

Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo

José Alberto Del-Porto

Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/EPM). São Paulo, SP, Brasil

Abstract *Epidemiological and phenomenological data are convergent and emphasize the similarities of obsessive-compulsive features among different cultures and geographic regions (North and South America, Europe, Africa, Asia). In the studies reviewed, obsessions and compulsions show to be very similar in their variety and content, regardless sociocultural differences and historical backgrounds. The influence of the culture was observed only circumstantially, for example, when shaping religious and sexual contents. The phenomenological homogeneity of obsessive-compulsive disorder, as a transhistorical and transcultural syndrome, suggests the existence of a setting of nuclear symptoms relatively independent of geographic, ethnic and cultural differences. The importance of biologic evolutionary and ethological studies is emphasized.*

Keywords *Obsessive-compulsive disorder. Culture. Epidemiology.*

Dados epidemiológicos

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) era considerado, há cerca de uns 15 anos, uma doença bastante rara; de fato, estudos da década de 1950 apontavam para uma prevalência de cinco pacientes para cada 10.000 pessoas (ou 0,05%). Não foi senão depois de um amplo estudo epidemiológico americano, o ECA (*Epidemiological Catchment Area Study*), que os psiquiatras e os meios de comunicação em geral passaram a dar maior importância ao TOC e às doenças relacionadas a essa condição. Este estudo encontrou uma taxa de prevalência de 2,5% para o tempo de vida (*lifetime prevalence*),¹ fazendo do TOC o quarto transtorno psiquiátrico mais comum, sendo precedido apenas, em ordem de frequência, por fobias, abuso e dependência de drogas e depressão maior. Tratando-se de um estudo epidemiológico muito amplo, que se utilizou de uma entrevista rigidamente estruturada (DIS – *Diagnostic Interview Schedule*) aplicada por entrevistadores leigos, não faltaram críticas aos resultados do ECA, que teria, segundo muitos especialistas, superestimado a prevalência de algumas doenças, em particular das fobias e do TOC. De fato, estudos mais recentes, como o de Stein et al.,² compararam o resultado de entrevistas feitas por examinadores leigos com a avaliação diagnóstica realizada por médicos especializados (que reavaliaram os mesmos pacientes), e os resultados foram muito discrepantes. A prevalência de TOC, para o último mês, foi de 3,1%, de acordo com os avaliadores leigos, e de 0,6%, de acordo com os especialistas (outros 0,6% teriam sintomas obsessivo-compulsivos subclínicos); os leigos tenderiam, segundo esses autores, a superestimar a prevalência do TOC a partir do relato de preocupações excessivas (rotuladas erroneamente como obsessões) e de fenômenos sem maiores repercussões para a

vida das pessoas. Mesmo considerando essa estimativa de 0,6% (prevalência para o último mês), o TOC deve ser considerado uma doença de grande importância para a saúde pública, seja pelos prejuízos sociais que acarreta, seja pelo sofrimento que causa aos pacientes e às suas famílias.

Recente publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) abordou os custos do TOC em termos de gastos diretos e indiretos com a doença; os últimos incluindo incapacidade para o trabalho, impacto sobre a família, aposentadoria precoce e assim por diante. A OMS, em colaboração com o Banco Mundial e a *Harvard University*, incluíram o TOC na lista das dez doenças (de todas as especialidades) que maior impacto têm sobre a incapacitação social (*The Global Burden of Disease*)³. Em amostra clínica de 105 pacientes brasileiros, estudada para o presente trabalho,⁴ 30% encontravam-se inativos em consequência da doença, sem trabalhar ou estudar.

De grande importância é o estudo de Dupont et al.,⁵ que conclui que aproximadamente 2% dos suicídios nos Estados Unidos (em um total de 31.000, em 1990) podem ser atribuídos ao TOC, com ou sem condições co-mórbidas.

O TOC parece atingir igualmente homens e mulheres, ao contrário do que ocorre com a maioria dos transtornos ansiosos, como o transtorno de pânico e o de ansiedade generalizada, que são muito mais frequentes em mulheres. Segundo alguns autores, o TOC teria início mais precoce entre os homens, sendo assim diagnosticado de forma mais freqüente para o sexo masculino, nas amostras referentes às populações infantil e adolescente.

No presente estudo com 105 pacientes,⁴ encontrou-se uma média de idade de 19,0 anos (DP=10,5) para o início dos sintomas; os homens tiveram início mais precoce (média: 16,2 anos,

DP=8,6) em relação às mulheres (21,5 anos, DP=11,5). É interessante notar que esses dados alinham-se em conformidade aos de Rasmussen & Eisen,⁶ (média de idade de início: 20,9, DP=9,6; homens = 19,5, DP=9,2; e mulheres = 22,0, DP=9,8).

Aspectos transculturais

A maioria dos estudos epidemiológicos realizados em todo o mundo converge em apontar para as mesmas taxas de prevalência do TOC.⁷ Mais ainda: a notável consistência nas taxas de prevalência, idade de início e comorbidade, entre os estudos, dá suporte à validade e à universalidade do quadro clínico do TOC.

Recentemente cotejou-se a fenomenologia clínica de 105 pacientes,⁴ de amostra clínica composta predominantemente por pacientes ambulatoriais atendidos na Escola Paulista de Medicina (Unifesp) em São Paulo, com o quadro clínico descrito por autores de diversos países e diferentes culturas (Índia, Inglaterra, Israel, Estados Unidos, Uganda, Egito, Japão, Dinamarca, Espanha). Em todos os trabalhos revistos, assoma a importância das obsessões de contaminação e agressão, assim como a frequência das compulsões de limpeza e verificação. Impressiona a semelhança dos sintomas, em todas as culturas e regiões geográficas, quanto à forma e ao conteúdo: rituais de lavagem, preocupação com demarcação de limites (fechar portas, janelas, não pisar em riscas, saltar sobre divisões nas calçadas etc.), obsessões e compulsões de ordem e simetria, colecionamento, medo de impulsos agressivos e sexuais, escrúpulos morais, exagero do sentimento de responsabilidade (e a culpa subsequente), exagero do sentimento de fragilidade (medo de doenças, contaminações etc.), pensamento mágico (em que o pensar equivale a agir), necessidade de anular magicamente as “conseqüências” dos pensamentos obsessivos etc.⁸

É interessante observar que já Esquirol,⁹ em 1838, no primeiro caso de TOC descrito na literatura psiquiátrica (com o nome de *monomanie raisonnante*), o de Mme. F., permite identificar quase todos os principais sintomas da doença, hoje tidos como universais: obsessões de agressão (medo de furtar e de prejudicar os outros); obsessões de contaminação (preocupação de não encostar as mãos ou as vestes em nada que possa “sujá-las”); escrúpulos (preocupação excessiva em jamais se enganar nos cálculos para não prejudicar seus fregueses e não reter nada que pertença aos outros); dúvidas patológicas (tem que perguntar à criada repetidamente se de fato fez o que devia). As compulsões são também as mesmas encontradas atualmente e em todas as culturas estudadas: compulsões de limpeza e lavagem (lava suas mãos *a grande eau*, cria rituais para o ato de banhar-se, sacode as vestes para se limpar da “sujeira”); rituais de verificação (cheça repetidamente se as vestes estão limpas, se nada ficou retido nas dobras); compulsões de contar (conta, em voz alta, o número de vezes em que repete certos gestos, até que atinja o “suficiente”); compulsões de ordenação/simetria (“antes de escrever, sacode o papel, alinha as penas de escrever, ordena a escrivãzinha”). Nesse primeiro caso da literatura, Esquirol já descreve duas características marcantes da doença – embora nem sempre presentes em todos os casos –, a crítica

e a resistência: “*Mme F. não perde a razão em nenhum momento (“Elle ne deraisonne jamais”); reconhece o ridículo de suas apreensões, o absurdo de suas precauções. Não só faz esforços para vencê-las, mas busca os meios mais desagradáveis que ela crê que possam ajudá-la a triunfar sobre suas apreensões e precauções*”. Cumpre notar que, nesse caso “*princeps*” da literatura, já aparece a mescla dos conceitos do “sujo” e do “imoral”, equivalentes à sujeira física (“extensa”) e à sujeira “moral” (o impulso de roubar, de ofender). No TOC, os conceitos de sujeira física e moral tornam-se inextricáveis e muitas vezes intercambiáveis. Já antes dos alienistas do século XIX, Shakespeare havia descrito, na “Tragédia de Macbeth” (circa 1606), os rituais de lavagem de Lady Macbeth, como método para esconjurar a culpa: “*Sai, mancha maldita!... Sai, estou dizendo!... Uma! Duas! (...) Estas mãos nunca ficarão limpas? (...) Todos os perfumes da Arábia não poderiam purificar esta mão!*” Lady Macbeth busca, pela lavagem das mãos, recompor a pureza perdida; renova inutilmente a lavagem das mãos, porque a sujeira e a limpeza têm os seus limites, mas, para o obsessivo, a pureza e a impureza (morais) não os têm.¹⁰

Autores como von Gebattel¹¹ (1938, tradução de 1967) e Straus¹⁰ chamam a atenção para o fato de que o mundo do obsessivo está constituído por forças contrárias à forma; tudo se deforma, degrada-se e precisa ser repetidamente ordenado, refeito ou purificado. A esse mundo, em que os objetos ganham sentido, von Gebattel chama de “*contramundo pseudo-mágico*”. Perde-se o que é inócuo e natural. Preso no passado, sem concluir sua tarefa (já Janet¹² falava da impossibilidade do obsessivo chegar ao fim ou do “sentimento de incompletude”), o obsessivo está, não obstante, em constante e atormentada ação. Repetem-se, nas descrições de autores dos mais variados países e culturas, as características:

- a. a vivência do anancástico. A palavra grega “*ananké*” significa, ao mesmo tempo, força e fatalidade. Os pacientes obsessivo-compulsivos sentem-se arrastados por uma força, pela sua inevitabilidade e pela impossibilidade de resistir (ainda que tentem) aos sintomas;
- b. o paradoxo de saber que o anancástico (o necessário) é, ao mesmo tempo, desprovido de sentido;
- c. a constante atividade alia-se à impossibilidade de chegar ao fim, sendo o objetivo inatingível (como no mito de Sísifo, sabe-se, *a priori*, que a meta é impossível). Barra-se o acesso ao futuro pelo estancamento no passado, paralisação que coexiste com a compulsão do agir incessante;
- d. a repetição ritual das tarefas, sempre as mesmas (limpeza, verificações, arranjos simétricos), pelas quais se buscam a perfeição e a exatidão (ou, na linguagem dos autores atuais, o “*just right*”).

Entre os trabalhos mais recentes que estudam a sintomatologia do TOC em diferentes culturas (posteriores à revisão feita em trabalho de 1994),⁴ encontra-se o de Abdel-Khalek & Lester.¹³ Comparando o quadro clínico de estudantes do Kwait e dos Estados Unidos, que conclui a respeito da convergência dos sintomas. Os temas de sujeira e contaminação foram igualmente os mais encontrados em um estudo realizado na Turquia.¹⁴ O mesmo foi encontrado na África do Sul,¹⁵ na Dinamarca¹⁶ e em Cingapura.¹⁷

Estudando a síndrome de Tourette, condição associada ao “espectro” obsessivo-compulsivo, em revisão sobre aspectos transculturais, Staley et al¹⁸ concluíram que a doença “é universal, tem características clínicas semelhantes e muito provavelmente o mesmo substrato biológico”.

Em resumo, as obsessões de contaminação e agressão, assim como as compulsões de limpeza e verificação, têm se mostrado como sintomas universais do TOC, independentes de diferenças geográficas, históricas, étnicas, culturais e econômicas. A influência da cultura mostra-se apenas na

modelagem de certos sintomas, como as obsessões de agressão, que assumem a forma de blasfêmias e sacrilégios nas sociedades religiosas, e na maior ênfase nas obsessões de cunho sexual, nos países em que a expressão da sexualidade é mais coibida.

A uniformidade dos sintomas faz supor, de fato, um substrato biológico comum e aponta para a importância de estudos que pesquise a gênese dos sintomas na evolução da espécie, em comparação com comportamentos similares de outras espécies (abordagem etológica).

Referências

1. Robins LN, Helzer JE, Weismann MM. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:958-67.
2. Stein MB, Forde DR, Anderson G, Walker JR. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *Am J Psychiatry* 1997;154(8):1120-6.
3. Murray CL, Lopez AD, eds. *The Global Burden of Disease*. Geneva: World Health Organization; 1996.
4. Del-Porto JA. Distúrbio obsessivo-compulsivo: Fenomenologia clínica de 105 pacientes e estudo de aspectos trans-históricos e transculturais [Tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1994.
5. Dupont RL, Rice DP, Shivaki S, Rowland CR. Economic costs of obsessive-compulsive disorder. *Medical Interface* 1995;89:102-9.
6. Rasmussen AS, Eisen JL. The epidemiological and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psych Clin North Am* 1992;15:743-58.
7. Rasmussen AS, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of OCD. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, editors. *Obsessive-compulsive disorders: practical management*. 3rd ed., Saint Louis: Mosby Inc.; 1998. p. 12-43.
8. Del-Porto JA. Aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. In: Miguel EC, ed. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 17-28.
9. Esquirol JED. Des maladies mentales consederées sous les rapports medical, hygiéniques et médico-legal. In: Bailliére JB, ed. v. I. Paris: Librairie de l'Academie de Médecine; 1938. p. 361-4.
10. Straus E. A patologia da compulsão. In: *Psicologia fenomenológica*. Cap. 17. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1971.
11. Von Gebattel. El mundo de los compulsivos. May R, Angel EE, Ellenberger HF, editores. Existencia. Madrid: Editorial Gredós; 1967. p. 212-31.
12. Janet P. Lês obsessions et la psychasténie. v. I. Paris: Alcan; 1903.
13. Abdel-Khalek AM, Lester D. Criterion-related validity of the Arabic Obsessive-Compulsive Scale in Kuwaiti and American students. *Psychological Report* 1999;85(3 Pt 2):1111-1.
14. Tezcas E, Millet B. Phénoménologie du trouble obsessivo-compulsivo. Formes et caractéristiques des obsessions et compulsions en Turquie. *L'Encéphale* 1997;23(5):342-50.
15. Gandev PS, Stein DJ, Ruzibiza JB. Obsessive-compulsive disorder in black South Africans – a case series. *South African Med J* 1996;86(12 Suppl):1596-8.
16. Thomsen PH. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Epidemiological and clinical aspects. *Ugeskr Laeger* 1996;158(34):4740-3.
17. Chia BH. A Singapore study of obsessive compulsive disorder. *Singapore Med J* 1996;37(4):402-6.
18. Staley D, Wand R, Shady G. Tourette disorder: a cross-cultural review. *Compr Psychiatry* 1997;38(1):6-16.

Correspondência: José Alberto Del-Porto

Rua dr. Diogo de Faria, 1087, conj. 409 – 04037-003 São Paulo, SP, Brasil

Tel.: (0xx11) 5579-3808 – E-mail: delporto@uol.com.br