

DEPRESSÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DO SOBREDIAGNÓSTICO E SOBRETREATAMENTO

DEPRESSIVE DISORDER IN PRIMARY CARE: GENERAL CONSIDERATIONS ON OVERDIAGNOSIS AND OVERTREATMENT

RODOLFO NEIVA DE SOUSA^{1*}, RODRIGO FERRET JANS², MARINA QUEIROZ SANDER³, LUCAS CARVALHO NEIVA⁴, ANDRE VINICIUS COSTA CARNEIRO DOURADO⁵

1. Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade FAMINAS-BH; 2. Médico psiquiatra, MSc. pela Universidade Federal de Santa Maria, docente do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade FAMINAS-BH; 3. Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade FAMINAS-BH; 4. Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Sul da Bahia; 5. Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade FAMINAS-BH.

* Rua Luther King, Cidade Nova, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, CEP: 31170-100. rodolfoneiva@gmail.com

Recebido em 05/05/2016. Aceito para publicação em 05/07/2016

RESUMO

Este artigo apresenta evidências do crescimento da prevalência de transtorno depressivo na sociedade moderna, analisa hipóteses que justifiquem esse crescimento e, sobretudo, investiga a hipótese de que a depressão possa estar sendo sobrediagnosticada desde a atenção primária. O sobrediagnóstico implica em sobretratamento, com impactos sobre o bem-estar do paciente, onerando e comprometendo a otimização de recursos no setor de saúde pública. O próprio DSM saltou de 106 possíveis diagnósticos psiquiátricos desde sua primeira edição para cerca de 300, atualmente. Parte do crescimento da prevalência decorre da confusão que se faz entre tristeza, melancolia e depressão, outra parte decorre da definição do diagnóstico mesmo quando nem todos os critérios estão presentes e também da pressão que o paciente exerce sobre o médico na expectativa de uma prescrição farmacológica que reduza o seu sofrimento. Sendo a explosão da depressão um fenômeno da contemporaneidade, a sociedade se vê diante de um dilema: ou se trabalha em mais pesquisas para suprir a demanda cada vez maior de antidepressivos, ou se revê conceitos e estilos de vida, de modo a se reduzir a tendência a “patologização” das emoções humanas. A segunda opção parece não apenas ser a mais lógica, mas a única sustentável.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão, atenção primária, sobrediagnóstico, sobretratamento.

ABSTRACT

This article presents evidence of the increasing prevalence of depressive disorders in modern society, examines some hypotheses that justify this growth and, above all, investigates the hypothesis that depression may be being over diagnosed. Over diagnosis implies overtreatment, with impacts on the well being of the patient, burdening and compromising the optimization

of resources in the public health sector. The first version of DSM jumped from 106 possible psychiatric diagnoses to about 300 nowadays. Part of the growth of prevalence growth is originated from the confusion made between sadness, melancholy and depression, another part comes from the definition of the diagnosis even when not all the criteria are met and also, due to the pressure that patients put on doctors for a drug prescription to reduce their suffering. As the explosion of depression is a phenomenon of the contemporary world, society is faced with a dilemma: either working on more research to meet the growing demand for antidepressants, or review concepts and lifestyles, in order to reduce tendency to "pathologizing" human emotions. The second choice seems to be not only the more logical, but also the only sustainable one.

KEYWORDS: Depression, primary care, overdiagnosis, overtreatment.

1. INTRODUÇÃO

O ser humano tem por característica essencial a sua necessidade do conviver em grupo. É na sociedade que ele realiza suas necessidades, que contribui para o interesse coletivo, que desenvolve seus relacionamentos. Conforme seu comportamento na sociedade, dentro de expectativas, limites e padrões aceitos por aquele grupo, o indivíduo recebe reconhecimento e aprovação, e alimenta sua autoestima¹.

O homem apresenta um complexo sistema de emoções e sentimentos, em vista da intensa quantidade de conexões entre as suas redes neurais pré-frontais e as estruturas límbicas. Esse comportamento vem se desenvolvendo desde o surgimento dos primeiros mamíferos, e com a evolução, o homem desenvolveu cada vez mais forte a sua necessidade de conviver em grupo e de com-

partilhar afetos². No âmbito da psicologia, afetividade é a capacidade individual de experimentar o conjunto de fenômenos afetivos, as tendências, emoções, paixões, sentimentos³. A afetividade consiste na força exercida por esses fenômenos no caráter de um indivíduo e está presente em todas as áreas da vida, influenciando o cognitivo e o comportamento. Afeto é definido como "um conjunto de fenômenos psíquicos que se manifestam sob a forma de emoções, sentimentos ou paixões, acompanhadas da impressão de prazer ou dor, de satisfação ou insatisfação, agrado ou desagrado, alegria ou tristeza"⁴. O afeto, portanto, é responsável pelo significado das experiências humanas, pelas emoções frente à realidade, influenciando decisivamente sua percepção e interpretação. Muitas vezes, uma mesma realidade pode ser percebida de forma serena por um ou de forma turbulenta por outro. Portanto, as emoções encontram menos correlação com fatos e realidades, e mais correlação com a forma como a realidade é percebida pelo indivíduo, o que confere o caráter subjetivo ao afeto.

A afetividade é, portanto, involuntária e não está sujeita à vontade consciente. Os sentimentos surgem e se esvaem de forma mais ou menos alheia à nossa permissão, contudo, há formas de se buscar o equilíbrio e os limites para se conter os extremos da afetividade. Há soluções tanto no campo psicoterápico quanto farmacológico, por exemplo, para se regular emoções a partir de medicamentos que controlam o fluxo de neurotransmissores⁵, ou psicoterapias que ajudam o indivíduo a encontrar seu equilíbrio emocional. Vários estudos tentam elucidar que variáveis mais interferem sobre o temperamento e personalidade das pessoas e, embora não se possa listar com precisão esses mecanismos emocionais, é pacífica a ideia de que parte dessa característica é genética, ou seja, é inata e herdada, e parte é determinada por influência do ambiente em que vive o indivíduo⁶.

Quando há um distúrbio na relação entre o indivíduo e o meio em que vive, cria-se uma situação de desequilíbrio, o que em geral resulta em sofrimento e perda de funcionalidade por parte do indivíduo, que deixa de cumprir satisfatoriamente sua função social e às vezes deixa de atender às suas próprias expectativas. Há diversas situações em que esse equilíbrio pode ser comprometido, e as doenças psiquiátricas representam significativa parcela dos casos em que essa harmonia é rompida. Dentre as doenças mentais, o transtorno depressivo é uma das patologias de maior prevalência na população^{7,8,9}.

Levantamento feito pela OMS - Organização Mundial de Saúde (2011) indica que a depressão atinge mais de 340 milhões de pessoas no mundo, sendo hoje uma das principais causas de sofrimento psíquico da população, o que pode levar a incapacitação das pessoas para as atividades profissionais e sociais diárias. Estudos epidemiológicos apresentados pela OMS corroboram a ideia de

que o número de casos diagnosticados cresce em escala acelerada, mas dada à natureza subjetiva do diagnóstico, um dos grandes desafios dos pesquisadores e profissionais de saúde ainda é separar o quanto desse crescimento é real e o quanto constitui distorções do diagnóstico¹⁰.

À luz do exposto, os principais objetivos desse trabalho são: apresentar evidências do crescimento da prevalência de transtorno depressivo na sociedade moderna, no Brasil e no mundo; analisar algumas hipóteses que justifiquem esse crescimento e, sobretudo, investigar a hipótese de que a depressão possa estar sendo sobrediagnosticada desde a atenção primária. O maior problema relacionado a distorções do diagnóstico é que grande parte dos casos percebidos como depressão, reais ou não, acabam sendo tratados, o que gera impactos sobre o bem-estar do paciente e onera e compromete a otimização de recursos no setor de saúde pública.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O método adotado para construção desse artigo foi uma combinação da revisão bibliográfica integrativa com ênfase na prática baseada em evidências, associando-a à entrevistas com médicos que atendem a atenção básica do SUS (Sistema Único de Saúde) na região metropolitana de Belo Horizonte e a visão e experiências dos autores. A revisão integrativa é um método bastante amplo pois considera a inclusão tanto de estudos experimentais quanto não-experimentais para uma compreensão mais abrangente do fenômeno que se estuda¹¹. Para o estudo em questão, no entender dos autores, esta metodologia apresenta vantagens sobre métodos como a meta-análise ou a revisão sistemática. Enquanto a meta-análise constitui um método de revisão baseado na busca de evidências de múltiplos estudos com fundamentação estatística, e a revisão sistemática propõe uma síntese rigorosa das pesquisas e estudos experimentais relacionadas ao tema de interesse, a revisão integrativa abre o leque para abordagens não estatísticas, que encontrem amparo na prática cotidiana. No estudo em particular, a metodologia leva em conta a prática de como a depressão costuma ser abordada e tratada "na vida real", sobretudo na rede pública.

As publicações utilizadas como referências nesse trabalho foram pesquisadas principalmente nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline) e do Google Acadêmico. Para as buscas de artigos foram utilizados descritores e combinações entre esses, em português e em inglês, como "depressão", "transtorno depressivo", "causas da depressão", "sobrediagnóstico da depressão", "depressão como o mal do século", "epidemiologia da depressão".

Partindo-se da hipótese inicial defendida pelos auto-

res, de que há um sobrediagnóstico e, por consequência, um sobretratamento de depressão no Brasil, os autores buscaram investigar estudos anteriores que abordavam as questões epidemiológicas, sua evolução e suas implicações. A pesquisa não se limitou aos artigos, mas também incluiu entrevistas com médicos que atendem nos serviços de atenção básica da rede municipal da região metropolitana de Belo Horizonte, na tentativa de encontrar os elos comuns da prática clínica nos consultórios, no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento da depressão. A análise crítica do conjunto de informações levantadas permitiu aos autores interpretar as diferentes abordagens, resultados e tendências, e elaborar as avaliações e conclusões apresentadas no presente estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diagnóstico da depressão

A depressão, quando analisada sob os diferentes prismas da ciência, envolve as abordagens psiquiátrica, psicanalítica, biológica, sociológica, filosófica e outras. Dentro da linha psiquiátrica, alguns autores enfatizam aspectos biológicos e genéticos, outros enfocam uma linha mais biopsicossocial, e outros buscam integrar essas variáveis. Verifica-se também abordagens mais psicanalíticas, onde se utilizam com frequência, por exemplo, a corrente Lacaniana¹². Busca-se também entender a depressão pelos seus aspectos sociológico, comportamental, cognitivo, etc. Enfim, trata-se de uma questão multifacetada, portanto passível de múltiplas abordagens e, por tratar-se de tema muito abrangente, o fenômeno nos convida a optar por uma linha principal de análise a seguir. Para fins desse estudo, optou-se pela abordagem psiquiátrica, contemplando aspectos biológicos e psicossociais que se correlacionam com o fenômeno da depressão.

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) é um manual nosológico que busca catalogar e categorizar as diversas formas de transtornos mentais, descrevendo entidades, quadros psicopatológicos e combinações entre elas, com base na leitura sintomatológica dos quadros clínicos dos indivíduos^{13,14}. O DSM-5 estabelece os critérios para se caracterizar o transtorno depressivo maior, o que, resumidamente, inclui sintomas com evolução de pelo menos duas semanas e que representam mudanças no funcionamento prévio do indivíduo, como humor deprimido e perda de interesse ou prazer, além de alterações no apetite e no sono, retardo psicomotor, fadiga, sentimento de culpa, concentração reduzida, ideação suicida, dentre outros¹⁵.

Contudo, o diagnóstico pode se tornar impreciso considerando que o ser humano é de uma complexidade quase incatologável, o que abre uma razoável margem de subjetividade na prática clínica. Para se ter uma ideia da complexidade do comportamento humano, a primeira

versão do DSM (DSM-I), de 1952, apresentava em suas 130 páginas, 106 possíveis diagnósticos psiquiátricos, enquanto a versão IV, de 1994, apresentava em suas 886 páginas, 297 categorias de desordens mentais¹⁶. A última versão, o DSM-5, apresenta nada menos que 300 transtornos mentais e tal evolução quantitativa é frequentemente citada como um sinal de que há uma progressiva tendência a patologização das emoções e do comportamento humano. Há autores que defendem o reagrupamento de classes, uma vez que esse nível de compartimentalização não contribui para a especificidade da conduta clínica^{14,16}. Ou seja, na prática, não se compartimentaliza os tratamentos na mesma proporção. Isso também mostra que não apenas é alto o grau de subjetividade na classificação das doenças mentais, como também é grande a dificuldade dos profissionais de saúde em diagnosticar seus pacientes.

O diagnóstico da depressão é essencialmente clínico e não há sintomas patognomônicos e nem exames laboratoriais que indiquem claramente essa doença. Desde que Sigmund Freud caracterizou conceitos como luto e melancolia, em 1915, relacionando-os a características como desânimo profundo, perda de interesse, inibição de atividades e redução de autoestima, a intensidade e a duração dessas características têm levado profissionais de saúde a interpretar e diagnosticar de forma variada os estados emocionais de seus pacientes. Essa subjetividade aumenta as chances de que um mesmo paciente receba diagnósticos diferentes, conforme o profissional que o avalie. O DSM aumentou significativamente a validade dos diagnósticos, mas não eliminou completamente o problema.

A compartimentalização da medicina em muitas especialidades e subespecialidades às vezes pode levar a diferentes tratamentos para as mesmas patologias. Não raro, costuma-se ouvir entre pacientes uma crença em que se diz: “diga-me a especialidade do seu médico e lhe direi o seu diagnóstico”. Isso deriva da ideia de que cada especialista tem uma tendência natural de trazer o diagnóstico para dentro de sua especialidade, por ser a área em que se sente confortável para diagnosticar e tratar. No Brasil, na atenção básica, a maioria dos pacientes de saúde mental são atendidos por médicos generalistas e clínicos gerais, que podem ou não encaminhar os pacientes para psiquiatras ou psicólogos, e dependendo desse caminho, o paciente poderá receber diagnóstico e tratamento distinto.

Origem da depressão enquanto doença mental

Nos dias atuais, tornou-se prática comum o diagnóstico de “depressão” para as mais variadas formas de mal-estar psicológico e vivencial. Isso não se limita à avaliação de pacientes nos consultórios médicos, mas é também parte do cotidiano social dos leigos, onde o senso comum sugere ao cidadão que é razoável se corre-

lacionar variações no estado de humor, de si próprio ou de um familiar, ao transtorno depressivo, em seus diferentes estágios. Essa equivocada interpretação sobre o que seja um quadro depressivo teve uma escalada muito grande nas últimas décadas, e os registros dispararam, de modo que em muitos trabalhos, tanto científicos quanto de cunho jornalísticos, os autores passaram a se referir a depressão como “o mal do século”, tal sua suposta prevalência. Esse jargão deriva da ideia de que haveria uma epidemia de depressão na sociedade^{16,17,18}.

A racionalidade e complexidade das reações emocionais são as principais marcas do ser humano. A tristeza, por exemplo, é um sentimento peculiar e constitui apenas um dos sintomas da depressão. O estado mais avançado da tristeza, em uma condição mais intensa e duradoura, é a melancolia. Sigmund Freud (1917), descreve o luto como um processo conhecido, natural e superável, por determinado indivíduo. É o exemplo clássico da perda por morte de um ente muito querido, em que o sofrimento é previsível, mas é superável. A melancolia, por sua vez, é descrita como um estado mais duradouro e de causas nem sempre bem definidas. O indivíduo não consegue explicar com clareza a razão de seu sofrimento. Freud entendia a melancolia como uma forma patológica do luto, estado em que o indivíduo apresenta um pesado estado de desânimo, desestímulo, baixa autoestima e desinteresse por coisas que em outro cenário deveriam parecer interessantes¹⁹.

O conceito de depressão evoluiu a partir do conceito de melancolia, de modo a caracterizar melhor um estado patológico. As primeiras citações ao termo depressão em substituição à melancolia datam de 1860, quando os médicos começaram a preferir esse termo para designar a doença²⁰. Considerando a maior tendência do desenvolvimento do transtorno depressivo maior em pacientes que apresentam história familiar positiva, alguns estudos passaram a considerar as causas hereditárias para a doença²¹.

O tratamento da depressão

Não é objetivo desse estudo aprofundar-se na classificação dos diferentes tipos de depressão e nem nas diversas formas de tratamento. A depressão unipolar e, mais particularmente, o transtorno depressivo maior, por ser o tipo de depressão mais prevalente na população, será usado nesse trabalho para exemplificar os casos de depressão.

Na atenção primária, o tratamento farmacológico tem sido o método preferencial entre médicos e mais aceito entre pacientes. Em fases mais moderadas da depressão unipolar é comum o uso de Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), como o Escitalopram e a Fluoxetina, ou de antidepressivos tricíclicos, como a Amitriptilina e a Nortriptilina. São também muito utilizados a Venlafaxina, a Bupropiona e a Imipramina^{2,22}.

Associados aos métodos farmacológicos, são também usadas psicoterapias que auxiliam o paciente a encontrar a saída para seu estado depressivo. Em casos mais graves, tem também sido utilizada eletroconvulsoterapia²³.

Qualquer que seja o tratamento, a questão mais relevante, para fins desse estudo, é identificar se determinado paciente está ou não sendo corretamente diagnosticado. Isso porque, se estiver diagnosticado de forma equivocada, qualquer que seja o tratamento, esse será também equivocado e, portanto, representará riscos à saúde do paciente e um grande desperdício de recursos (de medicamento, de tempo dos profissionais de saúde envolvidos, em tempo do paciente, etc).

Epidemiologia da depressão

O National Institute of Mental Health, dos Estados Unidos, realizou a primeira grande pesquisa epidemiológica de saúde mental (*Epidemiological Catchment Area - ECA- NIMH*), de base populacional, utilizando critérios diagnósticos padronizados pelo DSM. Segundo essa pesquisa, cerca de 25% da população mundial já apresentou ou apresentará algum tipo de distúrbio mental em alguma fase da vida.

A prevalência de transtorno depressivo maior nos Estados Unidos saltou de 3,3% para 7,1% entre a década de 80 e o ano 2000. Esses dados variam muito entre estudos e regiões geográficas, mas há regiões dos Estados Unidos em que a prevalência chega a 26,6%²⁴. No levantamento feito pela OMS (2011), a prevalência de depressão nos países desenvolvidos era em média 14,6% contra 11,1% nos países em desenvolvimento¹⁰. Esses dados mostram a tendência crescente e corroboram a ideia de que a depressão deva estar mais relacionada com a percepção das pessoas sobre suas vidas do que propriamente sobre fatos acerca da qualidade de vida e acesso a bens de consumo. Adultos dos anos 90 tinham 10 vezes mais chances de desenvolver um quadro de depressão que adultos dos anos 40²⁵. Nos Estados Unidos, a prevalência de distúrbios mentais entre crianças e estudantes universitários aumentou, em 1990, em um desvio-padrão do que era em 1950²⁶.

A prevalência de depressão no Brasil varia entre 8 a 12% da população²⁷. Como há divergências entre os métodos diagnósticos, uma vez que nem todos os profissionais de saúde utilizam com rigor os critérios do DSM-5, mas valem-se de avaliações mais empíricas, não é incomum que um mesmo paciente possa ter diagnóstico divergente, conforme o profissional que lhe atenda. Não se encontrou na literatura estudos confiáveis que apontassem a evolução da prevalência da depressão no Brasil no decorrer dos anos, mas de modo geral, médicos consultados que atendem na atenção básica concordaram que esse número é crescente. No Brasil, o Estudo Multicêntrico Brasileiro de Morbidade Psiquiátrica concluiu que o transtorno depressivo maior é comum e tende à

remissão e recorrência, com incidência anual relativamente alta, chegando a 1,59% em algumas localidades²⁸. A maior prevalência registrada no Brasil, em 2011, foi de 10,4%²⁹. Por não ser doença de notificação obrigatória, a prevalência de depressão é mais conhecida pelas amostragens realizadas em estudos específicos, mas não se encontrou registro censitário disponível da base de dados do SUS.

Conforme base de dados do SUS (DATASUS, 2015), a depressão está fortemente correlacionada aos casos de suicídio, e esses tiveram significativo aumento no Brasil, passando de 6.743 casos em 1996 para 10.321 em 2012, uma média de 28 mortes por dia. A faixa de maior risco é aquela acima de 60 anos. Segundo especialistas, o aumento da incidência e da prevalência de transtorno depressivo na população ocorre tanto porque houve crescimento efetivo do número de casos, mas também porque os profissionais de saúde passaram a registrar as ocorrências de forma mais intensa, em parte devido às facilidades computacionais da atualidade. Dessa forma, não há como distinguir com clareza o quanto do crescimento da doença foi devido à maior incidência e o quanto foi devido ao aumento dos registros²⁹.

A maior utilização dos serviços de saúde está muito associada a depressão, e a prevalência de depressão dentro da área de saúde mental chega a 40%. Custos com consultas, exames laboratoriais e hospitalizações chegam a ser de duas a quatro vezes maiores entre os portadores de depressão, comparados ao paciente médio³⁰. Em 2007, o Ministério da Saúde estimava que o custo de um paciente internado com diagnóstico de algum transtorno do humor, fosse de cerca de R\$ 1.000,00/ dia. Entre os custos indiretos, deve-se considerar a perda de produtividade e as faltas ao trabalho, o que pode corresponder a 60% dos custos totais devido a depressão.

O transtorno depressivo pode representar um custo anual para a sociedade mundial da ordem de 800 bilhões de dólares⁷. Estudos europeus indicaram que aposentadorias prematuras devido a depressão podem representar cerca de 47% do custo da doença, enquanto o afastamento ao trabalho e a perda de produtividade podem representar cerca de 32%, o que seria muito superior ao próprio custo da medicação envolvida no tratamento, que responderia por 3% do custo total³¹.

Uma forma indireta de se avaliar a tendência da prevalência da depressão no mundo é se analisar o aumento do consumo de antidepressivos. Dados mostram que em países como Islândia, Austrália e Inglaterra, a taxa de prescrição de antidepressivos aumentou na seguinte escala: Islândia: ano 1989: 14,9 doses/ 1000 habitantes; 2000: 70,9 doses; 2011: 105,8 doses; Austrália: ano 1989: 12,0 doses/ 1000 habitantes; 2000: 45,4 doses; 2011: 80,0 doses; Reino Unido: ano 1989: 12,8 doses/ 1000 habitantes; 2000: 30,0 doses; 2011: 70,9 doses; Tendências semelhantes foram observadas nos Estados Unidos e

no Canadá³². No Brasil, a venda de antidepressivos, estabilizadores de humor e benzodiazepínicos cresceu 44,8% entre 2005 e 2009, com um volume de vendas desses medicamentos passando de R\$ 674,7 milhões para R\$ 976,9 milhões no período³³.

A depressão no mundo contemporâneo: o que justifica o aumento da prevalência

Há, tanto no meio científico quanto na sociedade em geral, muita especulação sobre a hipótese de que o modo de viver na sociedade moderna esteja causando uma epidemia de depressão. Assumindo-se, por hipótese, que haja de fato uma epidemia de depressão na sociedade, faz-se necessário identificar as causas que desencadearam a escalada desse processo. Afinal, que fatores estariam presentes na sociedade de hoje e que talvez não estivessem presentes em meados do século passado, que poderiam justificar um aumento dos índices de depressão na sociedade moderna?

Há correlação direta entre o PIB (Produto Interno Bruto) de um país e a prevalência de depressão em sua população²⁴. Se por um lado isso parece um contrassenso, afinal, países de maior PIB deveriam ter uma população mais saudável, tanto física como psicologicamente, a prática não tem demonstrado isso. Ocorre que em países desenvolvidos tem sido alta a evolução de doenças crônicas, sobretudo devido a problemas como obesidade, sedentarismo, estilo de vida. A vida moderna propicia um conforto que agrava esses problemas, que por sua vez podem explicar a relação com as doenças mentais. Há tanto a questão biológica, quando se considera as comorbidades e suas interações, quanto a questão comportamental, pois o estilo de vida é um forte determinante da ocorrência de doenças.

O aumento do uso de drogas e abuso de álcool também são frequentemente encontrados em conjunto com a depressão³⁴. As estimativas de prevalência de consumo de substâncias psicotrópicas nos Estados Unidos, por exemplo, aumentaram de 10,3% para 26,6%³⁵, com um aumento do risco em grupos mais jovens³⁶.

Se por um lado os países em desenvolvimento apresentam altas taxas de doenças infectocontagiosas, por outro lado apresentam menor índice de obesidade e sedentarismo, o que poderia contribuir para explicar em parte a menor prevalência de depressão. Uma exceção a essa tendência, como observado, é o Japão²⁴. Embora seja um país de elevado desenvolvimento econômico e tecnológico, a população cultua bons hábitos de alimentação, dieta e de exercícios físicos, o que tem reflexo direto sobre a menor prevalência de doenças mentais, comparativamente a outras nações desenvolvidas. No Japão, a prevalência de obesidade é extremamente baixa³⁷ e há alto consumo de produtos do mar, ricos em ômega 3 e ácidos graxos poliinsaturados, o que pode contribuir para este fenômeno³⁸. Os japoneses também

exibem um grau relativamente baixo de desigualdade social³⁹ e colocam grande ênfase cultural no coletivismo, em oposição ao individualismo^{40,41}, o que pode ser considerado um fator de proteção contra o desenvolvimento de depressão.

Estudo mostrou que a adoção do estilo de vida americano parece explicar maiores taxas de depressão em mexicanos-americanos nascidos nos EUA, em comparação com os imigrantes mexicanos⁴². Portanto, o estilo de vida, nesse caso, parece ter determinado a escalada da depressão. Outro exemplo interessante é a China, que passou por uma transformação cultural rápida nas últimas décadas. O risco de ser acometido por transtorno depressivo parece ter aumentado dramaticamente: um estudo retrospectivo mostrou que chineses nascidos após 1966 apresentam um risco 22,4 vezes maior de sofrer um episódio depressivo durante o seu tempo de vida, em relação aos nascidos antes de 1937⁴³.

Não há um fator único a se mencionar como causa para esse fenômeno, mas há algumas questões que merecem análise particular. Uma delas é uma tendência natural na atualidade de se rotular ou “patologizar” os sentimentos e atitudes⁶. Conforme citado anteriormente, o próprio DSM saltou de 106 possíveis diagnósticos psiquiátricos em 1952 para 297 em 2011^{13,16}. Ainda, influenciam nesse processo o próprio crescimento do setor farmacêutico, que ampliou as possibilidades de tratamentos e o crescimento do marketing da indústria farmacêutica, o que influencia o comportamento das pessoas. Além disso, a facilidade para se registrar os prontuários na era da informática faz com que registros antes ocultos agora tenham maior visibilidade nos estudos epidemiológicos. Mas acima desses, a questão maior parece não ser exatamente o porquê aumentou a incidência da depressão, mas por que aumentou a sensação das pessoas de que elas se encontram deprimidas. Afinal, o que há na sociedade de hoje que faz com que as pessoas se sintam menos realizadas que sua geração anterior? Essa pergunta será o foco da discussão a seguir.

Em tese, no campo biológico, hereditário, não há razão para crer em grandes transformações entre as últimas duas gerações. Pelo menos não tão grandes quanto as transformações ocorridas no ambiente e no comportamento social. No mundo contemporâneo, o predomínio de certas psicopatologias costuma estar diretamente correlacionadas aos modelos e configurações sociais vigentes. Esses modelos não apenas influenciam comportamento, mas praticamente acabam ditando padrões de conduta e expectativas a serem alcançadas.

A sociedade evolui de forma muito dinâmica e, em diferentes períodos da história, produziu determinados sistemas de princípios e valores, de regras de conduta e comportamentos, de regras morais, de tendências culturais e continuamente adequa sua arquitetura de leis formais e de costumes a esse conjunto de valores. Ou seja,

a lei e os costumes mudam com o tempo, para se adequarem às mudanças de valores, muitos dos quais, de caráter fortemente subjetivo.

Desde o início do sistema capitalista, a sociedade nunca se mostrou tão inclinada ao consumo e ao hedonismo, como se observa nos dias atuais. Nota-se uma exacerbada valorização da imagem, uma imposição das mídias sobre referências e valores, e uma submissão de grande parte da população a esses referenciais criados. São exemplos desses referenciais, o excessivo culto ao corpo, às suas formas e proporções, ao narcisismo, às intervenções estéticas, aos bens que simbolizam status, e a tudo mais que, no modelo social vigente, é propalado como sinônimo de sucesso. Em vista desse conjunto de valores que caracterizam a contemporaneidade, nossa sociedade é rotulada como “a sociedade do espetáculo”⁴⁴. Nessa sociedade do espetáculo, as relações entre as pessoas passaram a ser determinadas pelas tendências das mídias sociais, das imagens, da globalização das culturas, e isso tem feito que cada indivíduo questione seu papel nesse cenário. O comportamento humano tem sido mudado de tal sorte, que a essência do ser passou a ter menos significância que sua instrução formal, suas proporções biométricas, suas posses. Ainda, mais recentemente, com as mídias sociais cada vez mais presentes no cotidiano do indivíduo, os atributos físicos, os bens, etc, muitas vezes não passam de fantasias fabricadas com intuito de se vender a imagem do que não se é, ou do que não se tem. Vivemos, portanto, em um momento que chamamos de “sociedade de aparências”, onde, para muitos, a aparência passou a ser fator fundamental, o que acaba subvertendo as necessidades concretas do indivíduo.

Na sociedade do espetáculo, as relações interpessoais também foram modificadas. Novos personagens e novos tipos de relacionamentos foram criados. Hoje, por mídias sociais, se estabeleceram os contatos, e o contato do contato, o amigo do amigo, os seguidores na rede social, etc, e assim cria-se uma rede de relacionamentos que na prática é uma reprodução fantasiosa, meramente quantitativa, de um círculo social onde poucos efetivamente se conhecem por essência, mas todos compartilham seu quinhão de aparências. A televisão, hoje presente em todos os lares, vende estilos de vida, cria objetos de desejo. Fora das redes digitais, na interação entre indivíduos, na escola, no trabalho, nos encontros casuais, o mesmo modelo se reproduz. Nesse contexto, não raro, as crianças avaliam a qualidade de seu natal pelo número de presentes recebidos, os adolescentes avaliam a qualidade de suas festas pelo número de parceiros trocados, os adultos avaliam um bom emprego pelo valor dos benefícios e, sobretudo, pela forma como poderão dar visibilidade às suas conquistas para aqueles com os quais interagem na sociedade do espetáculo.

A sociedade atual criou uma cultura da estetização do

eu, na qual o sujeito tem seu valor atribuído pelo o que aparenta ser, mediante as imagens produzidas para se apresentar na cena social e, dessa forma, a exibição se transforma no lema essencial da existência, sendo a razão de seu ser⁶. Nesse contexto, a depressão, assim entendida como uma manifestação de um mal-estar, na prática, em muitos casos, representa o insucesso do indivíduo em participar da cultura da sociedade do espetáculo e não um transtorno real. Essa “necessidade” de desempenhar um determinado papel na cena social, muitas vezes acaba gerando inevitáveis frustrações e mal-estar, como resultado da incompatibilidade entre necessidades reais do indivíduo e as falsas necessidades, criadas apenas pela demanda do modelo social vigente. Conforme a manifestação e o grau de intensidade desse mal-estar, ele acaba muitas vezes sendo entendido como comportamento patológico, diagnosticável e, por consequência, passível de tratamento.

Essa confusão que se estabelece entre o que é depressão de fato e o que é uma falsa percepção de depressão tem sido objeto de estudo de alguns outros autores. Amaral (2006), por exemplo, chama a atenção para o equivocado enquadramento da tristeza e do luto no âmbito da patologia e demonstra de que forma, historicamente, conceitos como melancolia foram evoluindo até o que hoje se caracteriza como depressão⁴⁵. Farinha (2005), coloca seu enfoque sobre depressão sob o ponto de vista psicanalítico, abordando a questão sob a ótica das teorias de Freud e Lacan, e também propõe a hipótese de haver certa banalização do conceito de depressão⁴⁶.

Muitas vezes um diagnóstico de depressão é definido mesmo quando um paciente ainda nem sequer reúne o conjunto de sintomas clássicos, ou não os apresenta em magnitude e duração suficientes, o que leva ao sobrediagnóstico. Alguns estudos indicaram que até 40% dos diagnósticos de depressão nos grupos estudados não atendiam aos critérios do DSM-5⁶. Portanto, a doença muitas vezes rotulada como o “mal do século” pode ter boa fração de sua reputação creditada a uma falsa percepção do comportamento humano. A confiabilidade e validade científica dos testes diagnósticos em psiquiatria ainda são baixos, dentre outros porque ainda prescindem de maior embasamento biológico e estatístico⁴⁷. Isso ajuda a entender porque os estudos de prevalência ainda encontram resultados tão diversos e também demonstra que o DSM, embora tenha contribuído muito como ferramenta de padronização, não é a única referência que conduz aos os diagnósticos. Um dos maiores problemas dessa distorção é que tanto os médicos prescrevem em excesso como a população também se automedica em maior intensidade⁴⁵. O uso indiscriminado de antidepressivos e benzodiazepínicos, por exemplo, não apenas representa risco aos usuários, mas também onera o sistema de saúde e impacta a disponibilidade de recursos^{22,48}.

4. CONCLUSÃO

Se há sobrediagnóstico, o sobretratamento passa a ser uma consequência natural, portanto apenas se pode reduzir o segundo em se reduzindo o primeiro. A tendência à patologização das emoções, ao que parece, não é uma característica apenas do sistema de saúde brasileiro. O próprio DSM, que é definido por entidade internacional, já traz esse viés⁶. O crescimento dos índices de depressão é um fenômeno mundial (OMS, 2016). Como vimos, parte decorre da confusão entre tristeza, melancolia e depressão, outra parte decorre da definição do diagnóstico mesmo quando nem todos os critérios estão presentes e também da pressão que o paciente exerce sobre o médico na expectativa de uma prescrição farmacológica que reduza o seu sofrimento. Some-se a isso, o modelo social vigente, que impõe frustrações aos indivíduos, e essas são com frequência confundidas com um quadro depressivo. Ou seja, o médico, muitas vezes, ao invés de encorajar o indivíduo a rever suas expectativas e escolhas de vida e a questionar as causas, opta por tratar o sintoma decorrente de falsas expectativas sobre as demandas da sociedade, que o indivíduo assume como demandas próprias, sejam reais ou imaginárias. Assim, se o paciente não alcança suas metas, suas frustrações são traduzidas e tratadas como depressão.

Os fatores que relacionam o estilo de vida na sociedade moderna a depressão parecem ser, principalmente, o declínio de valores como o senso de coletividade, a maior desigualdade, o isolamento e solidão das pessoas, uma vez que as famílias tendem a se dissociar mais precocemente, além da vida sedentária e com poucas atividades prazerosas. O estilo de vida moderno está também relacionado à menor exposição à luz solar, a privação do sono, a automedicação sem controle e à má qualidade da alimentação. Se a modernização se correlaciona com um aumento do risco de depressão, cabe questionar em que grau a cultura ocidental moderna contribui para esse fenômeno. Se esse estilo de vida pode representar um declínio no bem-estar físico e mental do indivíduo, ele precisa ser repensado e modificado, e os médicos podem ter papel decisivo no estímulo à autorreflexão das pessoas.

Na prática médica, uma vez diagnosticada a depressão, a opção farmacológica tem sido, via de regra, a primeira escolha nos consultórios. O atendimento na atenção básica mostra que as opções não farmacológicas não são encorajadas pelos médicos e, em grande parte das vezes, os próprios pacientes influenciam o médico para que esse indique uma solução de efeito supostamente mais imediato, a prescrição farmacológica. A ideia da solução medicamentosa é sempre mais tentadora, em grande parte pela crença na redução do sofrimento, bem como por efeitos colaterais desejados pelo paciente, como a melhora do sono. Talvez por isso, a fluoxetina,

um antidepressivo largamente utilizado no Brasil e no mundo, tenha ganhado em 1971 o rótulo de pílula da felicidade, apelido pelo qual ainda é conhecido nos dias de hoje⁴⁹. Uma outra razão que explica a escalada do consumo de fármacos é o fato de que medicamentos para depressão são fornecidos gratuitamente pelo SUS na atenção primária.

Se a depressão é de fato um mal da contemporaneidade, e como visto, estudos mostram que a prevalência é crescente, a sociedade se vê diante de um dilema: ou se trabalha em mais pesquisas para suprir a demanda cada vez maior de antidepressivos, ou se revê conceitos, de modo a se reduzir a tendência a “patologização” das emoções humanas, e também se revê valores que ajudem a reduzir a influência da sociedade do espetáculo na autoestima das pessoas. A segunda opção parece não apenas ser a mais lógica, mas a única sustentável, pois a primeira não se sustenta a longo prazo. Não se pode aceitar que a prevalência de uma patologia como a depressão tenha uma tendência ao crescimento exacerbado e ao mesmo tempo se colocar a ênfase no tratamento, ao invés de se avaliar e mitigar as potenciais causas.

Pelo exposto, as questões socioculturais e comportamentais têm explicado mais fortemente a tendência de aumento do consumo de antidepressivos que as questões biológicas. É, portanto, fundamental que se coloque a ênfase na remoção das causas ao invés de priorizar o acesso aos tratamentos. Essa deveria ser a postura das políticas públicas, do SUS, e da conduta médica nos consultórios. Faz-se necessário um grande esforço da sociedade e do governo para que o cidadão possa rever suas expectativas, bem como é necessário orientar os profissionais que atuam na atenção primária para redução da patologização das emoções humanas normais. O sobrediagnóstico, embora difícil de estimar com precisão, encontra-se embutido nas estatísticas atuais dos transtornos depressivos e tem contribuído significativamente para a tendência de crescimento do consumo de antidepressivos, sem necessariamente resultar em melhora da qualidade de vida e bem-estar das pessoas.

REFERÊNCIAS

- [1] Berrios GE. Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 590-608, Set. 2012.
- [2] Alencar LMS, Jesus D, França EL, Alves AD. A depressão e os tratamentos farmacoterápicos – um perfil dos fármacos mais utilizados e os seus usuários em Barra do Garças – MT. *Interdisciplinar: Revista Eletrônica da Univar* n.º 8 Vol – 1 p.129 – 125. 2012.
- [3] Oliveira MK, Rego TC. Vygotsky e as complexas relações entre cognição e afeto. In: ARANTES, Valéria Amorin (org). *Afetividade na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 2003.
- [4] Ferreira ABH. Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 895 p.
- [5] Damásio A. *O Erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras. 1996.
- [6] Tavares LAT. A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistêmica do sujeito depressivo [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 371 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 20 Ago. 2015.
- [7] World Federation For Mental Health. Depression: a global crisis. Disponível em: http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012_wmhd_ay_english.pdf. Acesso em: 28 Jan. 2016.
- [8] Buarque BS, Santos TCN, Silva TM. Prevalence of depression among elderly. *Journal of Nursing UFPE on line*. Vol 6, No 5. 2012.
- [9] Rabasquinho C, Pereira H. Gênero e saúde mental: uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*. 2007. 3 (XXV): 439-454.
- [10] OMS (Organização Mundial de Saúde). Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental. 2011. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf. Acesso em: 14 Jan. 2016.
- [11] Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Rev. Hosp Albert Einstein*. 2010; 8 (1 Pt 1):102-6. Disponível em: http://www.psiquiatriabh.com.br/artigos/revisao_integrativa.pdf. Acesso em: 27 Jan. 2016.
- [12] Lacan J. (1958). O seminário, livro 5: As formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- [13] DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2014). American Psychiatric Association. Disponível em: <http://www.dsm5.org>. Acesso em: 01 Fev. 2016.
- [14] Duailibi K, Silva ASM. Depressão: critérios do DSM-5 e tratamento. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica* Ago 14 V 40 N 1, p: 27-32. 2014.
- [15] Paranhos ME, Werlang BG. Diagnóstico e intensidade da depressão. *Barbarói, Santa Cruz do Sul*, n. 31, ago./dez. 2009.
- [16] Ferreira ATS. A evolução do conceito de depressão no século XX: uma análise da classificação da depressão nas diferentes edições do manual diagnóstico e estatístico da associação americana de psiquiatria (dsms) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo moderna. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*. Ano 10, Janeiro a Março de 2011.
- [17] Moreno RA, Cordás TA, Nardi A E, et al. Distímia. Do mau humor ao mal do humor: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol 32, nº 3, Set. 2010.
- [18] Monteiro MP. O Mal do Século. *Estudos de Psicanálise*, Salvador, n. 30, p. 113 – 118, Agosto, 2007.
- [19] Freud S. (1917). Luto e melancolia. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.
- [20] Mayne RG. An Expository Lexicon of the Terms, Ancient and Modern, in Medical and General Science. London: Churchill, 1860.
- [21] Nettina SM. Brunner: prática de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- [22] Forsan, M.A. O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado, (monografia). Campos Gerais/ MG, 2010.
- [23] Malhi *et al.* Clinical practice recommendations for de-

- pression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Special Issue: Clinical Practice Recommendations for Mood Disorders. Volume 119, Issue Supplement s439, pages 8–26, May 2009.
- [24] Hidaka BH. Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *Journal Affective Disorders*. 2012 Nov; 140(3): 205–214.
- [25] Seligman MEP. In J. Buie. 'Me' decades generate depression: individualism erodes commitment to others. *APA Monitor*, 19, 18. "People born after 1945 were ten times more likely to suffer from depression than people born 50 years earlier." 1998.
- [26] Twenge J, Gentile B, Dewall C, Ma D, Lacerfield K, Schurtz D. Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938–2007: A cross-temporal meta-analysis of the MMPI. *Clinical psychology review*. 2010; 30:145–154.
- [27] Villano LAB, Nanhay ALG. Depressão: epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde. *Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2011. Vol.10, n.2.
- [28] Blazer D. Mood disorders: epidemiology. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Baltimore MD: Williams & Wilkins; 2005.
- [29] Bromet E, *et al.* Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *Bio Med Central - BMC Medicine*. DOI: 10.1186/1741-7015-9-90. 2011; 9:90.
- [30] Soares MBM. O Impacto da Depressão. Disponível em: <http://www.abrata.org.br/new/artigo/impactoDepressao.aspx>. Acesso em: 13 jan. 2016.
- [31] Sobocki P, Lekander I, Borgström M, Ström O, Bo R. The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European Psychiatry*, 2007, 22(3): 146-152.
- [32] OECD - The Organisation for Economic Co-Operation and Development. 2011. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. Acesso em: 28 Jan. 2016.
- [33] ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Medicamentos>. Acesso em: 28 Jan. 2016.
- [34] Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1990; 264:2511.
- [35] Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64:566–576.
- [36] Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *ArchGen Psychiatry*. 2005; 62:593–602.
- [37] OECD. OECD Health Statistics 2010. OECD iLibrary; 2010.
- [38] Hibbeln JR. Fish consumption and major depression. *Lancet*. 1998; 351:1213.
- [39] Davies JB, Sandstrom S, Shorrocks AF, Wolff EN. The world distribution of household wealth. United Nations university. World institute for development economics research UNU-WIDER; 2008.
- [40] Kitayama S, Markus HR, Matsumoto H, Norasakkunkit V. Individual and collective processes in the construction of the self: Self-enhancement in the United States and self-criticism in Japan. *Journal of personality and social psychology*. 1997; 72:1245.
- [41] Oyserman D, Coon HM, Klemmeier M. Rethinking individualism and collectivism: Evaluation of theoretical assumptions and meta-analyses. *Psychological Bulletin*. 2002; 128:3.
- [42] Vega WA, Sribney WM, Aguilar-Gaxiola S, Kolody B. 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among Mexican Americans: nativity, social assimilation, and age determinants. *The Journal of nervous and mental disease*. 2004; 192:532.
- [43] Lee S, Tsang A, Zhang MY, Huang YQ, He YL, Liu ZR, Shen YC, Kessler RC. Lifetime prevalence and inter-cohort variation in DSM-IV disorders in metropolitan China. *Psychol Med*. 2007; 37:61–71.
- [44] Debórd GA. sociedade do espetáculo. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.
- [45] Amaral JGPD. Os destinos da tristeza na contemporaneidade: uma discussão sobre depressão e melancolia. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2006.
- [46] Farinha S. A depressão na atualidade: um estudo psicanalítico. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- [47] Moreira MS. Ser são em lugares insanos: O DSM, a validade científica e a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos. *CliniCAPS*, Vol 4, nº 10. 2010.
- [48] Minaya O, Ugalde O, Fresán A. Uso inapropiado de fármacos de prescrição: dependência a benzodiazepinas em adultos mayores / Prescription drugs misuse: benzodiazepine dependence in the elderly. *Salud Ment (Mexico City)*; 32(5): 405-411, sep.-oct. 2009.
- [49] Rodrigues JT. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun. 2003.