se pretende.

Principalmente porque, em uma classificação natural seu objetivo não é inventar uma nova ordem ou uma disposição diferente para as coisas naturais é

descobrir
essa nova ordem possível.

Os nomes das coisas conhecidas vão se enriquecendo de significado à medida que se conhece mais sobre elas. Isso ocorre em qualquer nível do desenvolvimento do processo de construção do conhecimento. Em cada um deles, os conceitos expressos pelos vocábulos denominadores (ou outros

símbolos que se usem para expressar os objetos ou acontecimentos a conhecer, desde os mais simples aos mais complexos,) serão tão mais eficazes como instrumento de comunicação e de conhecimento quanto mais exatamente refletirem as qualidades mais essenciais daquele objeto ou acontecimento a que se referirem.

Analogamente, a organização sistêmica destes conceitos em uma classificação que leve em conta as exigências de unidade, totalidade e, sobretudo, de interrelações sistêmicas, será tão melhor, quanto mais sua organização for determinada a partir de um critério que reproduza um elemento essencial da existência natural das coisas classificadas. Porque, como se mostrou, em uma classificação natural, o objetivo não é inventar uma nova ordem ou disposição para as coisas naturais, mas ensaiar ou simular muitas, para descobrir aquela que (ao menos aparentemente) reflita mais fielmente sua existência real (na natureza, na sociedade ou no pensamento) para os fins que se pretende.

Trata-se de ensaiar ou simular muitas delas, até encontrar uma que interesse. Seu objetivo é descobrir aquilo que indique ou reflita mais fielmente possível o que é mais essencial em sua existência real (na natureza, na sociedade ou no pensamento). Isto porque, de certa maneira, quando se classifica, e se ressystematiza, muda-se a ordem natural ou não das coisas, ordem à qual estão habituados nossa percepção, nosso julgamento, nossas representações e asnoções mais ou menos estereotipadas que se têm sobre aquele conjunto de objetos.

Principalmente porque, em uma classificação natural seu objetivo não é inventar uma nova ordem ou uma disposição diferente para as coisas naturais, mas ensaiar ou simular muitas delas, até encontrar uma que interesse. Seu objetivo é descobrir aquilo que indique ou reflita mais fielmente o que é mais essencial em sua existência real (na natureza, na sociedade ou no pensamento). Isto porque,

de certa maneira, quando se classifica, e se ressystematiza. Muda-se a ordem natural ou não das coisas, ordem à qual estão habituados nossa percepção, nosso julgamento, nossas representações e as noções mais ou menos estereotipadas que se tem sobre aquele conjunto de objetos. Quando são mudados os paradigmas conceituais sobre o que existe fora ou no interior dele, para rearranjá-los de maneira diversa, empregando para este rearranjo um critério classificatório que reordene as coisas segundo outro parâmetro; um exercício de fazer-de-conta, de simular como seria se ..., ou como seria se não ...

Noutro plano, como mostra MOLES, 30 a direção do trabalho das classificações

busca uma ordenação qualitativa das coisas classificadas, pois a classificação ótima, seria qualitativa. O que coloca esta técnica de descrição em confronto com a tendência atual da ciência que é claramente quantitativa. Neste momento, caracterizado pelo reviver do positivismo, mais voltada para um mundo de tipos que para um mundo de relações. Esse é um dado curioso pouco entendido (ou desentendido) por muitos que estudam epistemologia, especialmente a epistemologia da psiquiatria.

Enquanto os realistas e os materialistas empregam o método científico para explicar os objetos e fatos de sua área de conhecimento, de modo a descobrir e inventar objetos e fatos novos, os positivistas fenomenistas se limitam a descrever os objetos e fatos que ocorram a ele, de modo que só descobrem por acaso.

Porque também se recusam a usar hipóteses e teoria Assim, não empregam o método hipotético dedutivos, ficando restritos ao método indutivo..

Preliminar Filosófica ao Estudo da Taxonomia

A Filosofia dispõe de três disciplinas nas quais se pode considerar a taxonomia: a teoria do objeto ou ontologia, a teoria do conhecimento ou gnosiologia e a teoria dos métodos para conhecer ou metodologia. Cada uma destas disciplinas pode ser empregada por meio de algumas doutrinas contraditórias.

Na Ontologia, o materialismo e o idealismo.

Na Gnosiologia, o realismo, o nominalismo e o fenomenismo.

Na Metodologia, o racionalismo, o positivismo, os antipositivismos e o integracionismo

Materialismo é a filosofia monista que vê na matéria (que inclui o conceito de energia) a expressão de tudo que existe no universo. (Marx sustenta o materialismo dialético e Bunge, o materialismo emergentista).

Os materialismos sintetizam as anteriores (razão e sensações, raciocínio e experiência, intelecto e intuição, análise e síntese, influências internas e externas, objetividade e subjetividade, cognição e emoção, indução e dedução, natureza e cultura).

30 Moles, A., A Criação Científica, ed. Perspectiva, S.Paulo, 1971, p.134.

Idealismo -tendência filosófica que sustenta a supremacia do ideal (espíritos, ideias, palavras), o dualismo idealista pretende apenas a existência do ideal, negando todas as manifestações da matéria como ilusórias (o idealismo monista ou solipcismo).

Empirismo (ou empiricismo) doutrina filosófica que pretende a experiência representada pelos sentidos como única fonte de conhecimento; reduz o conhecimento à sensibilidade. (Locke, Hume, Condillac, Stuart-Mill) e, de certa forma, inclui a Fenomenologia (Husserl, Heidegger, Jaspers), o Positivismo (Comte) e o Neopositivismo (Carnap, Ryle, Austin, Wittgenstein, Feigl), pois todas estas tendências filosóficas conservam o denominador comum de natureza empiricista.

Fenomenismo -tendência filosófica que tem o conhecimento como sempre incompleto porque se resume à aparência das coisas.

Racionalismo -tendência filosófica que exclusiviza o raciocínio como fonte do conhecimento (Platão, Spinoza, Leibnitz, Kant);

Intuicionismo -pretende que o conhecimento provém só da intuição (independentemente da sensibilidade e da razão).

Realismo Crítico (Jolivet) que encerra uma combinação eclética dos empirismos e dos racionalismo, evitando todos os preconceitos;

Em Psiquiatria destacam-se os termos GRAFOS e LOGOS. Regis de Moraes destaca que a palavra grega logos tem dois sentidos em português, pode significar razão e inteligibilidade, que corresponde a suas duas dimensões conceituais: a lógica e a metodológica, a explicação e o entendimento. A razão explicativa, pode-se acrescentar.

Regis de Moraes, J.F., Ciência e Tecnologia, Ed. Cortez & Moraes, S.Paulo, 1976, p. 44.

O recurso classificatório como instrumento cognitivo é praticado mais ou involuntariamente pelas pessoas comuns em seu dia a dia, como processo de conhecer o mundo à sua volta. Sendo muito provável que isto tenha fornecido a motivação para seu uso como método científico.

Uma característica do processo cognitivo filosófico chamado método sistêmico é que ele dirige o espírito para o conhecimento da individualidade através do estudo da totalidade, do conhecimento das particularidades através do estudo da generalidade e do indivíduo isolado através da investigação de suas relações com os demais e com o mundo. O que se combina com a concepção sistêmica do mundo e do conhecimento que se tem sobre ele.

Parece equívoco cognitivo pretender a uma dessas abordagens parciais aparentemente antinômicas, quando se pode empregar dialeticamente as duas.

Em muitas ciências, como a Biologia (com a classificação de LINNEU), a Química (com a classificação de MENDELEIEV) e a (com as numerosas classificações de condições patológicas elaboradas nos dois últimos séculos), por exemplo, o procedimento classificatório sistematizado forneceu os elementos cognitivos necessários para o seu desenvolvimento científico, permitindo-lhes passar da fase analítico-descritiva à hipotético-explicativa, da indutiva à dedutiva no processo de desenvolvimento e maturidade científica. Praticamente todos os ramos da Medicina, sobretudo sua dimensão clínica, tiveram o momento decisivo de sua evolução de atividade empírica espontânea para atividade científica na classificação de sintomas, de síndromes, de modos de evolução, de tipos de início ou terminação, de resposta terapêutica, com teorias que buscaram e, muitas vezes conseguiram, explicar seu objeto de atenção.

Quando as classificações são analisadas como procedimentos cognitivos, científicos ou não, se constata que as classificações podem ser criações heurísticas, instrumentos mais ou menos artificiais do conhecimento. Isto é, as classificações são artifícios cognitivos criados para facilitar ou ampliar o conhecimento que se tenha sobre as coisas classificadas. Dessa forma se assemelham à identificação e à nominação de um ente qualquer na experiência cognoscente de alguém. Por isso as classificações são essencialmente diferentes dos conhecimentos provenientes diretamente das descobertas das coisas da natureza. Porque não são objetos naturais, são construções lógicas artificiais, criações cognitivas, embora possam se referir a objetos naturais ou tê-los como objetos. Ao empregar qualidades essenciais dos objetos como critério norteador da classificação, o classificador as identifica como tais. Ao descobrir seu caráter essencial, descobre o que há de mais importante sobre ela. Aspecto a ser destacado neste assunto, as classificações podem se referir a entes naturais, reais ou a entidades abstratas.

A Classificação, Instrumento da Ciência

Classificar é, em resumo, promover o arranjo e rearranjo de uma totalidade de objetos em classes, subconjuntos definidos por um predicado. Isto é, trata-se de ordenar os objetos classificados a partir de pontos de vista diferentes para atender a algum objetivo cognitivo, administrativo, pragmático ou outro qualquer. As classificações permitem melhor a representação e, de certa

maneira, a concretização das possibilidades de variação de um fenômeno ou de uma percepção, do que formas diferentes da própria representação do fenômeno. Mesmo no processo espontâneo de conhecer agrupam-se pessoas, objetos ou fenômenos, considerados individualmente, em classes que compartilhem alguma estrutura, componente ou característica comum, de modo que se possa raciocinar sobre eles.

O procedimento classificatório é extensivamente utilizado na ciência, de modo a permitir a divisão de uma categoria conceitual mais ampla em outras, menos abrangentes, indivíduos, grupos ou séries, de acordo com algum critério preestabelecido; mas sendo, cada uma delas, uma unidade conceitual por si mesma. Toda classificação se dá pela subdivisão de conceitos ou categorias lógicas mais complexas, em seus componentes, de menor complexidade.

Para Platão, classificar é distribuir as qualidades da totalidade por uma hierarquia de classes, formando como que uma espécie de "rede" de conhecimentos, à semelhança de uma árvore que, através de seus galhos, fosse se desdobrando e se simplificando à medida que passasse de um nível para outro.

Na verdade, a análise a síntese, a indução e a dedução são usadas simultaneamente pela mente humana em sua atividade cognoscente. Parece equívoco cognitivo usar uma destas abordagens parciais e só aparentemente antinômicas, quando se pode empregar ambas. É assim que o cérebro humano atua para conhecer o mundo. Uma característica do processo cognitivo filosófico chamado método dialético é que ele dirige o espírito para o conhecimento da individualidade através do estudo da totalidade, do conhecimento da particularidade através do estudo da generalidade e do indivíduo isolado através da investigação de suas relações com os demais e com

o mundo. O que se combina com a concepção sistêmica do mundo e do conhecimento que se tem sobre ele.

As classificações podem ser simples ou complexas, homogêneas ou heterogêneas; podem traduzir de forma melhor ou pior as relações entre as coisas que ordenam; podem ser úteis ou inúteis para algum fim; ou podem ser eficazes ou ineficazes, na medida em que podem ser frutíferas ou estéreis,

como por exemplo, a construção do conhecimento científico (no caso das classificações heurísticas) ou outra finalidade (nas classificações utilitárias, como as listas, catalogações).

Uma classificação é chamada de homogênea quando emprega o mesmo critério em cada um de seus níveis. O emprego de mais de um critério classificatório em cada nível resulta em classificações heterogêneas.

A classificação pode ser tecnicamente bem construída ou ser uma tolice taxonômica, mesmo que seja de grande utilidade para quem a elaborou. Pode atender às exigências de uma boa classificação ou não; pode ser utilitária ou científica, o que não pode é ser utilitária, artificial e heterogênea e pretender ser instrumento científico – cognitivo ou heurístico. As únicas modalidades de classificação utilizáveis produtivamente na elaboração e no desenvolvimento do conhecimento científico são naturais e homogêneas. Mas as outras, muitas delas, também são denominadas classificações ou taxonomias. Muito provavelmente por desconhecimento ou em busca da respeitabilidade que os artefatos tidos como científicos desfrutam na população.

O quê Classificar em Psiquiatria

Preliminar importante de uma classificação psiquiátrica é afirmar que esta é uma classificação de enfermidades ou doenças. O apodo transtorno (em inglês disorder) é um recurso eufêmico para tentar manter vivo o dualismo idealista que defendia o soma e o psiquê (ou o corpo e a alma) como entidades substancialmente distintas. Assim, os positivistas fenomenistas idealistas sustentam que só o corpo pode enfermar, que tal coisa é impossível para a mente. E, como não existem doenças psíquicas, os sintomas e síndromes parecidos com elas foram batizadas de "disorders", conceito muito mal visto nos meios intelectuais desde que usado na sociologia e na psicologia social.

A atitude fundamentalmente materialista do autor deste texto faz com que considere risível tal doutrina, fruto da superstição e da inquisição. Entende que a mente (ou a atividade psíquica) é uma função do organismo humano, uma propriedade do cérebro.

A enfermabilidade é propriedade biológica na qual a enfermidade animal atingiu sua especificidade nos seres humanos alcançando as dimensões corporal e psicossocial.

As enfermidades humanas podem ser chamadas somáticas (quando se manifestam principalmente por afecções do corpo, excetuando o cérebro), orgânicocerebrais ou encefálicas, quando afetam o cérebro e psiquiátricas (quando se manifestam preferentemente por alterações da consciência ou da conduta). Ou seja, mais precisamente, enfermidades com expressão predominantemente somática e enfermidades com manifestações clínicas predominantemente psiquiátricas. É possível classificar os fenômenos

patológicos somáticos e psiquiátricos. Mas não se deve misturar objetos heterogêneos em uma classificação, como acontece com os DSM e o capítulo F da CID que junta sintomas, síndromes e enfermidades em um mesmo patamar classificatório.

O procedimento classificatório que considera cada elemento caracterizável por si mesmo como uma categoria taxonômica independente em relação às demais é a classificação conceitual ou categorial. Muitas ciências se iniciaram de fato com a taxonomia aplicada a seu objeto, como por exemplo, a Biologia (com a classificação de Linneu), a Química (com a classificação de Mendeleiev) e a Patologia (com as numerosas classificações de condições patológicas elaboradas nos dois últimos séculos, destacando o trabalho de Virchow). Entre as técnicas, a classificação decimal de Mervil Dewey marcou o nascimento da biblioteconomia.

O uso de procedimentos classificatórios sistematizados forneceu os elementos cognitivos necessários para sua afirmação e seu desenvolvimento científico, principalmente porque lhes permitiu passar da fase analítico-descritiva à hipotético-dedutiva, da indutiva à dedutiva no processo de desenvolvimento e maturidade científica. O que só foi possível porque empregaram classificações naturais com suas possibilidades heurísticas. Praticamente todos os ramos da Medicina, sobretudo na clínica, tiveram o momento decisivo de sua evolução de atividade empírica espontânea para atividade empírica científica na classificação de sintomas, de síndromes, de modos de evolução, de tipos de início ou terminação, de resposta terapêutica das patologias que constituíam seu objeto de atenção. Quando analisadas as taxonomias empregadas como procedimentos cognitivos, científicos ou não, constata-se que as classificações podem ser criações heurísticas, instrumentos mais ou menos artificiais de obter conhecimento, ou classificações pragmáticas ou utilitárias. Isto é, tais classificações são artifícios cognitivos criados para facilitar ou ampliar o

conhecimento que se tenha sobre as coisas classificadas.

Dessa forma se assemelham a identificação e a nomeação de um ente qualquer na experiência cognoscente de alguém. Por isso as classificações são essencialmente diferentes dos conhecimentos provenientes diretamente das descobertas das coisas da natureza. Porque não são objetos naturais, são construções lógicas artificiais baseadas em critérios, criações cognitivas, embora possam se referir a objetos naturais ou tê-los como objetos.

Ao empregar qualidades essenciais dos objetos como critério norteador da classificação, o classificador as identifica como tais. Ao descobrir seu caráter essencial, descobre o que há de mais importante nela. Aspecto que deve ser destacado neste assunto, as classificações podem se referir a entes naturais, reais ou a entidades abstratas. Quando, por exemplo, se agrupam um conjunto de pessoas levando em conta sua escolaridade, tal procedimento resulta de um artifício, mas reúne indivíduos reais e um conjunto taxonômico real. Os objetos do conhecimento têm propriedades e outras qualidades que podem ser chamadas essenciais e, outras, denominadas acessórias.

A propriedade essencial ou o conjunto formado por mais de um delas constitui a essência daquele objeto. O que faz o objeto do conhecimento seja aquilo que ele é.

Qualidades de uma Classificação

Avaliando a qualidade do critério utilizado em uma classificação, é possível determinar sua qualidade heurística, isto é, sua importância como instrumento gnosiológico, mas avaliar também sua pragmaticidade se a utilidade for o objetivo da sistematização dos objetos classificados. O valor heurístico de uma classificação é expresso pelas possibilidades de conhecer que ela produz. Na opinião de Moles, tais qualidades valorativas do critério sistematizador que se refletem na qualidade, praticidade e utilidade de uma classificação são:

- a) exaustividade: todos os objetos devem ser sensíveis ao critério escolhido, o critério ou os critérios classificadores adotados não devem permitir que fique fora do quadro sendo classificado, senão um resíduo desprezível dos elementos do conjunto dado a classificar, que seja tão pequeno que possa ser negligenciável sem qualquer prejuízo;
- b) especificidade: os objetos a classificar devem estar especificados o mais precisamente possível, e ter um valor único, definido em face de cada um dos critérios classificadores escolhidos, sendo descrição a forma menos exigente de especificar e a definição a partir de dado interno essencial, a mais

satisfatória;

c) ausência de ambiguidade: cada categoria classificatória (taxon) deve conter

apenas objetos ajustados a ela e numa classificação não pode haver objetos de

qualidade diferentes, como intomas e síndromes;

d) simplicidade operacional: os critérios devem ser perceptíveis com facilidade, facilmente compreensíveis e facilmente utilizáveis, porque as classificações que empreguem taxa muito complicadas nem pouca ou nula praticidade, da mesma maneira, o critério não pode ser susceptível a ser reconhecido ou empregado apenas por uma pessoa ou um conjunto de iniciados;

e) valor dicotomizante; para os propósitos de uma classificação heurística, deve-se atribuir grande importância ao valor dicotomizante do critério, porque a dicotomização pode ser considerada como uma tendência que pode ser tida como essencial à estrutura lógica do espírito humano, para quem é muito mais fácil raciocinar em termos de afirmativa ou negação de um atributo (pensamento binário, do tipo empregado nas técnicas de computação e inteligência artificial);

f) o número de critérios classificadores deverá ser o mais reduzido possível. Porque, como é muito difícil ao pensamento humano apreender e assimilar um sistema lógico composto por muitas variáveis em correlação, é necessário diminuir o número de variáveis correlacionadas em um problema lógico para facilitar seu entendimento (como, por exemplo, na redução dos fatores em biotipologia); por isso, a simplificação da classificação, pela subdivisão de seu taxon, pode ser o método normal para reduzi-la e encontrar nela as variáveis realmente independentes.

Devendo-se acrescentar que a qualidade heurística de uma classificação natural é função da essencialidade do critério das classificações naturais e, portanto, nos sistemas classificatórios científicos. Em geral, o caráter do critério define a qualidade de uma classificação; se for um atributo essencial e geral, define uma classificação heurística; se for um elemento arbitrado pelo interesse, mostra uma classificação utilitária. A importância de uma classificação como instrumento de conhecimento também depende de sua simplicidade; da complexidade e da quantidade de critérios adotados; quanto menos numerosos os taxa, melhores as classificações.

Qualquer classificação pode ser bem avaliada, aplicando-lhes estes critérios. Há

de ser um bom exercício para ser aplicado às tábuas nosográficas em uso atualmente como se fossem nosológicas.

Classificação das Classificações

A primeira e mais importante forma de classificar as classificações, como se viu

atrás, é dividi-las em naturais (quando o aponta para uma propriedade essencial do fenômeno classificado) e artificiais (quando não é). As classificações também podem ser classificadas em homogêneas e heterogêneas.

Nas classificações homogêneas, cada nível é organizado segundo o mesmo ou os mesmos critério(s).

Nas classificações heterogêneas, diferentes critérios se misturam em cada um

dos seus níveis. As classificações naturais e homogêneas são aquelas que contribuem para o conhecimento por serem aquelas que apresentam possibilidades heurísticas.

As classificações artificiais e as heterogêneas servem apenas para a finalidade

para a qual foram construídas. Rose e Appignanesi 31 consideram característicos

dos seres vivos que os indivíduos possam ser classificados em grupos que possuam estruturas comuns. Diz que esta classificação será hierarquizada quando cada nível representar um grau assinalado por um traço essencial, como

espécie, gênero, família, classe.

O conhecimento das classificações, como o de qualquer outro objeto cognoscente, pode e deve se beneficiar da aplicação do método classificatório

em sua elaboração e avaliação como procedimentos cientificamente reconhecidos. Tendo em vista esta consideração, as classificações podem ser estruturadas de várias maneiras, principalmente na dependência de seu propósito. As modalidades mais conhecidas de classificação com interesse para

este trabalho são as seguintes:

- a) simples e complexas,
- b) homogêneas e heterogêneas,
- c) naturais (heurísticas) e artificiais (utilitárias),
- d) categoriais e dimensionais.

Rose, S. e Appignanesi, Para um Nova Ciência, Ed. Gradiva: Lisboa, 1989, p. 59.

Classificações Simples e Complexas

Uma classificação pode ser considerada como simples quando qualquer um de seus patamares classificatórios contenha três ou menos elementos. Porque esta parece ser a quantidade máxima com a qual o pensamento humano trabalha com facilidade. A partir desta marca, a classificação começa a ser considerada complexa até se tornar ininteligível, mesmo por um sábio.

A classificação mais simples possível, que se baseia em um único táxon ou princípio organizador, é chamada classificação monotética. Quando se baseia em muitas variáveis (ou critérios classificatórios) este tipo de taxonomia deve ser denominado classificação politética. O valor científico e pragmático de uma classificação se inicia em sua simplicidade. Quanto mais simples, melhor.

A eficácia heurística de uma classificação tende a variar em relação direta com o número de critérios que empregue, quanto mais critérios, menor a possibilidade heurística e, portanto, científica.

Classificações Homogêneas e Heterogêneas

As classificações podem ser construídas a partir de um ou de vários critérios de classificação. Considerando-a uniformidade do critério em cada patamar taxonômico, as classificações podem ser classificadas em homogêneas e heterogêneas. Uma classificação rigorosa e completamente homogênea é aquela que decorre do emprego de um único critério de classificação em todos os seus patamares. Contudo, por não haver qualquer necessidade de rigidez quanto a isto, uma classificação pode ser considerada homogênea se todos os elementos classificados em cada patamar taxonômico forem escolhidos pelo mesmo critério. Por exemplo, um grupo de pessoas é classificado no primeiro patamar pelo sexo, no segundo pela idade, no terceiro pela escolaridade, no quarto pela

naturalidade. Esta classificação é homogênea. Já se forem classificadas pelos sexo em um grupo masculino e um grupo feminino; o primeiro destes grupos for ordenado pela idade e o segundo pela altura, já se tem um excelente exemplo de classificação heterogênea. É exatamente isto que vem acontecendo com as listas nosográficas contemporâneas (tanto as classificações da associação psiquiátrica Americana, DSM, quanto a da Organização Mundial da Saúde, o Capítulo F da CID-10 não têm sequer traços de homogeneidade). Essas listas de condições patológicas chamadas transtornos são programas nosográficos (e não nosológicos) e heterogêneos.

Tais listas de condições patológicas prestam-se a variadas finalidades administrativas, como relatórios de atendimento, planejamento da assistência, produtividade de atendimentos. Entretanto, as listas nosográficas não servem para identificar enfermidades nem, muito menos, servirem como manuais de psiquiatria clínica ou guias para aulas nessa disciplina acadêmica, como tem acontecido largamente por conta de sua carência da validade. Foram construídas e são mantidas com propósitos utilitários. Utilíssimos para muitos propósitos, mas inúteis para propiciar ou fomentar a elaboração do conhecimento psiquiátrico. Principalmente porque, são empregadas como se fossem nosológicas. Seus autores e cultivadores chegam a falsear os significados dos termos nosologia (classificação explicativa de enfermidades) e nosografia (classificação descritiva de enfermidades) para encobrir ou justificar sua conduta. 32

Na CID-10 e nos DSM, 33 a heterogeneidade compromete sua cientificidade, embora não exerça, necessariamente influência sobre a utilidade pretendida de seu emprego na prática, porque este não parece ser heurístico, mas utilitário. Nelas, o emprego de mais de um critério classificatório em cada nível taxonômico resulta em classificações heterogêneas e isto compromete sua cientificidade, mas deve servir aos propósitos de quem as elaborou ou patrocinou. Nas classificações homogêneas, cada nível taxonômico é organizado segundo o mesmo ou os mesmos critérios taxonômicos em cada um dos espécimens ordenados. Esta homogeneidade assegura a unidade e a totalidade lógicas do procedimento.

Nas classificações heterogêneas, diferentes critérios se misturam em cada um dos seus níveis,. O emprego de mais de um critério classificatório em cada nível resulta em classificações heterogêneas. O que vem a ser um péssimo modelo do procedimento classificatório que tenha alguma pretensão científica. É muito difícil acreditar porque e como, instrumentos ideológicos tão obviamente falhos, como são estas listas nosográficas, acabam por se transformar em fontes de

preparação de psiquiatras, no primeiro manual de psiquiatria em uso por estudantes e residentes. São referência obrigatória da maioria dos programas formativos de especialistas que substituem os tratados mais detalhados por estes resumos equivocados.

32 Faça-se uma busca por estes dois termos no Google e verifique-se a afirmativa.

33 Todos os catálogos nosográficos produzidos pela Sociedade Americana de Psiquiatria, desde o primeiro DSM, não são classificações naturais e são heterogêneas e isto as invalida como instrumentos heurísticos e científicos, como mostram muitos autores que as estudaram como Henry Ey, por exemplo (*Études Psychiatriques*, vol. 3, p. 25).

Mas, o pior é que se transformaram em modelos para a investigação clínica em psiquiatria por conta da tendência ao menor esforço, típica dos humanos mas extremamente dominante nos estudantes do sistema nacional de instrução praticado no Brasil. O que deveria ser o momento final do processo diagnosticador, usado para classificar os diagnósticos com finalidade administrativa, substituiu o trabalho intelectual de diagnosticar doenças.

Classificação Natural (Heurística) e Artificial (Utilitária)

As classificações podem ser ordenadas com numerosos outros critérios de sistematização. Entretanto, para reconhecer as classificações naturais deve se usar como critério uma propriedade essencial do objeto universo classificado e sua homogeneidade como sistema lógico, porque este é o critério que pode ser considerado mais importante na investigação científica em Medicina. Provavelmente, do ponto de vista da Filosofia da ciência, a maneira mais útil de classificar as classificações seja pela natureza de seu critério classificatório, como se viu atrás, e este critério permite dividi-las em classificações naturais (quando seu critério para produzir cada critério aponta para uma propriedade essencial do fenômeno classificado) e classificações artificiais (quando a escolha de seu critério classificatório decorre do objetivo da classificação e não represente uma característica essencial das coisas classificadas), ainda que estas designações sejam muito criticáveis.

As classificações empregadas como instrumento de conhecimento científico (as classificações, por isto mesmo, denominadas heurísticas), como já se viu, devem se iniciar pela descrição precisa e sistemática dos objetos ou fenômenos a classificar, o que se constitui no momento descritivo-analítico da classificação. No momento cognitivo que antecede a nomeação e a explicação, a descrição torna-se um instrumento da classificação e, ao mesmo tempo, seu resultado.

Porque a classificação enriquece a descrição, ao ponto de possibilitar a construção do conceito e a permitir inferir explicações ou, o que é mais comum, possibilitar a construção de hipóteses explicativas. As classificações heurísticas têm o objetivo é serem instrumentos do conhecimento, enquanto que as classificações utilitárias se prestam unicamente para ordenar pragmaticamente algumas coisas segundo o interesse de quem o faz.

A ordenação de objetos em grupos homogêneos em função de alguma característica comum é uma das maneiras mais elementares de raciocinar e de ampliar o conhecimento sobre as coisas.

As demais maneiras, fundamentadas em características acessórias, são classificações utilitárias que nem deveriam ser denominadas "classificação", mas lista, rol, catálogo. Pretender fazê-las científicas ou fingir que têm cientificidade, revela desconhecimento, incapacidade ou, simplesmente, uma conduta científica inadequada. Porque, muitas vezes, neste procedimento de ordenar e reordenar os elementos de um conjunto de coisas que suas características mais gerais e mais essenciais podem ser identificadas.

Os catálogos heterogêneos de condições psiquiátricas, como o capítulo F da CID-10 e as da Associação Americana de Psiquiatria pertencem a essa última categoria. Para alguns autores as classificações naturais devem ser chamadas hierarquizadas e as artificiais, não hierarquizadas. Esta denominação não parece correta por que a hierarquização ou a não hierarquização não é a característica mais essencial destes tipos de classificação, embora as classificações naturais tendam a retratar a hierarquização da natureza. Por outro lado, há quem afirme que uma classificação só deve ser chamada hierarquizada quando cada um de seus níveis representar um grau assinalado por um traço essencial seu que o caracterize como indivíduo, espécie, gênero, família, classe.

Parece lógico pretender que uma classificação seja hierarquizada quando se estabelecem relações de subordinação entre seus elementos; mas, nesta eventualidade, é melhor falar em relações taxonômicas hierarquizadas que em classificação hierarquizada. Mesmo as classificações naturais, correspondem a construções heurísticas, a construtos que contêm, sempre, alguma artificialidade e que sua estabilidade temporal dependerá do significado da propriedade que houver sido eleita como critério. Pois, nunca é demais que se

repita, por mais concretos que sejam os objetos dos ordenados em uma classificação, o critério que for usado para sistematizá-los será sempre produto de uma abstração. Na medida em que se conhece mais e mais alguma coisa, pode-se mudar aquilo que se considera como essencial nela. Daí porque seja possível que um atributo tido como o mais essencial de uma coisa ou processo, em um dado momento do conhecimento, não seja reconhecido assim, no momento seguinte; e que um traço tido como essencial de um certo ponto de vista, pode não ser de outro. Por tudo isto, seria melhor dizer classificação a partir do essencial e do acessório.

Não é demais repetir que unicamente as classificações naturais e homogêneas, isso é, aquelas que levem em conta atributos essenciais das objetos e estudados e usem só um critério em cada taxon devem ser chamadas classificações científicas.

Nos procedimentos cognitivos, a classificação é um instrumento da descrição e, ao mesmo tempo, modifica seu resultado. Porque a classificação enriquece a descrição, ao ponto de possibilitar a construção do conceito e a permitir inferir explicações ou, o que é mais comum, possibilitar a construção de hipóteses explicativas.

A classificação dos conceitos que simbolizam objetos materiais ou conceituais implica na utilização simultânea de dois mecanismos: o de apreender o objeto (assim, singularizado) e o de estender seu conteúdo para outros conceitos que partilhem aquela propriedade e com ele se identifiquem (de modo a coletivizá-lo). Quando se dispuser de informações acerca da explicação do objeto material ou conceitual que estiver sendo conhecido (ou seja, o essencial do conteúdo) dos objetos classificados, a sistematização passa a se fundamentar em dados explicativos (o momento analítico-explicativo).

Nenhuma classificação há de ser um instrumento científico satisfatório, se os objetos a ordenar não estiverem bem especificados; bem descritos; bem categorizados (ou conceituados) e, por fim, bem explicados e definidos. Por tudo isto, a evidenciação, a descrição e a nomenclatura são os momentos mais precoces (ainda que integrados) da elaboração subjetiva do conhecimento e a nomenclatura (seja de um conceito descritivo ou explicativo) o primeiro patamar de uma ciência enquanto sistema lógico reconhecido como científico. Sobretudo, não se deve confundir uma classificação científica com a nomenclatura que pode e costuma ser utilitária.

A grande dificuldade de se estabelecer uma classificação natural em psicopatologia reside exatamente na dificuldade de identificar os atributos mais

essenciais de cada fenômeno psicopatológico. Mesmo o senso comum informa que o dado essencial mais importante do conteúdo de uma condição patológica deva ser sua etiologia. Daí por que jamais se construirá uma nosografia psiquiátrica verdadeiramente heurística, sem que se tenha certeza da etiologia dos fenômenos psicopatológicos classificados porque as nosografias empregam elementos cognitivos formais ou aparentes. Não há que ignore a antiga máxima que aponta para o caráter enganador das aparências

A única possibilidade de um sistema classificatório científico em psicopatologia viria do uso da etiologia como critério classificatório. O que resulta numa nosologia sem reparo. Por outro lado, a experiência de outras ciências, como a química e a biologia, em cujo desenvolvimento inicial os procedimentos classificatórios desempenharam papel crucial, é que a classificação baseada em elementos de forma (descrição) vai gradualmente sendo substituída pela classificação baseada em um critério etiológico (dado de verificação). O importante, ver-se-á adiante, é que estes dois tipos de procedimentos não sejam misturados em um mesmo patamar classificatório.

Classificação Natural

A classificação natural é aquela que tem cada nível definido por um critério que deve corresponder a uma qualidade geral e essencial, e é caracterizador de toda aquela subdivisão. A classificação natural utiliza como critério analítico uma propriedade essencial do conjunto analisado, atributo que definirá a categoria do nível inferior. Toda classificação natural é, portanto, uma forma de organização hierarquizada dos elementos do conceito mais amplo a classificar, feita a partir de uma qualidade essencial encontrada no conjunto; prosseguindo o processo de organização, num segundo passo, subdividindo-se o restante obtido, até que se defina uma qualidade que identifique apenas um indivíduo da série. Vale a pena repetir que uma classificação somente deve ser chamada natural, quando seu critério classificatório for um elemento essencial da estrutura dos objetos e fatos que classifica. E deve se chamar artificial (ou catalogação) quando seu critério usado para classificar representar algum traço acidental ou característica acessória dos objetos classificados, como sua aparência. Repita-se que só as classificações homogêneas e naturais podem ter valor heurístico ou conhecimento científico, ainda que não se possa ou se deva absolutizar o valor heurístico. O preconceito positivista remoto de limitar conhecimento à descrição impede que sob essa diretriz emergam classificações verdadeiras.

Preconceito motivado em sua origem no século XIX pela reação às explicações sobrenaturais que eram atribuídas aos objetos e acontecimentos naturais.

A classificação natural é um tipo de organização hierarquizada dos elementos do conceito mais amplo que se pretende classificar, feita a partir de uma qualidade essencial sua; seguindo o processo, num segundo passo, subdividindo-se o restante obtido, já aí considerado a nova totalidade a subdividir, até que se defina uma qualidade que identifique apenas um indivíduo da série, num processo lógico denominado análise.

Este tipo de classificação se denomina natural porque estas ordenações sistemáticas refletem a ordem encontrada nas coisas da natureza. Os objetos naturais se relacionam por meio de suas propriedades essenciais. Porquanto se o critério classificatório for atributo essencial dos objetos classificados, isto permite conhecer sempre mais sobre eles. Por isto, as classificações naturais são chamadas heurísticas ou científicas (ou, ainda, classificações filéticas, baseadas em características filogenéticas dos organismos vivos).

Uma classificação natural deve ter cada nível taxonômico (táxon) definido por um critério que corresponda a uma qualidade essencial da totalidade dos elementos classificados; e, por isto, esse critério deve ser caracterizador de toda a subdivisão resultante de seu emprego porque enquadrada por aquele critério. Isto porque, por definição, a classificação natural utiliza como critério analítico uma propriedade essencial do material original a ser analisado e aquele atributo, eleito como critério, vai determinar e definir toda a categoria do nível inferior que passa a existir como um conjunto em função dele.

A classificação natural é um tipo de organização hierarquizada dos elementos do conjunto mais amplo a ser classificado, a partir de uma qualidade essencial sua. Num segundo passo, subdivide-se o restante obtido, já aí considerado a nova totalidade a subdividir, até que se defina uma qualidade que identifique apenas um indivíduo da série, num processo lógico denominado análise. Este tipo de classificação se denomina natural porque estas ordenações sistemáticas refletem a ordem encontrada nas coisas da natureza. Porque o critério classificatório é um atributo essencial das coisas classificadas, ele permite conhecer sempre mais sobre aquelas coisas.

Numa classificação de doenças ao se escolher a etiologia ou um sintoma como critério, ela resultará em uma classificação natural, porque usa um atributo natural e essencial dos objetos classificados, mas escolher a presença deste ou daquele sintoma ou sua duração pode ser ou não. Pois se sabe que, se bem que alguns sintomas sejam patognomônicos de certas enfermidades, a maioria deles é acidental e compartilhados com outras entidades clínicas, por isto não

conduz
a nenhuma explicação sobre a sua natureza.

Quando se trata de fenômenos naturais, aplicação direta destas informações parece muito razoável e há um século vem rendendo dividendos valiosos para as ciências da natureza.

O que não tem acontecido para as ciências da sociedade e para as ciências do homem. Muito provavelmente porque, a despeito da natureza sistêmica da estruturação de seus objetos e de seus fenômenos, tem havido naquelas ciências uma intrusão de valores, critérios e procedimentos adequados às ciências naturais, mas inservíveis na investigação da sociedade e do ser humano. Só quando se emprega alguma propriedade essencial dos objetos a serem classificados como critério é possível tirar algum proveito científico desse procedimento.

Nas classificações naturais, a escolha de um critério que corresponda a uma característica essencial da coisa classificada permite a utilização do fenômeno lógico analítico naquilo que interessa mais àquele objeto ou processo que está sendo classificado, ainda que este traço essencial seja descoberto após sucessivas tentativas. Por isso é que as únicas classificações que devem (e podem) ser chamadas de sistêmicas, aquelas mesmas que também poderiam legitimamente ser denominadas sistemas classificatórios. Essas são as classificações naturais estruturadas de acordo com o mínimo rigor metodológico em sua construção. Principalmente que obedecessem ao princípio de homogeneidade taxonômica. E, se isto ainda não existe, a despeito das muitas tentativas desde Boissier des Sauvages, é porque esta tarefa ainda não é viável.

A primeira grande dificuldade de fazer uma classificação respeitável em psiquiatria consiste em definir os objetos classificáveis as doenças ou enfermidades, porque essas são as condições patológicas essenciais. As espécies conformam uma coleção de objetos concretos que compartilham as mesmas propriedades básicas. Dentre os sintomas, as síndromes e as enfermidades (ou doenças), só estas últimas podem ser usadas como espécies patológicas.

A segunda dificuldade de estabelecer uma classificação natural e homogênea em Psiquiatria reside na dificuldade de identificar os atributos essenciais (e, mais ainda, o atributo mais essencial) de cada grupo de fenômenos psicopatológicos

por causa da extrema complexidade e ideologização da matéria. Mesmo o senso comum informa que o dado essencial mais importante do conteúdo de uma condição patológica deva ser sua etiologia. Daí porque, jamais se construirá uma nosologia (classificação explicativa das enfermidades) verdadeiramente heurística, sem que se tenha certeza da etiologia dos fenômenos patológicos classificados. As nosografias (classificações descritivas das enfermidades) não se prestam a esta função.

Nas ciências naturais, como a Química e a Biologia, em cujo desenvolvimento inicial, os procedimentos classificatórios desempenharam papel crucial, evidenciam-se como os conhecimentos descritivos que passam a explicativos. O que proporciona a evolução também qualitativa ao conhecimento obtido. Para que isso acontecesse, no entanto, os elementos de forma (descritivos) tomados como critérios, tiveram que ser substituídos por outros, etiológicos, que se referem ao que há de essencial nos objetos classificados. Ou, de qualquer maneira, propriedades explicativas daqueles objetos. Dados explicativos usados na definição. Porque este é o caminho natural da elaboração cognitiva: da forma para o conteúdo, da aparência para a essência, do simples para o complexo e, por isto, também caminha da descrição para a explicação do conhecimento dos seres para o conhecimento da natureza de suas relações. Não é possível supor que uma ordenação baseada exclusivamente em dados descritivos informe sobre a essência das coisas ordenadas. E permitam explicá-los.

Função Heurística das Classificações Naturais

MOLES, descrevendo os métodos da ciência, em excelente trabalho sobre Criação Científica, trata dos métodos de classificação como instrumentos de conhecer e prever. Destaca a função idealizante de recodificação, daquilo que é observado no mundo, exercida pela classificação. Diz que o processo de classificar é a etapa que a maioria das ciências assume imediatamente após o momento da denominação verbal e antes da pesquisa das definições. Uma ciência pode originar-se de dois processos: primeiro, resultar da cissiparidade de outra anterior, tendo adquirido seu grau de maturidade cognoscitiva e metodológica na ciência mãe; a segunda forma de organizar um conhecimento científico é seu surgimento natural, ocasionado pelo acúmulo gradual de conhecimentos e de meios de conhecer. Nessa segunda forma, a ciência se inicia pelo processo de nomear os objetos e fenômenos mais evidentes em seu

campo
de interesse.

Este momento de designações ou notações caracteriza o nascimento de uma disciplina científica. É seguido, logo após, pela fase de classificação, que corresponde ao momento analítico-descritivo daquele conhecimento, vez que o conhecimento não se refere a objetos ou acontecimentos isolados, mas a classes de objetos ou fenômenos. Após, quando o fenômeno analítico-descritivo já tiver frutificado, vem o momento de pesquisa das definições ou fase explicativo-dedutiva.

Os procedimentos clássicos de qualquer ciência (busca sistemática do conhecimento) se iniciam no reconhecimento preliminar das características dos objetos componentes daquele segmento da natureza que pretendessem estudar. O conhecimento das feições do universo e sua discriminação para fins de identificação. Deste ponto de vista, a classificação é o primeiro objetivo da ciência e a origem remota de todo conhecimento. 34

Esse foi o processo empregado em toda atividade científica em seus primeiros para identificar espécies e agrupá-las de modo inteligente. Lineu, Mendeleiev, Pinel e Darwin são exemplos de quanto o processo classificatório natural pode servir ao desenvolvimento de uma ciência em sua fase inicial. Provavelmente, há de ter sido por puro etnocentrismo anglo-saxônico que Millon 35 atribua a Simpson, Sokal e Sneath e a Hempel os primeiros e mais importantes estudos de classificação do ponto de vista científico.

Algumas atividades científicas se iniciam pela tarefa de classificação. A estatística define o critério com a forma de uma curva de distribuição e, para que surja o qualitativo do quantitativo, distingue diversas esquematizações, tais como a distribuição em U (densidade dos pontos representativos máximos nas duas extremidades do intervalo de variação considerado) que expressa a relação A ou B, excluído todo outro valor ou a distribuição em J (pontos representativos agrupados em uma extremidade do intervalo de variação de pertinência a uma classe) (voto majoritário). 36

O instrumento classificatório pode ser um meio eficaz para superar o momento analítico-indutivo-descritivo e ingressar no sintético-dedutivo-explicativo. Por isso, pode-se dizer que classificar é mudar a ordem natural à qual estão habituados a percepção e o julgamento, as representações e as noções mais ou menos estereotipadas da realidade e, sobretudo, nossos paradigmas

conceituais, para rearranjá-los de maneira diversa, empregando para este arranjo um critério classificatório que reordene as coisas segundo outro parâmetro; como um exercício de faz-de-conta, de como seria se..., ou como seria se não...
O critério classificatório é a noção diretora que preside esta rearrumação e dirige todas as possibilidades.

34 Prado, C. Jr., op. cit., p. 307.

35

Milton, T., On the Nature of Taxonomy in Psychopathology , in Last, C. G. e Hersen, M., Issues in Diagnostic Research, Ed. Plenum Press: Nova Iorque-London, 1987, p. 13.

36

Moles, A. A., p. 134.

Classificação Artificial ou Catalogação

Uma ordenação de objetos materiais ou conceituais deve ser chamada de catalogação ou classificação artificial, (sendo bem melhor denominá-la de catálogo, lista, listagem, rol) quando se origina em um critério que não aponte

para uma característica essencial dos objetos classificados (como tamanho, peso, ordenação alfabética ou outra qualquer que não represente uma qualidade

essencial do grupo). Nela, a escolha do critério da catalogação resulta só do arbítrio ou do interesse do ordenador. A rigor as classificações artificiais não são

científicas obedecendo-se ao significado rigoroso na definição deste termo.

Essas classificações baseadas em características aparentes, quando ordenam seres vivos podem ser chamadas classificações fenéticas (baseadas em características fenotípicas dos seres biológicos). Entretanto, em medicina, principalmente na classificação de doenças, usa-se como critério sua propriedade essencial que é a etiopatogenia.

A impropriedade da denominação classificação para as ordenações não classificatórias, como as listas alfabéticas ou outras fundamentadas em atributos não essenciais dos objetos ordenadas, tem exercido influência perniciosa no desenvolvimento científico e técnico, como é bem fácil de imaginar. No entanto, sabe-se que as possibilidades heurísticas de uma catalogação são mínimas ou inexistentes e, quando acontecem, são inteiramente acidentais e casuais, cabendo-lhe unicamente importância pragmática para a finalidade para a qual tenha sido construída. Por isso, uma

lista nosográfica assim não tem utilidade científica, não contribui para o desenvolvimento da ciência e seu status científico é muito baixo do que se deve

esperar de uma classificação nosológica. Talvez por esta razão, pode-se encontrar catalogações de fatos arquitetadas segundo critérios bastante acessórios que são apresentadas como se fossem classificações naturais. Catalogar ou fazer um rol de objetos é construir uma ordenação artificial.

Na catalogação, o único critério importante é o interesse de seu elaborador. No

caso das enfermidades. Será um instrumento ordenador artificial e heterogêneo

que sirva para planejar e administrar serviços ou remunerar procedimentos.

A

utilidade das antes chamadas listas nosográficas: disciplinar diagnósticos de enfermidades e homogeneizar os relatórios de produção de serviços. Porque

a

utilidade prática é só o que interessa. Chame-se lista ou catálogo de fácil utilização e adequada para aquilo para que está destinada.

Classificações Categorias e Dimensionais

Quando se ordenam os objetos segundo a estrutura de sua representação gráfica, elas podem ser categoriais ou conceituais (principalmente as tipologias ou classificações tipológicas) e dimensionais. As classes nas classificações dimensionais não são mais que momentos diferenciados de um continuum conceitual em desenvolvimento, estágios momentâneos de uma sequência de estados de um objeto. Como acontece quando se ordenam grande número de pessoas em função da altura, do peso, de um traço da aparência ou de uma aptidão qualquer. A classificação das doenças funcionais, como diabetes, dos estados deficitários, ou de certas condições patológicas funcionais, como a acuidade visual ou auditiva, se fazem melhor pelo processo dimensional. Quando se classifica enfermidades, funcionais ou estruturais, usando como critério síndromes ou sintomas seria como classificar pessoas pela cor de sua roupa ou sua altura e pretender obter alguma conclusão de interesse médico.

Conceituar é o processo cognitivo de sintetizar em uma palavra expressão verbal com mais de uma palavra, atributos essenciais e mais gerais que se reconheça (ou se suponha reconhecer) em um objeto, material ou conceitual que estiver sendo conceituado.

Categorias (conceitos-chave ou conceitos-mestres) são conceitos de tal maneira gerais sobre um certo aspecto particular do mundo, que expressam as propriedades e as leis mais amplas e mais essenciais daquele nível de organização da natureza, da sociedade ou do pensamento a que se referam (v.g. categorias filosóficas, epistemológicas, históricas, farmacológicas, psicológicas ou as de cada uma das ciências específicas).

Dimensão é a denominação que se empresta a todo plano, grau ou direção em que se possa efetuar uma investigação ou executar uma ação; sentido em que se mede uma extensão para avaliá-la; número mínimo de variáveis necessárias à descrição analítica de um conjunto; entre outros sentidos análogos.

Na investigação médica as classificações categoriais prestam-se melhor para ordenar condições patológicas resultantes de alterações estruturais, enquanto

as dimensionais, são melhores para sistematizar perturbações funcionais. Na prática, sabe-se que as perturbações do funcionamento orgânico ou do desempenho pessoal costumam ser identificadas antes que se possa conhecer as alterações estruturais que estejam relacionadas a eles.

Isso acontece, sobretudo, frente aos diferentes níveis estruturais do organismo (tissular, celular, molecular, atômico e subatômico) capazes de ocasionar disfunções no organismo e no psiquismo, causar sofrimento e incapacitação.

Classificação Categorical ou Conceitual

As classificações podem ser categoriais (principalmente as tipológicas) e dimensionais. As classificações categoriais reúnem elementos representados por classes, categorias, conceitos, objetos ou fenômenos cada um deles distinto e definido por si mesmo; nas classificações categoriais, cada rubrica ou categoria corresponde a um elemento essencial quantitativa ou qualitativamente diferenciado dos demais. Numa nosografia ordenada segundo uma classificação categorial, cada diagnóstico corresponde a uma entidade mórbida definida por si mesma. Se a classificação for de sintomas, a entidade é um sintoma; se de síndromes, uma síndrome; se de doenças, uma doença.

Classificações categoriais hierarquizadas são aquelas nas quais se convencionou uma escala de precedência, pela qual determinados conceitos, objetos ou categorias têm precedência sobre outras ou sobre todas as demais. Nas classificações categoriais cada elemento classificado, qualquer que for sua posição na hierarquia taxonômica, está definido em relação aos demais e diferenciado deles por meio do critério classificador. Dois elementos iguais não podem ocupar lugares diferentes no sistema taxonômico, nem dois elementos diferentes podem compartilhar o mesmo nicho. Uma classificação categorial tem como critério para produzir seus taxa uma propriedade essencial dos objetos classificados, propriedade que faz com que um objeto seja aquilo que é. Aplicado às enfermidades, isso se refere à sua etiopatogenia, porque é o que faz com que uma enfermidade seja o que ela é. Mesmo um sintoma patognomônico não faz a enfermidade ser o que é. Apenas indica o que ela é. As classificações categoriais são organizadas em etapas hierarquizadas, os níveis

classificatórios,
que contêm elementos como classes, gêneros, espécies e indivíduos (estes, representados pelos objetos singulares ou fenômenos individuais, por entes que podem ser tidos como indivisíveis). Cada um desses taxa ou níveis taxonômicos pode ser representado por categorias ou por conceitos que os nominam com a precisão possível naquele momento do conhecimento e são qualitativamente diversas entre si; cada um deles deve ser distinto dos demais com os quais não se confunde e definido por si mesmo. Nenhum componente deste sistema pode ocupar espaço em dois espaços singulares dessa ordenação.

Numa classificação categorial, cada objeto ou fenômeno classificado deve corresponder a uma entidade definida por si mesma e bem delimitada conceitualmente em relação às demais. Por exemplo, se a classificação for de sintomas, a entidade é um sintoma; se de síndromes, uma síndrome; se de doenças, uma doença; se tipo de evolução, um padrão de curso; se de respostas terapêuticas, um tipo de resposta terapêutica. Não se prestam bem para ordenar objetos de uma mesma qualidade que se diferenciem dos demais apenas por uma variação de quantidade como acontece no chamado continuum conceitual.

Tudo isto considerado, pode-se pretender que nas classificações categoriais, cada rubrica taxonômica ou categoria classificatória corresponde a:

- a) um conceito definido, um elemento essencial quantitativa ou qualitativamente diferenciável dos demais;
- b) um objeto ou um fenômeno conceitualmente determinado e bem definido por suas próprias características, sejam estas essenciais ou não e que, através delas, pode ser reconhecido;
- c) um objeto ou um conjunto de objetos cujos limites sejam definidos por eles mesmos, pela presença ou ausência daquelas suas próprias características que foram empregadas como taxa e que, por causa desta qualidade podem ser identificados por si mesmos.

Nas classificações derivadas da de Kraepelin, havia implícita uma hierarquia: psicoses exógenas, endógenas, estados anormais e quadros reativos. Seu emprego tem-se revelado mais indicado para a prática clínica que para programas de pesquisa (a despeito das experiências com covariação estatística) por causa da baixa validade das categorias que representam as diferentes entidades classificadas, pela baixa confiabilidade decorrente da exigência de um sistema de definições e regras de aplicação e, finalmente, pela dificuldade ou impossibilidade de situar os quadros limítrofes ou associados.

Classificação Dimensional

As classificações dimensionais têm seus elementos classificados distribuídos graficamente, segundo os critérios utilizados, em dimensões espaciais utilizadas

simultaneamente, sem que haja ou deva haver qualquer descontinuidade nítida entre cada um deles e os demais. Nelas, é algum elemento apenas quantitativo que diferencia cada momento da coisa classificada.

As classificações dimensionais constituem, em verdade, momentos diferenciados de um continuum conceitual ou fático. Numa nosografia que adote este tipo de classificação, um diagnóstico não deve corresponder a uma entidade clínica, apenas diz que o caso diagnosticado ocupa uma determinada posição relativa no espaço multifatorial. Por outro lado, as tendências doutrinárias que pré-definam os acontecimentos psicopatológicos, como continuidades ou variações apenas quantitativas dos fenômenos psíquicos não patológicos, tenderão, naturalmente, a empregar ou tentar usar procedimentos classificatórios dimensionais em psicopatologia.

Os objetos materiais ou conceituais ordenados em uma classificação dimensional não podem ser diferenciados qualitativamente dos demais, distinguindo-se uns dos outros unicamente pela variação quantitativa de seu atributo (a dimensão) tomado como critério naquele procedimento classificatório. Numa nosografia dimensional, um diagnóstico não corresponde a uma entidade clínica diferenciada, apenas significa que o caso ocupa determinada posição relativa aos demais do mesmo tipo no espaço multifatorial, com relação à sua característica que presidiu a classificação.

Nos processos patológicos deficitários, como a Deficiência Mental, sua classificação é, naturalmente, dimensional. Quando se pré-definem os acontecimentos patológicos como continuidades ou variações apenas quantitativas dos fenômenos psíquicos não patológicos, tender-se-á, naturalmente, a tentar usar procedimentos classificatórios dimensionais em psicopatologia.

Nas classificações dimensionais os elementos classificados se distribuem graficamente, consoante os critérios classificatórios, em dimensões espaciais utilizadas simultaneamente. Os objetos ou fenômenos ordenados em uma classificação dimensional não são qualitativamente diferenciados em relação aos demais, diferenciam-se por variação quantitativa de seu atributo (a dimensão).

As definições operacionais são características das classificações dimensionais

porque se referem, em geral, a fenômenos ou acontecimentos organizados em um continuum. Como acontece na CID-10 que, embora mencione suas rubricas diagnósticas como "categorias" (que de fato são), lhes impõe critérios diagnósticos quantitativos (com três dos sintomas mencionados, ou durante seis meses, ou duas crises em um mês, e tantas outras como exemplos).

Akiskal, 37 sugere que a estratégia dimensional é mais apropriada à psicopatologia, porque nela, ao contrário da patologia geral, não há sempre uma clara demarcação entre o patológico e o não patológico. Mas isto não é verdadeiro para todos os casos, como o é para os estados deficitários globais ou parciais e para os chamados transtornos da personalidade (mas estes ainda não são suficientemente homogêneos para serem considerados uma unidade fenomenal nem condições patológicas unitárias, ao menos como acontecimentos primários). Ademais, é impossível deixar de considerar que, quando se confundem o patológico e o não patológico quando a enfermidade se exterioriza como variação quantitativa de características normais, o mercado de serviço de assistência aos casos psiquiátricos fica imensamente ampliado. Sem falar no uso de medicamentos com caráter profilático.

Nas classificações dimensionais, os elementos classificados não se diferenciam como entidades singulares, mas como momentos diferentes de um processo, como gradações apenas quantitativas de um continuum conceitual. As classificações dimensionais são estruturadas como conjuntos de componentes diferenciáveis apenas quantitativamente (razão pela qual a quantificação lhes é indispensável).

Levando em conta o número de critérios utilizados simultaneamente em um procedimento classificatório, ordena as classificações naturais (aquelas nas quais os táxons são propriedades essenciais) em três tipos: classificações unidimensionais ou quadros de uma dimensão (quando se opera com um único critério de cada vez); classificações bidimensionais ou quadros classificatórios de duas dimensões (quando se utilizam dois critérios simultaneamente); e classificações tridimensionais ou quadros classificatórios de três dimensões (quando se utilizam três critérios simultaneamente). O espírito humano parece limitado a imaginar só três, não tendo possibilidade de representar mais de três dimensões. Por isto, não há classificações maiores do que as tridimensionais.

Classificação Monodimensional

Com uma classificação monodimensional usa-se apenas um critério classificador, por isto os elementos classificados são dispostos em uma única linha do espaço na qual pode-se enfileirar todos os elementos classificados em função do critério usado (peso, tamanho, idade, etc.).

37

Akiskal, H. S., The Classification of Mental Disorders, in Kaplan, H. I. e Sadock, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5ª edição, Ed. Williams & Wilkins: Nova Yorque, 1989, p. 585.

Pode-se trabalhar com diversos tipos de classificações monodimensionais.

Lineares: representada graficamente por uma linha; sem hierarquização, como uma classificação de diabete que levasse em conta apenas a glicemia, ou como a classificação de Pinel; ou hierarquizada, como a de Kraepelin nas quais os elementos classificados são coordenados; ou Hierarquizada, como uma classificação de neoplasias com alguns tipos de tumores subordinados a outros.

Em leque ou em árvore: como a antiga classificação das espécies vivas, na qual cada divisão pode ser subdividida indefinidamente), a classificação das ciências de Piaget, ou a classificação das doenças mentais de Kleist.

Circulares: quando não são hierarquizadas e não há qualquer importância na posição de um dos elementos em relação aos demais.

Classificação Bidimensional

A classificação bidimensional emprega um critério no eixo da abcissa e outro no eixo da ordenada, classificando os elementos em posições relativas simultaneamente a ambos; de modo que ficam dispostos, ao mesmo tempo, em diversas linhas de um único plano do espaço. A ordenação dos índices obtidos pela relação entre o peso e a altura fornece um bom exemplo de classificação bidimensional.

Eysenk classifica as doenças depressivas, considerando sua endogenicidade e sua reatividade como critérios definidores das duas dimensões classificatórias.

O conceito de fasmotimia pode, sem sacrifício, ser denominado de bidimensional, pois envolve dois conceitos sintetizados: a fase (uma forma de evolução) e a síndrome (timia, referente ao humor).

Os exemplos, citados por MOLES, de classificação bidimensional consideram:

a) pertinência que se refere à estrutura lógica de cada um dos níveis

taxonômicos (se os ratos fazem parte dos roedores e os roedores fazem parte dos quadrúpedes, os ratos fazem parte dos quadrúpedes);

b) a vizinhança que sugere a evolução, quando há uma nítida continuidade entre

os dois elementos empregados, como por exemplo, a noção de séries animais;

c) os quadros com duas dimensões utilizam dois critérios distintos; introduzem,

além das propriedades precedentes, como a noção de casa, a de famílias de casas verticais ou horizontais que são subconjuntos de propriedades.

Classificação Tridimensional

As classificações tridimensionais usam três critérios simultaneamente e distribuídos em três eixos, como altura, largura e profundidade de um gráfico, resultando em representações gráficas tridimensionais, espaciais.

Classificações

que podem resultar tão complexas que fiquem fora da possibilidade de processamento pelo pensamento, por causa de sua complexidade.

Eysenk e Sheldon empregaram classificações tridimensionais para estudar e descrever a personalidade. Eysenk empregava os conceitos de psicoticidade, neuroticidade e introversão-extroversão.

Sheldon, os de ectomorfia, mesomorfia e endomorfia combinados com viscerotonia, somatotonia e cerebrotonia.

Todos classificaram tipos encontrados em função da relação que se estabelecesse entre os três pares de fatores em correlação.

Classificações Categorias, Multiaxiais

Importa não confundir as dimensões de um quadro classificatório (representadas pelo número de critérios empregados em cada quadro, representando cada um em uma das dimensões do espaço), com os "eixos" utilizados pelo DSM/III e adotados, também, pela CID-10; esses eixos são alternativas de especificação diagnóstica para cada tipo de condição clínica classificada.

O conceito básico desse sistema é que diversas esferas de informação que sejam de alto valor clínico sejam avaliadas para cada pessoa. De maneira ideal, cada uma dessas esferas é avaliada independentemente das outras, embora, na prática, elas estejam frequentemente relacionadas.

Juntas, elas representariam uma visão da condição do paciente muito mais abrangente do que uma avaliação limitada a um diagnóstico de transtorno mental. 38 O conceito de classificação multiaxial da DSM-III e DSM-III-R corresponde a multidiagnósticos. Sendo que, em cada eixo, quase sempre correspondente a uma classificação categorial monodimensional, permite um diagnóstico daquele ponto de vista, se for o caso.

Talbott, J. A., Hales, R. E. e Yudofsky, Tratado de Psiquiatria, Ed. Artes Médicas: Porto Alegre, 1992, pp. 156.

Axialidade da CID-10 e do DSM-III

Na DSM-III e DSM-III-R (e, provavelmente, na CID-10) são levados em conta cinco eixos:

- I – síndromes clínicas e condições do código V;
- II – transtornos do desenvolvimento e da personalidade;
- III – condições físicas atuais que podem influir no estado mental;
- IV – escala de gravidade dos estressores psicossociais;
- V – escala de avaliação global do desempenho pessoal.

Dimensionalidade e Axialidade

Não se deve confundir a noção de dimensionalidade com a de axialidade. Erro

que está se tornando cada vez mais comum por causa da noção de eixotaxonômicos introduzida pela nosografia norte-americana. Nem se deve confundir a quantidade das dimensões de um quadro classificatório (representada pelo número de critérios empregados em cada quadro e representados cada um deles em uma das dimensões do espaço: comprimento, altura e profundidade) com os "eixos" utilizados pelas novas taxonomias nosográficas.

Nas nosografias atuais, como a CID/10, os eixos são recursos empregados para compatibilizar em um único quadro diferentes taxonomias, construídas com diferentes critérios e com naturezas distintas. Enquanto o processo de classificação bi ou tridimensional se dá simultaneamente nos dois ou três planos que integram dois ou três critérios classificadores e o diagnóstico final deve ser uma síntese que integra aqueles dois critérios; o diagnóstico multiaxial é um processo de classificações sucessivas e superpostas do mesmo dado, fazendo variar o táxon e o ponto de vista e resultado em tantos diagnósticos quantos sejam os critérios escolhidos.

O diagnóstico resultante de uma classificação natural, seja categorial ou

dimensional, é sempre sintético. Das classificações multiaxiais resultam as classificações dos diagnósticos analíticos.

Na verdade, nas tabelas nosográficas, ao que parece, esses eixos são alternativas de especificação diagnóstica destinados para cada tipo de condição clínica ou para cada tipo de patologia diagnosticada sem que haja necessidade de se empregar um critério único para transformar aquilo em um primeiro patamar taxonômico.

As ordenações axiais podem resultar em um processo analítico, na medida em que os eixos se superponham sem integrar-se, mas não precisam ser dimensionais, como na maioria das vezes não o são. Em geral, como nas catalogações nosográficas atuais, os empregos dos eixos são um recurso para compatibilizar taxonomias categoriais ou categoriais e dimensionais em uma unidade esquemática, mas não uma unidade ou uma totalidade taxonômica.

Nas classificações dimensionais, nas quais se confundem os conceitos de eixo e dimensão, e cada uma delas é um eixo taxonômico, suas dimensões e seus eixos são limitados a três. Mas, isto não significa que os eixos que se superponham em todas as classificações sejam dimensões taxonômicas. Nas classificações categoriais que empregam eixos, estes eixos não são dimensões e nem teriam porque ser. Como não o são nas listas nosográficas no mercado. O conceito de classificação multiaxial dos DSMs findou por ser acompanhado pela CIDs. O processo de classificação bi ou tridimensional se dá simultaneamente nos dois ou três planos que integram dois ou três critérios classificadores e o diagnóstico final é uma síntese que integra aqueles dois critérios em um ponto do espaço.

A classificação de diagnósticos chamada multiaxial é um processo de sucessivas classificações superpostas do mesmo conjunto, variando o táxon e, com isto, produzindo diversos diagnósticos. Mas também é um artifício, para que nega a existência de doenças ou enfermidades simularem uma ordenação na qual elas apreçam com outro nome.

Nosologia é uma taxonomia explicativa de condições patológicas.

Nosografia é uma taxonomia descritiva de conceitos diagnósticos.

Uma classificação nosográfica multiaxial não é nem necessita ser, necessariamente, dimensional, muitas vezes podendo corresponder, unicamente, a multi-diagnósticos simultâneos de um mesmo caso clínico. Sendo que cada eixo, quase sempre corresponda a uma classificação categorial.

As tábuas nosográficas são recursos utilitários que foram criadas com propósitos estatístico-censitários. Depois, prestaram-se a finalidades administrativas.

Atualmente, ao menos na psiquiatria, parecem ter duas grandes finalidades: promover a uniformidade dos diagnósticos por examinadores diferentes (evitando glosas dos procedimentos) e possibilitar a invenção de doenças para serem medicadas com aparência de respeitabilidade acadêmica. Nas listas nosográficas vigentes, como a CID/10 e os DSM, cada entidade clínica representa um diagnóstico categorial elaborado do ponto de vista de um critério diferente.

Os eixos psicopatológicos mais comuns são: síndromes e sintomas, causa, curso, características da personalidade, nível do desenvolvimento, estressores psicossociais, desempenho pessoal.

Do ponto de vista clínico importa considerar o grau de sofrimento, de incapacitação e a resposta à terapêutica.

ANEXO 1

NOTA SOBRE O USO DO TERMO EVIDÊNCIA EM VEZ DE PROVA CIENTÍFICA

A palavra evidência provém do latim *videre* = ver. enxergar. Os filósofos epicuristas identificavam a evidência com a atividade dos objetos sobre os receptores sensoriais. Os estóicos incluíram o raciocínio, além dos sentidos como fonte de evidência. Para os filósofos antigos, o termo evidência seusa com o significado de verdade que se impõe por si mesma, por sua própria clareza á pessoa cognoscente ("originada nos próprios olhos, olhos que a terra há de comer"). Significava aquilo que a pessoa está vendo e que, por isto, tem como inegável. Fudou acumulando o significado de fato verificado lógica ou empiricamente.

Com o cristianismo, a evidência acabou se transformando em um critério de certeza diferente, caracterizado por uma intuição gerada pela presença do objeto ante o sujeito que o estuda. Os escolásticos estudaram mais dois tipos de evidência: a chamada evidência de verdade ou evidência objetiva (que se apoia na presença do objeto que se oferece ao entendimento de quem o observa) e a chamada evidência de credibilidade (apoiada no próprio fato aceito como crível sem qualquer sombra de dúvida). Isto é, passou a significar a verdade tão óbvia que não podia ser negada, como a existência e Deus, por exemplo. Descartes introduziu um critério objetivo, para ele o objeto da ideia devia ser evidente (produto dos sentidos ou da razão).

Para Descartes, a evidência se refere à clareza com as quais as ideias se apresentam à razão.

As evidências podem ser imediatas, sem qualquer processo argumentativo prévio, ou podem ser mediatas, obtidas por demonstração ou argumentação. Em lógica, de modo geral, a evidência traduz uma relação estabelecida entre o objeto do conhecimento e sua apreensão pela consciência do ser cognoscente.

Para os fenomenistas subjetivistas, na noção de evidência existe sempre uma "relação" entre o sujeito cognoscente e o objeto do conhecimento, o que alguns confundem com a certeza, que é subjetiva, ou com a verdade, que tem raiz objetiva. Para os idealistas, reúne as duas. Para estes fenomenistas a evidência é algo que pertence exclusivamente ao ser. Husserl produziu muitas hipóteses sobre o papel da evidência na aquisição

do conhecimento e, portanto, a verdade é dada como uma evidência.

Unicamente como evidência e que só a visão direta permite saber se uma proposição é verdadeira ou falsa.

Portanto, chegando à modernidade, para cada tipo de apreensão ou categoria de objetos, há uma maneira particular da evidência se manifestar:

a) a evidência empírica como a apropriação das qualidades dos objetos; b) a evidência racional ou lógica, conseqüente à aplicação das leis do raciocínio ou da lógica; c) a evidência jurídica é aquela na qual o magistrado relaciona os fatos com a legislação pertinente; d) a evidência imediata, a que ocorre quando a apreensão se dá sem etapas intermediárias, o assim chamado

conhecimento intuitivo. Para muitos, basta esta multiplicidade conceitual para que os cientistas evitem empregar o termo evidência, se houver outromenos comprometido em sua significação.

Por tudo o que foi mencionado acima, até hoje, a noção de evidência foi comprometida por sua polissemia e pelo seu compromisso com a "intuição" (entendida como capacidade de apropriar-se das qualidades de um objeto sem qualquer relação com a sensibilidade ou a razão). Hoje, só os místicos (de todas as religiões, mesmo as pretensamente "científicas") conservam esta ideia. O mais comum entre os cientistas, é que se adote como critério de verdade, a verificação científica – seja formal, pela demonstração – ou empírica pela comprovação. A tradição realista e materialista da filosofia européia não religiosa, cultiva o conceito empírico de comprovação e o conceito lógico de demonstração para mencionar as formas de verificação.

Para os subjetivistas, a evidência não é apenas a impressão subjetiva que acompanha certos fenômenos da consciência empírica, mas uma forma de intencionalidade na qual o objeto é simplesmente dado ao ser cognoscente em sua contemplação ou em seu estudo. Situação na qual a consciência se

encontraria na presença imediata do ser e se apropriaria instantaneamente de suas propriedades. Como em certas situações nas quais a explicação causal é encontrada intuitivamente.

Não se deve confundir esta "evidência" com a dos positivistas empiristas, que acrescentam alguns conteúdos sensoriais objetivos à crença subjetiva produzida por eles na consciência. Uma manobra intelectual para não adotar a noção de "prova" ou verificação empírica" que os positivistas negaram com tanta ênfase no passado por considerá-la definitiva, imutável. Destarte, os positivistas americanos chamam de evidência o que o resto do mundo chama de prova ou verificação empírica científica.

Pode-se, pois, sustentar a existência de quatro tipos de evidência: a resultante do testemunho visual, a intuitiva, a lógica e a fática (ou empírica). Os positivistas aferram-se à noção de evidência porque recusam falar prova. Da mesma maneira que recusaram a vacina, o conceito de vontade e recusam, até, a palavra formatura. Um positivista, apesar de ter cursado a escola superior não colou grau porque sustentava que a pessoa só de forma quando morre ou fica demente. Também recusam os conceitos de vontade e voluntariedade como conceitos teóricos, mas usam tomada de decisão, como se fosse algo diverso.

O uso de evidência e vez de prova é mais uma enjoeira dos positivistas fenomenistas. Como usar graças a Deus e se Deus quiser, características da fala religiosa monoteísta. Estou alinhado com os autores das ciências fáticas que usam a expressão Medicina Baseada em Provas (ou em verificação científica), o que também deve ser discutido, mas em outro momento.

ANEXO 2. -CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DAS DOENÇAS MENTAIS, 1948.

I -Psicoses por Infecções e por Infestações

1A -Desordens Agudas

2A -Estados Mentais Consecutivos

II -Psicoses Devidas à Sífilis

2A -Paralisia Geral

2B -Outras Formas

III -Psicoses Exotóxicas

3A -Alcoolismo

3B -Toxicomanias

3C -Profissionais

3D -Acidentais

IV -Psicoses Endotóxicas

4A -Por Desvios Funcionais Viscerais

4B -Por Desvios do Metabolismo

4C -Por Desvios do Endocrinismo

4D -Outras Formas

V -Psicoses por Lesões Cerebrais

5A -Demência Senil

5B -Arterioesclerose Cerebral

5C -Traumatismo Craniano

5D -No Curso de Tumores Intracranianos

5E -Outras Forma (Doença de Alzheimer, de Pick, Coréia de Huntington, etc.)

VI -Oligofrenias

6A -Debilidade Mental

6B -Imbecilidade

6C -Idiotia

VII -Epilepsia

7A -Psicose Epiléptica

7B Outras Formas

VIII -Esquizofrenia

8A -Formas Simples, Hebefrênica e Catatônica

8B -Formas Paranóides e Parafrênicas

8C -Paranóia

IX -Psicoses Maníaco-Depressivas

9A -Formas Maníacas

9B -Formas Melancólicas

9C -Formas Mistas

9D -Outras Formas (Marginais, etc.)

X -Psicoses Mistas e Associadas

XI -Psicoses Psicogênicas (Psicoses de situação, reação e desenvolvimentos psicopatológicos)

XII -Neuroses

12A -Estados Históricos de Conversão

12B -Estados Ansiosos

12C -Estados Fóbicos

12D -Estados Compulsivos

12E -Estados Neurastênicos

12F -Organoneuroses

12G -Neurose Traumática

XIII -Personalidades Psicopáticas

0 -Estados Mentais Não Classificados

0A -Em Observação

0B -Por Falta de Elementos Diagnósticos

00 -Sem Perturbações Mentais

Fonte: Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1949

Trocar psicoses por doenças psiquiátricas.

Anexo 3. Vigilância³⁹ Filosófica do Capítulo F da CID 10

Luiz Salvador de Miranda-Sá Jr. 40

Desde sua origem, a Filosofia forneceu à capacidade humana de conhecer a infraestrutura do conhecimento científico, pois todas as ciências se originaram dela. Embora isso pareça esquecido por incontáveis cientistas atuais, especialmente no campo da Psiquiatria. Fato que aumenta as limitações dos entenderem e ajudarem os seres humanos -biopsicossocial em sua inteireza, na saúde e na doença.

Definição da Filosofia: disciplina formal que estuda os conceitos e as hipóteses mais gerais da existência e da cognoscibilidade humana. A Filosofia enquanto atividade cognitiva superior ao conhecimento vulgar (antes e depois do aparecimento do conhecimento científico), tem como objeto o estudo das regularidades universais e seu objetivo a dirige para o conhecimento da ordenação da natureza, da sociedade e do homem e seu pensamento como totalidades integradas em uma unidade: o universo, a natureza, a sociedade e o homem -tudo o que existe. Por isto, a atividade filosófica pode ser entendida como uma preocupação voltada para tudo o que existe no mundo natural e no mundo social, incluindo os seres humanos e sua subjetividade. Isto inclui seu entendimento como uma protociência, como uma visão do mundo (visão com o sentido de concepção genérica, modo de entender o universo como uma totalidade ordenada e inteligível), incluindo em seu objeto -da natureza, da sociedade e do homem (sua existência objetiva e sua subjetividade).

É importante ter presente que a visão do mundo implica em uma concepção do universo, uma concepção da natureza, uma concepção da sociedade e uma concepção do homem. E que a filosofia, no sentido mais amplo desta expressão deve poder generalizar em cada um destes patamares. É possível identificar duas modalidades de relação entre o ser humano e sua visão do mundo: uma, contemplativa e passiva; e, outra ativa e operacional, uma concepção de mundo que impõe ao seu sujeito uma determinada forma de conduta.

Toda filosofia existe como visão do mundo de alguém. Com este sentido de

concepção de mundo capaz de influenciar seus comportamentos e, principalmente, suas condutas, todos têm uma filosofia, ainda que não o saibam, que não se deem conta exatamente disso.

A filosofia não existe por si mesma nem é um produto da natureza, é sempre produto da atividade mental de alguém; existe primeiro na subjetividade de alguém que a experimenta e formula para interpretar o mundo à sua volta.

As concepções filosóficas de alguém não influem apenas no conhecimento científico, influem também no pensamento cotidiano das pessoas e, mesmo, em suas ações aparentemente sem importância. Influem, sobretudo, em sua maneira de pensar inteligentemente, de elaborar seu conhecimento e de agir em todas suas esferas de atuação, mesmo na atividade científica.

Desde a origem do conhecimento científico existe alguma interação entre a Filosofia (berço e alicerce de todos os conhecimentos válidos e confiáveis) e a(s) Ciência(s). Ambas, formas superiores do conhecimento.

Muitas tendências filosóficas (visões particulares do mundo, escolas do pensamento filosófico, ideologias, interesses e opiniões difundidas explícita ou implicitamente) mostram-se capazes de exercer influência nos procedimentos de aquisição e aplicação de qualquer conhecimento. Destas, algumas reduzem o conhecimento a uma de suas fontes (sensações, raciocínios, intuição) e, por isto são denominadas reducionismos, porque reduzem a totalidade de um objeto a uma de suas partes. No entanto, ao longo do tempo, muitas influências ideológicas interferem neste processo.

Preliminares Ideológicas, que influem nas Ciências por meio da sua maneira de entender a Filosofia e, por consequência, as ciências físicas as ciências médicas, especialmente a psiquiatria. Como se vê, antes de pensar em qualquer doutrina filosófica, é necessário decidir sobre essas questões preliminares que induzirão filosofias distintas.

Disciplinas Filosóficas

Este aspecto do conhecimento filosófico engloba a Cosmologia (a visão do mundo) e a Antropologia Filosófica (visão do Homem) fundamentam todo conhecimento ou prática filosóficas e influem muito nas ciências naturais, sociais de do homem como as conhecemos nos dias atuais.

As disciplinas filosóficas forneceram importante contribuição ao desenvolvimento da atividade científica. Cosmologia e Antropologia, Ontologia, Gnosologia, Metodologia, Lógica e Ética, cada disciplina filosófica tem sua história de contribuição importante para a ciência e para cada disciplina científica em particular. O que inclui a Psiquiatria. O entendimento de cada ciência não pode ser completo sem que se conheça quais os

conhecimentos filosóficos subjacentes a elas e qual sua contribuição para ela. Pois, caso falte algum, pode-se duvidar de sua cientificidade.

A Ontologia é a disciplina filosófica que estuda o objeto material ou ideal que estiver sendo estudado. A Ontologia se originou da Phis (natureza) originada na filosofia natural, que cuidava das propriedades dos objetos materiais componentes da Natureza e da Metafísica (além da física) que se debruçava sobre as propriedades dos objetos ideais e que originou as Matemáticas e os demais componentes abstratos da Filosofia. A ela, associou-se a Metafísica que tratava dos processos abstratos (além da Física - da Natureza).

Gnosiologia, disciplina filosófica que estuda o conhecimento. Também é denominada Epistemologia quando trata do conhecimento científico.

A Metodologia que versa sobre os caminhos para conhecer a veracidade dos procedimentos e as propriedades do conhecimento superior.

A Lógica que trabalha os recursos subjetivos inteligentes para raciocinar.

A Axiologia, voltada para o estudo dos valores. Inclusive os valores morais e os que dirigem a conduta das pessoas nas coletividades, tendo originado a Ética como diretrizes para a ação, especialmente nas relações interpessoais.

Avaliação Ontológica

O primeiro problema fundamental da Filosofia a ser considerado aqui é ontológico e opõe o Monismo (materialista ou idealista) e o Dualismo.

Idealismo - tendência filosófica monista que sustenta a supremacia do ideal (espíritos, ideias, palavras, intuições), o monismo idealista pretende apenas a existência do ideal, negando todas as manifestações da matéria como ilusórias (o idealismo monista ou solipsismo). O monismo idealista sobrenatural foi abandonado por quem trabalha na atividade científica há longo tempo. Uma variedade do idealismo é o intuicionismo (pretende que o conhecimento provenha só da intuição (impressão subjetiva independente da sensibilidade, da experiência e da razão). Pode ser bom recurso para gerar hipóteses, mas não serve para verificá-las.

Materialismo – grupo de tendências ontológicas para as quais a realidade é composta apenas por objetos materiais ou concretos. É a filosofia monista que vê na matéria (que inclui a energia) como expressão de tudo que existe no universo. O materialistas monistas sintetizam a matéria (inclusive a biológica) e suas propriedades (razão e sensações, raciocínio, experiência e vontade, intelecto e intuição, análise e síntese, influências internas e

externas, objetividade e subjetividade, cognição e emoção, indução e dedução, natureza e cultura). O monismo materialista defende que tudo o que existe na realidade é essencialmente material ou uma propriedade da matéria.

O objeto da Medicina é o ser humano enfermo. Uma pessoa na qual atua um fator patogênico que o faz enfermo porque é danoso. A enfermidade é uma propriedade do ser vivo enfermo, como a mente é uma propriedade da pessoa inteira e não apenas de seu cérebro ou de sua cabeça.

Separar substancialmente o corpo de uma pessoa de sua mente e o organismo sadio do organismo enfermo, como fazem os autores da CID 10 (e os dos DSM que copiaram) constitui dualismo incompreensível em professores atuais e gera grave prejuízo para seu trabalho intelectual, principalmente quando se trata de diagnosticar condições patológicas, o que determinará o tratamento que os enfermos receberão. Porque o uso mais essencial e mais importante do diagnóstico médico é orientar a terapêutica.

Parecem esquecer que há mais de um século se sabe não haver sintomas ou síndromes patognomônicos (que ocorrem apenas em uma enfermidade) em Psiquiatria. Por isto, depois de Pinel e seguindo Kraepelin, os psiquiatras abandonaram os diagnósticos descritivos e buscaram os nosológicos. Ainda que fundamentadas em teorias a serem verificadas.

Kraepelin e Freud, ao contrário do que pensam muitos mal informados, se não forem os pais, não de ser os padrinhos do diagnóstico psiquiátrico nosológico (explicativo).

Substância (S). Para os filósofos medievais escolásticos S seria aquilo que permanecesse sem qualquer alteração sob qualquer mudança que ocorresse no objeto estudado. Avaliada etimologicamente, a palavra significa "estar abaixo de" ou "o" que está abaixo de".

Os escolásticos empregavam esta noção de S. para apoiar sua crença na existência de espíritos nas pessoas que completavam sua existência corporal, material. Daí, surgiu a crença do dualismo que atribuía substâncias diferentes ao corpo e à alma. Mais tarde estes dualistas foram substituídos por outros, que atribuem substâncias diferentes ao corpo e à mente pois não entenderam que a mente é uma propriedade do corpo. A melhor concepção científica contemporânea atribui a tudo que existe a identidade substancial de matéria-energia. Tudo o que existe é matéria-energia ou propriedade de algum objeto material.

Consideração ontológica sobre o conceito disorder (traduzido como

transtorno ou perturbação). O que é isto ? É um sintoma ou um conjunto de sintomas. Este conceito foi criado para substituir o conceito de doença como objeto conceitual que, na passagem do século XIX para o século XX, substituiu os diagnósticos de sintoma e de síndrome (conjunto de sintomas). É, portanto, um artifício que finge diagnosticar doenças quando reconhece um ou mais sintomas. Porque os inventores do DSM III (que serviu de modelo ao capítulo F da CID 10) explicam a necessidade desse artifício pelas discussões sobre a existência de doenças mentais. O que mostra sua crença dualista acerca da diferença substancial que haveria entre o corpo e a mente e a diferença substancial entre os conceitos de doença e transtorno. O que não é entendido pelo psiquiatra comum e por ilustres professores, quando confundem doença depressiva com transtorno depressivo, esquizofrenia com transtorno esquizofrênico, com muitos etc.

Avaliação Gnosiológica

O segundo problema fundamental da Filosofia a ser considerado aqui é gnosiológico, como se conhece, e opõe o Realismo ao Racionalismo, ao Empirismo e ao Fenomenismo.

Empirismo (ou empiricismo) doutrina filosófica que pretende a experiência representada pelos sentidos como única fonte de conhecimento; reduz o conhecimento à sensibilidade (como em Locke, Hume, Condillac, Stuart-Mill) e, de certa forma, inclui a Fenomenologia (Husserl, Heidegger, Jaspers), o Positivismo (Comte) e o Neopositivismo (Carnap, Ryle, Austin, Wittgenstein, Feigl), pois todas estas tendências filosóficas conservam o denominador comum de natureza empiricista que exclui a racionalidade.

Fenomenismo - tendência filosófica que tem o conhecimento como sempre incompleto porque se resume à aparência, sempre muito limitada, dos objetos como eles "se deixam perceber". Como se o conhecimento fosse propriedade dos objetos estudados e não da pessoa que os conhece. Por isso, recusam de passar da descrição à explicação dos fatos.

Racionalismo - Os adeptos do Racionalismo (Platão, Spinoza, Leibnitz, Kant) pretendem que só é possível conhecer o mundo real usando a razão e recusam todo procedimento empírico como fonte de conhecimento científico.

O Realismo sintetiza os anteriores ao pretender possível conhecer direta ou indiretamente os objetos materiais ou ideais do mundo real (fora da consciência cognoscente) empregando os sentidos e a razão, além dos recursos técnicos auxiliares para conhecer. A invenção do microscópio na medicina e o telescópio na astronomia revolucionaram estas atividades científicas porque ampliaram suas possibilidades impressivo gnósicas e seu uso permitiu perceber muito melhor seus objetos de estudo.

O grande defeito da CID 10 nesta matéria é ignorar a existência das enfermidades psiquiátricas porque seu prólogo afirma simplesmente haver muita discussão sobre isto. Em lugar de estudar as pessoas com suas enfermidades estudam-nas com seus sintomas e conjuntos de sintomas psiquiátricos (porque estes, sim, existem para eles.)

Desde Hipócrates, os médicos estudam os doentes relacionando suas manifestações clínicas com seus ambientes e suas atividades, seus sintomas e as demais informações semiológicas. Seus dados informativos para diagnosticar suas doenças. Tradição agora abandonada na psiquiatria sem qualquer tentativa convincente de explicação. A concepção gnosiológica médica é realista. Desde Hipócrates, os médicos estudam seus doentes em seu ambiente físico e social.

As manifestações da enfermidade são propriedades do organismo biológico enfermo. As doenças são abstrações usadas para pensar nelas e comunicá-las.

Seus adjetivos, hepáticas, cutâneas, cardíacas ou mentais, expressam apenas o subsistema biológico mais afetado, porque, pensando com rigor, todas as doenças, mesmo as mais elementares, como as perneiras são, sempre e em primeiro lugar, gerais.

Negar ou duvidar da realidade das enfermidades psiquiátricas expressa a concepção dualista do homem. Separam o corpo da mente, o doente da doença, numa volta aos tempos de Descartes, que separava o corpo da alma (talvez para se defender da Inquisição).

Outro aspecto gnosiológico importante para a ciência é a taxonomia, que estuda as classificações científicas. Pois existem diversas maneiras de se organizar conjuntos de objetos: lista aleatórias, catálogos utilitários e classificações científicas.

Numa classificação científica, o critério usado para caracterizar cada categoria em um mesmo táxon é uma propriedade essencial dos objetos classificados. Tal como nas classificações de Lineu e Medeleiev, que até hoje servem de modelos taxonômicos para os cientistas. No caso contrário, quando o critério usado for uma propriedade acessória, como sucede no capítulo F da CID 10 ou nos DSM (II, IV e V), o que se obtém é um rol ou um catálogo utilitário, como uma lista telefônica, por exemplo. Entretanto, deve-se verificar a quem interessa tal utilidade. Na opinião deste autor, interessa a quem não sabe fazer diagnóstico nosológico (vendo glosados e não pagos seus procedimentos clínicos) e a quem aproveita a flexibilidade conceitual que o diagnóstico de sintomas permite, para inventar transtornos (a serem confundidos com doenças e tratados como se fossem essas).

Avaliação Metodológica

O terceiro problema fundamental da Filosofia a ser ponderado aqui é metodológico. Tema que opõe o Realismo ao Positivismo, aos Antipositivistas (psicológicos, como muitos psicoanalistas e os sociologicistas). O método clínico, originado em Hipócrates reúne os procedimentos realistas para identificar os sintomas e outras informações semiológicas para, ao fim, realizar o diagnóstico da enfermidade que prejudicava àquela pessoa doente. Quando estudante, os professores ensinavam que médicos diagnosticam doenças em doentes, quem diagnosticava e tratava sintomas era os balconistas de farmácia.

No que interessa à psiquiatria, a Metodologia filosófica pode ser dividida em 3 grandes grupos de tendências doutrinárias: os positivismos, os antipositivismos e os ecléticos.

Os positivismos caracterizam-se por: a) objetivismo, razão pela qual negam influência à subjetividade no conhecimento; b) o conhecimento para eles se reduz à descrição generalizadora dos fatos; c) empregam apenas a investigação quantitativa (na observação e no experimento) enquanto recusam qualquer método qualitativo; d) expressam posição cientificista (centrada no método científico quantificado), são agnósticos ou idealistas subjetivos; e e) recusam qualquer explicação para os fatos considerando-as incompletas e impossíveis, portanto, inúteis. Pois desconsideram a explicação imediata de um fato e sustentam que uma explicação, para ser válida, deveria percorrer a sequência dos acontecimentos sucessivos que chegassem ao "big bang". O que permite indagar como seria se os outros setores da Medicina agissem assim.

Há três modalidades de antipositivismo: o Antipositivismo Psicológico, o Antipositivismo Sociológico e os Antipositivismos Eclético e Sincrético.

Os antipositivismos psicológico e sociológico:

- 1) recusam a objetividade;
- 2) têm o conhecimento como interpretação dos fatos pelos sujeitos cognocentes;
- 3) negam o conhecimento como reflexo ou cópia da realidade objetiva, mas uma construção subjetiva que chamam representação;
- 4) pretendem que só a elaboração teórica ou interpretação dos fatos pelo sujeito ou sujeitos cognoscente(s) lhes dá sentido;
- 4) preferem a investigação qualitativa, mas alguns combinam-na com a quantitativa (sobretudo os ecléticos);
- 5) os antipositivistas psicológicos e sociológicos expressam as posições do humanismo idealista ou verbalista, centrados na problemática subjetiva ou

social do ser humano (identificados com a pessoa cognoscente);
6) nas ciências humanas são principalmente os construtivistas (sobretudo foucautianos) e
7) na psicologia, são os psicanalistas, principalmente lacanianos.

Os antipositivistas integracionistas sincréticos lidam mal com conceitos aparentemente antagônicos (como quantidade e qualidade, descrição e explicação, objetividade e subjetividade) nas investigações e nas intervenções tendem a exclusivizar um dos polos do processo. Os antipositivistas ecléticos tendem a entender estes polos aparentemente opostos como elementos de uma síntese, pois um não existe nem pode existir sem o outro. O ecletismo é a maneira de combinar ontológica, lógica e harmonicamente os componentes de um conjunto de objetos, com o objetivo e formar uma entidade ontológica. O sincretismo é uma mistura de objetos sem levar em conta estes elementos que caracterizam uma combinação. Consideram apenas a utilidade do resultado.

A verdade é objetivo essencial de toda atividade científica. A CID 10 e seu modelo, o DSM III, pretendem-se classificações, sendo catálogos de sintomas, embora componham uma classificação de doenças. Além disto, os autores da CID 10 e seu modelo pretendem que estes sintomas sejam obtidos em definições operacionais, quando são descrições convencionadas. Tais descrições contrariam um fato patológico (inclusive psicopatológico) há muito conhecido: não é a quantidade de elementos diagnóstico que caracteriza uma enfermidade, mas sua tipicidade para a doença.

O que não vale para os transtornos, Aí, só precisa haver um sintoma ou um conjunto deles. O resto pode ser criado livremente.

Descrever e Explicar

Os filósofos positivistas fenomenistas, que desfrutaram muito prestígio na segunda metade de século XIX e início do século XX, reduziam o conhecimento à descrição e recusavam qualquer explicação. Mesmo as explicações imediatas.

Quando os médicos descobriram a presença do bacilo da sífilis no cérebro de paráliticos gerais e mataram estes germes com elevação da temperatura dos doentes, a doença era detida ou sanada. Os médicos sempre buscaram explicar os estados de enfermidade para encontrar a terapêutica radical. É o que os psiquiatras precisam fazer.

Um dos obstáculos para chegar a isto é um problema linguístico, ainda que facilmente superado pela instrução básica. Quando se trata de estudar classificações de enfermidades ou doenças em medicina e em psiquiatria

destacam-se os sufixos GRAFEIN e LOGOS quando acoplados ao radical NOSO.

Grafein e o sufixo grafia se referem à descrição e compõem termos descritivos: geografia, caligrafia, nosografia.

Regis de Moraes destaca que a palavra grega logos tem dois sentidos gêmeos em português, pode significar razão e inteligibilidade, que corresponde a suas duas dimensões conceituais: a lógica e a metodológica, a explicação racional e o entendimento. As conotações estudo e tratado, apesar de terem conotação metafórica, têm tido importância muito exagerada e deformante na literatura psiquiátrica.

Nosografia quer dizer descrição de uma enfermidade, usa-se apenas como adjetivo para detalhar um termo, como em classificação nosográfica (descritiva).

Nosologia quer dizer explicação de uma enfermidade, como em classificação nosológica ou explicativa. E a melhor explicação de uma enfermidade é, como parece óbvio, sua etiopatogenia.

Etiologia é a disciplina filosófica que estuda as causas dos objetos ou fenômenos estudados. Etiologia Médica é a disciplina da Patologia que estuda as causas das enfermidades.

Patogenia é a disciplina patológica que estuda os danos de um estado patológico da entidade biológica que afeta e os sintomas que provoca.

Avaliação Ética

Se o Cap. F da CID 10, como toda tabela nosográfica, como instrumento administrativo, fosse empregada apenas para fazer relatórios sintéticos de atendimento, não causariam dano algum, Mas é usado para diagnosticar, prognosticar e orientar tratamentos. Apesar de sua baixa validade ser conhecida. Isto pode causar muitos danos pessoais e financeiros para os serviços de previdência.

Bibliografia

Bunge, M., Epistemologia, Editora da Universidade de S. Paulo, 1987
Bunge, M. Filosofia para Médicos, Editora Gedisa, Espanha, 2012
Bunge, M., Dicionário de Filosofia, Editora Perspectiva, S. Paulo, 2002
Ferrater-Mora, J., Dicionario de Filosofia. Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 2001.

Mahner, M. y Bunge, M., Fundamentos de Biofilosofia, Siglo XXI Editores, México e Buenos Aires, 2000.

Miranda-Sá, L.S. O Diagnóstico Psiquiátrico Ontem e Hoje. E Amanhã ? Editora ABP, Rio de Janeiro, 2010.

Politzer, G., Princípios Fundamentais de Filosofia, Ed. Fulgor, S. Paulo, 1962

Regis de Moraes, J.F., Ciência e Tecnologia, Ed. Cortez & Moraes, S. Paulo, 1976

Notas: 39 O termo vigilância é empregado aqui com o mesmo sentido que tem em vigilância epidemiológica.

40 LSSáJR, Coordenador da Residência em Psiquiatria da Santa Casa de Campo Grande, MS.

