

BMJ Best Practice

Transtorno afetivo sazonal

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	5
Prevenção	6
Rastreamento	6
Prevenção secundária	7
Diagnóstico	8
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	11
Anamnese e exame físico	12
Exames diagnóstico	14
Diagnóstico diferencial	16
Critérios de diagnóstico	19
Tratamento	20
Abordagem passo a passo do tratamento	20
Visão geral do tratamento	24
Opções de tratamento	26
Novidades	49
Acompanhamento	50
Recomendações	50
Complicações	51
Prognóstico	52
Diretrizes	53
Diretrizes de diagnóstico	53
Diretrizes de tratamento	53
Recursos online	54
Nível de evidência	55
Referências	58
Aviso legal	66

Resumo

- ◇ Não é considerada uma entidade diagnóstica exclusiva em si, mas um especificador de subtipo usado para descrever variações temporais no transtorno depressivo maior recorrente ou transtorno bipolar em um período de, no mínimo, 2 anos.
- ◇ Mais comumente, manifesta-se com início de depressão no outono ou inverno e remissão completa dos sintomas na primavera ou no verão.
- ◇ Sintomas vegetativos atípicos de depressão são comuns, como hipersonia, hiperfagia e ganho de peso.
- ◇ A avaliação é baseada em autorrelato, entrevista clínica e observação comportamental.
- ◇ Fototerapia, inibidores seletivos de recaptação de serotonina e inibidores de recaptação da serotonina e da noradrenalina, isoladamente ou em combinação, são considerados as opções de tratamento inicial.
- ◇ Tratamento clínico prolongado e monitoramento são tipicamente necessários. Fototerapia e/ou bupropiona (liberação prolongada) podem ser usadas como terapia profilática.

Definição

Todos os pacientes devem preencher os critérios de diagnóstico para depressão maior recorrente ou transtorno de humor bipolar. O transtorno afetivo sazonal (TAS) é um especificador de subtipo usado para descrever variações temporais desses transtornos. Sendo assim, o TAS não é considerado um diagnóstico isolado ou uma comorbidade clínica de depressão maior recorrente ou transtorno bipolar. As apresentações comuns incluem o início ou agravamento de sintomas depressivos durante os meses de outono ou inverno e remissão completa durante os meses de primavera ou verão, ou sintomas maníacos ou hipomaníacos que se manifestam nos meses de primavera ou verão.

Epidemiologia

As estimativas ao longo da vida para transtornos bipolares e depressivos com um padrão sazonal ficam entre 0.4% e 2.9% em estudos de comunidade dos EUA, Canadá e Reino Unido.[1] [2] [3] [4] Algumas estimativas podem chegar a 9.7%. [5] No entanto, é provável que isso ocorra devido a diferenças da amostragem e nos critérios de diagnóstico utilizados. As taxas de TAS podem ser ligeiramente mais altas entre pessoas que moram em latitudes mais setentrionais.[6] Embora a associação entre latitude e TAS tenha sido demonstrada em amostras norte-americanas, este achado não foi replicado de forma confiável em coortes europeias. Isso sugere a influência de outros fatores, como variabilidade genética, diferenças culturais e clima.[6] [7] O início de episódios depressivos maiores no outono ou inverno é muito mais comum que outras flutuações de humor sazonais.[8] [9] Aproximadamente 20% das pessoas com TAS têm um transtorno bipolar I ou II, havendo maior probabilidade de TAS no transtorno bipolar II.[10] A incidência de TAS pode ser mais alta em algumas populações com ansiedade, transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) e transtornos disfóricos pré-menstruais.[11] [12] [13] O uso de bebidas alcoólicas pode aumentar como um meio de automedicar os sintomas de TAS em algumas populações.[14] A média de idade de início é entre 20 e 30 anos, com diminuição das taxas em populações mais velhas.[15] O TAS tem aproximadamente 3 a 5 vezes maior probabilidade de ocorrer entre mulheres, o que representa uma diferença maior entre os sexos que a observada na depressão não sazonal.[16] A prevalência em crianças e adolescentes varia de 3.3% a 4.2%, com aumento da incidência entre meninas durante a puberdade.[17] [18] Outros estudos observaram que a avaliação parental da depressão é mais grave entre os 16 e 18 anos de idade que entre os 6 e 15 anos de idade quando realizada nos meses de outono e inverno.[19]

Etiologia

Estudos familiares sugerem uma incidência mais elevada de transtorno afetivo sazonal (TAS) entre parentes de primeiro grau, com fatores genéticos sendo responsáveis por 29% da variação em sintomas sazonais de humor entre gêmeos.[20] [21] A vulnerabilidade a flutuações de humor sazonais pode ser influenciada por diversos genes relacionados aos ritmos biológicos. Regiões candidatas foram investigadas nos receptores serotoninérgicos e dopaminérgicos, bem como determinados genes relacionados ao relógio biológico.[22]

A diminuição da luz nos meses de inverno e o aumento da luz nos meses de verão podem contribuir para o risco de variações de humor sazonais.[22] As taxas de TAS podem ser ligeiramente mais altas entre pessoas que moram em latitudes mais setentrionais.[6] No entanto, embora a associação entre latitude e TAS tenha sido demonstrada em amostras norte-americanas, este achado não foi replicado de forma confiável em coortes europeias. Isso sugere a influência de outros fatores, como variabilidade genética, diferenças culturais e clima.[6]

Fisiopatologia

Fatores relacionados ao ritmo circadiano e a neurotransmissores provavelmente contribuem para a fisiopatologia do transtorno afetivo sazonal (TAS), embora o mecanismo exato de ação permaneça malcompreendido.[23] [24] O núcleo supraquiasmático do hipotálamo tem sido cada vez mais reconhecido como o "regulador principal" de diversos sistemas implicados na regulação sazonal do humor. O impacto de mudanças ambientais, estresse, dieta e expressão genética nos circuitos do núcleo supraquiasmático está sendo investigado em modelos animais para melhor compreender a fisiopatologia do TAS.[25] A diminuição da luminosidade no outono e inverno pode causar um deslocamento de fase em vários ritmos circadianos, incluindo o ciclo sono-vigília, a temperatura corporal, os níveis hormonais e a secreção de melatonina.[26] [27] [28] Uma anormalidade nos ritmos de melatonina durante mudanças sazonais pode estar especialmente implicada no TAS.[29] Atividade serotoninérgica reduzida também parece comum entre pacientes com TAS.[30] [31] Estudos mais recentes especulam vias neuroanatômicas compartilhadas e características genéticas entre os sistemas serotoninérgico e circadiano que estão associadas ao risco de TAS.[32] Estudos sugerem menores níveis de secreção de cortisol entre pacientes com TAS pela manhã durante os meses de inverno em comparação com controles não deprimidos. Os níveis de secreção de cortisol parecem semelhantes entre os grupos nos meses de verão.[33] Distúrbios genéticos nas funções do gene do ritmo circadiano podem, em parte, ser responsáveis por uma associação entre TAS e transtornos relacionados ao uso de álcool.[34] Indivíduos com TAS podem ter menor sensibilidade retiniana durante os meses de inverno em relação a seus equivalentes não deprimidos. Especificamente, a variação genética no fotopigmento retiniano melanopsina pode ser um potencial marcador biológico para o aumento do risco de TAS.[35]

Classificação

Estação de início dos sintomas

- Início de sintomas depressivos durante o outono e inverno, com remissão completa ou sintomas maníacos ou hipomaníacos nos meses de primavera ou verão (apresentação mais comum do transtorno afetivo sazonal [TAS]).
- Início de sintomas depressivos durante o verão, com remissão completa ou sintomas maníacos ou hipomaníacos nos meses de inverno (menos comum que a depressão com início no outono ou inverno).

Rastreamento

Questionários de autorrelato breves podem ser usados efetivamente para rastrear a presença de sintomas depressivos significativos. Medidas de autorrelato mais específicas do transtorno afetivo sazonal (TAS) foram desenvolvidas. No entanto, sua administração pode demorar mais que instrumentos gerais de rastreamento de depressão, como o Questionário sobre a saúde do(a) paciente 9 (PHQ-9). Medidas de autorrelato devem servir como um indicador para perguntas de uma entrevista de acompanhamento adicional para avaliar a sazonalidade das alterações de humor. Elas também podem ser usadas repetidamente ao longo do tempo para servir como um indicador da resposta ao tratamento. Pacientes que revelam um padrão de sintomas depressivos no outono ou inverno devem ser avaliados também na primavera ou no verão quanto à remissão dos sintomas e/ou ao início de sintomas maníacos ou hipomaníacos.

PHQ-9

Um inventário de autorrelato breve adequado à utilização no ambiente da atenção primária.[41] Nove itens são pontuados em uma escala de 0 a 3, com um escore total de ≥ 5 sugerindo sintomas depressivos. As perguntas da entrevista de acompanhamento devem avaliar se há um padrão de início e remissão sazonal compatível com os critérios de diagnóstico do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5).[37] O PHQ-9 não avalia a presença de sintomas depressivos atípicos, que são comuns entre pacientes com TAS com início no outono ou inverno. O escore é analisado conforme segue:

- 0 a 4: normal, reaplicado no futuro para o monitoramento
- 5 a 9: sintomas depressivos leves
- 10 a 14: sintomas depressivos moderados
- 15 a 19: sintomas moderadamente graves
- 20 a 27: sintomas graves.

Questionário sobre a saúde sazonal (SHQ)

Um instrumento de autorrelato dividido em 6 seções para avaliar sintomas depressivos e sua associação temporal, ajudando a estabelecer o índice de episódios sazonais a não sazonais.[46] O SHQ tem maior sensibilidade e especificidade que o Questionário de avaliação do padrão sazonal (outra ferramenta de rastreamento) e é mais consistente com o padrão diagnóstico do DSM-5.[39]

Questionário de avaliação do padrão sazonal (SPAQ)

Uma medida de autorrelato com 6 itens adequada para o rastreamento de alterações sazonais em uma variedade de sintomas atípicos e vegetativos, incluindo humor, hábitos alimentares, peso, sono, energia e níveis de atividade social. [Seasonal Pattern Assessment Questionnaire] [43] [44] A baixa especificidade e baixa confiabilidade teste-reteste do SPAQ pode limitar sua utilidade.[47] No entanto, o SPAQ pode ser benéfico em contextos clínicos como um índice geral breve de gravidade e comprometimento funcional.

Transtorno de Ansiedade Generalizada 7 (TAG-7)

Uma medida breve de autorrelato para a avaliação de gravidade de ansiedade na atenção primária. Sete itens no total são pontuados numa escala de 0 a 3, com um escore de corte de 10 ou mais indicando um provável transtorno de ansiedade.[48] [49] O TAG-7 pode ser usado para avaliar a presença de condições de ansiedade comórbida, que possa precisar ser avaliada no planejamento do tratamento. O escore é analisado conforme segue:

- 0 a 4: normal, reaplicado no futuro para o monitoramento
- 5 a 9: sintomas leves de ansiedade, continuação do monitoramento no acompanhamento

- 10 a 14: sintomas moderados de ansiedade, possível presença de transtorno de ansiedade comórbido
- 15 a 21: sintomas graves de ansiedade, presença provável de transtorno de ansiedade comórbido.

Prevenção secundária

Devido à previsibilidade relativa das alterações sazonais e ao risco de início dos sintomas de transtorno afetivo sazonal (TAS), os riscos e benefícios de tratamentos profiláticos ao longo do tempo devem ser discutidos com o paciente.^[51] Medidas profiláticas podem ser adotadas nos meses anteriores ao padrão sazonal de humor e incluem:^[15] ^[51]

- Terapia com luz intensa
- Bupropiona (liberação prolongada)
- Terapia contínua com antidepressivos
- Mudança para uma latitude mais ao sul.

Ensaio clínico sobre desfecho são muito limitados, mas demonstram algum suporte para uso de terapia com luz intensa para prevenir recidiva de sintomas.^[79] A bupropiona de liberação prolongada é o único medicamento aprovado para prevenção do TAS em alguns países.^{7[B]} ^{Evidence} O tratamento começa no início do outono e deve ser continuado durante o inverno.^[77] A bupropiona não foi estudada como um tratamento agudo durante o episódio de depressão sazonal. A bupropiona não é recomendada para pacientes com história de transtorno bipolar. O início de farmacoterapia com antidepressivos após tratamento bem-sucedido da depressão sazonal também pode ser útil na prevenção de recidiva.^[78] A terapia cognitivo-comportamental também pode ajudar a prevenir a recorrência da depressão sazonal.^[91]

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 25 anos de idade relata uma história de 3 anos de hipersonia, letargia, desmotivação, dificuldades de concentração e humor depressivo que inicia agudamente em meados do outono, piora gradualmente durante os meses de inverno e, por fim, remite em meados da primavera. Ele nega algum estressor significativo que possa precipitar esses episódios. Além disso, ele nega alguma história de episódios depressivos durante os meses de primavera e verão. Ele nunca apresentou sintoma maníaco.

Caso clínico #2

Uma mulher de 36 anos relata uma história de episódios depressivos maiores recorrentes nos últimos 15 anos. Seus episódios depressivos seguem um padrão sazonal, com seu humor ficando mais triste e irritável nos meses de inverno. Além disso, ela tende a ficar fisicamente inativa, come em excesso e geralmente ganha de 5.5 a 7.5 kg de peso durante esses períodos. Ela admite ter pensamentos temporários de suicídio, mas nega ter alguma intenção ou planos de provocar autolesão. Ela descreve ainda que se sente "empolgada" do final da primavera ao final do verão, precisando, às vezes, de apenas 3 horas de sono à noite. Durante esse período, ela tem aceleração dos pensamentos e fala rápida e se envolve em uma quantidade excessiva de projetos.

Outras apresentações

Embora menos comum que na apresentação de sintomas depressivos durante o outono e inverno, os pacientes podem apresentar episódios maníacos ou hipomaníacos nos meses de primavera e verão. Outras apresentações menos comuns incluem início de sintomas depressivos durante os meses de verão e sintomas maníacos ou hipomaníacos nos meses de inverno.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico de transtorno afetivo sazonal (TAS) é feito principalmente com base em:

- Uma anamnese autorrelatada pelo paciente
- Uma avaliação cuidadosa de sintomas atípicos do humor
- Um período de pelo menos 2 anos de alterações do humor sazonais e confiáveis.

Obter informações colaterais de amigos ou familiares pode fornecer informações adicionais para estabelecer alterações do humor temporais e o grau de comprometimento. Achados objetivos, baseados no exame físico e em exames laboratoriais, tendem a estar dentro dos limites normais.^[15] No entanto, determinadas condições médicas, uso de substâncias e outras condições psiquiátricas associadas a alterações de humor, perturbações do sono e fadiga devem ser descartadas.

História sazonal

A história inclui avaliação de fatores de risco para a condição. Os fatores de risco que estão fortemente associados ao TAS incluem sexo feminino, idade de início de 20 a 30 anos, história familiar positiva da

condição e residência em áreas latitudinais expostas à diminuição da luz durante o inverno e ao aumento da luz durante o verão.

Todos os pacientes devem preencher os critérios de diagnóstico para transtorno depressivo maior recorrente ou um transtorno de humor bipolar. Um subespecificador sazonal pode ser aplicado caso os critérios adicionais a seguir sejam atendidos.[37]

- Existe uma relação temporal regular entre o início dos sintomas de humor e um determinado período do ano que não é mais bem justificada por estressores psicossociais relacionados ao período (por exemplo, desemprego sazonal, luto e trauma).
- Remissão completa dos sintomas de humor (ou alteração de depressão para sintomas hipomaniacos/maníacos) ocorre em um período regular do ano (por exemplo, resolução dos sintomas depressivos durante a primavera).
- Durante os últimos 2 anos, pelo menos 2 episódios depressivos maiores ocorreram, demonstrando o padrão sazonal temporal, sem evidência de episódios depressivos maiores não sazonais ocorrendo no mesmo período.
- Ao longo da vida, o número de episódios depressivos maiores sazonais é substancialmente maior que o de episódios depressivos maiores não sazonais.

A gravidade atual do TAS também pode ser documentada de acordo com o número de sintomas de critérios presentes, a gravidade desses sintomas e o grau de comprometimento funcional associado à condição:

- Leve: presença de sintomas suficientes para atender aos critérios de diagnóstico; sintomas que causam sofrimento, mas são manejáveis, com pequeno comprometimento da função.
- Moderado: maior número de sintomas além daqueles necessários para o diagnóstico; apresentação sintomática mais intensa causando maior comprometimento na função social ou ocupacional.
- Grave: número de sintomas substancialmente superior ao exigido para o diagnóstico; os sintomas causam sofrimento intenso e resultam em comprometimento funcional substancial.

O TAS pode ser ainda especificado como estando em remissão parcial (ou seja, os sintomas do último episódio sazonal ainda estão presentes, apesar dos critérios de diagnóstico completos não serem atendidos, ou a remissão completa dos sintomas por um período sustentado que dura menos de 2 meses) ou em remissão completa (ou seja, nenhum sintoma significativo presente por pelo menos 2 meses).

O TAS subsindrômico é caracterizado por transtornos do humor sazonais com comprometimentos funcionais mais leves. As alterações dos sintomas podem não ser tão graves. Os pacientes podem não atender aos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, ou da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde para um transtorno do humor clínico. No entanto, a alteração do humor e os comprometimentos ainda podem ser significativos.[37] [38]

Mais comumente, os pacientes com TAS apresentam depressão com início no outono ou inverno, com remissão dos sintomas durante a primavera ou o verão. Apresentações menos comuns incluem início de sintomas depressivos durante os meses de verão e/ou sintomas maníacos ou hipomaniacos nos meses de inverno. Dentro dos transtornos bipolares, um padrão sazonal pode ser mais comum entre pacientes com transtorno bipolar II em comparação com aqueles com transtorno bipolar I.

Sintomas

Os pacientes geralmente relatam sintomas depressivos comuns, como:

- Humor triste
- Afeto restrito
- Perda de interesse
- Baixa energia
- Agitação ou retardo psicomotor
- Sentimentos de desesperança, impotência, inutilidade ou culpa inadequada
- Dificuldades de concentração
- Indecisão
- Pensamentos suicidas.

Os pacientes também podem relatar vários sintomas somáticos, incluindo queixas de dor vaga, que podem precipitar sua consulta à atenção primária.[23] [39] O TAS com início no outono ou inverno pode envolver ainda uma variedade de sintomas depressivos atípicos, como:

- Hipersonia
- Hiperefagia com fissura por carboidratos
- Ganho de peso
- Movimento mais lento
- Peso nos membros (paralisia de chumbo).

Os sintomas emocionais também podem incluir irritabilidade e raiva.[40] Sintomas depressivos com início na primavera tendem a ser caracterizados por sintomas depressivos vegetativos típicos mais comuns. Embora menos comuns que o TAS com início no outono ou inverno, episódios maníacos ou hipomaníacos podem ocorrer durante os meses de primavera e verão. Sintomas maníacos incluem um período distinto de pelo menos 1 semana de:[37]

- Humor anormalmente expansivo ou irritável
- Autoestima inflada e grandiosidade
- Diminuição da necessidade de sono
- Fala rápida ou aumento da frequência da fala
- Aceleração dos pensamentos
- Distração
- Aumento da atividade dirigida a objetivos
- Envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto nível de risco (por exemplo, gastos, atividade sexual).

Os sintomas hipomaníacos tendem a ser menos intensos que os episódios maníacos e devem ocupar um período distinto que dura no mínimo 4 dias. Alterações sazonais do humor também podem estar associadas a transtornos relacionados ao uso de álcool.[14] [34] O aumento do uso de bebidas alcoólicas pode evoluir para regular o afeto negativo e deve ser avaliado rotineiramente no contexto clínico. Comprometimentos funcionais nos domínios pessoal, social e ocupacional são comuns, pois a retração social, o isolamento e a inatividade tendem a intensificar os problemas e aumentar a carga do manejo dos sintomas. Uma entrevista deve avaliar quanto a alterações sazonais no uso de bebidas alcoólicas entre todos os pacientes.

Ferramentas de rastreamento e avaliação

O rastreamento de primeira linha para depressão clínica pode ser feito de maneira eficiente com o Questionário sobre a saúde do(a) paciente 9 (PHQ-9).^[41] Perguntas de acompanhamento subsequente avaliam se há um padrão temporal, sazonalmente dependente. O Questionário sobre a saúde sazonal (SHQ) também pode ser usado, sendo uma medida de autorrelato mais sensível e específica do TAS.^[42] O Questionário de avaliação do padrão sazonal (SPAQ) é outro instrumento comumente usado que pode ser benéfico como um índice geral de gravidade e comprometimento funcional.^{[43] [44]} A avaliação do humor e dos comprometimentos associados pode ser ainda mais amplificada por medidas de autorrelato e entrevistas de informantes-chave com membros da família ou amigos.

Exame físico

Tipicamente, o exame físico não revela nenhum achado objetivo. Os pacientes podem apresentar queixas relacionadas à dor e outros sintomas somáticos vagos. Pode-se observar ganho de peso durante os meses de outono ou inverno devido à combinação de hiperfagia e sedentarismo. Movimentos mais lentos e fadiga também podem ser observados.

Sintomas maníacos ou hipomaníacos, observados com mais frequência na primavera ou no verão, podem estar associados a sinais de atividade elevada do sistema nervoso simpático (por exemplo, taquicardia, pressão arterial sistólica elevada, agitação). Além disso, os profissionais da saúde devem avaliar o uso do medicamento atual e de substâncias (por exemplo, álcool, nicotina, estimulantes, benzodiazepínicos, opiáceos), já que os efeitos dessas substâncias podem mascarar ou amplificar os sintomas de TAS e afetar negativamente a resposta ao tratamento.

Investigações

Autorrelato, entrevista clínica, informações colaterais e observação do comportamento são suficientes para o rastreamento e para estabelecer um diagnóstico. Exames laboratoriais ou estudos de imagem não são indicados, geralmente, no TAS. Para quadros clínicos graves, os profissionais podem considerar um perfil metabólico do sangue de rotina com níveis de hormônio estimulante da tireoide para descartar fatores biológicos contribuintes (por exemplo, hipotireoidismo). Uma análise toxicológica pode ser indicada para determinar se bebidas alcoólicas ou substâncias ilícitas estão contribuindo para o quadro clínico.

Fatores de risco

Fortes

exposição à diminuição da luz no inverno e aumento da luz no verão

- A diminuição da luz nos meses de inverno e o aumento da luz nos meses de verão podem contribuir para o risco de variações de humor sazonais.^[22]

história familiar de TAS

- Estudos familiares sugerem uma incidência mais elevada entre parentes de primeiro grau, sendo os fatores genéticos responsáveis por 29% da variação em sintomas sazonais de humor entre gêmeos.^{[20] [21]}

sexo feminino

- Aproximadamente 3 a 5 vezes maior probabilidade de ocorrer entre mulheres, o que representa uma diferença maior entre os sexos que a observada na depressão não sazonal.[16]

idade entre 20 e 30 anos

- A média de idade de início é entre 20 e 30 anos, com diminuição das taxas em populações mais velhas.[15]

Fracos**residência em latitude setentrional**

- Incidência ligeiramente mais alta de TAS em latitudes setentrionais.[6]
- Embora a associação entre latitude e TAS tenha sido demonstrada em amostras norte-americanas, este achado não foi replicado de forma confiável em coortes europeias. Isso sugere a influência de outros fatores, como variabilidade genética, diferenças culturais e clima.[6]
- Os sintomas podem diminuir muito ou remitir com viagens a latitudes mais ao sul, devido ao aumento da exposição à luz o dia.[15]

fatores psicológicos (por exemplo, neuroticismo alto)

- Embora associada, a função de fatores de risco psicológicos é diminuída nos critérios de diagnóstico para TAS. Por exemplo, pacientes com neuroticismo acentuado podem ser mais propensos a ter sofrimento em geral e, portanto, têm probabilidade de apresentar mais episódios depressivos não sazonais.[36]

comorbidade psiquiátrica (por exemplo, ansiedade, transtorno de déficit da atenção com hiperatividade [TDAH], transtornos disfóricos pré-menstruais)

- A incidência de TAS pode ser mais alta em algumas populações com ansiedade, transtorno de déficit da atenção com hiperatividade (TDAH) e transtornos disfóricos pré-menstruais.[11] [12] [13]

uso de bebidas alcoólicas

- A causa e o efeito não estão estabelecidos. Distúrbios genéticos nas funções do gene do ritmo circadiano podem, em parte, ser responsáveis por uma associação entre TAS e transtornos relacionados ao uso de álcool.[34]
- O uso de bebidas alcoólicas pode aumentar em associação com alterações de humor sazonais como um meio de automedicar os sintomas de TAS em algumas populações.[14]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico**presença de fatores de risco (comum)**

- Os fatores de risco que estão fortemente associados ao transtorno afetivo sazonal (TAS) incluem sexo feminino, idade de início de 20 a 30 anos, história familiar positiva da condição e residência em uma área exposta à diminuição da luz durante o inverno e ao aumento da luz durante o verão.

período de ≥2 anos de alterações de humor sazonalmente relacionadas (comum)

- No qual os pacientes preenchem os critérios de diagnóstico para episódio depressivo maior, transtorno bipolar I ou transtorno bipolar II.
- Os pacientes podem ter uma história de episódios depressivos maiores não sazonais, embora episódios depressivos sazonalmente relacionados devam ultrapassar substancialmente os episódios não sazonais.[37]

depressão no outono ou inverno (comum)

- Apresentação mais comum do TAS.
- História de pelo menos 2 anos do início dos sintomas depressivos sazonais.
- Sintomas depressivos atípicos provavelmente ocorrem durante esse período (por exemplo, hipersonia, hiperfagia com fissura por carboidratos, ganho de peso, irritabilidade, movimento mais lento e peso nos membros).

remissão dos sintomas na primavera ou no verão (comum)

- Apresentação mais comum do TAS.
- História de pelo menos 2 anos de remissão dos sintomas depressivos sazonais.

sintomas depressivos atípicos (comum)

- Incluindo hipersonia, hiperfagia com fissura por carboidratos, ganho de peso, irritabilidade, movimento mais lento e peso nos membros.
- Comum em pessoas com TAS com início no outono ou inverno.

sintomas depressivos vegetativos (comum)

- Humor triste, afeto restrito, perda de interesse, baixa energia, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desesperança, impotência, inutilidade ou culpa inadequada, dificuldades de concentração, indecisão e pensamentos suicidas são comuns no TAS.
- Sintomas depressivos vegetativos mais comuns que sintomas depressivos atípicos no TAS com início na primavera ou no verão.
- Eles também podem ocorrer em pessoas com depressão com início no outono ou inverno.

sintomas maníacos ou hipomaníacos na primavera ou no verão (incomum)

- Apresentação menos comum do TAS.
- História de pelo menos 2 anos do início sazonal de sintomas maníacos ou hipomaníacos.
- Aproximadamente 20% dos casos bipolares podem ter um componente sazonal.[10]
- O bipolar II é mais comum que o bipolar I com um componente sazonal.[45]

depressão na primavera ou verão (incomum)

- Apresentação menos comum do TAS.
- História de pelo menos 2 anos do início dos sintomas depressivos sazonais.
- Sintomas depressivos vegetativos mais comuns que sintomas depressivos atípicos com início na primavera ou no verão.

sintomas maníacos/hipomaníacos (incomum)

- As apresentações de sintomas bipolares são menos comuns, mas podem aparecer nos meses de primavera ou verão.
- Humor anormalmente expansivo ou irritável, autoestima inflada e grandiosidade, menor necessidade de sono, fala rápida ou aumento da frequência da fala, aceleração dos pensamentos, distração,

aumento da atividade dirigida a objetivos ou envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto nível de risco (por exemplo, gastos, atividade sexual).

Outros fatores de diagnóstico

sintomas somáticos (comum)

- Várias queixas físicas e queixas de dor vaga são comuns. Elas podem precipitar a consulta à atenção primária.^{[23] [39]}

retração comportamental (comum)

- Retração social, comportamento de evitação e desvinculação de atividades usuais podem intensificar comprometimentos funcionais e aumentar a carga de cuidados.

comprometimentos funcionais (comum)

- Comum nos domínios pessoal, social e ocupacional.

uso excessivo de bebidas alcoólicas (incomum)

- Pode evoluir para regular o afeto negativo e deve ser avaliado rotineiramente no contexto clínico.
- Comprometimentos funcionais são comuns neste grupo.

taquicardia (incomum)

- Pode ser encontrado caso haja atividade elevada do sistema nervoso simpático com sintomas maníacos ou hipomaníacos.

maior pressão arterial sistólica (incomum)

- Pode ser encontrado caso haja atividade elevada do sistema nervoso simpático com sintomas maníacos ou hipomaníacos.

sono agitado (incomum)

- Pode ser encontrado caso haja atividade elevada do sistema nervoso simpático com sintomas maníacos ou hipomaníacos.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
exame clínico <ul style="list-style-type: none"> • Autorrelato, entrevista clínica, informações colaterais e observação do comportamento são suficientes para o rastreamento e para estabelecer um diagnóstico. • Achados objetivos, baseados no exame físico e em exames laboratoriais, tendem a ser normais.^[15] 	satisfaz os critérios de diagnóstico para depressão maior recorrente ou transtorno bipolar com variabilidade sazonal por pelo menos 2 anos

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
perfil metabólico do sangue <ul style="list-style-type: none"> Exames laboratoriais ou estudos de imagem não são indicados, geralmente, no TAS. Podem ser indicados em quadros clínicos graves para descartar distúrbios metabólicos como fator contribuinte (por exemplo, diabetes, hipercalcemia). 	tipicamente normal
hormônio estimulante da tireoide sérico <ul style="list-style-type: none"> Exames laboratoriais ou estudos de imagem não são indicados, geralmente, no TAS. Podem ser indicados em quadros clínicos graves para descartar o hipotireoidismo como fator contribuinte. 	tipicamente normal
análise toxicológica (urina e sangue) <ul style="list-style-type: none"> Exames laboratoriais ou estudos de imagem não são indicados, geralmente, no TAS. Uma análise toxicológica pode ser indicada para determinar se bebidas alcoólicas ou substâncias ilícitas estão contribuindo para o quadro clínico. Nessa situação, a análise toxicológica geralmente envolve o rastreamento de álcool na urina e no sangue, mas também pode incluir o rastreamento de substâncias ilícitas. A presença de álcool estabelece seu uso em vez de abuso, mas pode ajudar a determinar se o álcool está contribuindo para a apresentação de alguma forma. 	pode ser positiva se o álcool ou drogas ilícitas forem fatores contribuintes

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Transtorno depressivo maior, episódios únicos e recorrentes	<ul style="list-style-type: none"> Satisfaz os critérios de diagnóstico do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5) para episódios depressivos maiores recorrentes com um padrão não sazonal ou predominantemente não sazonal. O transtorno afetivo sazonal (TAS) com início no outono ou inverno pode ser caracterizado por sintomas depressivos atípicos, com remissão dos sintomas durante os meses de primavera ou verão. Os episódios depressivos maiores podem ser iniciados por estressores externos, enquanto o especificador de TAS possui relação apenas temporal. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estruturada.
Transtornos bipolares I e II	<ul style="list-style-type: none"> Satisfaz os critérios de diagnóstico do DSM-5 para episódios maníacos (bipolar I) ou hipomaníacos (bipolar II) com um padrão não sazonal ou predominantemente não sazonal. Sintomas maníacos ou hipomaníacos com início na primavera ou no verão tendem a ser incomuns. Quando isso ocorre em pessoas com o especificador de TAS, os sintomas remitem durante os meses de outono ou inverno. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estruturada.
Transtorno depressivo persistente	<ul style="list-style-type: none"> História de, pelo menos, 2 anos de sintomas depressivos persistentes de baixo grau. O TAS apresenta um padrão temporal de início e remissão, enquanto o transtorno distímico é crônico. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estruturada.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Transtorno ciclotímico	<ul style="list-style-type: none"> História de pelo menos 2 anos de sintomas hipomaníacos persistentes e sintomas depressivos que não satisfazem os critérios do DSM-5 para um episódio depressivo maior. O TAS apresenta um padrão temporal de início e remissão, enquanto o transtorno ciclotímico é crônico. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estruturada.
Transtorno disfórico pré-menstrual	<ul style="list-style-type: none"> Assim como o TAS com início no outono ou inverno, é caracterizado por sintomas depressivos atípicos. No entanto, o transtorno disfórico pré-menstrual também pode estar associado com distensão abdominal e sensibilidade nas mamas com início durante o período tardio da fase lútea do ciclo menstrual e remissão dos sintomas durante a fase folicular. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estruturada.
Síndrome da fadiga crônica	<ul style="list-style-type: none"> Caracterizada por fadiga persistente e outros sintomas associados (por exemplo, dor musculoesquelética, interrupção do sono, comprometimento da memória, esforço físico excessivo) que duram, no mínimo, 6 meses. O TAS apresenta um padrão temporal de início e remissão, enquanto a síndrome da fadiga crônica tende a ser crônica. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estruturada.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Hipotireoidismo	<ul style="list-style-type: none"> Os sintomas depressivos podem ser semelhantes aos do TAS, embora sintomas depressivos atípicos sejam mais comuns no TAS. O hipotireoidismo tem sintomas persistentes e não apresenta um padrão sazonal. Os sintomas depressivos do hipotireoidismo respondem aos medicamentos à base de TSH. Pode mostrar outras características de hipotireoidismo, como intolerância ao frio, constipação, cabelo/pele seca, bócio ou retorno lentificado dos reflexos tendinosos profundos. 	<ul style="list-style-type: none"> O TSH sérico é elevado no hipotireoidismo primário.
Abuso de substâncias	<ul style="list-style-type: none"> Depressores do sistema nervoso central podem produzir sintomas depressivos semelhantes aos do TAS. Sintomas depressivos atípicos mais comuns no TAS. Os estimulantes podem produzir sintomas maníacos ou hipomaníacos semelhantes aos do TAS. Os sintomas induzidos por substâncias apresentam início com o uso de substâncias e remitem depois que as substâncias foram metabolizadas pelo corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> Exame de sangue e urina para substâncias ilícitas.
Abuso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> O uso de álcool pode produzir sintomas depressivos semelhantes aos do TAS. Sintomas depressivos atípicos mais comuns no TAS. Os sintomas induzidos por álcool apresentam início com o uso de álcool e remitem depois que a substância foi metabolizada pelo corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> Exame de urina e de sangue para o álcool. Entrevista clínica estruturada.

Critérios de diagnóstico

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5)[37]

O transtorno afetivo sazonal (TAS) não é considerado uma entidade diagnóstica exclusiva, mas um especificador para descrever subpopulações de pacientes com transtornos depressivos maiores recorrentes, transtorno bipolar I e transtorno bipolar II, com variações no início, na intensidade e na remissão dos sintomas seguindo um padrão temporal. Pacientes que preenchem os critérios de diagnóstico do DSM-5 para transtorno depressivo maior recorrente e transtornos bipolares I e II são avaliados de acordo com critérios adicionais. Um subespecificador sazonal é aplicado caso os critérios a seguir sejam atendidos:

- Existe uma relação temporal regular entre o início dos sintomas de humor e um determinado período do ano que não é mais bem-justificada por estressores psicossociais relacionados ao período (por exemplo, desemprego sazonal, luto e trauma).
- Remissão completa dos sintomas de humor (ou alteração de depressão para sintomas hipomaniacos/maníacos) ocorre em um período regular do ano (por exemplo, resolução dos sintomas depressivos durante a primavera).
- Durante os últimos 2 anos, pelo menos 2 episódios depressivos maiores ocorreram, demonstrando o padrão sazonal temporal, sem evidência de episódios depressivos maiores não sazonais ocorrendo no mesmo período.
- Ao longo da vida, o número de episódios depressivos maiores sazonais é substancialmente maior que o de episódios depressivos maiores não sazonais.

A gravidade atual do TAS também pode ser documentada de acordo com o número de sintomas de critérios presentes, a gravidade desses sintomas e o grau de comprometimento funcional associado à condição:

- Leve: presença de sintomas suficientes para atender aos critérios de diagnóstico; sintomas que causam sofrimento, mas são manejáveis, com pequeno comprometimento da função.
- Moderado: maior número de sintomas além daqueles necessários para o diagnóstico; apresentação sintomática mais intensa causando maior comprometimento na função social ou ocupacional.
- Grave: número de sintomas substancialmente superior ao exigido para o diagnóstico; os sintomas causam sofrimento intenso e resultam em comprometimento funcional substancial.

O TAS pode ser ainda especificado como estando em remissão parcial (ou seja, os sintomas do último episódio sazonal ainda estão presentes, apesar dos critérios de diagnóstico completos não serem atendidos, ou a remissão completa dos sintomas por um período sustentado que dura menos de 2 meses) ou em remissão completa (ou seja, nenhum sintoma significativo presente por pelo menos 2 meses).

TAS subsindrômico

As alterações em sintomas podem não ser tão graves nas apresentações subsindrômicas do TAS. Os pacientes podem não preencher os critérios do DSM-5 para um transtorno do humor clínico. No entanto, as alterações do humor e os comprometimentos podem ser suficientes para iniciar o tratamento.

Abordagem passo a passo do tratamento

Os principais objetivos do tratamento agudo são:[50]

- Reduzir a gravidade dos sintomas
- Restaurar a capacidade funcional.

A abordagem do tratamento deve considerar:

- História do tratamento prévio
- Preferências do paciente
- Transtornos comórbidos
- Disponibilidade do tratamento.

Pode ser necessário o encaminhamento a um psiquiatra ou profissional da saúde mental em pacientes com:

- Uma resposta inadequada ao tratamento inicial
- Sintomas mais graves de humor
- Comorbidades clínicas complicadas.

A maioria dos estudos de tratamento para transtorno afetivo sazonal (TAS) examinou o uso de fototerapia diariamente e medicamentos antidepressivos.[23] Poucos estudos do desfecho do tratamento foram além de 8 semanas, o que limita sua generalização à prática clínica.[23] Dada a natureza recorrente do TAS, monitoramento em longo prazo e tratamento de manutenção são altamente recomendados.[51]

Sintomas subsindrômicos

Pacientes que apresentam TAS subsindrômico devem ser avaliados em maior profundidade para estabelecer uma história de alterações sazonais de humor ao longo da vida. Embora os pacientes possam não preencher os critérios para um transtorno depressivo maior, eles ainda podem vivenciar comprometimento funcional significativo.[52] Não são indicados tratamentos específicos nos quadros clínicos subsindrômicos. No entanto, tais pacientes provavelmente responderiam à fototerapia baseada em evidências e medicamentos antidepressivos.[53] [54] Estes podem ser considerados principalmente se o paciente tiver comprometimento funcional significativo. Os sintomas depressivos subsindrômicos também podem ser manejados por meio de mudanças de estilo de vida, como aumentar os níveis de atividade física, regular os padrões de sono e manter-se envolvido com apoios sociais saudáveis e atividades significativas. Os pacientes podem ser incentivados a monitorar a intensidade, frequência e duração dos sintomas sazonais de humor, com ênfase especial no reconhecimento de sintomas depressivos atípicos no outono e inverno e possíveis sintomas maníacos ou hipomaníacos na primavera ou no verão. Os pacientes são incentivados a aprender mais sobre a natureza e o tratamento do TAS por meio de websites disponíveis recomendados. [University of British Columbia: seasonal affective disorder information page] [Mind: seasonal affective disorder] Recomendam-se avaliações de acompanhamento ou telefonemas de checagem dentro de 2 a 4 semanas para reavaliar o estado do paciente. Se o comprometimento funcional ficar mais grave, pode-se iniciar terapia com luz ou antidepressivos.

Transtorno depressivo unipolar recorrente com TAS: terapia inicial

O tratamento inicial é feito com antidepressivos ou fototerapia. Fornecer orientação sobre as evidências para as várias opções de tratamento e disponibilidade pode auxiliar o paciente a fazer uma escolha quanto às intervenções preferidas. Poucos estudos compararam diretamente a fototerapia aos

medicamentos antidepressivos, embora exista evidência limitada de que a fototerapia e a fluoxetina sejam igualmente eficazes. [1\[B\]Evidence](#) [2\[B\]Evidence](#)

Fototerapia

A fototerapia pode ser preferível à farmacoterapia devido à sua resposta mais rápida e por apresentar menos efeitos adversos. Descobriu-se que os escores de depressão autorrelatada diminuem após 1 hora de exposição à fototerapia. [\[57\]](#) A terapia com luz intensa deve ser conduzida de maneira baseada em evidências para que o tratamento seja efetivo, e os pacientes devem obter uma caixa de luz que atenda às diretrizes baseadas em evidências de um fornecedor respeitável. [\[23\]](#) [\[50\]](#) A adesão terapêutica do paciente ao esquema de fototerapia pode ser problemática. [\[58\]](#) As contraindicações relativas para fototerapia incluem: [\[23\]](#)

- Doença retiniana
- Degeneração macular
- Uso atual de medicamentos fotossintetizadores.

Metanálises de ensaios clínicos randomizados e controlados de fototerapia em pessoas com depressão unipolar recorrente encontraram tamanhos de efeito moderados a grandes. [\[59\]](#) [3\[A\]Evidence](#) Diretrizes de consenso concluem que a fototerapia apresenta evidência positiva limitada proveniente de ensaios controlados. [\[61\]](#) [\[62\]](#) Pode-se observar melhora clínica dos sintomas dentro de 1 a 3 semanas de administração consistente. Se a fototerapia for descontinuada, os sintomas podem recidivar dentro de 1 a 3 semanas. [\[51\]](#) A dosagem ideal de fototerapia é de no mínimo 5000 lux/dia, que pode envolver 2 horas de 2500 lux ou 30 minutos de 10,000 lux de intensidade, durante as primeiras horas da manhã ou ao levantar. [\[50\]](#) As diretrizes de clínica geral para administração incluem o seguinte: [\[23\]](#) [\[50\]](#) [\[61\]](#) [\[63\]](#)

- Aplicar 10,000 lux de luz fluorescente branca por 30 minutos/dia no começo da manhã ou ao levantar
- Ficar acordado com os olhos abertos; pode realizar atividade leve, como leitura
- Determinar resposta após 2 a 3 semanas de administração consistente
- No ponto de remissão dos sintomas, ajustar individualmente a intensidade e/ou duração da dose pelo restante do inverno (por exemplo, reduzir para 15 minutos/dia)
- Continuar a terapia até o momento de remissão habitual dos sintomas na primavera ou no verão
- Reiniciar a fototerapia no começo do outono para evitar a recidiva.

Terapia com antidepressivos

Embora poucos ensaios clínicos randomizados e controlados acerca da terapia com antidepressivos para TAS estejam disponíveis, inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs), especialmente fluoxetina e sertralina, demonstraram eficácia. [\[55\]](#) [4\[B\]Evidence](#) [5\[B\]Evidence](#) Em dois pequenos estudos randomizados, a fluoxetina apresentou taxas de resposta comparáveis às da fototerapia. [\[66\]](#) Outros ISRSs usados para tratar transtornos depressivos maiores também podem ser úteis no tratamento do TAS, incluindo citalopram, paroxetina e escitalopram. [\[23\]](#) [\[67\]](#) [\[68\]](#) A fluoxetina apresenta meia-vida longa e, portanto, tem menos probabilidade de causar sintomas de abstinência, porém é mais estimulante e pode exigir titulação mais lenta para alguns pacientes. A paroxetina apresenta a meia-vida mais curta, tendo mais probabilidade de causar sintomas de abstinência.

Os inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSNs), como a duloxetina, apresentam um perfil de efeitos adversos semelhante ao dos ISRSs e também podem ser eficazes. No entanto, os dados são limitados. [6\[C\]Evidence](#) A maioria dos efeitos adversos de antidepressivos limita-se ao

período de titulação da dose, deve ser discutida com o paciente antecipadamente e deve ser monitorada rigorosamente para garantir a adesão terapêutica. Além de considerar a evidência para eficácia, a escolha do antidepressivo depende de:

- Resposta a tratamento prévio
- Disponibilidade
- Efeitos adversos
- Risco de sintomas de abstinência
- Facilidade de titulação.

A combinação de fototerapia e terapia com antidepressivos pode ser iniciada em muitos pacientes com TAS, apesar de não haver evidências para combinação desses tratamentos na depressão não sazonal.[61] A combinação de fototerapia com duloxetine demonstrou melhor resposta antidepressiva e remissão em comparação com a combinação de exercícios e duloxetine.[70] Sintomas depressivos mais graves e com comprometimento funcional podem justificar tratamentos combinados. Sintomas depressivos que não remitem completamente nos meses de primavera ou verão também podem justificar tratamentos combinados.

Transtorno de humor bipolar com TAS: terapia inicial

Todos os pacientes com depressão com início no outono ou inverno devem ser rastreados quanto a sintomas de mania ou hipomania na primavera ou no verão. Estima-se que 20% das pessoas com TAS podem apresentar um transtorno bipolar.[10] É indicado o início de um medicamento estabilizador do humor, o qual pode ser usado em conjunto com fototerapia quando o humor estiver deprimido. É necessário monitoramento precoce da resposta à fototerapia, pois a exposição à luz pode induzir sintomas maníacos em algumas populações, embora isso não seja comum.[62]

Lítio, ácido valproico e alguns antipsicóticos atípicos geralmente são considerados estabilizadores do humor de primeira linha. Em 2018, a European Medicines Agency recomendou que o valproato e seus análogos sejam contraindicados no transtorno bipolar durante a gravidez, em razão do risco de malformações congênitas e de problemas de desenvolvimento no lactente/criança.[71] Nos EUA, a prática padrão é a de que o valproato e seus análogos só sejam prescritos para o tratamento de episódios maníacos associados ao transtorno bipolar durante a gravidez se outros medicamentos alternativos não forem aceitáveis ou não forem eficazes. Tanto na Europa quanto nos EUA, o valproato e seus análogos não devem ser usados em pacientes do sexo feminino em idade fértil, a menos que exista um programa de prevenção da gravidez e certas condições sejam atendidas.[71] Muitas outras opções para tratamentos de primeira linha podem ser consideradas, dependendo do quadro clínico (por exemplo, lamotrigina, carbamazepina e outros medicamentos antipsicóticos). A escolha de tratamento baseia-se nas características do transtorno bipolar e na ponderação da ampla gama de efeitos adversos imediatos e riscos em longo prazo. Os pacientes que recebem lítio precisam realizar exames de rotina dos níveis séricos para monitorar os níveis sanguíneos terapêuticos e evitar o risco de toxicidade.

Transtornos de ansiedade comórbidos

Transtornos de ansiedade, como transtorno de pânico ou transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de ansiedade social, são igualmente prevalentes na depressão maior não sazonal e no TAS.[11] Não há nenhum ensaio clínico que avalie a eficácia da fototerapia ou da farmacoterapia com antidepressivos no manejo do TAS com ansiedade comórbida. Em decorrência das poucas contraindicações para fototerapia e da base de pesquisa estabelecida para ISRSs e IRSNs, ambos os tratamentos, isolados ou em combinação, seriam indicados.

Transtorno disfórico pré-menstrual comórbido

Foi demonstrado que os ISRSs são úteis no tratamento do transtorno disfórico pré-menstrual.[72] A prevalência do transtorno disfórico pré-menstrual é maior entre os pacientes com TAS que na população geral.[13] [73] Portanto, embora não existam dados para orientar o tratamento comórbido, os ISRSs são usados com frequência por esses pacientes. A fototerapia é uma terapia de primeira linha alternativa. Contraceptivos orais também são um tratamento efetivo para sintomas disfóricos pré-menstruais, mas eles não foram estudados no TAS.

Terapia adjuvante em todos os pacientes

O manejo clínico pode ser complicado por comportamento sedentário e desmotivação social. Desse modo, o uso adjuvante de atividade física de baixo impacto e/ou encaminhamento para terapia cognitivo-comportamental (TCC) baseada em evidências pode ser indicado em alguns casos.[74]

A TCC é um tratamento efetivo para depressão e transtornos de ansiedade. Ela pode ser um adjuvante útil no manejo do TAS, especialmente em condições de aumento do comprometimento e presença de comorbidade.[74] A TCC é uma abordagem baseada em habilidades projetada para modificar pensamentos, comportamentos e contingências ambientais que estão mantendo ou exacerbando os sintomas e as deficiências. Os objetivos do tratamento envolvem aprender estratégias para o manejo dos sintomas depressivos por meio do comportamento, a redução do comportamento de evitação e a melhora e recuperação gradual da função ao longo do tempo. Em um estudo de comparação direta, a TCC e fototerapia atingiram desfechos positivos semelhantes no tratamento agudo do transtorno afetivo sazonal (TAS).[75] No entanto, acompanhamento de longo prazo revelou que a TCC demonstrou melhoras mais duráveis em medidas de sintomas depressivos que a fototerapia.[76] O médico e o profissional de saúde mental devem manter uma rotina de colaboração.

Terapia profilática

A bupropiona de liberação prolongada é o único medicamento aprovado em alguns países para prevenção do TAS.[7] [B]Evidence O tratamento começa no início do outono e deve ser continuado durante o inverno.[77] A bupropiona não foi estudada como um tratamento agudo durante o episódio de depressão sazonal. As taxas de recidiva para depressão sazonal tratada de forma efetiva podem ser reduzidas com o início da terapia com antidepressivos.[78]

A terapia com luz intensa também pode ser usada como uma medida profilática. Ensaios clínicos sobre desfecho são muito limitados, mas demonstram algum suporte para uso de terapia com luz intensa para prevenir sintomas.[79] Os riscos e benefícios de considerar tratamentos profiláticos ao longo do tempo devem ser discutidos com o paciente.[51]

Não adesão ao tratamento

O manejo da não adesão ao esquema de tratamento inclui normalizar dificuldades em manter a fototerapia e/ou o tratamento com farmacoterapia e identificar barreiras ao atendimento. Estratégias práticas de solução de problemas podem ser usadas para ajudar os pacientes. Ligações telefônicas breves de checagem e envolvimento dos familiares podem ajudar a reforçar a adesão terapêutica. Pode ser necessária uma consulta com profissionais da saúde mental para obter orientações ou para encaminhamento. Os pacientes podem se beneficiar de materiais educativos com base na internet. [University of British Columbia: seasonal affective disorder information page] [Mind: seasonal affective disorder]

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo (resumo)		
transtorno afetivo sazonal (TAS) subsindrômico		
■ sem comprometimento funcional significativo	1a	aconselhamento e monitoramento
■ com comprometimento funcional significativo	1a	fototerapia
	1a	terapia com antidepressivos
transtorno afetivo sazonal (TAS) com transtorno depressivo unipolar recorrente		
■ sem transtorno disfórico pré-menstrual ou ansiedade comórbida	1a	fototerapia
	adjunto	terapia com antidepressivos
	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC) e atividade física
	1a	terapia com antidepressivos
	adjunto	fototerapia
■ com transtorno disfórico pré-menstrual comórbido	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC) e atividade física
	1a	terapia com antidepressivos
	adjunto	fototerapia
	adjunto	pílula contraceptiva oral combinada
	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC) e atividade física
■ com ansiedade comórbida	1a	fototerapia
	adjunto	terapia com antidepressivos
	adjunto	pílula contraceptiva oral combinada
	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC) e atividade física
	1a	fototerapia

Agudo		(resumo)
	adjunto	terapia com antidepressivos
	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC) e atividade física
	1a	terapia com antidepressivos
	adjunto	fototerapia
	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC) e atividade física
transtorno afetivo sazonal (TAS) com transtorno de humor bipolar		
	1a	medicamentos estabilizadores do humor
	adjunto	fototerapia
	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC) e atividade física

Em curso		(resumo)
prevenção do transtorno afetivo sazonal (TAS) com transtorno de humor unipolar		
	1a	consideração de bupropiona profilática ou fototerapia profilática
prevenção do transtorno afetivo sazonal (TAS) com transtorno de humor bipolar		
	1a	consideração de fototerapia profilática

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

transtorno afetivo sazonal (TAS) subsindrômico

■ sem comprometimento funcional significativo

1a

aconselhamento e monitoramento

» Os pacientes devem ser avaliados em maior profundidade para estabelecer uma história de alterações sazonais de humor ao longo da vida.

» Eles podem ser incentivados a monitorar a intensidade, frequência e duração dos sintomas sazonais de humor, com ênfase especial no reconhecimento de sintomas depressivos atípicos no outono e inverno e possíveis sintomas maníacos ou hipomaníacos na primavera ou no verão.

» Os sintomas podem ser manejados por meio de mudanças de estilo de vida, como aumentar os níveis de atividade física, regular os padrões de sono e manter-se envolvido em apoios sociais saudáveis e atividades significativas.

» Vários recursos online podem ser úteis. [\[University of British Columbia: seasonal affective disorder information page\]](#) [\[Mind: seasonal affective disorder\]](#)

» Recomenda-se uma avaliação de acompanhamento ou um telefonema de checagem dentro de 2 a 4 semanas para reavaliar o estado do paciente.

■ com comprometimento funcional significativo

1a

fototerapia

Opções primárias

» **terapia com luz intensa:** 2 horas de 2500 lux ou 30 minutos de 10,000 lux de intensidade, durante as primeiras horas da manhã ou ao levantar, reduzir a duração e/ou intensidade dependendo da resposta

» Embora os pacientes possam não preencher os critérios para um transtorno depressivo maior, eles ainda podem vivenciar comprometimento funcional significativo.[\[52\]](#)

» Não são indicados tratamentos específicos nos quadros clínicos subsindrômicos. No entanto, a fototerapia baseada em evidências

Agudo

pode ser considerada principalmente se o paciente tiver comprometimento funcional significativo.[53]

» Os pacientes podem ser incentivados a monitorar a intensidade, frequência e duração dos sintomas sazonais de humor, com ênfase especial no reconhecimento de sintomas depressivos atípicos no outono e inverno e possíveis sintomas maníacos ou hipomaníacos na primavera ou no verão.

» Diretrizes de consenso concluem que a fototerapia apresenta evidência positiva limitada proveniente de ensaios controlados.[61] [62]

» Recomenda-se uma avaliação de acompanhamento ou um telefonema de checagem dentro de 2 a 4 semanas para reavaliar o estado do paciente.

» Descobriu-se que os escores de depressão autorrelatada diminuem após 1 hora de exposição à fototerapia.[57]

1a terapia com antidepressivos

Opções primárias

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

Opções secundárias

» **citalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

OU

» **paroxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

Agudo

» **escitalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia em 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

OU

» **duloxetina**: 30 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 30 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 120 mg/dia

» Embora os pacientes possam não preencher os critérios para um transtorno depressivo maior, eles ainda podem vivenciar comprometimento funcional significativo.[52]

» Não são indicados tratamentos específicos nos quadros clínicos subsindrômicos. No entanto, a terapia com antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação da serotonina ou inibidores seletivos da recaptação de serotonina-noradrenalina) pode ser considerada principalmente se o paciente tiver comprometimento funcional significativo.

» Os pacientes podem ser incentivados a monitorar a intensidade, frequência e duração dos sintomas sazonais de humor, com ênfase especial no reconhecimento de sintomas depressivos atípicos no outono e inverno e possíveis sintomas maníacos ou hipomaníacos na primavera ou no verão.

» Recomenda-se uma avaliação de acompanhamento ou um telefonema de checagem dentro de 2 a 4 semanas para reavaliar o estado do paciente.

transtorno afetivo sazonal (TAS) com transtorno depressivo unipolar recorrente

■ sem transtorno disfórico
pré-menstrual ou
ansiedade comórbida

1a

fototerapia

Opções primárias

» **terapia com luz intensa**: 2 horas de 2500 lux ou 30 minutos de 10,000 lux de intensidade, durante as primeiras horas da manhã ou ao levantar, reduzir a duração e/ou intensidade dependendo da resposta

» O tratamento inicial é feito com fototerapia ou antidepressivos. Poucos estudos compararam diretamente a fototerapia aos medicamentos

Agudo

antidepressivos, embora exista evidência limitada de que a fototerapia e a fluoxetina sejam igualmente eficazes.¹[B]Evidence 2[B]Evidence

» Metanálises de ensaios clínicos randomizados e controlados de fototerapia encontraram tamanhos de efeito moderados a grandes.^[59] 3[A]Evidence Diretrizes de consenso concluem que a fototerapia apresenta evidência positiva limitada proveniente de ensaios controlados.^[61] [62]

» Pode-se observar melhora clínica dos sintomas dentro de 1 a 3 semanas de administração consistente. Se descontinuada, os sintomas podem recidivar dentro de 1 a 3 semanas.^[51]

» A dosagem ideal da fototerapia é de no mínimo 5000 lux/dia.^[50] No ponto de remissão dos sintomas, a intensidade/duração da dose pode ser ajustada pelo restante do inverno (por exemplo, reduzida para 15 minutos/dia).

» A terapia é continuada até o momento de remissão habitual dos sintomas na primavera ou no verão. Ela é reiniciada no começo do outono para evitar a recidiva.

» Descobriu-se que os escores de depressão autorrelatada diminuem após 1 hora de exposição à fototerapia.^[57]

adjunto

terapia com antidepressivos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

Opções secundárias

» **citalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

Agudo

OU

» **paroxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

» **escitalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia em 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

OU

» **duloxetina**: 30 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 30 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 120 mg/dia

» Pode ser adicionada à fototerapia em pessoas com sintomas mais graves ou que apresentam maior comprometimento funcional.

» Também pode ser adicionada à fototerapia se os sintomas depressivos não remitem completamente nos meses de primavera ou verão.

» No entanto, inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs), especialmente fluoxetina e sertralina, demonstraram ser eficazes.^{[55] 4[B]Evidence 5[B]Evidence} Em dois pequenos estudos randomizados, a fluoxetina apresentou taxas de resposta comparáveis às da fototerapia.^[66] Outros ISRSs usados para tratar transtornos depressivos maiores também podem ser úteis, incluindo citalopram e escitalopram.^{[23] [67] [68]}

» A fluoxetina apresenta meia-vida longa e, portanto, tem menos probabilidade de causar sintomas de abstinência, porém é mais estimulante e pode exigir titulação mais lenta para alguns pacientes. A paroxetina apresenta a meia-vida mais curta, tendo mais probabilidade de causar sintomas de abstinência.

» Os inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina, como a duloxetina, apresentam um perfil de efeitos adversos semelhante ao dos ISRSs e também podem ser eficazes. No entanto, os dados são limitados.^{6[C]Evidence}

Agudo

adjunto **terapia cognitivo-comportamental (TCC) e atividade física**

Tratamento recomendado para **ALGUNS** dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

- » O manejo clínico pode ser complicado por comportamento sedentário e desmotivação social. O uso adjuvante de atividade física de baixo impacto e/ou encaminhamento para TCC baseada em evidências pode ser indicado nesses casos.[74]
- » A TCC é uma abordagem baseada em habilidades projetada para modificar pensamentos, comportamentos e contingências ambientais que estão mantendo ou exacerbando os sintomas e as deficiências.
- » Os objetivos da TCC envolvem aprender estratégias para o manejo dos sintomas depressivos por meio do comportamento, a redução do comportamento de evitação e a melhora e recuperação gradual da função ao longo do tempo.
- » Em um estudo de comparação direta, a TCC e fototerapia atingiram desfechos positivos semelhantes no tratamento agudo do transtorno afetivo sazonal (TAS).[75] No entanto, acompanhamento de longo prazo revelou que a TCC demonstrou melhoras mais duráveis em medidas de sintomas depressivos que a fototerapia.[76]
- » O médico e o profissional de saúde mental devem manter uma rotina de colaboração.

1a **terapia com antidepressivos**

Opções primárias

- » **fluoxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

- » **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

Opções secundárias

- » **citalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos

Agudo

de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

OU

» **paroxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

» **escitalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia em 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

OU

» **duloxetina**: 30 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 30 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 120 mg/dia

» O tratamento inicial é feito com antidepressivos ou fototerapia. Poucos estudos compararam diretamente a fototerapia aos medicamentos antidepressivos, embora exista evidência limitada de que a fototerapia e a fluoxetina sejam igualmente eficazes.^{1[B]Evidence 2[B]Evidence}

» Poucos ensaios clínicos randomizados e controlados estudando a terapia com antidepressivos para TAS estão disponíveis. No entanto, ISRSs, especialmente fluoxetina e sertralina, demonstraram ser eficazes.^{[55] 4[B]Evidence 5[B]Evidence}

» Outros ISRSs usados para tratar transtornos depressivos maiores também podem ser úteis, incluindo citalopram e escitalopram.^{[23] [67] [68]} A fluoxetina apresenta meia-vida longa e, portanto, tem menos probabilidade de causar sintomas de abstinência, porém é mais estimulante e pode exigir titulação mais lenta para alguns pacientes. A paroxetina apresenta a meia-vida mais curta, tendo mais probabilidade de causar sintomas de abstinência.

» Os inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina, como a duloxetina, apresentam um perfil de efeitos adversos semelhante ao dos ISRSs e também podem ser eficazes. No entanto, os dados são limitados.^{6[C]Evidence}

Agudo

adjunto fototerapia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **terapia com luz intensa:** 2 horas de 2500 lux ou 30 minutos de 10,000 lux de intensidade, durante as primeiras horas da manhã ou ao levantar, reduzir a duração e/ou intensidade dependendo da resposta

» Pode ser adicionada à terapia com antidepressivos em pessoas com sintomas mais graves ou que apresentam maior comprometimento funcional.

» Também pode ser adicionada a antidepressivos se os sintomas depressivos não remitem completamente nos meses de primavera ou verão.

» Metanálises de ensaios clínicos randomizados e controlados de fototerapia encontraram tamanhos de efeito moderados a grandes.^[59] 3[A]Evidence Diretrizes de consenso concluem que a fototerapia apresenta evidência positiva limitada proveniente de ensaios controlados.^[61] [62]

» Pode-se observar melhora clínica dos sintomas dentro de 1 a 3 semanas de administração consistente. Se descontinuada, os sintomas podem recidivar dentro de 1 a 3 semanas.^[51]

» A dosagem ideal da fototerapia é de no mínimo 5000 lux/dia.^[50] No ponto de remissão dos sintomas, a intensidade/duração da dose pode ser ajustada pelo restante do inverno (por exemplo, reduzida para 15 minutos/dia).

» A terapia é continuada até o momento de remissão habitual dos sintomas na primavera ou no verão. Ela é reiniciada no começo do outono para evitar a recidiva.

» Descobriu-se que os escores de depressão autorrelatada diminuem após 1 hora de exposição à fototerapia.^[57]

adjunto terapia cognitivo-comportamental (TCC) e atividade física

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O manejo clínico pode ser complicado por comportamento sedentário e desmotivação

Agudo

■ com transtorno disfórico pré-menstrual comórbido

1a

social. O uso adjuvante de atividade física de baixo impacto e/ou encaminhamento para TCC baseada em evidências pode ser indicado nesses casos.[74]

» A TCC é uma abordagem baseada em habilidades projetada para modificar pensamentos, comportamentos e contingências ambientais que estão mantendo ou exacerbando os sintomas e as deficiências.

» Os objetivos da TCC envolvem aprender estratégias para o manejo dos sintomas depressivos por meio do comportamento, a redução do comportamento de evitação e a melhora e recuperação gradual da função ao longo do tempo.

» Em um estudo de comparação direta, a TCC e fototerapia atingiram desfechos positivos semelhantes no tratamento agudo do transtorno afetivo sazonal (TAS).[75] No entanto, acompanhamento de longo prazo revelou que a TCC demonstrou melhoras mais duráveis em medidas de sintomas depressivos que a fototerapia.[76]

» O médico e o profissional de saúde mental devem manter uma rotina de colaboração.

terapia com antidepressivos

Opções primárias

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

Opções secundárias

» **citalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

OU

» **paroxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente,

Agudo

aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

» **escitalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia em 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

OU

» **duloxetina**: 30 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 30 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 120 mg/dia

» O transtorno disfórico pré-menstrual tem uma prevalência maior entre pacientes com TAS que na população geral.[13] [73]

» Embora não existam dados para orientar o tratamento comórbido, foi demonstrado que os inibidores seletivos de recaptção de serotonina são úteis para cada um desses transtornos separadamente.[72]

adjunto **fototerapia**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **terapia com luz intensa**: 2 horas de 2500 lux ou 30 minutos de 10,000 lux de intensidade, durante as primeiras horas da manhã ou ao levantar, reduzir a duração e/ou intensidade dependendo da resposta

» Pode ser adicionada à terapia com antidepressivos em pessoas com sintomas mais graves ou que apresentam maior comprometimento funcional.

» Também pode ser adicionada a antidepressivos se os sintomas depressivos não remitem completamente nos meses de primavera ou verão.

» Metanálises de ensaios clínicos randomizados e controlados de fototerapia encontraram tamanhos de efeito moderados a grandes.[59] **3[A]Evidence**

» Pode-se observar melhora clínica dos sintomas dentro de 1 a 3 semanas de administração consistente. Se descontinuada,

Agudo

os sintomas podem recidivar dentro de 1 a 3 semanas.[51]

» A dosagem ideal da fototerapia é de no mínimo 5000 lux/dia.[50] No ponto de remissão dos sintomas, a intensidade/duração da dose pode ser ajustada pelo restante do inverno (por exemplo, reduzida para 15 minutos/dia).

» A terapia é continuada até o momento de remissão habitual dos sintomas na primavera ou no verão. Ela é reiniciada no começo do outono para evitar a recidiva.

» Descobriu-se que os escores de depressão autorrelatada diminuem após 1 hora de exposição à fototerapia.[57]

adjunto **pílula contraceptiva oral combinada**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Contraceptivos orais são um tratamento efetivo para sintomas disfóricos pré-menstruais, mas eles não foram estudados no TAS.

adjunto **terapia cognitivo-comportamental (TCC) e atividade física**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O manejo clínico pode ser complicado por comportamento sedentário e desmotivação social. O uso adjuvante de atividade física de baixo impacto e/ou encaminhamento para TCC baseada em evidências pode ser indicado nesses casos.[74]

» A TCC é uma abordagem baseada em habilidades projetada para modificar pensamentos, comportamentos e contingências ambientais que estão mantendo ou exacerbando os sintomas e as deficiências.

» Os objetivos da TCC envolvem aprender estratégias para o manejo dos sintomas depressivos por meio do comportamento, a redução do comportamento de evitação e a melhora e recuperação gradual da função ao longo do tempo.

» Em um estudo de comparação direta, a TCC e fototerapia atingiram desfechos positivos semelhantes no tratamento agudo do transtorno afetivo sazonal (TAS).[75] No entanto, acompanhamento de longo prazo revelou que a TCC demonstrou melhoras mais duráveis em medidas de sintomas depressivos que a fototerapia.[76]

Agudo

1a

» O médico e o profissional de saúde mental devem manter uma rotina de colaboração.

fototerapia

Opções primárias

» **terapia com luz intensa:** 2 horas de 2500 lux ou 30 minutos de 10,000 lux de intensidade, durante as primeiras horas da manhã ou ao levantar, reduzir a duração e/ou intensidade dependendo da resposta

» A fototerapia é uma terapia de primeira linha alternativa à farmacoterapia. Metanálises de ensaios clínicos randomizados e controlados de fototerapia encontraram tamanhos de efeito moderados a grandes.[\[59\]](#) [3\[A\]Evidence](#)

» Pode-se observar melhora clínica dos sintomas dentro de 1 a 3 semanas de administração consistente. Se descontinuada, os sintomas podem recidivar dentro de 1 a 3 semanas.[\[51\]](#)

» A dosagem ideal da fototerapia é de no mínimo 5000 lux/dia.[\[50\]](#) No ponto de remissão dos sintomas, a intensidade/duração da dose pode ser ajustada pelo restante do inverno (por exemplo, reduzida para 15 minutos/dia).

» A terapia é continuada até o momento de remissão habitual dos sintomas na primavera ou no verão. Ela é reiniciada no começo do outono para evitar a recidiva.

» Descobriu-se que os escores de depressão autorrelatada diminuem após 1 hora de exposição à fototerapia.[\[57\]](#)

adjunto

terapia com antidepressivos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fluoxetina:** 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **sertralina:** 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

Agudo

Opções secundárias

» **citalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

OU

» **paroxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

» **escitalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia em 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

OU

» **duloxetina**: 30 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 30 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 120 mg/dia

» Embora não existam dados para orientar o tratamento comórbido, foi demonstrado que os inibidores seletivos de recaptação de serotonina são úteis para cada um desses transtornos separadamente.[72]

» Pode ser adicionada à fototerapia em pessoas com sintomas mais graves ou que apresentam maior comprometimento funcional.

» Também pode ser adicionada à luz se os sintomas depressivos não remitem completamente nos meses de primavera ou verão.

adjunto **pílula contraceptiva oral combinada**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Contraceptivos orais são um tratamento efetivo para sintomas disfóricos pré-menstruais, mas eles não foram estudados no TAS.

adjunto **terapia cognitivo-comportamental (TCC) e atividade física**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Agudo

■ com ansiedade comórbida

1a

- » O manejo clínico pode ser complicado por comportamento sedentário e desmotivação social. O uso adjuvante de atividade física de baixo impacto e/ou encaminhamento para TCC baseada em evidências pode ser indicado nesses casos.[74]
- » A TCC é uma abordagem baseada em habilidades projetada para modificar pensamentos, comportamentos e contingências ambientais que estão mantendo ou exacerbando os sintomas e as deficiências.
- » Os objetivos da TCC envolvem aprender estratégias para o manejo dos sintomas depressivos por meio do comportamento, a redução do comportamento de evitação e a melhora e recuperação gradual da função ao longo do tempo.
- » Em um estudo de comparação direta, a TCC e fototerapia atingiram desfechos positivos semelhantes no tratamento agudo do transtorno afetivo sazonal (TAS).[75] No entanto, acompanhamento de longo prazo revelou que a TCC demonstrou melhoras mais duráveis em medidas de sintomas depressivos que a fototerapia.[76]
- » O médico e o profissional de saúde mental devem manter uma rotina de colaboração.

fototerapia

Opções primárias

» **terapia com luz intensa:** 2 horas de 2500 lux ou 30 minutos de 10,000 lux de intensidade, durante as primeiras horas da manhã ou ao levantar

- » Não há nenhum ensaio clínico que avalie a eficácia da fototerapia no manejo do TAS com ansiedade comórbida.
- » Em decorrência das poucas contraindicações para fototerapia, ela é usada como terapia de primeira linha.
- » A dosagem ideal da fototerapia é de no mínimo 5000 lux/dia.[50] No ponto de remissão dos sintomas, a intensidade/duração da dose pode ser ajustada pelo restante do inverno (por exemplo, reduzida para 15 minutos/dia).
- » A terapia é continuada até o momento de remissão habitual dos sintomas na primavera ou no verão. Ela é reiniciada no começo do outono para evitar a recidiva.

Agudo

adjunto

» Descobriu-se que os escores de depressão autorrelatada diminuem após 1 hora de exposição à fototerapia.^[57]

terapia com antidepressivos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

Opções secundárias

» **citalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

OU

» **paroxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

» **escitalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia em 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

OU

» **duloxetina**: 30 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 30 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 120 mg/dia

» Não há nenhum ensaio clínico que avalie a eficácia da farmacoterapia com antidepressivos no manejo do TAS com ansiedade comórbida.

Agudo

adjunto

» Considerando-se a base de pesquisa bem estabelecida para inibidores seletivos de recaptação de serotonina e inibidores da recaptação da serotonina e da noradrenalina, esses agentes são indicados para alguns pacientes em associação com fototerapia.

terapia cognitivo-comportamental (TCC) e atividade física

Tratamento recomendado para **ALGUNS** dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O manejo clínico pode ser complicado por comportamento sedentário e desmotivação social. O uso adjuvante de atividade física de baixo impacto e/ou encaminhamento para TCC baseada em evidências pode ser indicado nesses casos.^[74]

» A TCC é uma abordagem baseada em habilidades projetada para modificar pensamentos, comportamentos e contingências ambientais que estão mantendo ou exacerbando os sintomas e as deficiências.

» A TCC pode ser individualizada e ter uma ênfase especial no manejo da ansiedade.

» Os objetivos da TCC envolvem aprender estratégias para o manejo dos sintomas depressivos por meio do comportamento, a redução do comportamento de evitação e a melhora e recuperação gradual da função ao longo do tempo.

» Em um estudo de comparação direta, a TCC e fototerapia atingiram desfechos positivos semelhantes no tratamento agudo do transtorno afetivo sazonal (TAS).^[75] No entanto, acompanhamento de longo prazo revelou que a TCC demonstrou melhoras mais duráveis em medidas de sintomas depressivos que a fototerapia.^[76]

» O médico e o profissional de saúde mental devem manter uma rotina de colaboração.

1a

terapia com antidepressivos

Opções primárias

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

Agudo

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

Opções secundárias

» **citalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

OU

» **paroxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

» **escitalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia em 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

OU

» **duloxetina**: 30 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 30 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 120 mg/dia

» Não foi realizado nenhum ensaio clínico que avalie a eficácia da farmacoterapia com antidepressivos no manejo do TAS com ansiedade comórbida.

» Considerando-se a base de pesquisa bem estabelecida para inibidores seletivos de recaptação de serotonina e inibidores da recaptação da serotonina e da noradrenalina, esses agentes são indicados como agentes de primeira linha alternativos à fototerapia.

adjunto **fototerapia**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **terapia com luz intensa**: 2 horas de 2500 lux ou 30 minutos de 10,000 lux de intensidade, durante as primeiras horas da manhã ou ao levantar

Agudo

- » Não há nenhum ensaio clínico que avalie a eficácia da fototerapia no manejo do TAS com ansiedade comórbida.
- » Em decorrência das poucas contraindicações para fototerapia, ela seria indicada para alguns pacientes em associação com antidepressivos.
- » A dosagem ideal da fototerapia é de no mínimo 5000 lux/dia.[50] No ponto de remissão dos sintomas, a intensidade/duração da dose pode ser ajustada pelo restante do inverno (por exemplo, reduzida para 15 minutos/dia).
- » A terapia é continuada até o momento de remissão habitual dos sintomas na primavera ou no verão. Ela é reiniciada no começo do outono para evitar a recidiva.
- » Descobriu-se que os escores de depressão autorrelatada diminuem após 1 hora de exposição à fototerapia.[57]

adjunto **terapia cognitivo-comportamental (TCC) e atividade física**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

- » O manejo clínico pode ser complicado por comportamento sedentário e desmotivação social. O uso adjuvante de atividade física de baixo impacto e/ou encaminhamento para TCC baseada em evidências pode ser indicado nesses casos.[74]
- » A TCC é uma abordagem baseada em habilidades projetada para modificar pensamentos, comportamentos e contingências ambientais que estão mantendo ou exacerbando os sintomas e as deficiências.
- » A TCC pode ser individualizada e ter uma ênfase especial no manejo da ansiedade.
- » Os objetivos da TCC envolvem aprender estratégias para o manejo dos sintomas depressivos por meio do comportamento, a redução do comportamento de evitação e a melhora e recuperação gradual da função ao longo do tempo.
- » Em um estudo de comparação direta, a TCC e fototerapia atingiram desfechos positivos semelhantes no tratamento agudo do transtorno afetivo sazonal (TAS).[75] No entanto, acompanhamento de longo prazo revelou que a TCC demonstrou melhoras mais duráveis em medidas de sintomas depressivos que a fototerapia.[76]

Agudo

» O médico e o profissional de saúde mental devem manter uma rotina de colaboração.

transtorno afetivo sazonal (TAS) com transtorno de humor bipolar

1a medicamentos estabilizadores do humor

Opções primárias

» **lítio**: 300 mg (liberação sustentada) por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta e com o nível sérico do medicamento, máximo de 1800 mg/dia. A biodisponibilidade pode ser diferente para cada marca.

OU

» **ácido valproico**: 250 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta e com o nível sérico do medicamento, máximo de 60 mg/kg/dia

OU

» **quetiapina**: 50 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 800 mg/dia

OU

» **aripirazol**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 30 mg/dia

OU

» **olanzapina**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

» Todos os pacientes com depressão sazonal devem ser rastreados quanto a sintomas de mania ou hipomania na primavera ou no verão. Se presentes, indica-se o tratamento com medicamento estabilizador do humor.

» Lítio, ácido valproico e alguns antipsicóticos atípicos geralmente são considerados estabilizadores do humor de primeira linha. Em 2018, a European Medicines Agency recomendou que o valproato e seus análogos

Agudo

sejam contraindicados no transtorno bipolar durante a gravidez, em razão do risco de malformações congênitas e de problemas de desenvolvimento no lactente/criança.[71] Nos EUA, a prática padrão é a de que o valproato e seus análogos só sejam prescritos para o tratamento de episódios maníacos associados ao transtorno bipolar durante a gravidez se outros medicamentos alternativos não forem aceitáveis ou não forem eficazes. Tanto na Europa quanto nos EUA, o valproato e seus análogos não devem ser usados em pacientes do sexo feminino em idade fértil, a menos que exista um programa de prevenção da gravidez e certas condições sejam atendidas.[71]

» O lítio é tóxico em níveis mais altos (>1.5 mmol/L [>1.5 mEq/L]). Pacientes idosos podem responder a doses mais baixas. Os níveis séricos precisam ser monitorados rotineiramente para garantir níveis sanguíneos terapêuticos (0.6 a 1.2 mmol/L [0.6 a 1.2 mEq/L]) e evitar o risco de toxicidade.

» O ácido valproico também é tóxico em níveis mais altos (>1213 micromoles/L [>175 microgramas/mL]). Pacientes idosos podem responder a doses mais baixas. Os níveis séricos precisam ser monitorados rotineiramente para garantir níveis sanguíneos terapêuticos (346-867 micromoles/L [50-125 microgramas/mL]) e evitar o risco de toxicidade.

» O uso de antipsicótico atípico requer monitoramento de peso, pulsação, pressão arterial, glicose em jejum e perfil lipídico.

» Recomenda-se encaminhamento a um psiquiatra para avaliação adicional e tratamento. O transtorno bipolar pode estar associado a outras comorbidades psiquiátricas, incluindo abuso de substâncias, e a graus mais elevados de comprometimentos funcionais.

adjunto fototerapia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **terapia com luz intensa:** 2 horas de 2500 lux ou 30 minutos de 10,000 lux de intensidade, durante as primeiras horas da manhã ou ao levantar

» A fototerapia pode ser usada em conjunto com medicamentos estabilizadores do humor.

Agudo

- » A dosagem ideal da fototerapia é de no mínimo 5000 lux/dia.[50] No ponto de remissão dos sintomas, a intensidade/duração da dose pode ser ajustada pelo restante do inverno (por exemplo, reduzida para 15 minutos/dia).
- » A terapia é continuada até o momento de remissão habitual dos sintomas na primavera ou no verão. Ela é reiniciada no começo do outono para evitar a recidiva.
- » É necessário monitoramento precoce da resposta à fototerapia, pois a exposição à luz pode induzir sintomas maníacos em algumas populações, embora isso não seja comum.[62]
- » Descobriu-se que os escores de depressão autorrelatada diminuem após 1 hora de exposição à fototerapia.[57]

adjunto **terapia cognitivo-comportamental (TCC) e atividade física**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

- » O manejo clínico pode ser complicado por comportamento sedentário e desmotivação social. O uso adjuvante de atividade física de baixo impacto e/ou encaminhamento para TCC baseada em evidências pode ser indicado em alguns casos.[74] [80]
- » A TCC é uma abordagem baseada em habilidades projetada para modificar pensamentos, comportamentos e contingências ambientais que estão mantendo ou exacerbando os sintomas e as deficiências.
- » Os objetivos da TCC envolvem aprender estratégias para o manejo dos sintomas depressivos por meio do comportamento, a redução do comportamento de evitação e a melhora e recuperação gradual da função ao longo do tempo.
- » Em um estudo de comparação direta, a TCC e fototerapia atingiram desfechos positivos semelhantes no tratamento agudo do transtorno afetivo sazonal (TAS).[75] No entanto, acompanhamento de longo prazo revelou que a TCC demonstrou melhoras mais duráveis em medidas de sintomas depressivos que a fototerapia.[76]
- » O médico e o profissional de saúde mental devem manter uma rotina de colaboração.

Em curso

prevenção do transtorno afetivo sazonal (TAS) com transtorno de humor unipolar

1a consideração de bupropiona profilática ou fototerapia profilática

Opções primárias

» **bupropiona**: 150 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar para 300 mg uma vez ao dia após 7 dias, máximo de 300 mg/dia

OU

» **terapia com luz intensa**: 2 horas de 2500 lux ou 30 minutos de 10,000 lux de intensidade, durante as primeiras horas da manhã ou ao levantar

» A bupropiona de liberação prolongada é o único medicamento aprovado em alguns países para prevenção do TAS.^{[7][B]Evidence}

» O tratamento começa no início do outono e deve ser continuado durante o inverno.^[77]

» A bupropiona não foi estudada como um tratamento agudo durante o episódio de depressão sazonal. As taxas de recidiva para depressão sazonal tratada de forma efetiva podem ser reduzidas com o início da terapia com antidepressivos.^[78]

» A terapia com luz intensa também pode ser usada como uma medida profilática. Ensaios clínicos sobre desfecho são muito limitados, mas demonstram algum suporte para uso de terapia com luz intensa para prevenir sintomas.^[79]

» Os riscos e benefícios de considerar tratamentos profiláticos ao longo do tempo devem ser discutidos com o paciente.^[51]

prevenção do transtorno afetivo sazonal (TAS) com transtorno de humor bipolar

1a consideração de fototerapia profilática

Opções primárias

» **terapia com luz intensa**: 2 horas de 2500 lux ou 30 minutos de 10,000 lux de intensidade, durante as primeiras horas da manhã ou ao levantar

Em curso

- » A fototerapia também pode ser usada como uma medida profilática. Ensaios clínicos sobre desfecho são muito limitados, mas demonstram algum suporte para uso de terapia com luz intensa para prevenir sintomas.[79]
- » Os riscos e benefícios de considerar tratamentos profiláticos ao longo do tempo devem ser discutidos com o paciente.[51]
- » É necessário monitoramento precoce da resposta à fototerapia, pois a exposição à luz pode induzir sintomas maníacos em algumas populações, embora isso não seja comum.[62]
- » A bupropiona não é indicada neste grupo de pacientes.

Novidades

Antidepressivos alternativos

Dados limitados dão suporte à possível eficácia de diversos antidepressivos alternativos.[23] Estes incluem um inibidor reversível da monoaminoxidase A, a moclobemida.[81] 8[C]Evidence Outros incluem hipérico,9[C]Evidence agomelatina (uma medicação mista agonista da melatonina e antagonista da serotonina)10[C]Evidence e D-fenfluramina (um medicamento liberador de serotonina).[86] 11[B]Evidence Um inibidor de recaptação de noradrenalina, a reboxetina, também pode ser eficaz no manejo dos sintomas do transtorno afetivo sazonal (TAS).12[C]Evidence Uma análise comparativa de estudos do desfecho com reboxetina e escitalopram observaram que a reboxetina produziu um tempo de resposta menor ao tratamento que o escitalopram.[88] No entanto, o desfecho geral do tratamento foi semelhante entre os 2 agentes, com a reboxetina mostrando um perfil de efeitos adversos mais acentuado que o escitalopram.[88] Embora sejam necessários estudos adicionais, o início precoce de ação por meio do sistema noradrenérgico pode ter implicações para a fisiopatologia e o manejo clínico do TAS.

Estimulantes

A modafinila pode reduzir significativamente os sintomas de fadiga.13[C]Evidence

Terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCC) combinada com outras terapias

A TCC é um tratamento bem estabelecido para transtorno depressivo maior.[90] Análises sugerem que a TCC, isolada ou em combinação com fototerapia, pode ser útil na prevenção de recidiva de depressão sazonal em relação à fototerapia isolada.14[B]Evidence São necessários ensaios randomizados maiores adicionais comparando as modalidades de TCC individual e em grupo com fototerapia e farmacoterapia.

Exposição à luz alternativa

A luz enriquecida com comprimentos de onda azul, hipoteticamente relevante no funcionamento circadiano, mostrou ser tão efetiva quanto a fototerapia padrão na redução da depressão autorrelatada entre pacientes com TAS.[92] A administração transcraniana de terapia com luz intensa nos meatos acústicos externos mostrou reduzir sintomas depressivos autorrelatados, independentemente da intensidade da luz.[93]

Recomendações

Monitoramento

Visitas periódicas de acompanhamento a cada 4 a 8 semanas, durante os meses de outono e inverno e os meses de primavera e verão, são úteis para monitorar o progresso em longo prazo. Para pacientes tratados para transtorno afetivo sazonal (TAS) com início no outono ou inverno, recomenda-se avaliação de acompanhamento durante os meses de primavera ou verão para avaliar a remissão dos sintomas ou a possibilidade de início de sintomas maníacos ou hipomaníacos.

O acompanhamento pode favorecer ao médico a oportunidade de reiniciar o tratamento, caso indicado. As taxas de recidiva podem ser comuns e relativamente rápidas após a descontinuação da fototerapia e dos medicamentos prematuramente. Para pacientes bipolares que tomam medicamentos estabilizadores do humor, é necessário monitoramento de rotina dos níveis séricos para avaliar se estes níveis são terapêuticos e evitar o risco de toxicidade.

Instruções ao paciente

Os pacientes são incentivados a aprender mais sobre a natureza e o tratamento do TAS por meio de websites educacionais recomendados. [\[University of British Columbia: seasonal affective disorder information page\]](#) [\[Mind: seasonal affective disorder\]](#) Os pacientes devem ser orientados sobre as opções de tratamento baseadas em evidências, incluindo a aplicação adequada de fototerapia e farmacoterapia com antidepressivos, bem como sobre a necessidade de manter a adesão ao esquema de tratamento. A terapia com luz intensa deve ser conduzida de maneira baseada em evidências para que o tratamento seja efetivo, e os pacientes devem obter uma caixa de luz que atenda às diretrizes baseadas em evidências de um revendedor respeitável.^[23] ^[50] A natureza recorrente da condição deve ser discutida, juntamente com a necessidade de acompanhamento durante mudanças de estação para rastrear o início e a remissão dos sintomas de humor. A solução de problemas pode ser usada para discutir e lidar com barreiras ao acesso de tratamento baseado em evidências.

No caso das mulheres em idade fértil, o tratamento com valproato não deve ser iniciado, a menos que tratamentos alternativos não sejam adequados; as mulheres em idade fértil devem seguir um programa de prevenção da gravidez durante o tratamento com medicamentos com valproato. Para os países da União Europeia, a European Medicines Agency declara que tal programa deve incluir:^[71]

- Uma avaliação do potencial da paciente para engravidar
- Testes de gravidez antes de iniciar e durante o tratamento, conforme necessário
- Aconselhamento sobre os riscos do tratamento com valproato e a necessidade de contracepção eficaz durante todo o tratamento
- Uma revisão do tratamento em curso por um especialista pelo menos uma vez ao ano
- Um formulário de reconhecimento dos riscos, ao qual pacientes e prescritores terão acesso em cada uma dessas revisões anuais para confirmar que o aconselhamento apropriado foi dado e compreendido.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
síndrome de abstinência serotoninérgica	curto prazo	média
<p>A retirada abrupta de agentes serotoninérgicos com meia-vida mais curta (por exemplo, paroxetina) pode causar sintomas agudos de abstinência (por exemplo, tontura, irritabilidade, náuseas e ansiedade causada por efeito rebote).</p> <p>Recomenda-se que o paciente retome o tratamento com o medicamento e cumpra um esquema lento e gradual de redução, sob supervisão médica rigorosa.</p>		
ansiedade comórbida	variável	média
<p>Outros transtornos de ansiedade podem preceder, coexistir ou suceder o início do transtorno afetivo sazonal (TAS).</p> <p>Transtornos de ansiedade comórbidos são tratáveis por farmacoterapia com inibidor seletivo de recaptação de serotonina/inibidores seletivos da recaptação de serotonina-noradrenalina usada para tratar o TAS.</p> <p>A terapia cognitivo-comportamental também pode ser considerada, já que é um tratamento eficaz para transtornos de ansiedade.</p> <p>Indica-se encaminhamento a um psiquiatra ou outro profissional de saúde mental na presença de níveis mais graves de ansiedade já que podem interferir na adesão ao tratamento.</p>		
abuso de substâncias	variável	média
<p>O abuso de substâncias pode se desenvolver como uma forma de controlar sintomas de humor e pode complicar a resposta ao tratamento.^{[14] [34]}</p> <p>Alterações sazonais nos padrões de abuso de substâncias devem ser avaliadas rotineiramente.</p> <p>Uma análise toxicológica pode ser realizada.</p> <p>Informações colaterais de familiares podem ser úteis.</p> <p>Pode-se indicar o encaminhamento a programas de tratamento contra o abuso de substâncias.</p>		
risco de suicídio com o tratamento com inibidor seletivo de recaptação de serotonina/inibidor de recaptação de serotonina-noradrenalina	variável	baixa
<p>Existe um aumento do risco de comportamento suicida em crianças, adolescentes e adultos jovens com transtorno depressivo maior ou outros transtornos psiquiátricos, especialmente durante os primeiros meses de tratamento com antidepressivos versus placebo.^[95]</p>		

Prognóstico

O transtorno afetivo sazonal (TAS) tende a ser uma condição recorrente, com até 70% dos pacientes vivenciando episódios depressivos recorrentes no outono ou inverno.[51] A evolução do TAS não tratado pode ser crônica e incapacitante, e pode ser associada a um alto grau de utilização de serviços médicos.[23] [45] O manejo efetivo do TAS requer detecção precoce, orientação e recomendação de fototerapia baseada em evidências e farmacoterapia que possa ser monitorada por um profissional de saúde ao longo do tempo. Pacientes com episódios depressivos com início no outono ou inverno devem ser monitorados na primavera e no verão para observar a possibilidade de início de sintomas maníacos ou hipomaníacos com o aumento da exposição à luz. A adesão terapêutica é essencial, pois a recidiva pode ser rápida quando a fototerapia é descontinuada prematuramente.[94]

Diretrizes de diagnóstico

América do Norte

Canadian consensus guidelines for the treatment of seasonal affective disorder

Publicado por: University of British Columbia

Última publicação em:
1999

Diretrizes de tratamento

Europa

Depression in adults: recognition and management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2018

Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines

Publicado por: British Association for Psychopharmacology

Última publicação em:
2015

Internacional

World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders

Publicado por: World Federation of Societies of Biological Psychiatry

Última publicação em:
2013

América do Norte

Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults

Publicado por: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments

Última publicação em:
2016

Canadian consensus guidelines for the treatment of seasonal affective disorder

Publicado por: University of British Columbia

Última publicação em:
1999

Recursos online

1. [Seasonal Pattern Assessment Questionnaire](#) (*external link*)
2. [University of British Columbia: seasonal affective disorder information page](#) (*external link*)
3. [Mind: seasonal affective disorder](#) (*external link*)

Nível de evidência

1. Melhora dos sintomas: há evidências de qualidade moderada de que a fototerapia e a fluoxetina (20 mg/dia) são igualmente eficazes e bem toleradas em pessoas com transtorno depressivo maior com um padrão sazonal (inverno).[\[55\]](#) [\[56\]](#)
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
2. Melhora no escore da Escala de Depressão de Hamilton: há evidências de qualidade moderada de que o tratamento de 5 semanas com fluoxetina (20 mg/dia) e exposição à luz como placebo, ou de que o tratamento com luz intensa (3000 lux, 2 horas/dia) e um medicamento como placebo, melhora o escore de depressão e é bem tolerado.[\[56\]](#)
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
3. Redução na gravidade dos sintomas de depressão: há evidências de alta qualidade de que a terapia com luz intensa e a simulação do amanhecer sejam eficazes no tratamento do transtorno afetivo sazonal.[\[60\]](#)
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
4. Redução no escore de depressão: há evidências de qualidade moderada de que pessoas com episódios depressivos maiores recorrentes com um padrão sazonal (inverno) tratadas com fluoxetina apresentam escores de depressão menores após 5 semanas em comparação ao placebo, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa.[\[64\]](#)
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
5. Melhora nos escores da Escala de Impressão Clínica Global (CGI - Clinical Global Impression): há evidências de qualidade moderada de que a sertralina está associada a uma melhora significativamente maior nos escores da CGI em comparação ao placebo quando usada para tratar pacientes ambulatoriais com depressão de inverno recorrente com padrão sazonal por 8 semanas.[\[65\]](#)
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
6. Melhora dos sintomas e nas escalas de avaliação de função social: há evidências de baixa qualidade de que a duloxetina, tomada por 8 semanas por pessoas com transtorno afetivo sazonal, está

associada a uma melhora significativa nos sintomas e na função social e a uma taxa de abstinência de 15.4% em razão dos efeitos adversos.[69]

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

7. Taxas de ausência de depressão no final do tratamento: há evidências de qualidade moderada de que o uso profilático de bupropiona XL 150 a 300 mg ao dia para pessoas com transtorno afetivo sazonal, iniciando tratamento no outono quando estão bem, está associada a uma redução do risco relativo de recorrência da depressão maior de 44% em comparação ao placebo.[77]

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

8. Gravidade dos sintomas: há evidências de baixa qualidade de que pacientes com transtorno afetivo sazonal recebendo 3 semanas de tratamento com moclobemida tiveram reduções significativas nas pontuações de sintomas atípicos em comparação ao placebo, mas não houve diferença significativa nos escores da Escala de Depressão de Montgomery e Asberg ampliada e na Impressão Clínica Global (CGI - Clinical Global Impression). Não houve diferenças significativas nas taxas de efeitos adversos.[82]

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

9. Redução no escore da Escala de Depressão de Hamilton: há evidências de baixa qualidade de que pacientes com depressão maior com padrão sazonal tratados com 900 mg de hipérico ao dia combinado com 2 horas de luz intensa (3000 lux) ou 2 horas de luz fraca (<300 lux) tiveram uma redução significativa no escore da Escala de Depressão de Hamilton.[83]

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

10. Melhora dos sintomas: há evidências de baixa qualidade de que a agomelatina, agonista do receptor de melatonina, é eficaz no tratamento do transtorno afetivo sazonal. São necessários ensaios clínicos randomizados e controlados em maior escala.[84] [85]

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

11. Melhora dos sintomas, medida por escalas de sintomas e entrevista clínica: há evidências de qualidade moderada de que pacientes com transtorno afetivo sazonal tratados com D-fenfluramina (15 mg por via oral duas vezes ao dia) por 4 semanas apresentam maior redução nos sintomas em comparação ao placebo.[86]

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

12. Remissão dos sintomas de depressão: há evidências de baixa qualidade de que a reboxetina pode estar associada à remissão de sintomas depressivos quando tomada por pacientes com transtorno afetivo sazonal (do tipo inverno) por 6 semanas durante o inverno.[87]

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

13. Melhora em uma variedade de escalas relacionadas a sintomas: há evidências de baixa qualidade de que a modafinila está associada a melhoras significativas na depressão de inverno após 8 semanas de tratamento.[89]

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

14. Gravidade da depressão: há evidências de qualidade moderada de que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou a TCC associada à fototerapia reduz significativamente a incidência e a gravidade da depressão sazonal recorrente em comparação à fototerapia isoladamente.[74] [91]

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

Artigos principais

- Winkler D, Pjrek E, Iwaki R, et al. Treatment of seasonal affective disorder. *Expert Rev Neurother*. 2006 Jul;6(7):1039-48. [Resumo](#)
- Magnusson A, Partonen T. The diagnosis, symptomatology, and epidemiology of seasonal affective disorder. *CNS Spectr*. 2005 Aug;10(8):625-34. [Resumo](#)
- Westrin A, Lam RW. Seasonal affective disorder: a clinical update. *Ann Clin Psychiatry*. 2007 Oct-Dec;19(4):239-46. [Resumo](#)
- Lam RW, Levitt AJ, eds. Canadian consensus guidelines for the treatment of seasonal affective disorder. Vancouver, BC: Clinical and Academic Publishing; 1999. [Texto completo](#)
- Westrin A, Lam RW. Long-term and preventative treatment for seasonal affective disorder. *CNS Drugs*. 2007;21(11):901-9. [Resumo](#)
- Lam RW, Levitt AJ, Levitan RD, et al. The Can-SAD study: a randomized controlled trial of the effectiveness of light therapy and fluoxetine in patients with winter seasonal affective disorder. *Am J Psychiatry*. 2006 May;163(5):805-12. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Referências

1. Blazer DG, Kessler RC, Swartz MS. Epidemiology of recurrent major and minor depression with a seasonal pattern: the National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry*. 1998 Feb;172:164-7. [Resumo](#)
2. Levitt AJ, Boyle MH, Joffe RT, et al. Estimated prevalence of the seasonal subtype of major depression in a Canadian community sample. *Can J Psychiatry*. 2000 Sep;45(7):650-4. [Resumo](#)
3. Levitt AJ, Boyle MH. The impact of latitude on the prevalence of seasonal depression. *Can J Psychiatry*. 2002 May;47(4):361-7. [Resumo](#)
4. Michalak EE, Lam RW. Seasonal affective disorder: the latitude hypothesis revisited. *Can J Psychiatry*. 2002 Oct;47(8):787-8. [Resumo](#)
5. Magnusson A, Axelsson J, Karlsson MM, et al. Lack of seasonal mood change in the Icelandic population: results of a cross-sectional study. *Am J Psychiatry*. 2000 Feb;157(2):234-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
6. Mersch PP, Middendorp HM, Bouhuys AL, et al. Seasonal affective disorder and latitude: a review of the literature. *J Affect Disord*. 1999 Apr;53(1):35-48. [Resumo](#)
7. Radua J, Pertusa A, Cardoner N. Climatic relationships with specific clinical subtypes of depression. *Psychiatry Res*. 2010 Feb 28;175(3):217-20. [Resumo](#)

8. Wehr TA, Sack DA, Rosenthal NE. Seasonal affective disorder with summer depression and winter hypomania. *Am J Psychiatry*. 1987 Dec;144(12):1602-3. [Resumo](#)
9. Winkler D, Pjrek E, Iwaki R, et al. Treatment of seasonal affective disorder. *Expert Rev Neurother*. 2006 Jul;6(7):1039-48. [Resumo](#)
10. White DM, Lewy AJ, Sack RL, et al. Is winter depression a bipolar disorder? *Compr Psychiatry*. 1990 May-Jun;31(3):196-204. [Resumo](#)
11. Levitt AJ, Joffe RT, Brecher D, et al. Anxiety disorders and anxiety symptoms in a clinic sample of seasonal and non-seasonal depressives. *J Affect Disord*. 1993 May;28(1):51-6. [Resumo](#)
12. Amons PJ, Kooij JJ, Haffmans PM, et al. Seasonality of mood disorders in adults with lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Affect Disord*. 2006 Apr;91(2-3):251-5. [Resumo](#)
13. Praschak-Rieder N, Willeit M, Neumeister A, et al. Prevalence of premenstrual dysphoric disorder in female patients with seasonal affective disorder. *J Affect Disord*. 2001 Mar;63(1-3):239-42. [Resumo](#)
14. Sher L. Alcoholism and seasonal affective disorder. *Compr Psychiatry*. 2004 Jan-Feb;45(1):51-6. [Resumo](#)
15. Magnusson A, Partonen T. The diagnosis, symptomatology, and epidemiology of seasonal affective disorder. *CNS Spectr*. 2005 Aug;10(8):625-34. [Resumo](#)
16. Winkler D, Willeit M, Praschak-Rieder N, et al. Changes of clinical pattern in seasonal affective disorder (SAD) over time in a German-speaking sample. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2002 Apr;252(2):54-62. [Resumo](#)
17. Swedo SE, Pleeter JD, Richter DM, et al. Rates of seasonal affective disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 1995 Jul;152(7):1016-9. [Resumo](#)
18. Carskadon MA, Acebo C. Parental reports of seasonal mood and behavior changes in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993 Mar;32(2):264-9. [Resumo](#)
19. Nillni YI, Rohan KJ, Rettew D, et al. Seasonal trends in depressive problems among United States children and adolescents: a representative population survey. *Psychiatry Res*. 2009 Dec 30;170(2-3):224-8. [Resumo](#)
20. Sher L. Genetic studies of seasonal affective disorder and seasonality. *Compr Psychiatry*. 2001 Mar-Apr;42(2):105-10. [Resumo](#)
21. Madden PA, Heath AC, Rosenthal NE, et al. Seasonal changes in mood and behavior. The role of genetic factors. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Jan;53(1):47-55. [Resumo](#)
22. McClung CA. Circadian genes, rhythms, and the biology of mood disorders. *Pharmacol Ther*. 2007 May;114(2):222-32. [Texto completo](#) [Resumo](#)
23. Westrin A, Lam RW. Seasonal affective disorder: a clinical update. *Ann Clin Psychiatry*. 2007 Oct-Dec;19(4):239-46. [Resumo](#)

24. Germain A, Kupfer DJ. Circadian rhythm disturbances in depression. *Hum Psychopharmacol*. 2008 Oct;23(7):571-85. [Texto completo](#) [Resumo](#)
25. McClung CA. Circadian rhythms and mood regulation: insights from pre-clinical models. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011 Sep;21(suppl 4):S683-93. [Texto completo](#) [Resumo](#)
26. Teicher MH, Glod CA, Magnus E, et al. Circadian rest-activity disturbances in seasonal affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Feb;54(2):124-30. [Resumo](#)
27. Winkler D, Pjrek E, Praschak-Rieder N, et al. Actigraphy in patients with seasonal affective disorder and healthy control subjects treated with light therapy. *Biol Psychiatry*. 2005 Aug 15;58(4):331-6. [Resumo](#)
28. Pandi-Perumal SR, Moscovitch A, Srinivasan V, et al. Bidirectional communication between sleep and circadian rhythms and its implications for depression: lessons from agomelatine. *Prog Neurobiol*. 2009 Aug;88(4):264-71. [Resumo](#)
29. Pandi-Perumal SR, Srinivasan V, Maestroni GJ, et al. Melatonin: nature's most versatile biological signal? *FEBS J*. 2006 Jul;273(13):2813-38. [Resumo](#)
30. Schwartz PJ, Turner EH, Garcia-Borreguero D, et al. Serotonin hypothesis of winter depression: behavioral and neuroendocrine effects of the 5HT(1A) receptor partial agonist ipsapirone in patients with seasonal affective disorder and healthy control subjects. *Psychiatry Res*. 1999 Apr 19;86(1):9-28. [Resumo](#)
31. Willeit M, Praschak-Rieder N, Neumeister A, et al. [123I]-B-CIT SPECT imaging shows reduced brain serotonin transporter availability in drug-free depressed patients with seasonal affective disorder. *Biol Psychiatry*. 2000 Mar 15;47(6):482-9. [Resumo](#)
32. Ciarleglio CM, Resuehr HE, McMahon DG. Interactions of the serotonin and circadian systems: nature and nurture in rhythms and blues. *Neuroscience*. 2011 Dec 1;197:8-16. [Resumo](#)
33. Thorn L, Evans P, Cannon A. Seasonal differences in the diurnal pattern of cortisol secretion in healthy participants and those with self-assessed seasonal affective disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2011 Jul;36(6):816-23. [Resumo](#)
34. Falcon E, McClung CA. A role for the circadian genes in drug addiction. *Neuropharmacology*. 2009;56(suppl 1):91-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
35. Roecklein KA, Wong PM, Miller MA, et al. Melanopsin, photosensitive ganglion cells, and seasonal affective disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013 Mar;37(3):229-39. [Texto completo](#) [Resumo](#)
36. Enns MW, Cox BJ, Levitt AJ, et al. Personality and seasonal affective disorder: results from the CAN-SAD study. *J Affect Disord*. 2006 Jul;93(1-3):35-42. [Resumo](#)
37. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

38. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10); mental and behavioural disorders. Geneva: WHO.
39. Andrew JE, Wileman SM, Howie FL, et al. Comparison of consultation rates in primary care attenders with and without seasonal affective disorder. *J Affect Disord.* 2001 Feb;62(3):199-205. [Resumo](#)
40. Winkler D, Pjrek E, Konstantinidis A, et al. Anger attacks in seasonal affective disorder. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2006 Apr;9(2):215-9. [Resumo](#)
41. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001 Sep;16(9):606-13. [Texto completo](#) [Resumo](#)
42. Thompson C, Thompson S, Smith R. Prevalence of seasonal affective disorder in primary care: a comparison of the seasonal health questionnaire and the seasonal pattern assessment questionnaire. *J Affect Disord.* 2004 Mar;78(3):219-26. [Resumo](#)
43. Mersch PP, Vastenburg NC, Meesters Y, et al. The reliability and validity of the seasonal pattern assessment questionnaire: a comparison between patient groups. *J Affect Disord.* 2004 Jun;80(2-3):209-19. [Resumo](#)
44. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, et al. Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry.* 1984 Jan;41(1):72-80. [Resumo](#)
45. Oren DA, Rosenthal NE. Seasonal affective disorders. In: Paykel ES, ed. *Handbook of affective disorders*, 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 1992.
46. Thompson C, Cowan A. The seasonal health questionnaire: a preliminary validation of a new instrument to screen for seasonal affective disorder. *J Affect Disord.* 2001 Apr;64(1):89-98. [Resumo](#)
47. Raheja SK, King EA, Thompson C. The Seasonal Pattern Assessment Questionnaire for identifying seasonal affective disorders. *J Affect Disord.* 1996 Dec 16;41(3):193-9. [Resumo](#)
48. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med.* 2007 Mar 6;146(5):317-25. [Resumo](#)
49. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006 May 22;166(10):1092-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
50. Lam RW, Levitt AJ, eds. *Canadian consensus guidelines for the treatment of seasonal affective disorder*. Vancouver, BC: Clinical and Academic Publishing; 1999. [Texto completo](#)
51. Westrin A, Lam RW. Long-term and preventative treatment for seasonal affective disorder. *CNS Drugs.* 2007;21(11):901-9. [Resumo](#)
52. Schlager D, Fromm J, Jaffe A. Winter depression and functional impairment among ambulatory primary care patients. *Compr Psychiatry.* 1995 Jan-Feb;36(1):18-24. [Resumo](#)
53. Lam RW, Tan EM, Yatham LN, et al. Seasonal depression: the dual vulnerability hypothesis revisited. *J Affect Disord.* 2001 Mar;63(1-3):123-32. [Resumo](#)

54. Meesters Y, Winthorst WH, Duijzer WB, et al. The effects of low-intensity narrow-band blue-light treatment compared to bright white-light treatment in sub-syndromal seasonal affective disorder. *BMC Psychiatry*. 2016 Feb 18;16:27. [Texto completo](#) [Resumo](#)
55. Lam RW, Levitt AJ, Levitan RD, et al. The Can-SAD study: a randomized controlled trial of the effectiveness of light therapy and fluoxetine in patients with winter seasonal affective disorder. *Am J Psychiatry*. 2006 May;163(5):805-12. [Texto completo](#) [Resumo](#)
56. Ruhrmann S, Kasper S, Hawellek B, et al. Effects of fluoxetine versus bright light in the treatment of seasonal affective disorder. *Psychol Med*. 1998 Jul;28(4):923-33. [Resumo](#)
57. Reeves GM, Nijjar GV, Langenberg P, et al. Improvement in depression scores after 1 hour of light therapy treatment in patients with seasonal affective disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2012 Jan;200(1):51-5. [Texto completo](#) [Resumo](#)
58. Michalak EE, Hayes S, Wilkinson C, et al. Treatment compliance in light therapy: do patients do as they say they do? *J Affect Disord*. 2002 Apr;68(2-3):341-2. [Resumo](#)
59. Thompson C. Evidence-based treatment. In: Partonen T, Magnusson A, eds. *Seasonal affective disorder: practice and research*. New York, NY: Oxford University Press; 2001:151-8.
60. Golden RN, Gaynes BN, Ekstrom RD, et al. The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2005 Apr;162(4):656-62. [Texto completo](#) [Resumo](#)
61. National Institute for Health and Care Excellence. *Depression in adults: recognition and management*. April 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
62. Bauer M, Pfennig A, Severus E, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2013 Jul;14(5):334-85. [Texto completo](#) [Resumo](#)
63. Lam RW, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. *Can J Psychiatry*. 2016 Sep;61(9):506-9. [Resumo](#)
64. Lam RW, Gorman CP, Michalon M, et al. Multicenter, placebo-controlled study of fluoxetine in seasonal affective disorder. *Am J Psychiatry*. 1995 Dec;152(12):1765-70. [Resumo](#)
65. Moscovitch A, Blashko CA, Eagles JM, et al. A placebo-controlled study of sertraline in the treatment of outpatients with seasonal affective disorder. *Psychopharmacology (Berl)*. 2004 Feb;171(4):390-7. [Resumo](#)
66. Thaler K, Delivuk M, Chapman A, et al. Second-generation antidepressants for seasonal affective disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Dec 7;(12):CD008591. [Texto completo](#) [Resumo](#)

67. Martiny K, Lunde M, Simonsen C, et al. Relapse prevention by citalopram in SAD patients responding to 1 week of light therapy: a placebo-controlled study. *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Mar;109(3):230-4. [Resumo](#)
68. Pjrek E, Winkler D, Stastny J, et al. Escitalopram in seasonal affective disorder: results of an open trial. *Pharmacopsychiatry*. 2007 Jan;40(1):20-4. [Resumo](#)
69. Pjrek E, Willeit M, Praschak-Rieder N, et al. Treatment of seasonal affective disorder with duloxetine: an open-label study. *Pharmacopsychiatry*. 2008 May;41(3):100-5. [Resumo](#)
70. Martiny K, Refsgaard E, Lund V, et al. A 9-week randomized trial comparing a chronotherapeutic intervention (wake and light therapy) to exercise in major depressive disorder patients treated with duloxetine. *J Clin Psychiatry*. 2012 Sep;73(9):1234-42. [Resumo](#)
71. European Medicines Agency. New measures to avoid valproate exposure in pregnancy endorsed. March 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
72. Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *J Psychiatry Neurosci*. 2008 Jul;33(4):291-301. [Texto completo](#) [Resumo](#)
73. Portella AT, Haaga DA, Rohan KJ. The association between seasonal and premenstrual symptoms is continuous and is not fully accounted for by depressive symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 2006 Nov;194(11):833-7. [Resumo](#)
74. Rohan KJ, Roecklein KA, Tierney Lindsey K, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy, light therapy, and their combination for seasonal affective disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2007 Jun;75(3):489-500. [Resumo](#)
75. Rohan KJ, Mahon JN, Evans M, et al. Randomized trial of cognitive-behavioral therapy versus light therapy for seasonal affective disorder: acute outcomes. *Am J Psychiatry*. 2015 Sep 1;172(9):862-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
76. Rohan KJ, Meyerhoff J, Ho SY, et al. Outcomes one and two winters following cognitive-behavioral therapy or light therapy for seasonal affective disorder. *Am J Psychiatry*. 2016 Mar 1;173(3):244-51. [Resumo](#)
77. Modell JG, Rosenthal NE, Harriett AE, et al. Seasonal affective disorder and its prevention by anticipatory treatment with bupropion XL. *Biol Psychiatry*. 2005 Oct 15;58(8):658-67. [Resumo](#)
78. Cleare A, Pariante CM, Young AH, et al; Members of the Consensus Meeting. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol*. 2015 May;29(5):459-525. [Texto completo](#) [Resumo](#)
79. Nussbaumer B, Kaminski-Hartenthaler A, Forneris CA, et al. Light therapy for preventing seasonal affective disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Nov 8;(11):CD011269. [Texto completo](#) [Resumo](#)

80. Lam D, Watkins E, Hayward P, et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Feb;60(2):145-52. [Texto completo](#) [Resumo](#)
81. Partonen T, Lonnqvist J. Moclobemide and fluoxetine in treatment of seasonal affective disorder. *J Affect Disord*. 1996 Nov 25;41(2):93-9. [Resumo](#)
82. Lingjaerde O, Reichborn-Kjennerud T, Haggag A, et al. Treatment of winter depression in Norway. II. A comparison of the selective monoamine oxidase A inhibitor moclobemide and placebo. *Acta Psychiatr Scand*. 1993 Nov;88(5):372-80. [Resumo](#)
83. Martinez B, Kasper S, Ruhrmann S, et al. Hypericum in the treatment of seasonal affective disorders. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 1994 Oct;7(suppl 1):S29-33. [Resumo](#)
84. Pjrek E, Winkler D, Konstantinidis A, et al. Agomelatine in the treatment of seasonal affective disorder. *Psychopharmacology (Berl)*. 2007 Mar;190(4):575-9. [Resumo](#)
85. Dolder CR, Nelson M, Snider M. Agomelatine treatment of major depressive disorder. *Ann Pharmacother*. 2008 Dec;42(12):1822-31. [Resumo](#)
86. O'Rourke D, Wurtman JJ, Wurtman RJ, et al. Treatment of seasonal depression with d-fenfluramine. *J Clin Psychiatry*. 1989 Sep;50(9):343-7. [Resumo](#)
87. Hilger E, Willeit M, Praschak-Rieder N, et al. Reboxetine in seasonal affective disorder: an open trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2001 Feb;11(1):1-5. [Resumo](#)
88. Pjrek E, Konstantinidis A, Assem-Hilger E, et al. Therapeutic effects of escitalopram and reboxetine in seasonal affective disorder: a pooled analysis. *J Psychiatr Res*. 2009 May;43(8):792-7. [Resumo](#)
89. Lundt L. Modafinil treatment in patients with seasonal affective disorder/winter depression: an open-label pilot study. *J Affect Disord*. 2004 Aug;81(2):173-8. [Resumo](#)
90. Feldman G. Cognitive and behavioral therapies for depression: overview, new directions, and practical recommendations for dissemination. *Psychiatr Clin North Am*. 2007 Mar;30(1):39-50. [Resumo](#)
91. Rohan KJ, Roecklein KA, Lacy TJ, et al. Winter depression recurrence one year after cognitive-behavioral therapy, light therapy, or combination treatment. *Behav Ther*. 2009 Sep;40(3):225-38. [Resumo](#)
92. Gordijn MC, 't Mannetje D, Meesters Y. The effects of blue-enriched light treatment compared to standard light treatment in Seasonal Affective Disorder. *J Affect Disord*. 2012 Jan;136(1-2):72-80. [Texto completo](#) [Resumo](#)
93. Jurvelin H, Takala T, Nissilä J, et al. Transcranial bright light treatment via the ear canals in seasonal affective disorder: a randomized, double-blind dose-response study. *BMC Psychiatry*. 2014 Oct 21;14:288. [Texto completo](#) [Resumo](#)
94. Terman M, Terman JS, Quitkin FM, et al. Light therapy for seasonal affective disorder: a review of efficacy. *Neuropsychopharmacology*. 1989 Mar;2(1):1-22. [Resumo](#)

95. U.S. Food and Drug Administration. Suicidality in children and adolescents being treated with antidepressant medications. February 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Craig N. Sawchuk, PhD

Associate Professor

Co-Chair, Division of Integrated Behavioral Health, Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN

DIVULGAÇÕES: CNS declares that he has no competing interests.

Jason P. Veitengruber, MD

Assistant Professor

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA

DIVULGAÇÕES: JPV declares that he has no competing interests.

William B. Leasure, MD

Clinical Instructor

Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN

DIVULGAÇÕES: WBL declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Stephen Lurie, MD, PhD

Director of Assessment

Office of Curriculum and Assessment, University of Rochester School of Medicine and Dentistry, Rochester, NY

DIVULGAÇÕES: SL declares that he has no competing interests.

Dietmar Winkler, MD

Department of Psychiatry and Psychotherapy

Medical University of Vienna, Vienna, Austria

DIVULGAÇÕES: DW is an author of a number of references cited in this topic. DW declares that he has no competing interests.