

A medicalização do sofrimento e o sobrediagnóstico da depressão

The medicalization of suffering and the overdiagnosis of depression

Aline Degrave¹, Paulo Roberto Fagundes da Silva²

DOI: 10.1590/2358-289820251459667P

RESUMO O uso de manuais diagnósticos e o esforço estatístico para a catalogação de transtornos mentais têm sido tema de reflexão para gerações de profissionais e pesquisadores. Embora haja um esforço para universalizar e transculturalizar categorias psicodiagnósticas, também há necessidade de abandonar um modelo exclusivamente biológico, dando espaço para uma compreensão cultural das manifestações do sofrimento psíquico. A depressão vem sendo tratada como uma epidemia por variados atores internacionais da saúde, levando a um aumento exponencial de prescrições farmacológicas e a custos significativos para os sistemas de saúde. Contrariando esse alerta, um conjunto teórico substancial sugere uma tendência global de medicalização do sofrimento humano na experiência da depressão, resultando em um sobrediagnóstico do quadro que traz consequências adversas para os usuários dos serviços de saúde. A partir de uma preocupação ética, metodológica e científica para promover uma ciência crítica e uma boa prática clínica, este ensaio busca discutir os fatores que concorrem na configuração do processo de medicalização da depressão, como o indivíduo diagnosticado pode ser descentralizado de sua experiência e como os processos de formulação de diagnóstico e intervenção clínica são influenciados por fatores teóricos, econômicos, sociais, políticos e circunstanciais, levando a uma individualização de problemas sociais e contextuais.

PALAVRAS-CHAVE Depressão. Sobrediagnóstico. Sobretratamento. Medicalização. Sofrimento.

ABSTRACT *The use of diagnostic manuals and the statistical effort to catalog mental illnesses and disorders have been the subject of reflection for various health and social science researchers. Although there is an effort to universalize and transculturalise psychodiagnostic categories, there is also a need to abandon an exclusively biological model, giving way to a cultural understanding of the manifestations of psychological suffering. Depression has been treated as an epidemic by a variety of international health actors, leading to an exponential increase in pharmacological prescriptions and significant costs for health systems. Contrary to this warning, a substantial body of theory suggests a global trend towards the medicalization of human suffering in the experience of depression, resulting in overdiagnosis of the condition that has adverse consequences for users of health services. Based on an ethical, methodological, and scientific concern to promote critical science and good clinical practice, this essay seeks to discuss the factors that contribute to shaping the process of medicalizing depression, how the diagnosed individual can be decentralized from their experience, and how the processes of formulating a diagnosis and clinical intervention are influenced by theoretical, economic, social, political and circumstantial factors, leading to individualization of social and contextual problems.*

KEYWORDS *Depression. Overdiagnosis. Overtreatment. Medicalization. Suffering.*

¹ Université Paris Cité, Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale, Société (CERMES3) - Paris, França. aline.degrave@etu.u-paris.fr

² Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Dos elementos da experiência humana que as ciências humanas e sociais buscam compreender e explicar, o sofrimento – seja ele físico, social, emocional ou existencial – aparece em destaque como algo que permeia a existência. A medicina ocidental, estabelecida como categoria profissional para aliviar o sofrimento, agiu tradicionalmente a partir da distinção entre o corpo e a ‘alma’ ou os ‘ânimos’, tornando possível o cuidado físico sem perturbar o domínio religioso. A separação dicotômica do que é físico e mental na prática médica persiste em considerar sensações, emoções e subjetividade como algo que, quando não pode ser encontrado no corpo, não é relevante para o campo da saúde¹.

A distinção entre dor e sofrimento é um poderoso avanço teórico adquirido que permitiu a compreensão do sofrer como algo que abrange diferentes campos da experiência de um fenômeno, não somente uma resposta nervosa a um estímulo físico². As dimensões social e existencial do sofrimento contribuem para a compreensão da importância de localizar o sujeito historicamente³ e da percepção acerca de elementos de mal-estar, infelicidade, desordem e injustiça como elementos condicionados à cultura, sociabilização, representação e simbolização da condição de existência⁴. A busca do homem pelo domínio da natureza é retratada na idealização de um estado pleno de bem-estar, felicidade e saúde, em que seria possível controlar e aperfeiçoar aspectos da existência e excluir os componentes do sofrimento da vida⁵, configurando novas categorias para o sofrimento psíquico que surpassam a antiga ‘dor moral’ e meramente somática, constituindo novas formas de sofrer na sociedade moderna e tecnológica⁶. No campo da psiquiatria, a iniciativa de abranger as novas formas de sofrer contemporâneas se refletiu no aumento das classes e categorias diagnósticas, em uma tentativa de rastreamento do mal-estar na subjetividade, apagando condições próprias ao ser humano, como a tristeza, em uma aspiração

à universalidade de processos diagnósticos e de tratamentos⁷.

Um campo simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático, a saúde representa grande interesse também ao discurso comum, central ao imaginário social. Canguilhem⁸ procura formular em sua obra sua concepção dos conceitos de patologia e normalidade, bem como descrever a experiência do sujeito identificado como doente em sua própria terapêutica. Ele conclui que aquilo que é considerado normal é uma extensão ou exibição da norma, e que a utilização de estatísticas como referência para a formulação dos critérios de atribuição de saúde e doença tende a desconsiderar a individualidade do paciente:

Se é verdade que o corpo humano é, em certo sentido, produto da atividade social, não é absurdo supor que [...] na espécie humana, a frequência estatística não traduz apenas uma normatividade vital, mas também uma normatividade social. Um traço humano não seria normal por ser frequente; mas seria frequente por ser normal⁸⁽⁵¹⁾.

A elaboração de manuais diagnósticos nacionais e internacionais e o esforço estatístico para a catalogação de doenças e transtornos mentais, a exemplo do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), criado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), ou da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), vêm sendo tema de reflexão para diferentes atores do campo da saúde e das ciências sociais. Munindo-se da suposta neutralidade objetiva ao padronizar as categorias e nomenclaturas e reunir dados estatísticos da saúde mental da população global, os manuais se tornam cada vez mais extensos, abraçando, a cada edição, novas categorias patológicas do comportamento. Para as equipes de editoração, torna-se relevante declarar suas produções como ateóricas, neutras e alinhadas à medicina

baseada em evidências em meio às polêmicas e aos debates teóricos que surgem a cada nova publicação. Hoje, a produção desses manuais é questionada quanto ao caráter biologicista e reducionista de seu conteúdo, afastando-se da individualidade dos sujeitos aos quais devem ser aplicados⁹.

Os sistemas classificatórios atuais, orientados pela psiquiatria biomédica, tentam embasar as teorias acerca dos transtornos mentais pesquisando sua etiologia em alterações de base orgânica, mas ainda sem conseguir confirmar substratos anatomopatológicos ou genéticos específicos como causa etiológica para cada transtorno. Assim, os sistemas classificatórios se mantêm majoritariamente fundamentados nos comportamentos observáveis dos pacientes que servem como critérios operacionais para o diagnóstico em categorias estanques, sendo deixados de lado os fenômenos como são vividos pelas pessoas¹⁰.

Onde há um esforço para a universalização e transculturalidade de categorias psicodiagnósticas, também há o apelo ao abandono do modelo exclusivamente biológico para dar espaço à elaboração cultural sobre as expressões do sofrimento psíquico¹¹. Kleinman¹² utiliza a expressão sofrimento social para designar os efeitos que as forças sociais podem infligir na experiência vital, considerando que o sofrimento humano é essencialmente uma experiência social, simultaneamente individual e coletiva. Nessa perspectiva, a dor e a angústia não são apenas condições médicas ou psicológicas, mas experiências profundamente sociais, refletindo desigualdades estruturais e culturais¹².

Entretanto, a neurociência e as perspectivas comportamentais ainda recebem muito investimento no campo biomédico em uma busca por marcadores biológicos neuronais e genéticos que justifiquem os sintomas e os quadros psiquiátricos. A depressão é exemplo essencial da importância de cautela para com essas iniciativas, que acarretam um aumento exponencial da abordagem farmacológica de tratamento e em custos econômicos significativos para os

sistemas de saúde. Caracterizando a depressão como um distúrbio de humor e considerando-a como um dos maiores fardos atuais à saúde global a afetar o funcionamento psicossocial e a qualidade de vida daqueles que acomete¹³, a OMS aponta a depressão como um transtorno mental de alta prevalência que afeta mais de 264 milhões de pessoas no mundo, sendo a principal causa de incapacidade e contribuindo de forma significativa para a carga global de doenças, em casos graves, podendo levar ao suicídio¹⁴.

Na contramão do alerta promovido pela OMS, existe uma produção teórico-científica significativa que aponta para uma tendência inversa: que existe uma propensão global estabelecida de medicalização do sofrimento humano a partir da experiência compreendida como depressão, caracterizando uma situação de sobrediagnóstico que acarreta consequências adversas aos usuários de serviços de saúde. Duas hipóteses são levantadas pelos autores Wakefield e Demazeux¹⁵ para explicar o caráter epidêmico que a depressão alcança: a) há um real aumento da depressão em incidência global devido a mudanças de comportamento e fatores ambientais; ou b) os dados relativos ao aumento da depressão são, até certo ponto, artificiais, por causa da falta de delineamento claro entre o quadro de depressão e formas de sofrimento. Comumente associada a estados de tristeza, luto, desânimo e desesperança, a depressão vem se tornando o diagnóstico psiquiátrico mais utilizado por médicos quando confrontados com experiências de sofrimento. A expansão do diagnóstico acaba por tornar tênue a tradicional demarcação entre a condição de infelicidade ou tristeza normal e a condição patológica que recebe a formulação diagnóstica de depressão e que leva à medicalização de emoções da vida cotidiana¹⁶.

Autor de referência na matéria, Conrad define o fenômeno da medicalização como “o processo em que problemas não-médicos são definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e transtornos”¹⁷⁽¹⁸⁾. O autor considera que,

entre os motores da medicalização, estão a ciência, a medicina, o comércio, a biotecnologia e a cultura, hoje sendo principalmente regulados não por representantes da medicina, mas por interesses comerciais e mercadológicos da indústria e da iniciativa farmacêutica. Segundo Conrad¹⁷, a medicalização, enquanto problema muito discutido através de um olhar crítico às transformações sociais promovidas pela expansão da jurisdição médica, debruça-se mais sobre a viabilidade de designações medicalizantes sobre um fenômeno do que propriamente à validade do diagnóstico em si.

Promovida a partir da definição de um problema como médico, do uso de termos e intervenções médicas e da adoção de uma estrutura também pertencente ao campo médico ao redor de um fenômeno, a medicalização cria um processo que concerne o tratamento de uma entidade como objeto da medicina. Assim, o termo medicalização é utilizado considerando a transformação de questões cotidianas em patologias, redesenhando os limites sobre o que é considerado socialmente aceitável ou saudável e tendendo a direcionar a fonte do problema a fatores individuais, promovendo intervenções individualizantes ao invés de soluções coletivas ou sociais. A medicalização é bidirecional, podendo ocorrer um processo de desmedicalização quando uma questão deixa de ser definida em termos médicos – e, assim, os tratamentos médicos se tornam inapropriados, como foram os casos considerados clássicos da masturbação e da homossexualidade¹⁷.

Zorzanelli e colaboradores¹⁸ ponderam que o conceito de medicalização deve ser pensado em seus diferentes graus, sempre variáveis em função de cada caso específico e dos contextos sociais presentes, resultando que alguns comportamentos possam ser mais afeitos à medicalização do que outros. Entre os fatores que podem influenciar o processo, encontram-se o maior ou menor apoio da profissão médica, a disponibilidade de intervenções e tratamentos, a ação da indústria farmacêutica, a existência de movimentos associativos de usuários e a influência da mídia e da política¹⁸.

O presente ensaio busca discutir, em formato de uma reflexão teórico-crítica e a partir da literatura científica que ampara a visão crítica sobre a questão, os vetores que concorrem na configuração do processo de medicalização da depressão, sobre como o sujeito diagnosticado pode vir a ser descentralizado de sua experiência e de que forma os processos de formulação de diagnóstico e intervenção clínica sofrem influência de atores teóricos, econômicos, sociais, políticos e circunstanciais.

Apontar limitações das iniciativas aplicadas nos processos de diagnóstico e tratamento da depressão a partir da literatura científica não representa uma negação de tratamentos medicamentosos, dos avanços da medicina ou mesmo da experiência de sofrimento atrelada ao fenômeno nomeado depressão. Discutir a hegemonia do modelo biomédico e os interesses políticos e econômicos daqueles que a promovem difere de uma postura anticência ou negacionista. Trata-se de uma preocupação ética e metodológica que se utiliza também da linguagem científica para a sua formulação em defesa de uma ciência crítica e de uma boa prática clínica, centrada na experiência existencial do indivíduo.

O sobrediagnóstico da depressão

Por meio do surgimento de tensões no campo da saúde mental quanto à relevância de aspectos socioculturais para a compreensão da experiência subjetiva e de seu sofrimento decorrente, articulou-se a concepção de psiquiatrização do cotidiano. Considerando-se que a depressão como fenômeno sujeito à ótica psiquiátrica pode acarretar a busca por tratamento medicamentoso e intervenções médicas em que outros agentes sociais, econômicos, políticos e culturais estão em ação, o sobretratamento torna-se, então, um conceito relevante ao debate acerca de iniciativas adequadas para a compreensão da

depressão¹⁹. Como principais dificuldades no campo do diagnóstico da depressão e seu tratamento, citam-se: 1) a amplitude e a variância com que é utilizado o diagnóstico para diferentes condições; 2) a incerteza quanto ao funcionamento de antidepressivos e a assimetria entre os diferentes medicamentos existentes no mercado; 3) a indeterminação metodológica da medicina personalizada para a compreensão de episódios depressivos em suas particularidades; 4) a falta de evidências e a indefinição quanto à etiologia e aos marcadores genéticos da depressão; 5) o aspecto crônico da depressão resistente a tratamentos²⁰.

O processo de atribuição médica de um diagnóstico consiste em um passo que tradicionalmente inicia e auxilia o tratamento. Seu uso, quando aplicado a condições não malélicas ao indivíduo – tendendo a supervalorizar a presença de sintomas leves comumente associados a alguma categoria diagnóstica –, é conhecido como sobrediagnóstico (*overdiagnosis*), submetendo o paciente a iniciativas como exames invasivos e o uso de fármacos²¹. No campo da saúde mental, o sobrediagnóstico aparece em quadros nos quais se identifica um mal-estar que pode ser proveniente de experiências de vida que não precisariam de intervenção médica ou medicamentosa. Quando essas sensações aparecem em função de eventos da vivência humana e são transformadas em doença e medicalizadas, identifica-se um processo de sobrediagnóstico²². Este, portanto, pode ser definido como o diagnóstico de uma condição que, quando não reconhecida, não produziria sintomas ou dano ao paciente durante sua vida, tido como um fenômeno consequente do método aplicado ao processo de triagem e rastreamento²³. Ele é causado por dois principais fenômenos, a sobredetecção – caracterizada pela identificação de anormalidades que não causarão danos futuros ou que se resolvem sozinhas – e a sobredefinição – definida pelo rebaixamento de limiares para fatores de risco ou

pela expansão de definições diagnósticas, incluindo pacientes com sintomas leves ou ambíguos. O sobrediagnóstico se diferencia de resultados falso-positivos (resultados positivos que após verificação se demonstram errôneos), de fenômenos transversais, como o sobretratamento e o sobreteste, e do erro diagnóstico, em que é atribuído um diagnóstico a uma condição a partir de sintomas que pertencem a outro quadro²⁴.

Vilhelmsson²⁵ comenta que consultas médicas têm por prática fazer uso de manuais diagnósticos e testes rápidos, usados como uma forma rápida de julgar o estado de saúde de uma pessoa, em um sistema de saúde que permite e encoraja médicos a escolher um diagnóstico sem uma investigação aprofundada de toda a situação que rodeia o indivíduo. Nesse mesmo contexto, médicos são mais propensos a recomendar terapia medicamentosa, mesmo quando não há evidência científica de que o uso de fármacos seria um tratamento superior a outras alternativas. O autor diz que a atuação preventivista da medicina enfoca exclusivamente a saúde do indivíduo, removendo-o de uma compreensão contextual de forma a individualizar crises sociais²⁵. Em momentos em que um diagnóstico permite ao sujeito validar a sua percepção de seus sintomas, dá-se nome à sua vivência e, ao mesmo tempo, cria-se a patologização de uma experiência por vezes cotidiana.

Vilhelmsson²⁵⁽²⁾ considera que um poderoso estímulo à formulação diagnóstica ampliada e ao sobretratamento da depressão provém do fenômeno conhecido como *disease mongering*, o processo no qual “uma condição de saúde é promovida como um grande problema da saúde pública para que se crie um mercado de tratamento, geralmente sem o conhecimento do público”, demonstrando a existência de parcerias financeiras entre a indústria farmacêutica e os médicos responsáveis por formular os direcionamentos clínicos para outras condições médicas.

Nogueira²⁶ evidencia a influência da percepção histórica das doenças como o oposto à saúde – como estados de enfermidade, desordem e transtorno –, herança da teoria médica das funções corporais sobre as práticas de cuidado atuais. A psiquiatria passa a se interessar mais por manuais diagnósticos como ferramentas de identificar, diagnosticar e tratar, e menos em seu uso como mediadores da compreensão da experiência do paciente de sua própria condição. A depressão, por sua vez, deixa de ser percebida como condição existencial que compromete a qualidade de vida, como uma forma de expressar conflitos internos da experiência humana da vida, e passa a ser identificada como uma lista de fatores relacionados com a condição de produtividade e interação do sujeito com a sociedade, sendo feita uma avaliação a partir de critérios cognitivos predefinidos pelos órgãos de saúde pública²⁶.

O campo da nosologia é o responsável pela ancoragem de categorias diagnósticas em dados científicos, avaliando sua validade de construto. A maioria dos dados atualmente é coletada por questionários de autorrelato, necessitando de validação externa por sofrer grande influência de viés subjetivo. Essa abstração interpretativa envolvida na avaliação dos dados é guiada pelo conceito de normalidade, uma abstração que concebe um estado possível no qual não há patologia presente, ou seja, um estado de pleno bem-estar: por exemplo, o caráter inalcançável desse estado permite o diagnóstico de condições subclínicas à depressão em situações de grande tristeza²⁷. A estatística epidemiológica tem sua importância enquanto suporte aos argumentos de defesa diante dos formuladores de políticas públicas, dos financiadores de pesquisa, das empresas farmacêuticas e das campanhas visando ao público geral. A partir do momento em que os dados são, de fato, representativos da informação coletada, a opção de como apresentá-los, como medi-los e como analisá-los é tão importante quanto os dados em si, tanto para a politização de um tema

como para a sua despolitização e afastamento do contexto social²⁸.

Entre as ferramentas de facilitação do sobrediagnóstico, podem considerar-se os desenvolvimentos tecnológicos de diagnóstico por imagem ou biomarcadores, assim como a mudança dos limiares para diagnóstico e tratamento de condições, permitindo a medicalização de mais pessoas. Há uma relação complexa entre o sobrediagnóstico e o sobretratamento, em que um geralmente leva ao outro: para a elaboração de um plano de cuidado, deveriam considerar-se riscos e prognóstico individuais, cálculos de benefício e dano, além de valores e preferências pessoais como inerentes ao processo de tomada de decisão. Para evitá-los, algumas medidas podem ser tomadas preventivamente, como a melhor estratificação de pessoas de acordo com a gravidade do sofrimento experienciado; a compreensão de que o estado patológico é tido em escala contínua, e não meramente uma dicotomia entre ausência ou presença de diagnóstico; um diagnóstico formulado em espectro para a melhor avaliação de riscos e benefícios para cada caso; e a composição de painéis de formulação de manuais e diretrizes livres de conflitos de interesses²⁹.

Estudos apontam que o uso de escalas psicométricas para a avaliação de sintomas de depressão tem gerado diagnóstico e tratamento em casos de sofrimentos que seriam transitórios e autolimitados, não necessitando de qualquer intervenção³⁰. Essas escalas estruturadas servem para corroborar ou não os critérios de diagnóstico para depressão expressos pelos manuais diagnósticos. Dessa forma, o diagnóstico de cada paciente passa a consistir em um *checklist*. Como ressalta Nogueira²⁶, o objetivo do médico psiquiatra torna-se não mais a entender o que se passa com a pessoa em atendimento, mas a chegar em um pronto diagnóstico. O caráter de *checklist* desse processo remete a um sistema técnico de *inputs* e *outputs*, que eventualmente poderia ser aplicado a si mesmo pelo paciente por meio de um computador²⁶.

Contexto e consequências do sobrediagnóstico da depressão

Continua existindo substancial discrepância na comunidade científica acerca de fatores genéticos e ambientais envolvidos na etiologia da depressão. O tratamento adequado também continua em discussão, à luz dos aspectos biomédicos e farmacológicos que envolvem seu tratamento, sua prescrição e seus efeitos colaterais²⁰. Apesar do diagnóstico continuar em crescimento exponencial de casos, a OMS pontua a contínua existência de uma lacuna mundial no tratamento da depressão, alegando que uma parcela significativa da população apresenta um quadro de depressão não detectada³¹. Entretanto, teóricos e especialistas vêm colocando em questão a formulação desse diagnóstico, seu espectro de gravidade, a multifatorialidade de suas causas e as melhores iniciativas de tratamento disponíveis. Tais considerações apontam que sentimentos do cotidiano como tristeza, desânimo e desesperança podem representar uma reação a estressores específicos, sem ser adequado o seu rótulo como doenças. A psicopatologização desses fenômenos rotineiros gera um aumento de demanda aos sistemas de saúde e a consequente medicalização de problemas sociais, deixando de lado os aspectos psicossociais que estão na sua gênese³².

A revolução tecnológica trouxe ao campo da saúde mental o interesse na busca por explicações genéticas, e posteriormente neurocientíficas: a hipótese inicial advinda das pesquisas produziu a ideia de uma identidade genética que determinasse o indivíduo, compondo uma crença que reduzia explicações causais à carga genética individual e promovendo o essencialismo genético por meio de suas práticas e técnicas. A “cerebralização do sofrimento psicológico”, como nomeiam os autores Vidal e Ortega¹¹⁽¹⁸²⁾, localiza o sofrimento psicológico como essencialmente cerebral a partir de uma hierarquização epistemológica: as técnicas de

neuroimagem, por exemplo, quando adaptadas ao cuidado em saúde mental, podem ser identificadas como estratégias de reducionismo de uma análise clínica quando não acompanhadas de uma avaliação global do indivíduo. Tem-se que essa iniciativa explicativa promove o apelo à responsabilidade individual e sua composição orgânica em quadros de sofrimento que, de outra forma, poderiam ser concebidos como sofrimentos existenciais. Tais concepções podem ter consequências tanto sociais, na geração de estereótipos, estigmas e exclusão grupal, como científicas, por intermédio da ênfase exclusiva em iniciativas de busca por marcadores bioquímicos. Promovida por essa lógica, a hipótese do desequilíbrio químico é a mais conhecida entre as justificativas neurobiológicas modernas para a explicação da depressão, tornando-a passível de ser tratada por intervenção medicamentosa para promover o seu reequilíbrio¹¹.

Apesar da grande complexidade cerebral em suas estruturas neurais e sinápticas, a hipótese do desequilíbrio químico propõe uma justificativa simples ao fenômeno denominado depressão quando afirma que neurônios serotoninérgicos estariam liberando pouca serotonina na fenda sináptica, deixando-a em subatividade. O advento do Prozac[®], antidepressivo composto por fluoxetina que apresentava menos efeitos colaterais que os demais disponíveis no mercado, tornou-se um fenômeno revolucionário entre as drogas psiquiátricas das décadas de 1980 e 1990, permitindo a normalização do uso de medicamentos em busca de soluções às questões do cotidiano emocional, além do aumento de casos de autodiagnóstico pela população, que solicitava a medicação a seus clínicos em busca do controle de suas emoções e da melhoria de sua produtividade³³. Extensivamente utilizada atualmente, essa teoria tem tido grande influência ao longo de décadas, tanto na formulação de diretrizes para o tratamento da depressão como no imaginário popular, que hoje associa grandemente a depressão a uma disfunção cerebral.

Entretanto, até o momento, não há evidência científica robusta acumulada que dê suporte a essa tese, em que a maioria dos estudos não encontra correlatos entre a baixa de serotonina ou qualquer outra base bioquímica ou presença de biomarcadores para o fenômeno da depressão³⁴. Dessa forma, uma vez que os antidepressivos não agem sobre o desequilíbrio de serotonina para o tratamento da depressão – posto que o desequilíbrio não se dá –, o efeito deles também se torna indeterminado. Mesmo em casos de melhora do quadro clínico de pacientes que fizeram uso de medicação antidepressiva, não se pode dizer de que forma seus componentes estão em atuação e o que proporcionou a modificação do estado emocional, não podendo, portanto, ser compreendida como uma solução direta a esse sofrimento específico.

Segundo Frances³⁵, participante do processo de elaboração de manuais diagnósticos, uma das causas responsáveis pela explosão diagnóstica da depressão é a expansão constante das fronteiras da psiquiatria, que vem incorporando muitos diagnósticos que não passam de variantes do comportamento dito normal. A partir daí, as empresas farmacêuticas desenvolvem campanhas que promovem a cura dos problemas da população por meio do consumo de pílulas³⁶. Whitaker³³ reflete sobre o momento atual de expansão drástica das categorias psicopatológicas e da prescrição de psicofármacos de forma indiscriminada como uma epidemia de diagnósticos e drogas psiquiátricas. Apesar de sinais de dependência química, alteração do funcionamento de neurotransmissores e perda gradual de eficácia em pacientes que fazem uso de antidepressivos, eles são comumente receitados com progressivo aumento de doses³³.

No caso dos antidepressivos, a decisão de prescrição envolve três questões centrais: a própria eficácia do uso de antidepressivos para o tratamento, o risco de seus efeitos colaterais e a gravidade da síndrome de abstinência por ocasião da descontinuação. No

que tange à sua eficácia, o benefício da medicação antidepressiva, quando comparado com os placebos, parece aumentar de acordo com a severidade dos sintomas apresentados, e pode ser mínimo ou inexistente em pacientes com sintomas leves e moderados, o que provoca profundas implicações na seleção de pacientes que venham a receber as prescrições³⁷.

Durante o uso continuado de antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina, os efeitos colaterais mais problemáticos parecem ser gastrointestinais, aumento de peso, distúrbios do sono e disfunções sexuais, sendo que estas últimas podem persistir mesmo após a suspensão do uso³⁸. Por ocasião da descontinuação, pode ocorrer uma síndrome de abstinência composta de manifestações físicas e psicológicas, como fadiga, insônia, ansiedade, agitação, distúrbios visuais, entre outras. A síndrome tipicamente ocorre dentro de poucos dias após a descontinuidade do uso, podendo durar algumas semanas, mas é possível também apresentar variações como um início mais tardio ou uma persistência mais longa³⁹.

Sobre a mesma matéria, Davies e Read⁴⁰ desenvolveram uma revisão sistemática de literatura para avaliar a incidência, severidade e duração das reações de retirada de antidepressivos. Os resultados apontaram que mais da metade (56%) das pessoas que tentaram suspender os antidepressivos experienciaram efeitos colaterais, sendo que 46% os qualificaram como severos. Não é incomum que os efeitos da retirada persistam por semanas ou meses. Segundo os autores, diretrizes clínicas existentes subestimam a severidade e a duração dos sintomas de retirada de antidepressivos, com significativas implicações clínicas⁴⁰.

Considera-se que um dos fatores que podem estar induzindo ao aumento do diagnóstico da depressão e o consequente sobretratamento seria a grande demanda de usuários recebidos pela Atenção Primária à Saúde (APS)⁴¹. Matta

e colaboradores⁴² pontuam que o contexto do cuidado na APS pode favorecer, de forma indesejada, o processo de medicalização da vida, cabendo aos atores envolvidos a reavaliação permanentemente da natureza do que se demanda e do que se oferece. Justamente por ser a esfera de contato e interface mais extensa entre populações com serviços de saúde, a APS oferece oportunidades tanto de prover uma barreira contra a medicalização excessiva quanto de ser ela mesma a porta de acesso à medicalização em larga escala⁴².

Mark Fisher⁴³, filósofo e professor inglês, ressalta a importância de ser politizada a crescente incidência de sofrimento psíquico categorizado em termos de transtornos mentais nas sociedades contemporâneas. Ao invés de individualizar-se a responsabilidade ao cuidado de si em situações de adversidade, é essencial que se questione como se tornou aceitável uma quantidade tão grande de pessoas experienciando sofrimento grave na sociedade e qual é o papel inerentemente disfuncional dos sistemas socioeconômicos existentes⁴³. Colocadas em suspensão as dúvidas quanto à acurácia diagnóstica e a eficácia farmacológica, parece insuficiente limitar à adição do contexto meramente como um fator de risco ou proteção para uma compreensão mais abrangente da influência social, econômica e política no aumento de diagnósticos de depressão. Existem visões mais e menos contundentes ante os modelos ditos neoliberais e o capitalismo, algumas acusando-os de promover solidão, pobreza, privação e miséria, e outras que buscam fatores ou agravantes a esse modelo que podem produzir sofrimento²⁸.

No contexto vigente, as políticas públicas esparsamente fazem frente ao sofrimento decorrente de questões da esfera da saúde mental e suas multicausalidades. É fundamental a intensificação de ações intersetoriais para o desenvolvimento de iniciativas que, para além do setor saúde, mitiguem as desigualdades estruturais na sociedade e implementem pautas de proteção específicas para grupos em situação de vulnerabilidade social.

Conclusões

Na proposta de cuidado oferecida pelo campo da saúde, a disputa entre modelos universalistas e individualistas parte de valores que, por um lado, defendem a possibilidade de universalização de conceitos e fenômenos, considerando que a humanidade compartilha elementos fundamentais para a compreensão da vivência individual; e, por outro, que aquilo que acontece no âmbito individual é gerido por aspectos da constituição pessoal, como o funcionamento orgânico ou genético do indivíduo e características inerentes. Ambas as visões falham em valorizar a percepção de um indivíduo situado em um contexto cultural, político, econômico e social, e a influência exercida sobre a sua vivência e a forma como o sujeito lida com o seu cotidiano.

Uma experiência de sofrimento não pode ser reduzida a uma explicação neuroquímica cerebral e trazer consigo uma exposição completa e compreensível da situação vivencial individual. O alívio ao sofrimento mental tem um grande componente existencial e contextual, atrelado a componentes da compreensão biopsicossocial da vivência humana em sociedade. Ignorar o fator psicossocial em detrimento do fator biológico ou vice-versa é cair em uma perspectiva dualista que distancia a compreensão de aspectos ditos 'físicos' dos 'mentais'. No cuidado, a localização histórica é essencial para se compreender como o sintoma ou o adoecimento se deram, que elementos de sua cultura, sociabilidade e simbolização afetam o seu relacionar com esse sofrimento. A partir da identificação do sobrediagnóstico da depressão, alguns aspectos se solidificam para a compreensão global desse fenômeno em gradativo reconhecimento e da lógica emergente de crítica à medicalização do sofrimento existencial.

Segundo a literatura científica disponível, entre os fatores que facilitam o sobrediagnóstico da depressão, encontram-se a sobrecarga dos serviços de APS e as fronteiras limítrofes cada vez mais expandidas do

quadro formulado pelos manuais diagnósticos. O corolário dessa situação é o crescimento exponencial em prescrições de medicação antidepressiva. Cabe à OMS ponderar sobre a possibilidade alternativa de que o aumento de prevalência detectado seja em alguma medida artificial e propor um modelo de cuidado que abranja distintas expressões de sofrimento existencial e que não se baseie no consumo de medicação como principal solução.

Outro ponto-chave à compreensão contextual do sobrediagnóstico está na discordância da comunidade científica quanto à origem causal da depressão e à possibilidade de explicação neurofisiológica que a acompanha. Fatores genéticos e funcionamentos neurológicos ainda são pesquisados para quadros psiquiátricos ao mesmo tempo que o tratamento principal, no caso da depressão, é inteiramente baseado em uma hipótese exclusivamente fisiológica de desequilíbrio químico cerebral que não acumula evidências significativas apesar de décadas de pesquisa. A cerebralização do sofrimento localiza o mal-estar enquanto fundamentalmente biológico, justificando a medicalização das questões do cotidiano emocional e contextual em suas mais variadas populações e culturas globais. A depressão foi popularizada mundialmente pela medicina ocidental como uma expressão de tristeza, cansaço e desânimo, e a cultura de produtividade e trabalho exaustivo provoca mais estresse a populações já sobrecarregadas emocionalmente e vulnerabilizadas economicamente. Aumentam os casos de autodiagnóstico de

depressão, e pacientes chegam aos serviços de saúde requisitando antidepressivos antes mesmo da avaliação por um profissional da saúde.

Em meio à tensão entre o modelo neuroquímico e o modelo contextual, principalmente à luz de publicações que enfatizam a necessidade de descarte da hipótese do desequilíbrio químico diante da sua falta de evidências científicas, novas diretrizes científicas devem problematizar o uso extensivo e crescente de psicofármacos para o tratamento da depressão nos sistemas de saúde. A medicalização do sofrimento existencial, no caso específico da depressão, representa um entrave aos avanços da compreensão do mal-estar contemporâneo, simplificando a concepção do indivíduo mediante uma explicação biológica reducionista. Nesse sentido, devem sempre ser enfatizados os fatores contextuais dos sistemas econômicos, políticos, sociais e culturais, de sociedades de culturas tão plurais, marcadas por processos tecnológicos e por problemas sociais complexos.

Colaboradores

Degrave A (0000-0001-5941-3836)* contribuiu para concepção, coleta, análise e interpretação de dados, redação e aprovação da versão final do manuscrito. Silva PRF (0000-0003-0811-4080)* contribuiu para concepção do trabalho, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Cassell EJ. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *N Engl J Med.* 1982;306(11):639-645. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejm198203183061104>
2. Duffee C. An intellectual history of suffering in the Encyclopedia of Bioethics, 1978–2014. *Med Humanit.* 2020;0:1-9. DOI: <https://doi.org/10.1136/me-dhum-2019-011800>
3. Victora C. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da Antropologia. *R Eletr de Com Inf Inov Saúde.* 2011;5(4):3-13. DOI: <https://doi.org/10.3395/reciis.v5i4.764>
4. Barus-Michel J, Camps C. Sofrimento e perda de sentido: considerações psicossociais e clínicas. *Psic Rev Vetor Ed.* 2003;4(1):54-71.
5. Furtado MA. O lugar do sofrimento na cultura contemporânea: patologização do mal-estar e medicalização da vida [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014.
6. Perrusi A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos. *Tempo Soc Rev Sociol USP.* 2015;27(1):139-159. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-20702015017>
7. Ribeiro AS, Gonçalves GA, Teodoro EF, et al. Psicopatologia na contemporaneidade: análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V. *Fractal Rev Psicol.* 2020;32(1):46-56. DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5674>
8. Canguilhem G. O Normal e o Patológico. 6. ed. 2. reimpr. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
9. Martinhago F, Caponi S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis.* 2019;29(2):e290213. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290213>
10. Rigolon OS, Serpa Junior OD. Nosografia dos Transtornos Afetivos: um recorte histórico de Kraepelin ao DSM-5. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2022;25(1):205-225. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n1p205.11>
11. Vidal F, Ortega F. Depressão. In: *Somos nosso cérebro? Neurociências, subjetividade, cultura.* São Paulo: Editora n-1; 2019.
12. Kleinman A, Das V, Lock M, editores. *Social Suffering. Introduction.* Berkeley: University of California Press, 1997.
13. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet.* 2018;392(10161):2299-2312. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
14. Vos T, Abajobir AA, Abate KH. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2017;390:1211-59. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32154-2)
15. Wakefield JC, Demazeux S. Introduction: Depression, One and Many. In: Wakefield JC, Demazeux S, editores. *Sadness or Depression? International Perspectives on the Depression Epidemic and Its Meaning.* New York: Springer; 2015.
16. Horwitz AV, Wakefield JC. *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder.* New York: Oxford University Press; 2007.
17. Conrad P. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
18. Zorzaneli RT, Ortega F, Bezerra Junior B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciênc saúde coletiva.* 2014;19(6):1859-1868. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>

19. Mojtabai R. Clinician-identified depression in community settings: concordance with structured-interview diagnoses. *Psychother Psychosom.* 2013;82(3):161-169. DOI: <https://doi.org/10.1159/000345968>
20. Nemeroff CB. The state of our understanding of the pathophysiology and optimal treatment of depression: Glass half full or half empty? *Am J Psychiatry.* 2020;177(8):671-685. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060845>
21. Rogers WA, Mintzker Y. Getting clearer on overdiagnosis. *J Eval Clin Pract.* 2016;22(4):580-587. DOI: <https://doi.org/10.1111/jep.12556>
22. Thombs BD, Turner KA, Shrier I. Defining and evaluating overdiagnosis in Mental Health: A meta-research review. *Psychother Psychosom.* 2019;88(4):193-202. DOI: <https://doi.org/10.1159/000501647>
23. Sale MK, Korenstein D. Overdiagnosis in primary care: framing the problem and finding solutions. *BMJ.* 2018;362:k2820. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.k2820>
24. Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C, et al. Overdiagnosis: what it is and what it isn't. *BMJ Evid Based Med.* 2018;23(1):1-3. DOI: <https://doi.org/10.1136/ebmed-2017-110886>
25. Vilhelmsson A. The devil in the details: public health and depression. *Front Public Health.* 2014;2:192. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00192>
26. Nogueira RP. A depressão como o mal do século XXI: Origens da noção de mal e sua atualidade nas políticas globais de saúde e de regulação de medicamentos. In: Magalhães LCG, Pinheiro MMS, editores. *Instituições e desenvolvimento no Brasil: diagnósticos e uma agenda de pesquisas para as políticas públicas.* Rio de Janeiro: Ipea; 2020. p. 221-234.
27. Paris J. *Overdiagnosis in psychiatry: how modern psychiatry lost its way while creating a diagnosis for almost all of life's misfortunes.* New York: Oxford University Press; 2015.
28. Rose NS. *Our psychiatric future: the politics of mental health.* Medford: Polity; 2018.
29. Moynihan R, Henry D, Moons KG. Using evidence to combat overdiagnosis and overtreatment: evaluating treatments, tests, and disease definitions in the time of too much. *PLoS Med.* 2014;11(7):e1001655. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001655>
30. Jerant A, Kravitz LR, Garcia EF, et al. Potential Antidepressant Overtreatment Associated with Office Use of Brief Depression Symptom Measures. *J Am Board Fam Med.* 2014;27(5):611-620. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.05.140038>
31. Kohn R, Saxena S, Levav I, et al. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004;82(11):858-866.
32. López-Rodrigues JA. Overdiagnosis in health sciences: A scope review for Mental Health conditions. *Aten Primaria.* 2018;50(supl2):65-69. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.001>
33. Whitaker R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento do assombro da doença mental.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
34. Moncrieff J, Cooper RE, Stockmann T, et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Mol Psychiatry.* 2023;28(8):3243-3256. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
35. Frances A. The new crisis of confidence in psychiatric diagnosis. *Ann Intern Med.* 2013;159(10):720. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-159-10-201311190-00021>
36. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry.* 2013;12(2):111-112. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20027>
37. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: A pa-

- tient-level meta-analysis. *JAMA*. 2010;303(1):47-53. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1943>
38. Jakobsen JC, Gluud C, Kirsch I. Should antidepressants be used for major depressive disorder? *BMJ Evid Based Med*. 2020;25:130-136. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2019-111238>
39. Fava GA, Gatti A, Belaise C, et al. Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: A systematic review. *Psychother Psychosom*. 2015;84(2):72-81. DOI: <https://doi.org/10.1159/000370338>
40. Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addict Behav*. 2019;97:111-121. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.027>
41. Frances A, Raven M. Two views on the new DSM-5: The need for caution in diagnosing and treating mental disorders. *Am Fam Physician*. 2013;88(8).
42. Matta GC, Camargo Jr KR, Rabello ET. Gestão e Práticas de Cuidado na APS e Medicalização. In: Sá MC, Tavares MFL, De Seta MH, editores. *Organização do cuidado e práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino*. Rio de Janeiro: Editora Fio-cruz; 2018. p. 159-183.
43. Fisher M. Realismo capitalista: é mais fácil imaginar o fim do mundo de que o fim do capitalismo? Tradução: Gonsalves R, Adeodato J, Silveira M. São Paulo: Autônoma Literária; 2020. 218 p.

Recebido em 23/07/2024

Aprovado em 19/02/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o presente artigo é em parte derivado da dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz de Aline Degraive, sob orientação de Paulo Roberto Fagundes da Silva, com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001 por meio do Programa de Excelência Acadêmica (Proex)

Editora responsável: Gicelle Galvan Machineski