

BMJ Best Practice

Visão geral da depressão

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Introdução	3
Doenças	4
Referências	7
Aviso legal	8

Introdução

A depressão é um estado mental caracterizado por humor deprimido persistente, anedonia nas atividades diárias, transtorno neurovegetativo e energia reduzida, causando níveis variados de disfunção social e profissional. Os transtornos depressivos são comuns em pessoas de todas as idades e podem ser classificados dependendo da duração, gravidade e número de sintomas e do grau de comprometimento funcional.^[1] No transtorno bipolar, um episódio maníaco pode ter sido precedido por episódios depressivos maiores ou hipomaníacos e ser seguido deles.^[1]

Doenças

◇ Depressão em adultos

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Depressão em adultos](#)

O transtorno depressivo maior é caracterizado pela presença de pelo menos 5 sintomas e pode ser classificado de espectro leve a grave. Os episódios graves podem incluir sintomas psicóticos como paranoia, alucinações ou incapacitação funcional.[1]

◇ Depressão em crianças

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Depressão em crianças](#)

Um dos transtornos psiquiátricos pediátricos mais comuns, especialmente em meninas durante a adolescência. A depressão em crianças e adolescentes pode ter um início mais insidioso que em adultos. Ela pode ser caracterizada mais por irritabilidade que tristeza e ocorre com mais frequência em associação a outras condições, como ansiedade.[2] [3]

◇ Transtorno disruptivo de desregulação do humor

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Transtorno disruptivo de desregulação do humor](#)

O transtorno disruptivo de desregulação do humor é uma categoria de transtorno depressivo diagnosticado pela primeira vez entre os 6 e 18 anos de idade, com apresentação inicial antes dos 10 anos. Ele é caracterizado pela 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) por humor irritável ou bravo, de forma intensa e persistente, quase diariamente, e explosões recorrentes graves de mau-humor em média 3 vezes ou mais por semana por, no mínimo, 1 ano.[1]

◇ Transtorno depressivo persistente (distímia)

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Transtorno depressivo persistente \(distímia\)](#)

Forma comum de depressão, mas com duração maior que o transtorno depressivo maior agudo. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5) desenvolveu novos critérios de diagnóstico para transtorno depressivo persistente, incluindo o transtorno depressivo maior crônico e a categoria prévia de transtorno distímico (distímia) ou depressão crônica de grau leve. O DSM-5 incluiu especificadores para identificar caminhos diferentes para o diagnóstico de transtorno depressivo persistente e diversas apresentações com base na gravidade e em características clínicas.

◇ Depressão pós-parto

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Depressão pós-parto](#)

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5) não reconhece a depressão pós-parto como um diagnóstico à parte. Em vez disso, as pacientes precisam satisfazer os critérios de um episódio depressivo maior e os critérios do especificador de início perinatal. Portanto, de acordo com o DSM-5, a definição é de um episódio depressivo maior com início na gestação ou em até 4 semanas após o parto,[1] embora as definições da duração do período pós-natal variem e possam chegar a até 12 meses após o parto.

As características da depressão pós-parto incluem culpa sobre os sintomas depressivos, sentimentos ambivalentes em relação ao lactente, vinculação prejudicada e ruminações obsessivas, incluindo pensamentos intrusivos sobre causar danos ao lactente. A depressão pós-parto deve ser distinguida da melancolia pós-parto (baby blues), na qual os sintomas geralmente desaparecem dentro de 2 semanas.

◇ Síndrome pré-menstrual e transtorno disfórico

» veja nossa abrangente cobertura sobre [Síndrome pré-menstrual e transtorno disfórico](#)

A síndrome pré-menstrual (SPM) é caracterizada por sintomas comportamentais e físicos cíclicos que ocorrem na fase lútea do ciclo menstrual (o período entre a ovulação e o início da menstruação). O transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) é uma variante mais grave que inclui pelo menos 1 sintoma afetivo. A depressão pode coexistir com a SPM ou o TDPM em até 50% dos casos. Um diagnóstico de SPM ou de TDPM pode anteceder um diagnóstico de depressão.[4]

◇ Transtorno afetivo sazonal

» veja nossa abrangente cobertura sobre [Transtorno afetivo sazonal](#)

O transtorno afetivo sazonal (TAS) é um subtipo de depressão maior e transtorno bipolar que ocorre nas mudanças das estações durante, pelo menos, um período de 2 anos. Mais comumente, manifesta-se com início de depressão no outono ou inverno e remissão completa dos sintomas na primavera ou no verão. O TAS ocorre mais comumente em altas latitudes. 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.[5] [6] [7] Algumas estimativas podem chegar a 9.7%.[8] Entretanto, essas diferenças provavelmente se devem às diferenças na amostragem e nos critérios diagnósticos utilizados.

◇ Transtorno bipolar em adultos

» veja nossa abrangente cobertura sobre [Transtorno bipolar em adultos](#)

Transtorno mental recorrente e às vezes crônico, o transtorno afetivo bipolar se caracteriza por períodos alternados de elevação do humor (mania ou hipomania) e depressão, associados a uma alteração ou prejuízo da capacidade funcional. A evolução em longo prazo da doença é caracterizada pela predominância da depressão, embora seja necessária uma história de pelo menos um episódio maníaco, hipomaníaco ou misto para diagnosticar o transtorno bipolar.

Transtorno bipolar, tipo I: pelo menos um episódio maníaco ou episódio misto.

Transtorno bipolar, tipo II: nunca ter tido um episódio maníaco franco; pelo menos um episódio hipomaníaco e pelo menos um episódio depressivo maior.[1]

◇ Transtorno bipolar em crianças

» veja nossa abrangente cobertura sobre [Transtorno bipolar em crianças](#)

A 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) não faz distinção em sua definição entre transtornos bipolares em adultos e crianças.[1] A prevalência em crianças é menor que em adultos, mas se torna mais frequente em adolescentes. Em crianças e adolescentes, a doença pode ser mais grave e os ciclos entre mania e depressão, muito mais rápidos. O diagnóstico pode ser controverso, pois os critérios se sobrepõem aos de outras condições da infância, como TDAH e transtorno desafiador de oposição.

◇ Manejo do risco de suicídio

» veja nossa abrangente cobertura sobre Manejo do risco de suicídio

O suicídio é uma das principais causas de morte globalmente. Em pessoas de 15 a 44 anos de idade, o suicídio é a quarta principal causa de morte e a sexta causa mais comum de doenças e incapacidade no mundo, o que o torna um importante problema de saúde pública. O manejo do risco de suicídio refere-se à identificação, à avaliação e ao tratamento de uma pessoa que mostre comportamento suicida. É um processo contínuo no tratamento de uma pessoa que apresenta um distúrbio mental, mas pode também ser relevante para quem nunca apresentou nenhum diagnóstico psiquiátrico prévio.

Artigos principais

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

Referências

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996 Nov;35(11):1427-39.
- Birmaher B, Brent D, Bernet W, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 Nov;46(11):1503-26. [Texto completo](#)
- Beck LE, Gevirtz R, Mortola JF. The predictive role of psychosocial stress on symptom severity in premenstrual syndrome. Psychosom Med. 1990 Sep-Oct;52(5):536-43.
- Levitt AJ, Boyle MH. The impact of latitude on the prevalence of seasonal depression. Can J Psychiatry. 2002 May;47(4):361-7. [Texto completo](#)
- 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. [Texto completo](#)
- 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.
- 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](#)

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:

Editorial Team,

BMJ Publishing Group

DIVULGAÇÕES: This overview has been compiled using the information in existing sub-topics.