



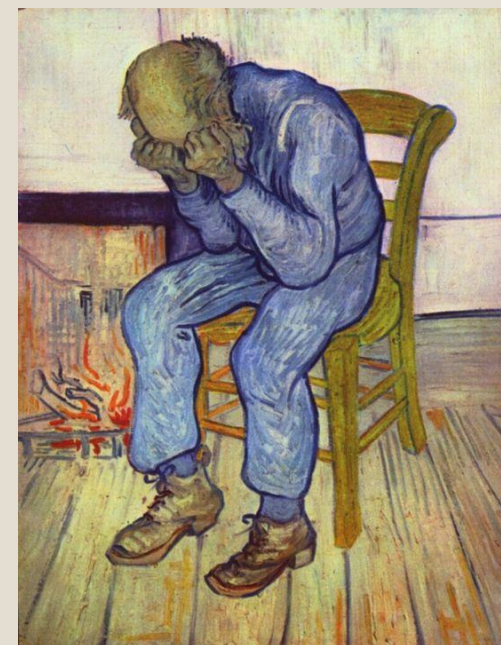
# DEPRESSÃO E ESTADOS DEPRESSIVOS – TRANSTORNO DEPRESSIVO

Pós-doutor Thomaz Décio Abdalla Siqueira [thomaz-abdalla@ufam.edu.br](mailto:thomaz-abdalla@ufam.edu.br)

Nelzo Ronaldo de Paula Cabral Marques Junior [mrmarques@gmail.com](mailto:mrmarques@gmail.com)

# CID 10 – DSM V7 (05/2013)

- O episódio **depressivo** recorrente é caracterizado pela ocorrência repetida de crises depressivas. ... O perfil clínico e evolução do quadro são semelhantes aos demais episódios **depressivos** descritos na **CID10** entre F32.0, F32.1, F32.2 e F32.3.



# Compreendo a depressão

- A depressão é uma doença psiquiátrica que afeta o emocional da pessoa, que passa a apresentar tristeza profunda, falta de apetite, desânimo, pessimismo, baixa autoestima, que aparecem com frequência e podem combinar-se entre si;
- Pessoas que sofrem com distúrbios de depressão apresentam uma tristeza profunda, perda de interesse generalizado, falta de ânimo, de apetite, ausência de prazer e oscilações de humor que podem culminar em pensamentos suicidas;
- Estas fases são compostas pelas seguintes etapas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, fazendo com que a pessoa passe por um longo processo até a cura daquela dor.

# Qual a diferença entre depressão e estado depressivo?

- Identifica-se três fatores que diferencia um quadro depressivo da tristeza passageira que são causa, duração e sintomas: – Causa: enquanto na tristeza geralmente são causados por eventos da vida que nos deixam desanimados, a depressão pode ser desencadeada por um evento estressante na vida ou inidentificável.
- **Como sair da depressão em 7 passos**
- Construa uma rede de apoio;
- Reduza o estresse ao máximo;
- Melhore sua higiene do sono;
- Melhore seus hábitos alimentares;
- Aprenda a lidar com os pensamentos negativos;
- Combata a procrastinação;
- Aumente sua serotonina naturalmente.

# Qual é o começo da depressão?

- Começo da depressão: quais os primeiros sinais? O início da depressão pode ser muito variado, dependendo da personalidade, temperamento, eventos que desencadeiam a doença, gênero e idade de cada pessoa. Os sinais frequentes mais comuns são: tristeza, falta de vontade, interesse e pensamento de ruína.
- O que acontece com o corpo quando se tem depressão?
- Dificuldade para dormir, despertar de manhã cedo ou dormir demais. Apetite e / ou alterações de peso. Pensamentos de morte ou suicídio, ou tentativas de suicídio. Dores, dores de cabeça, cólicas ou problemas digestivos sem uma causa física clara e / ou que não se aliviam mesmo com o tratamento.

# F32 – EPISÓDIOS DEPRESSIVOS

**CID 10 - F32**

Episódios depressivos

**CID 10 - F32.0**

Episódio depressivo leve

**CID 10 - F32.1**

Episódio depressivo moderado

**CID 10 - F32.2**

Episódio depressivo grave sem sintomas  
psicóticos

**CID 10 - F32.3**

Episódio depressivo grave com sintomas  
psicóticos

**CID 10 - F32.8**

Outros episódios depressivos

**CID 10 - F32.9**

Episódio depressivo não especificado

# F33 - Transtorno depressivo recorrente

**CID 10 - F33**

Transtorno depressivo recorrente

**CID 10 - F33.0**

Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve

**CID 10 - F33.1**

Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado

**CID 10 - F33.2**

Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

**CID 10 - F33.3**

Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

**CID 10 - F33.4**

Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão

**CID 10 - F33.8**

Outros transtornos depressivos recorrentes

**CID 10 - F33.9**

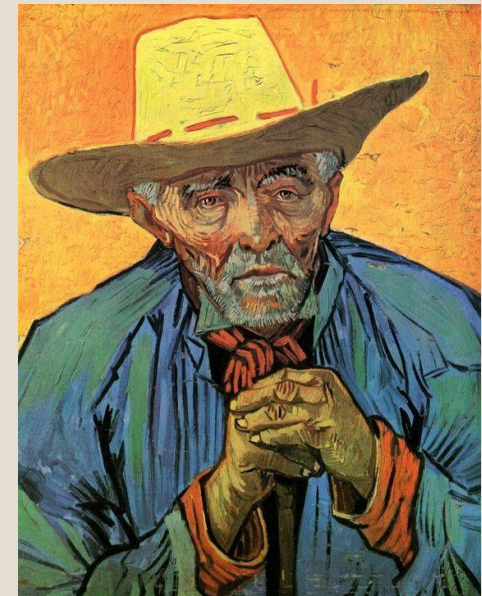
Transtorno depressivo recorrente sem especificação

Quão comum é a depressão?

Qual é o impacto na nossa vida rotineira e na nossa sociedade?

Como as pessoas lidam?

- A totalidade da **tristeza**, da **solidão**, da **melancolia**, do **desamparo** e do desânimo, todos encontrados em diversas formas e intensidade como manifestações clínicas das síndromes depressivas, habilitam-nas a compreender e a empatizar com um indivíduo deprimido deve sentir.



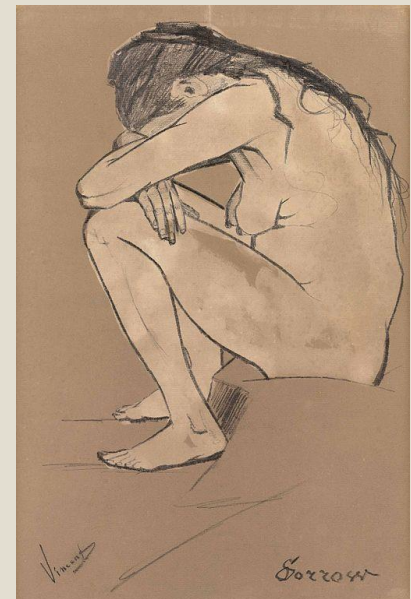


- A terminação “melancolia” tem sido aplicada, nas recentes classificações como o **DSM-IV**, para indicar o subtipo anteriormente denominado de “endógeno”, “vital”, “**biológico**”, “**somático**” ou “**endogenomorfo**” de depressão. Analisado por vários como o “modelo” ou síndrome nuclear das depressões, a melancolia ao oposto de outras formas de depressão parece compor-se em um grupo mais homogêneo, que objetiva melhor a tratamentos biológicos, dos quais os fatores genéticos são os principais determinantes. Parker (1994 et al., apud Del Porto, 1999) sinaliza a gravidade das alterações psicomotoras na melancolia, para eles é a central característica desse **quadro nosológico**. O conceito de melancolia no **DSM - IV** foi reformulado, em relação ao do **DSM-III-R**, passando a ser mais conciso e definindo com mais exatidão (LAFER et al., 1996 apud DEL PORTO, 1999).

- A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou, há pouco tempo, que a depressão seria a principal causa de incapacitação no mundo nas próximas décadas (KESSLER, 1994, 2003 apud PATTERSON; ALBALA; MCCAHILL; EDWARDS, 2010).
- Em detrimento da sua gravidade e do seu impacto clínico, a **depressão maior** é o foco primário, dada sua prevalência em situações ambulatoriais, o **transtorno distímico** uma depressão leve, no entanto prolongada, também merece ter um foco. O transtorno distímico recebe menos atenção dos médicos e pesquisadores do que a depressão maior, mas, atualmente essa tendência tenha sido revertida. A distímia não é tão grave ou incapacitante como o Transtorno Depressivo maior, ainda que ocasione sofrimento psicológico e prejuízos pessoais e sociais significativos.

# TERMO DEPRESSÃO

- Pode ser empregado ainda para designar um transtorno mental: o transtorno depressivo maior (episódio único ou recorrente), no DSM-IV-TR;<sup>2</sup> ou o episódio depressivo e o transtorno depressivo recorrente, na CID-10.



**Os atuais critérios utilizados para o diagnóstico e classificação dos estados depressivos se encontram no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, em sua quinta edição (DSM-V, lançado em maio de 2013). Os critérios diagnósticos para o TDM, de acordo com o DSM-V7, são:**

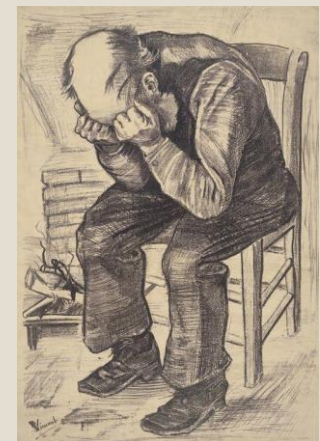
- **A.** Cinco ou mais dos sintomas seguintes presentes por pelo menos duas semanas e que representam mudanças no funcionamento prévio do indivíduo; pelo menos um dos sintomas é: 1) humor deprimido ou 2) perda de interesse ou prazer (Nota: não incluir sintoma nitidamente devido a outra condição clínica):
  - 1.** Humor deprimido na maioria dos dias, quase todos os dias (p. ex.: sente-se triste, vazio ou sem esperança) por observação subjetiva ou realizada por terceiros (Nota: em crianças e adolescentes pode ser humor irritável);
    -
  - 2.** Acentuada diminuição do prazer ou interesse em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros);
    -
  - 3.** Perda ou ganho de peso acentuado sem estar em dieta (p.ex. alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou aumento ou diminuição de apetite quase todos os dias (Nota: em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperado);

◦  
**4.** Insônia ou hipersônia quase todos os dias;

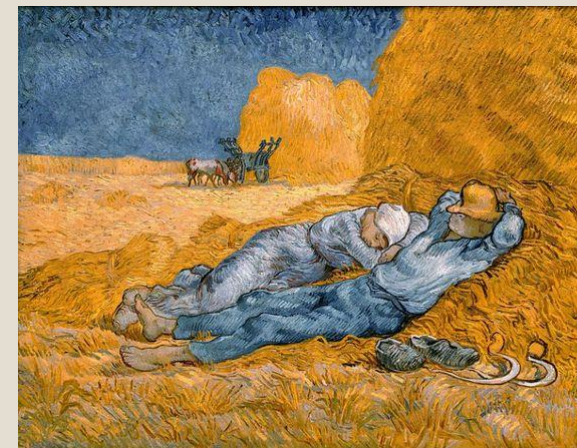
◦  
**5.** Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outros, não apenas sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);

◦ **6.** Fadiga e perda de energia quase todos os dias;

◦  
**7.** Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente autorrecriinação ou culpa por estar doente);



- 8. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros);
- 
- 9. Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico de cometer suicídio;
- **B.** Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;



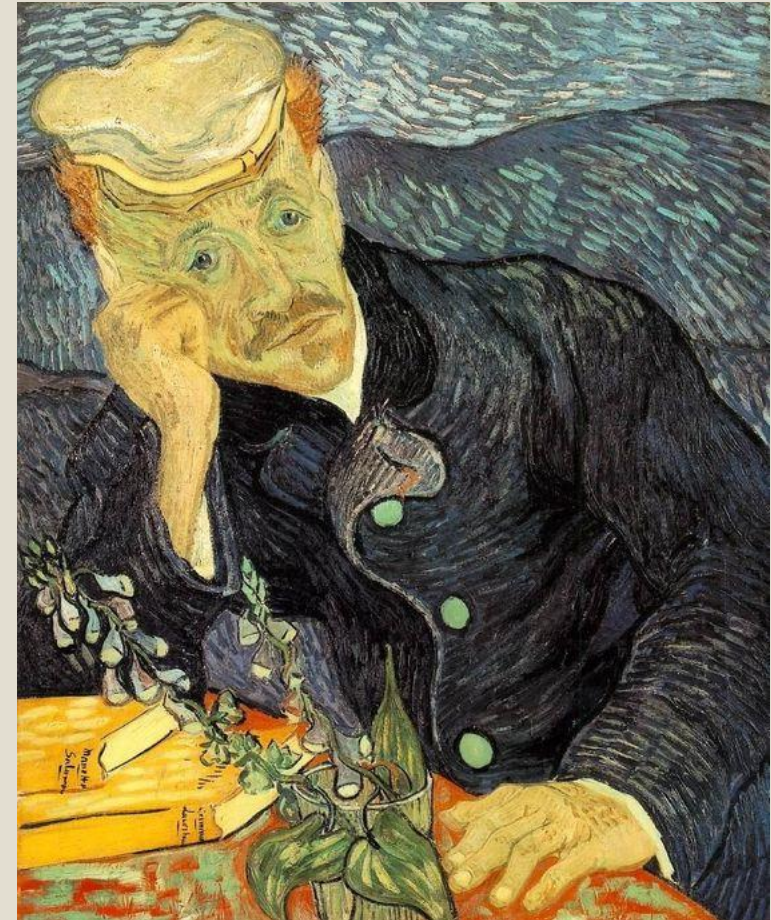
- **C.** Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex.: droga) ou outra condição médica (Notas: 1. Os critérios de A-C representam um episódio depressivo maior; 2. Respostas a uma perda significativa (luto, perda financeira, perda por um desastre natural, uma grave doença médica ou invalidez) podem incluir sentimentos de tristeza intensa, reflexão excessiva sobre a perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observado no critério A, que pode assemelhar-se a um episódio depressivo. Embora estes sintomas possam ser compreensíveis ou considerados apropriados para a perda, a presença de um episódio depressivo maior em adição a uma resposta normal a uma perda significativa, deve também ser considerado cuidadosamente. Esta decisão, inevitavelmente, requer o exercício de julgamento clínico baseado na história do indivíduo e as normas culturais para a expressão de angústia no contexto de perda);

- **D.** A ocorrência de episódio depressivo maior não é melhor explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno delirante ou outro transtorno especificado ou não do espectro esquizofrênico e outros transtornos psicóticos;





- **E.** Não houve nenhum episódio de mania ou hipomania anterior (Nota: esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníaco ou hipomaníaco forem induzidos por substância ou atribuíveis aos efeitos fisiológicos de outra condição médica).



# Para complementar o diagnóstico

existem os especificadores, que são extremamente úteis para melhor caracterização, acompanhamento e prognóstico de cada caso. Podem ser observados abaixo:

- **1. Com características ansiosas**

Exige a presença de pelo menos dois dos seguintes sintomas durante a maioria dos dias do TDM:

1. Sentir-se tenso;
2. Sentir-se inquieto;
3. Dificuldade de concentração devido a preocupações;
4. Medo que algo terrível aconteça;
5. Sensação de que pode perder o controle sobre si mesmo.

# Especificadores de gravidade:

- Leve: dois sintomas;
- Moderado: três sintomas;
- Moderado a grave: quatro ou cinco sintomas;
- Grave: quatro ou cinco sintomas com agitação motora.



**2. Com características mistas. A. Pelo menos três dos sintomas seguintes de mania e hipomania devem estar presentes quase todos os dias durante um episódio de transtorno depressivo maior:**

o

- 1.** Humor elevado, expansivo;
- 2.** Autoestima elevada ou grandiosidade;
- 3.** Mais "falador" que o usual ou maior pressão de discurso;
- 4.** Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados;
- 5.** Aumento da energia para uma atividade específica (social, no trabalho, na escola ou sexualmente);
- 6.** Envolvimento maior ou excessivo em atividades que têm um alto potencial para consequências prejudiciais (p.ex.: compras excessivas, indiscrição sexual, investimento não planejados);
- 7.** Menor necessidade de dormir (ao contrário da insônia, sente-se bem, apesar de diminuição do padrão do sono);

- **B.** Os sintomas mistos são observados por outras pessoas e representam uma mudança no comportamento usual do indivíduo;

- 

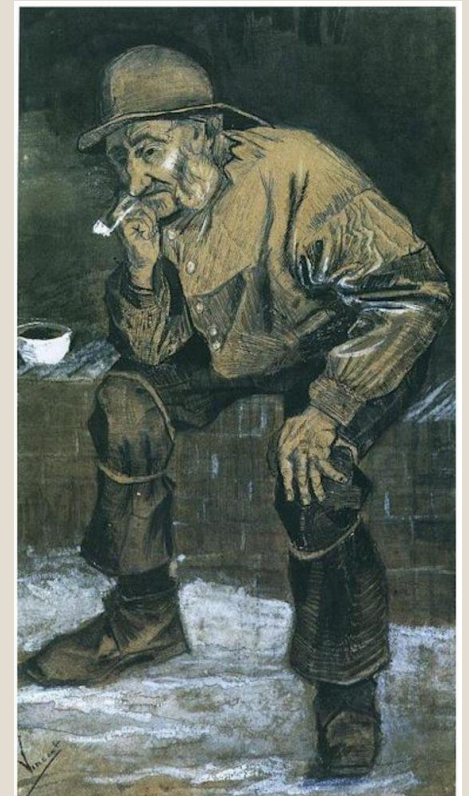
- **C.** Para indivíduos que se encontram em todos os critérios para mania e hipomania, o diagnóstico pode ser transtorno bipolar I ou II;

- 

- **D.** Os sintomas mistos não são atribuídos a sintomas fisiológicos de uma substância (p.ex.: abuso de drogas ou tratamento medicamentoso).

# 3. Com características melancólicas

- A. Um dos seguintes sintomas está presente durante o período mais grave do episódio atual:
  1. Perda de prazer em todas ou quase todas as atividades;
  2. Falta de reação a atividades usualmente agradáveis;



## **B. Três (ou mais) dos seguintes sintomas:**

- **1.** Humor deprimido caracterizado por desânimo profundo e/ou morosidade e humor vazio;
- 2.** Piora dos sintomas pela manhã;
- 3.** Insônia terminal (despertar precoce, com diminuição de duas horas ou mais do sono habitual);
- 4.** Agitação ou retardo psicomotor;
- 5.** Significante perda do apetite ou anorexia;
- 6.** Culpa excessiva ou inapropriada.

# 4. Com características atípicas

- **A.** Reatividade do humor (melhora com estímulos positivos);
- B.** Dois (ou mais) dos seguintes:
  1. Aumento do apetite significativo ou ganho de peso;
  2. Hipersônia;
  3. Sensação de peso nas pernas e nos braços, além de falta de energia;
  4. Um padrão duradouro de sensibilidade a rejeição social (não limitado a episódios de perturbação do humor) que resulta em prejuízo social ou ocupacional significativo;
- C.** Não preenche critérios para "com características melancólicas" ou "catatonia" durante o mesmo episódio.



# Referências

- 1. Bevilacqua F, Bensoussan E, Jansen JM, Spínola E, Castro F. Manual do exame clínico. 12. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2000.
- 2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- 3. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: critérios diagnósticos para pesquisa. São Paulo: Artes Médicas; 1993.
- 4. Benazzi F. Is overactivity the core feature of hypomania in bipolar II disorder? *Psychopathology*. 2007;40(1):54-60.
- 5. Cheniaux E. A mania ansiosa ou depressiva de Kraepelin: relato de um caso. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(2):214-5.
- 6. Cheniaux E. Manual de psicopatologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- 7. Cheniaux, E. Psicopatologia descritiva: existe uma linguagem comum? *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(2):157-62.
- 8. Nobre de Melo AL. Psiquiatria. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1981.
- 9. Paim I. Curso de psicopatologia. 11. ed. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 1998.

# Referências

- 10. Sá Jr LSM. Fundamentos de psicopatologia: bases do exame psíquico. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
- 11. Schneider K. Psicopatologia clínica. 3. ed. São Paulo: Mestre Jou; 1978.
- 12. Alvim CF. Vocabulário de termos psicológicos e psiquiátricos. Belo Horizonte: Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais; 1971.
- 13. Scharfetter C. Introdução à psicopatologia geral. 2. ed. Lisboa: Climepsi; 1999.
- 14. Jaspers K. Psicopatologia geral. Rio de Janeiro: Atheneu; 1987.
- 15. Dalgalarro P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- 16. Cabaleiro-Goas M. Temas psiquiátricos: algunas cuestiones psicopatológicas generales. Madrid: Paz Montalvo; 1966.
- 17. Alonso-Fernández F. Fundamentos de la psiquiatria actual. 3. ed. Madrid: Paz Montalvo; 1976.
- 18. Sims A. Sintomas da mente: introdução à psicopatologia descritiva. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

# Referências

- 19. Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO. Tratado de psiquiatria clínica. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
- 20. Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- 21. Cheniaux E, Landeira-Fernandez J, Lessa TL, Lessa JL, Dias A, Duncan T, et al. Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders. J Affect Disord. 2008;106(3):209-17.
- 22. Hyman SE. Neuroscience, genetics, and the future of psychiatric diagnosis. Psychopathology. 2002;35(2-3):139-44.
- 23. Kendell RE. Clinical validity. Psychol Med. 1989; 19(1):45-55.
- 24. Goodwin FK, Jamison KR. Doença maníaco-depressiva: transtorno bipolar e depressão recorrente. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 25. Kraepelin E. Manic-depressive insanity and paranoia. Edinburgh: Livingstone; 1921.
- 26. Juruena MF, Calil HM, Fleck MP, Del Porto JA. Melancholia in Latin American studies: a distinct mood disorder for the ICD-11. Rev Bras Psiquiatr. 2011;33(Suppl 1):S37-S58.
- 27. Taylor MA, Fink M. Restoring melancholia in the classification of mood disorders. J Affect Disord. 2008;105(1-3):1-14.