
MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS

5ª EDIÇÃO

DSM-5[®]



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION



American Psychiatric Association

Administração 2012–2013

PRESIDENTE DILIP V. JESTE, M.D.

PRESIDENTE-ELEITO JEFFREY A. LIEBERMAN, M.D.

TESOUREIRO DAVID FASSLER, M.D.

SECRETÁRIO ROGER PEELE, M.D.

Assembleia

ORADOR R. SCOTT BENSON, M.D.

ORADOR-ELEITO MELINDA L. YOUNG, M.D.

Conselho Administrativo

JEFFREY AKAKA, M.D.

CAROL A. BERNSTEIN, M.D.

BRIAN CROWLEY, M.D.

ANITA S. EVERETT, M.D.

JEFFREY GELLER, M.D., M.P.H.

MARC DAVID GRAFF, M.D.

JAMES A. GREENE, M.D.

JUDITH F. KASHTAN, M.D.

MOLLY K. McVOY, M.D.

JAMES E. NININGER, M.D.

JOHN M. OLDHAM, M.D.

ALAN F. SCHATZBERG, M.D.

ALIK S. WIDGE, M.D., PH.D.

ERIK R. VANDERLIP, M.D.,

ADMINISTRADOR-ELEITO EM TREINAMENTO



M294 Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

Editado também como livro impresso em 2014.
ISBN 978-85-8271-089-0

1. Psiquiatria. 2. Transtornos mentais. I. American Psychiatric Association.

CDU 616.89-008

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS

5ª EDIÇÃO

DSM-5[®]

Revisão técnica:

Aristides Volpato Cordioli (coordenação)

Doutor em Ciências Médicas: Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
Professor aposentado do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.

Christian Kieling

Psiquiatra, Psiquiatra da Infância e da Adolescência (HCPA/UFRGS).

Mestre e Doutor em Psiquiatria pela UFRGS.

Professor do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da UFRGS.

Cristiano Tschiedel Belem da Silva

Psiquiatra (HSL/PUCRS). Doutorando no Programa de Pós-graduação
em Ciências Médicas: Psiquiatria da UFRGS.

Ives Cavalcante Passos

Psiquiatra (HCPA/UFRGS).

Doutorando no Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da UFRGS.

Mário Tregnago Barcellos

Psiquiatra, Psicoterapeuta (HCPA/UFRGS).

Especialista em Psicoterapia de Orientação Analítica (CELG/UFRGS).

Membro Aspirante da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA).

Versão impressa
desta obra: 2014



2014

Transtornos Depressivos

Os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. Diferentemente do DSM-IV, este capítulo “Transtornos Depressivos” foi separado do capítulo anterior “Transtornos Bipolares e Transtornos Relacionados”. A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida.

Para abordar questões referentes ao potencial de diagnóstico e tratamento excessivos do transtorno bipolar em crianças, um novo diagnóstico, transtorno disruptivo da desregulação do humor, referente à apresentação de crianças com irritabilidade persistente e episódios frequentes de descontrole comportamental extremo, é acrescentado aos transtornos depressivos para crianças até 12 anos de idade. Sua inclusão neste capítulo reflete o achado de que as crianças com esse padrão de sintomas tipicamente desenvolvem transtornos depressivos unipolares ou transtornos de ansiedade, em vez de transtornos bipolares, quando ingressam na adolescência e na idade adulta.

O transtorno depressivo maior representa a condição clássica desse grupo de transtornos. Ele é caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior) envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas. O diagnóstico baseado em um único episódio é possível, embora o transtorno seja recorrente na maioria dos casos. Atenção especial é dada à diferenciação da tristeza e do luto normais em relação a um episódio depressivo maior. O luto pode induzir grande sofrimento, mas não costuma provocar um episódio de transtorno depressivo maior. Quando ocorrem em conjunto, os sintomas depressivos e o prejuízo funcional tendem a ser mais graves, e o prognóstico é pior comparado com o luto que não é acompanhado de transtorno depressivo maior. A depressão relacionada ao luto tende a ocorrer em pessoas com outras vulnerabilidades a transtornos depressivos, e a recuperação pode ser facilitada pelo tratamento com antidepressivos.

Uma forma mais crônica de depressão, o transtorno depressivo persistente (distímia), pode ser diagnosticada quando a perturbação do humor continua por pelo menos dois anos em adultos e um ano em crianças. Esse diagnóstico, novo no DSM-5, inclui as categorias diagnósticas do DSM-IV de transtorno depressivo maior crônico e distímia.

Após cuidadoso exame científico das evidências, o transtorno disfórico pré-menstrual foi deslocado de um apêndice do DSM-IV (“Conjunto de Critérios e Eixos Propostos para Estudos Adicionais”) para a Seção II do DSM-5. Quase 20 anos de pesquisa adicional sobre essa condição confirmaram uma forma de transtorno depressivo específico e responsivo a tratamento que inicia em algum momento após a ovulação e remite poucos dias após a menstruação, causando impacto significativo no funcionamento.

Um grande número de substâncias de abuso, alguns medicamentos e diversas condições médicas podem estar associados a fenômenos semelhantes à depressão. Esse fato é reconhecido nos diagnósticos de transtorno depressivo induzido por substância/medicamento e de transtorno depressivo devido a outra condição médica.

com transtorno bipolar ou transtorno de oposição desafiante, uma criança cujos sintomas satisfazem os critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor também pode receber um diagnóstico comórbido de TDAH, transtorno depressivo maior e/ou transtorno de ansiedade. Contudo, as crianças cuja irritabilidade está presente somente no contexto de um episódio depressivo maior ou transtorno depressivo persistente (distímia) devem receber um desses diagnósticos em vez de transtorno disruptivo da desregulação do humor. As crianças com transtorno disruptivo da desregulação do humor podem ter sintomas que também satisfazem os critérios para um transtorno de ansiedade e podem receber os dois diagnósticos, mas as crianças cuja irritabilidade é manifesta apenas no contexto de exacerbação de um transtorno de ansiedade devem receber o diagnóstico do transtorno de ansiedade em questão em vez de transtorno disruptivo da desregulação do humor. Além disso, crianças com transtorno do espectro autista frequentemente apresentam explosões de raiva quando, por exemplo, sua rotina é perturbada. Nesse caso, as explosões de raiva seriam consideradas secundárias ao transtorno do espectro autista e a criança não deveria receber o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor.

Transtorno explosivo intermitente. Crianças com sintomas sugestivos de transtorno explosivo intermitente apresentam momentos de explosões de raiva graves, muito parecidos com o que ocorre com crianças com transtorno disruptivo da desregulação do humor. No entanto, diferentemente do transtorno disruptivo da desregulação do humor, o transtorno explosivo intermitente não requer perturbação persistente do humor entre as explosões. Além disso, o transtorno explosivo intermitente requer somente três meses de sintomas ativos, em contraste com a exigência de 12 meses para o transtorno disruptivo da desregulação do humor. Assim, esses dois diagnósticos não devem ser feitos na mesma criança. Para crianças com explosões e irritabilidade intercorrente e persistente, deve ser feito somente o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor.

Comorbidade

As taxas de comorbidade no transtorno disruptivo da desregulação do humor são extremamente altas. É raro encontrar indivíduos cujos sintomas satisfazem os critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor isolado. A comorbidade entre o transtorno disruptivo da desregulação do humor e outras síndromes definidas no DSM parece mais alta do que para muitos outros transtornos mentais pediátricos; a maior sobreposição é com o transtorno de oposição desafiante. Não só a taxa geral de comorbidade é alta no transtorno disruptivo da desregulação do humor, como também a variação das doenças comórbidas parece particularmente diversa. Essas crianças costumam se apresentar à clínica com ampla gama de comportamentos disruptivos, bem como com sintomas e diagnósticos de humor, ansiedade e até do espectro autista. Entretanto, as crianças com transtorno disruptivo da desregulação do humor não devem ter sintomas que satisfaçam os critérios para transtorno bipolar, pois, nesse contexto, somente deve ser feito o diagnóstico de transtorno bipolar. Se as crianças têm sintomas que satisfazem os critérios para transtorno de oposição desafiante ou transtorno explosivo intermitente e transtorno disruptivo da desregulação do humor, somente o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor deve ser feito. Além disso, como observado anteriormente, o diagnóstico de transtorno disruptivo da desregulação do humor não deve ser feito se os sintomas ocorrerem somente em um contexto que desperta ansiedade, quando as rotinas de uma criança com transtorno do espectro autista ou transtorno obsessivo-compulsivo são perturbadas ou no contexto de um episódio depressivo maior.

Transtorno Depressivo Maior

Critérios Diagnósticos

- A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
 2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Nota:** Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
 4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
 9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.*

- D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.
- E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.

* Ao diferenciar luto de um episódio depressivo maior (EDM), é útil considerar que, no luto, o afeto predominante inclui sentimentos de vazio e perda, enquanto no EDM há humor deprimido persistente e incapacidade de antecipar felicidade ou prazer. A disforia no luto pode diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas, ocorrendo em ondas, conhecidas como “dores do luto”. Essas ondas tendem a estar associadas a pensamentos ou lembranças do falecido. O humor deprimido de um EDM é mais persistente e não está ligado a pensamentos ou preocupações específicos. A dor do luto pode vir acompanhada de emoções e humor positivos que não são característicos da infelicidade e angústia generalizadas de um EDM. O conteúdo do pensamento associado ao luto geralmente apresenta preocupação com pensamentos e lembranças do falecido, em vez das ruminações autocríticas ou pessimistas encontradas no EDM. No luto, a autoestima costuma estar preservada, ao passo que no EDM os sentimentos de desvalia e aversão a si mesmo são comuns. Se presente no luto, a ideação autodepreciativa costuma envolver a percepção de falhas em relação ao falecido (p. ex., não ter feito visitas com frequência suficiente, não dizer ao falecido o quanto o amava). Se um indivíduo enlutado pensa em morte e em morrer, tais pensamentos costumam ter o foco no falecido e possivelmente em “se unir” a ele, enquanto no EDM esses pensamentos têm o foco em acabar com a própria vida por causa dos sentimentos de desvalia, de não merecer estar vivo ou da incapacidade de enfrentar a dor da depressão.

Procedimentos para Codificação e Registro

O código diagnóstico para transtorno depressivo maior está baseado em se este é um episódio único ou recorrente, gravidade atual, presença de características psicóticas e estado de remissão. A gravidade atual e as características psicóticas são indicadas apenas se todos os critérios são satisfeitos atualmente para um episódio depressivo maior. Os especificadores de remissão são indicados apenas se os critérios plenos não são satisfeitos atualmente para um episódio depressivo maior. Os códigos são os seguintes:

Especificador da gravidade/curso	Episódio único	Episódio recorrente*
Leve (p. 188)	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderada (p. 188)	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave (p. 188)	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Com características psicóticas** (p. 186)	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
Em remissão parcial (p. 188)	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
Em remissão completa (p. 188)	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
Não especificado	296.20 (F32.9)	290.30 (F33.9)

*Para que um episódio seja considerado recorrente, deve haver um intervalo de pelo menos dois meses consecutivos entre episódios separados em que não são satisfeitos os critérios para um episódio depressivo maior. As definições dos especificadores são encontradas nas páginas indicadas.

**Se estão presentes características psicóticas, codifique o especificador “com características psicóticas”, independentemente da gravidade do episódio.

Ao registrar o nome de um diagnóstico, os termos devem ser listados na seguinte ordem: transtorno depressivo maior, episódio único ou recorrente, especificadores de gravidade/psicótico/remissão, seguidos pelos seguintes especificadores sem código que se aplicam ao episódio atual.

Especificar:

Com sintomas ansiosos (p. 184)

Com características mistas (p. 184-185)

Com características melancólicas (p. 185)

Com características atípicas (p. 185-186)

Com características psicóticas congruentes com o humor (p. 186)

Com características psicóticas incongruentes com o humor (p. 186)

Com catatonia (p. 186). **Nota para codificação:** Use o código adicional 293.89 (F06.1).

Com início no periparto (p. 186-187)

Com padrão sazonal (somente episódio recorrente) (p. 187-188)

Características Diagnósticas

Os sintomas dos critérios para transtorno depressivo maior devem estar presentes quase todos os dias para serem considerados presentes, com exceção de alteração do peso e ideação suicida. Humor deprimido deve estar presente na maior parte do dia, além de estar presente quase todos os dias. Insônia ou fadiga frequentemente são a queixa principal apresentada, e a falha em detectar sintomas depressivos associados resultará em subdiagnóstico. A tristeza pode ser negada inicialmente, mas pode ser revelada por meio de entrevista ou inferida pela expressão facial e por atitudes. Com os indivíduos que focam em uma queixa somática, os clínicos devem determinar se o sofrimento por essa queixa está associado a sintomas depressivos específicos. Fadiga e perturbação do sono estão presentes em alta proporção de casos; perturbações psicomotoras são muito menos comuns, mas são indicativas de maior gravidade geral, assim como a presença de culpa delirante ou quase delirante.

A característica essencial de um episódio depressivo maior é um período de pelo menos duas semanas durante as quais há um humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (Critério A). Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais,

extraídos de uma lista que inclui mudanças no apetite ou peso, no sono e na atividade psicomotora; diminuição de energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. A fim de contabilizar para um episódio depressivo maior, um sintoma deve ser recente ou então ter claramente piorado em comparação com o estado pré-episódico da pessoa. Os sintomas devem persistir na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Para alguns indivíduos com episódios mais leves, o funcionamento pode parecer normal, mas exige um esforço acentuadamente aumentado.

O humor em um episódio depressivo maior frequentemente é descrito pela pessoa como deprimido, triste, desesperançado, desencorajado ou “na fossa” (Critério A1). Em alguns casos, a tristeza pode ser negada de início, mas depois pode ser revelada pela entrevista (p. ex., assinalando que o indivíduo parece prestes a chorar). Em alguns indivíduos que se queixam de sentirem “um vazio”, sem sentimentos ou com sentimentos ansiosos, a presença de um humor deprimido pode ser inferida a partir da expressão facial e por atitudes. Alguns enfatizam queixas somáticas (p. ex., dores ou mazelas corporais) em vez de relatar sentimentos de tristeza. Muitos referem ou demonstram irritabilidade aumentada (p. ex., raiva persistente, tendência responder a eventos com ataques de raiva ou culpando outros ou sentimento exagerado de frustração por questões menores). Em crianças e adolescentes, pode desenvolver-se um humor irritável ou rabugento, em vez de um humor triste ou abatido. Essa apresentação deve ser diferenciada de um padrão de irritabilidade em caso de frustração.

A perda de interesse ou prazer quase sempre está presente, pelo menos em algum grau. Os indivíduos podem relatar menor interesse por passatempos, “não se importar mais” ou falta de prazer com qualquer atividade anteriormente considerada prazerosa (Critério A2). Os membros da família com frequência percebem retraimento social ou negligência de atividades prazerosas (p. ex., um indivíduo que antes era um ávido golfista deixa de jogar, uma criança que gostava de futebol encontra desculpas para não praticá-lo). Em alguns indivíduos, há redução significativa nos níveis anteriores de interesse ou desejo sexual.

As alterações no apetite podem envolver redução ou aumento. Alguns indivíduos deprimidos relatam que precisam se forçar para se alimentar. Outros podem comer mais ou demonstrar avidez por alimentos específicos (p. ex., doces ou outros carboidratos). Quando as alterações no apetite são graves (em qualquer direção), pode haver perda ou ganho significativos de peso, ou, em crianças, pode-se notar insucesso em obter o ganho de peso esperado (Critério A3).

Perturbações do sono podem assumir a forma de dificuldades para dormir ou dormir excessivamente (Critério A4). Quando a insônia está presente, costuma assumir a forma de insônia intermediária (p. ex., despertar durante a noite, com dificuldade para voltar a dormir) ou insônia terminal (p. ex., despertar muito cedo, com incapacidade de retornar a dormir). A insônia inicial (p. ex., dificuldade para adormecer) também pode ocorrer. Os indivíduos que apresentam sonolência excessiva (hipersonia) podem experimentar episódios prolongados de sono noturno ou de sono durante o dia. Ocasionalmente, a razão pela qual o indivíduo busca tratamento pode ser a perturbação do sono.

As alterações psicomotoras incluem agitação (p. ex., incapacidade de ficar sentado quieto, ficar andando sem parar, agitar as mãos, puxar ou esfregar a pele, roupas ou outros objetos) ou retardo psicomotor (p. ex., discurso, pensamento ou movimentos corporais lentificados; maiores pausas antes de responder; fala diminuída em termos de volume, inflexão, quantidade ou variedade de conteúdos, ou mutismo) (Critério A5). A agitação ou o retardo psicomotor devem ser suficientemente graves a ponto de serem observáveis por outros, não representando meros sentimentos subjetivos.

Diminuição da energia, cansaço e fadiga são comuns (Critério A6). O indivíduo pode relatar fadiga persistente sem esforço físico. Mesmo as tarefas mais leves parecem exigir um esforço substancial. Pode haver diminuição na eficiência para realizar tarefas. O indivíduo pode queixar-

-se, por exemplo, de que se lavar e se vestir pela manhã é algo exaustivo e pode levar o dobro do tempo habitual.

O sentimento de desvalia ou culpa associado com um episódio depressivo maior pode incluir avaliações negativas e irrealistas do próprio valor, preocupações cheias de culpa ou ruminções acerca de pequenos fracassos do passado (Critério A7). Esses indivíduos frequentemente interpretam mal eventos triviais ou neutros do cotidiano como evidências de defeitos pessoais e têm um senso exagerado de responsabilidade pelas adversidades. O sentimento de desvalia ou culpa pode assumir proporções delirantes (p. ex., convicção de ser pessoalmente responsável pela pobreza que há no mundo). A autorrecriminação por estar doente e por não conseguir cumprir com as responsabilidades profissionais ou interpessoais em consequência da depressão é muito comum e, a menos que seja delirante, não é considerada suficiente para satisfazer esse critério.

Muitos indivíduos relatam prejuízo na capacidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões (Critério A8). Essas pessoas podem mostrar-se facilmente distraídas ou queixar-se de dificuldades de memória. Os indivíduos com atividades acadêmicas ou profissionais com frequência são incapazes de funcionar de forma adequada. Em crianças, uma queda abrupta no rendimento escolar pode refletir uma concentração pobre. Em indivíduos idosos, as dificuldades de memória podem ser a queixa principal e ser confundidas com os sinais iniciais de uma demência (“pseudodemência”). Quando o episódio depressivo maior é tratado com sucesso, os problemas de memória frequentemente apresentam recuperação completa. Em alguns indivíduos, entretanto, em particular pessoas idosas, um episódio depressivo maior pode, às vezes, ser a apresentação inicial de uma demência irreversível.

Pensamentos sobre morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio (Critério A9) são comuns. Esses pensamentos variam desde um desejo passivo de não acordar pela manhã, ou uma crença de que os outros estariam melhor se o indivíduo estivesse morto, até pensamentos transitórios, porém recorrentes, sobre cometer suicídio ou planos específicos para se matar. As pessoas mais gravemente suicidas podem ter colocado seus negócios em ordem (p. ex., atualizar o testamento, pagar as dívidas), podem ter adquirido materiais necessários (p. ex., corda ou arma de fogo) e podem ter estabelecido um local e momento para consumarem o suicídio. As motivações para o suicídio podem incluir desejo de desistir diante de obstáculos percebidos como insuperáveis, intenso desejo de pôr fim a um estado emocional extremamente doloroso, incapacidade de antever algum prazer na vida ou o desejo de não ser uma carga para os outros. A resolução desses pensamentos pode ser uma medida mais significativa de risco reduzido de suicídio do que a negação de planos suicidas.

A avaliação dos sintomas de um episódio depressivo maior é especialmente difícil quando eles ocorrem em um indivíduo que também apresenta uma condição médica geral (p. ex., câncer, acidente vascular cerebral [AVC], infarto do miocárdio, diabetes, gravidez). Alguns dos critérios e sintomas de um episódio depressivo maior são idênticos aos sinais e sintomas característicos de condições médicas gerais (p. ex., perda de peso com diabetes não tratado; fadiga com o câncer; hipersonia no início da gravidez; insônia no fim da gravidez ou no pós-parto). Esses sintomas devem contar a favor de um episódio depressivo maior, exceto quando são clara e completamente explicados por uma condição médica geral. Sintomas não vegetativos de disforia, anedonia, culpa ou desvalia, concentração prejudicada ou indecisão e pensamentos suicidas devem ser avaliados com atenção particular em tais casos. As definições de episódios depressivos maiores que foram modificadas para incluir somente esses sintomas não vegetativos parecem identificar quase os mesmos indivíduos que os critérios completos.

Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico

O transtorno depressivo maior está associado com alta mortalidade, em boa parte contabilizada pelo suicídio; entretanto, esta não é a única causa. Por exemplo, indivíduos deprimidos admitidos em asilos com cuidados de enfermagem têm probabilidade aumentada de morte no primeiro ano. Frequentemente apresentam tendência ao choro, irritabilidade, inquietação, ruminação obsessi-

va, ansiedade, fobias, preocupação excessiva com a saúde física e queixas de dor (p. ex., cefaleia; dores nas articulações, abdominais ou outras). Em crianças, pode ocorrer ansiedade de separação.

Embora exista ampla literatura descrevendo correlatos neuroanatômicos, neuroendócrinos e neurofisiológicos do transtorno depressivo maior, nenhum teste laboratorial produziu resultados de sensibilidade e especificidade suficientes para serem usados como ferramenta diagnóstica para esse transtorno. Até há pouco tempo, a hiperatividade do eixo hipotalâmico-hipofisário-suprarrenal era a anormalidade mais amplamente investigada na associação com episódios depressivos maiores e parece estar associada a melancolia, características psicóticas e riscos para suicídio subsequente. Estudos moleculares também implicaram fatores periféricos, incluindo variantes genéticas em fatores neurotróficos e citocinas pró-inflamatórias. Além disso, estudos de imagem de ressonância magnética funcional fornecem evidências de anormalidades em sistemas neurais específicos envolvidos no processamento das emoções, na busca por recompensa e na regulação emocional em adultos com depressão maior.

Prevalência

A prevalência de 12 meses do transtorno depressivo maior nos Estados Unidos é de aproximadamente 7%, com acentuadas diferenças por faixa etária, sendo que a prevalência em indivíduos de 18 a 29 anos é três vezes maior do que a prevalência em indivíduos acima dos 60 anos. Pessoas do sexo feminino experimentam índices 1,5 a 3 vezes mais altos do que as do masculino, começando no início da adolescência.

Desenvolvimento e Curso

O transtorno depressivo maior pode aparecer pela primeira vez em qualquer idade, mas a probabilidade de início aumenta sensivelmente com a puberdade. Nos Estados Unidos, a incidência parece atingir seu pico na década dos 20 anos; no entanto, o primeiro episódio na idade avançada não é incomum.

O curso do transtorno depressivo maior é bastante variável, de modo que alguns indivíduos raramente experimentam remissão (um período de dois meses ou mais sem sintomas ou apenas 1 ou 2 sintomas não mais do que em um grau leve), enquanto outros experimentam muitos anos com poucos ou nenhum sintoma entre episódios discretos. É importante distinguir os indivíduos que se apresentam para tratamento durante uma exacerbação de uma doença depressiva crônica daqueles cujos sintomas se desenvolveram recentemente. A cronicidade dos sintomas depressivos aumenta de modo substancial a probabilidade de transtornos da personalidade, ansiedade e abuso de substância subjacentes e diminui a probabilidade de que o tratamento seja seguido pela resolução completa dos sintomas. Portanto, é útil pedir que os indivíduos que apresentam sintomas depressivos identifiquem o último período de pelo menos dois meses durante o qual estiveram inteiramente livres de sintomas depressivos.

A recuperação em geral começa dentro de três meses após o início para dois em cada cinco indivíduos com depressão maior e em um ano para quatro em cada cinco. O início recente é um forte determinante da probabilidade de recuperação em curto prazo, e pode-se esperar que muitos indivíduos que estiveram deprimidos por apenas alguns meses se recuperem espontaneamente. As características associadas a taxas mais baixas de recuperação, além da duração do episódio atual, incluem características psicóticas, ansiedade proeminente, transtornos da personalidade e gravidade dos sintomas.

O risco de recorrência torna-se progressivamente mais baixo ao longo do tempo, à medida que aumenta a duração da remissão. O risco é mais alto em indivíduos cujo episódio anterior foi grave, em indivíduos mais jovens e naqueles que já experimentaram múltiplos episódios. A persistência de sintomas, mesmo leves, durante a remissão é um forte preditor de recorrência.

Muitos transtornos bipolares iniciam com um ou mais episódios depressivos, e uma proporção substancial de indivíduos que de início parecem ter um transtorno depressivo maior apre-

sentará com o tempo um transtorno bipolar. Isso é mais provável em pessoas com início na adolescência, naquelas com características psicóticas e naquelas com história familiar de transtorno bipolar. A presença de um especificador “com características mistas” também aumenta o risco de diagnóstico maníaco ou hipomaníaco futuro. O transtorno depressivo maior, particularmente com características psicóticas, também pode fazer uma transição para esquizofrenia, uma mudança que é muito mais frequente do que o inverso.

Apesar das diferenças consistentes entre os gêneros nas taxas de prevalência dos transtornos depressivos, parece não haver diferenças claras por gênero na fenomenologia, no curso ou na resposta ao tratamento. Igualmente, não existem efeitos claros da idade atual no curso ou na resposta ao tratamento do transtorno depressivo maior. Existem, entretanto, algumas diferenças nos sintomas, de forma que hipersonia e hiperfagia são mais prováveis em indivíduos mais jovens e que sintomas melancólicos, em particular perturbações psicomotoras, são mais comuns em pessoas mais velhas. A probabilidade de tentativas de suicídio diminui na meia-idade e no fim da vida, embora o mesmo não ocorra para o risco de suicídio completo. Depressões com início em idades mais precoces são mais familiares e mais prováveis de envolver transtornos da personalidade. O curso do transtorno depressivo maior, de modo geral, não se altera com o envelhecimento. Os tempos médios de recuperação parecem ser estáveis por longos períodos, e a probabilidade de estar em um episódio em geral não aumenta ou diminui com o tempo.

Fatores de Risco e Prognóstico

Temperamentais. Afetividade negativa (neuroticismo) é um fator de risco bem estabelecido para o início do transtorno depressivo maior, e altos níveis parecem aumentar a probabilidade de os indivíduos desenvolverem episódios depressivos em resposta a eventos estressantes na vida.

Ambientais. Experiências adversas na infância, particularmente quando existem múltiplas experiências de tipos diversos, constituem um conjunto de fatores de risco potenciais para transtorno depressivo maior. Eventos estressantes na vida são bem reconhecidos como precipitantes de episódios depressivos maiores, porém a presença ou ausência de eventos adversos na vida próximos ao início dos episódios não parece oferecer um guia útil para prognóstico ou seleção do tratamento.

Genéticos e fisiológicos. Os familiares de primeiro grau de indivíduos com transtorno depressivo maior têm risco 2 a 4 vezes mais elevado de desenvolver a doença que a população em geral. Os riscos relativos parecem ser mais altos para as formas de início precoce e recorrente. A herdabilidade é de aproximadamente 40%, e o traço de personalidade neuroticismo representa uma parte substancial dessa propensão genética.

Modificadores do curso. Essencialmente todos os transtornos maiores não relacionados ao humor aumentam o risco de um indivíduo desenvolver depressão. Os episódios depressivos maiores que se desenvolvem no contexto de outro transtorno com frequência seguem um curso mais refratário. Uso de substâncias, ansiedade e transtorno da personalidade *borderline* estão entre os mais comuns, e os sintomas depressivos que se apresentam podem obscurecer e retardar seu reconhecimento. No entanto, a melhora clínica persistente nos sintomas depressivos pode depender do tratamento adequado dos transtornos subjacentes. Condições médicas crônicas ou incapacitantes também aumentam os riscos de episódios depressivos maiores. Doenças prevalentes como diabetes, obesidade mórbida e doença cardiovascular são frequentemente complicadas por episódios depressivos, e esses episódios têm mais probabilidade de se tornarem crônicos do que os episódios depressivos em indivíduos saudáveis.

Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

Pesquisas sobre o transtorno depressivo maior em diversas culturas apresentaram diferenças de até sete vezes nas taxas de prevalência para 12 meses, porém apresentam consistência muito

maior na proporção masculino-feminino, na idade média de início e no grau em que a presença do transtorno aumenta a probabilidade de comorbidade com abuso de substâncias. Embora esses achados sugiram diferenças culturais consideráveis na expressão do transtorno depressivo maior, não permitem associações simples entre culturas e a probabilidade de sintomas específicos. Em vez disso, os clínicos devem estar atentos ao fato de que, na maioria dos países, a maioria dos casos de depressão permanece não reconhecida em contextos de atenção primária e de que, em muitas culturas, é muito provável que os sintomas somáticos constituam a queixa apresentada. Entre os sintomas do Critério A, insônia e perda de energia são os mais uniformemente relatados.

Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

Embora o achado mais reproduzível na epidemiologia do transtorno depressivo maior tenha sido uma prevalência maior no sexo feminino, não existem diferenças claras entre os gêneros em sintomas, curso, resposta ao tratamento ou consequências funcionais. Em mulheres, o risco de tentativas de suicídio é mais alto, e o risco de suicídio completo, mais baixo. A disparidade na taxa de suicídio por gênero não é tão grande entre aqueles com transtornos depressivos quanto na população como um todo.

Risco de Suicídio

A possibilidade de comportamento suicida existe permanentemente durante os episódios depressivos maiores. O fator de risco descrito com mais consistência é história prévia de tentativas ou ameaças de suicídio, porém deve ser lembrado que a maioria dos suicídios completados não é precedida por tentativas sem sucesso. Outras características associadas a risco aumentado de suicídio completado incluem sexo masculino, ser solteiro ou viver sozinho e ter sentimentos proeminentes de desesperança. A presença de transtorno da personalidade *borderline* aumenta sensivelmente o risco de tentativas de suicídio futuras.

Consequências Funcionais do Transtorno Depressivo Maior

Muitas das consequências funcionais do transtorno depressivo maior derivam de sintomas individuais. O prejuízo pode ser muito leve, de forma que muitos daqueles que interagem com o indivíduo afetado não percebem os sintomas depressivos. O prejuízo, no entanto, pode se estender até a total incapacidade, de modo que a pessoa deprimida é incapaz de dar atenção às necessidades básicas de cuidado consigo mesma ou fica muda ou catatônica. Entre os indivíduos atendidos em contextos médicos gerais, aqueles com transtorno depressivo maior têm mais dor e doença física e maior redução no funcionamento físico, social e de papéis.

Diagnóstico Diferencial

Episódios maníacos com humor irritável ou episódios mistos. Episódios depressivos maiores com humor irritável proeminente podem ser difíceis de distinguir de episódios maníacos com humor irritável ou de episódios mistos. Essa distinção requer uma criteriosa avaliação clínica da presença de sintomas maníacos.

Transtorno do humor devido a outra condição médica. Episódio depressivo maior é o diagnóstico apropriado se a perturbação do humor não for considerada, com base na história individual, no exame físico e em achados laboratoriais, consequência fisiopatológica direta de uma condição médica específica (p. ex., esclerose múltipla, AVC, hipotireoidismo).

Transtorno depressivo ou bipolar induzido por substância/medicamento. Este transtorno é distinguido do transtorno depressivo maior pelo fato de que uma substância (p. ex., uma droga de abuso, um medicamento, uma toxina) parece estar etiológicamente relacionada à perturbação do humor. Por exemplo, o humor depressivo que ocorre apenas no contexto da abstinência de cocaína seria diagnosticado como transtorno depressivo induzido por cocaína.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. A distratibilidade e a baixa tolerância à frustração podem ocorrer tanto em um transtorno de déficit de atenção/hiperatividade quanto em um episódio depressivo maior; caso sejam satisfeitos os critérios para ambos, o TDAH pode ser diagnosticado em conjunto com transtorno de humor. Entretanto, o clínico deve ter cautela para não superdiagnosticar um episódio depressivo maior nas crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade cuja perturbação no humor se caracteriza mais por irritabilidade do que por tristeza ou perda de interesse.

Transtorno de adaptação com humor deprimido. Um episódio depressivo maior que ocorre em resposta a um estressor psicossocial é diferenciado do transtorno de adaptação com humor deprimido pelo fato de que no transtorno de adaptação não são satisfeitos todos os critérios para um episódio depressivo maior.

Tristeza. Por fim, períodos de tristeza são aspectos inerentes à experiência humana. Esses períodos não devem ser diagnosticados como um episódio depressivo maior, a menos que sejam satisfeitos os critérios de gravidade (i.e., cinco dos nove sintomas), duração (i.e., na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas) e sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos. O diagnóstico de outro transtorno depressivo especificado pode aplicar-se a apresentações de humor deprimido com prejuízo clinicamente significativo que não satisfazem os critérios de duração ou gravidade.

Comorbidade

Outros transtornos concomitantemente aos quais o transtorno depressivo maior frequentemente ocorre são transtornos relacionados a substâncias, transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da personalidade *borderline*.

Transtorno Depressivo Persistente (Distímia)

Critérios Diagnósticos

300.4 (F34.1)

Este transtorno representa uma consolidação do transtorno depressivo maior crônico e do transtorno distímico definidos no DSM-IV.

- A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas, pelo período mínimo de dois anos.

Nota: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, com duração mínima de um ano.
- B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:
 1. Apetite diminuído ou alimentação em excesso.
 2. Insônia ou hipersonia.
 3. Baixa energia ou fadiga.
 4. Baixa autoestima.
 5. Concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões.
 6. Sentimentos de desesperança.
- C. Durante o período de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes) de perturbação, o indivíduo jamais esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de dois meses.
- D. Os critérios para um transtorno depressivo maior podem estar continuamente presentes por dois anos.
- E. Jamais houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para transtorno ciclotímico.
- F. A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno esquizoafetivo persistente, esquizofrenia, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.
- G. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipotireoidismo).