



UFPG – UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

UAPSI – UNIDADE ACADÊMICA DE PSICOLOGIA

CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA

A depressão em “As faces de Helen”: Contribuições da Psiquiatria para a Psicologia

RAISSA GOMES NÓBREGA

**CAMPINA GRANDE – PB
MARÇO/2018**

RAISSA GOMES NÓBREGA

**A depressão em “As faces de Helen”:
Contribuições da Psiquiatria para a Psicologia**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, sob a orientação do Professor Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio.

**Campina Grande – PB
2018**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial "Tereza Brasileiro Silva",
CCBS - UFCG

N754d

Nóbrega, Raissa Gomes.

Depressão em "As faces de Helen": contribuições da psiquiatria para a psicologia /
Raissa Gomes Nóbrega. – Campina Grande, PB: O autor, 2018.

35 f. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Edmundo de Oliveira Gaudêncio, Dr.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal
de Campina Grande, 2018.

Inclui bibliografia.

1. Depressão. 2.CID-10. 3.Psicologia Clínica. I. Gaudêncio, Edmundo de Oliveira.
(Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.9 (813.3)

RAISSA GOMES NÓBREGA

**A depressão em “As faces de Helen”:
Contribuições da Psiquiatria para a Psicologia**

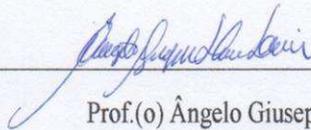
APROVADO EM: 12 / 03 / 2018

NOTA: 9,5

BANCA EXAMINADORA

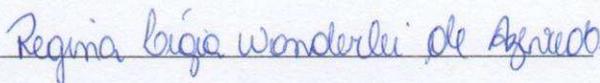


Prof.º Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio
Orientador



Prof.(o) Ângelo Giuseppe Xavier Lima

Examinador



Prof. (a) Regina Lígia Wanderlei de Azevedo

Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico este artigo aos profissionais da área de saúde e a todas as pessoas sensibilizadas pela temática da depressão.

AGRADECIMENTOS

Esse presente não seria possível sem o esforço em conjunto dos meus pais, irmão, amigos, professores e, sobretudo, de Deus. À Deus eu agradeço toda luz, força e amparo nos momentos de dificuldade em que pensei em desistir do Curso. Aos meus pais, pelo apoio, pelo amor incondicional e por terem acreditado em mim quando nem eu mesma acreditava. Pela paciência, compreensão e respeito às minhas limitações e por estarem sempre caminhando ao meu lado, não me deixando sentir só.

Agradeço à minha avó Lindalva, que hoje se encontra no céu, por todo amor recebido, amor esse que, junto ao da minha família, me fazem sentir merecedora do que é melhor e ser responsável pela missão de perpetuar esse amor em todos os meus atos.

Agradeço aos meus irmãos e primos mais próximos, pelo amor, pelas horas de conversa, pelos momentos de descontração e pelo orgulho de me sentir pertencente a uma família grande e unida.

Agradeço a todos os professores e colegas, por me proporcionarem o conhecimento através das aulas e dos momentos de discussão em sala, tendo a preocupação não apenas de ensinar, mas de me fazer compreender.

Agradeço ao meu orientador Edmundo Gaudêncio pelo suporte que lhe coube no pouco tempo disponível, pelas correções, pelo empenho e dedicação ao seu ofício de ensinar e por estar comigo em cada passo da elaboração deste trabalho. Sem sua amizade, nada disso seria possível. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, a minha gratidão.

RESUMO

Este artigo aborda o tema depressão e suas possíveis formas de manifestação. Tendo como base a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), tomaremos o filme “As faces de Helen” (2009) como material ilustrativo para análise do caso clínico apresentado pela personagem. Uma mulher cuja vida aparentemente perfeita é abalada por um episódio depressivo grave. A depressão, atualmente conhecida como “a doença do século”, devido a sua alta prevalência na sociedade, ganha visibilidade em decorrência da sua gravidade e de seu efeito debilitante no sujeito. O psicólogo clínico tem papel fundamental no que se refere à qualidade do diagnóstico e tratamento, tendo em vista que a depressão pode assumir diversas facetas e que o reconhecimento diferenciado de suas diversas formas de manifestação é fundamental para se traçar uma melhor proposta terapêutica para o sujeito.

Palavras-chave: Depressão, CID-10, Psicologia Clínica.

Abstract

This article brings about depression and the many ways of your manifestation. Having as a basis the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), we will take the movie “Helen” (2009) as a illustrative material to analyze the clinical case show by the main character. A woman whose life apparently perfect is shaken by a serious depression breakdown. The depression, knows as “the disease of the century” in our days, in due to her high prevalence in our society, acquires notability in consequence of your gravity and the debilitating effects on the subject. The clinical psychologist has the fundamental paper regarding about the diagnosis quality and treatment, considering that depression can assume many faces and the differential recognition in your many ways of manifestation is important to draw a better therapeutics propose to the subject.

Keywords: Depression, ICD-10, Clinical Psychology

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
REVISÃO DA LITERATURA	9
A DEPRESSÃO E SUAS FACETAS	12
RECONHECIMENTO DA DOENÇA.....	20
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS:	27
REFERÊNCIAS	28
ANEXOS	31
F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]	31

INTRODUÇÃO

A depressão tem-se constituído, na atualidade, como verdadeiro problema de saúde pública, dada a frequência de sua incidência e diagnóstico. Considerando que a classificação de seus subtipos é exposta na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e no Diagnóstico de Saúde Mental (DSM-IV) e a classificação de suas formas ou tipos nem sempre é devidamente levada em consideração por Psicólogos, perguntamos: o psicólogo sabe diagnosticar os diversos quadros de depressão descritos nas taxonomias acima citadas?

É justo isto o que nos propomos fazer neste Trabalho de Conclusão de Curso: discutir o conceito de depressão (será sintoma, síndrome ou doença?), apresentando suas principais formas de expressão, ao tempo em que nos utilizaremos de uma película cinematográfica (As faces de Helen – 2009), nos moldes de um caso clínico, com o objetivo de ilustrar a depressão, os sofrimentos por ela produzidos e o risco de vida, para o paciente, por ela determinado.

Sob essa ótica, o presente trabalho se justifica dada a alta incidência de depressão, em seus múltiplos subtipos, considerando-se, ainda, a gravidade de tais quadros clínicos, dada a sua ligação com o suicídio, e a importância que tem o Psicólogo Clínico neste cenário, tendo em vista que o tratamento de tais transtornos é de competência, não apenas do psiquiatra, mas também do psicólogo, assim como também é de responsabilidade deste, quando solicitado, a elaboração de laudos e atestados, em conformidade com a classificação exposta no CID-10.

Isso posto, é nosso objetivo geral estudar a depressão e suas formas de expressão clínica, discutindo, especificamente, as formas mais graves de sua manifestação, ilustrando as vivências provocadas por essa doença a partir de uma película

cinematográfica: “As faces de Helen”, expressando tal conteúdo sob a forma de um ensaio desenvolvido a partir de uma pesquisa exploratória sobre o tema, com o intuito de aprofundar os conhecimentos sobre a depressão, nele tomando como material ilustrativo o filme “As faces de Helen” nos moldes de um caso clínico ilustrativo da taxonomia exposta pela CID-10, o que acreditamos, é de utilidade para o Psicólogo Clínico em geral, dada a incidência das diversas formas de depressão em qualquer fase da vida humana.

REVISÃO DA LITERATURA

A depressão vem sendo amplamente discutida nos últimos tempos, tornando-se foco de estudos, debates e pesquisas. Esse fenômeno se dá não apenas pelo aumento significativo de diagnósticos, mas também pela gravidade desse estado afetivo. Para Tavares (2010), estamos nos deparando com uma sociedade cada vez mais “depressiva”, ao mesmo tempo em que o termo “Depressão” vem sendo cada vez mais banalizado e atualmente é utilizado para referir-se a uma pessoa quando ela, por exemplo, está simplesmente desanimada ou ocasionalmente desmotivada para uma atividade, sendo tomada como o contrário de alegria, uma vez que se acredita ser a tristeza a característica proeminente do estado depressivo. Posto isso, o que seria então a depressão propriamente dita?

A depressão, segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (1993) é considerada um transtorno de humor e, como afirmam Rodrigues (2000), *apud* Ferreira, Gonçalves e Mendes (2014), seu diagnóstico dar-se sobretudo através da presença de humor deprimido, agitação psicomotora ou lentificação psicomotora,

fadiga, alterações de sono e de apetite, ideias excessivas de culpa, pensamentos de morte, ideação suicida e tentativa suicida.

Porto (1999) assevera que a depressão pode se expressar de diversas formas e ser determinada por diversos fatores, resultando, por exemplo, de estresse pós-traumático, demência, alcoolismo ou integrando o quadro clínico do Transtorno Bipolar tipo I e II ou da ciclotimia, ocasiões em que a depressão é entendida como um *sintoma*. Pode ser compreendida como *síndrome*, quando associada a outras alterações de humor, como tristeza, irritabilidade, apatia, além de alterações psicomotoras e cognitivas. E, por fim, a depressão pode ser entendida como *doença*, atualmente sendo classificada como, por exemplo, em Transtorno Depressivo Maior (TDM), ou Distímia. Em todos os casos, o seu diagnóstico deve levar em consideração sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais.

Cercada de tabus e estigmas sociais, a depressão vem se tornando um caso de saúde pública devido ao aumento considerável do número de sua ocorrência e diagnóstico. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde a década de 1990, a depressão vem ocupando uma posição de destaque no rol dos problemas de saúde pública (Fonseca, Coutinho e Azevedo, 2008) e ainda segundo a OMS, até o ano de 2020, a depressão será a segunda maior moléstia que afetará os países desenvolvidos e a primeira que afetará os países em desenvolvimento (Coutinho et al., 2003 apud Fonseca, Coutinho e Azevedo, 2008, p. 492). Esses dados tornam-se alarmantes se observarmos que, além de, em grande parte dos casos, incapacitar o sujeito, a depressão também pode levar a um desfecho fatal: o suicídio.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, apud Gonçalves et al. (2011), na maioria dos países, o suicídio situa-se entre as três causas de morte mais frequentes entre adolescentes e adultos jovens no mundo. O suicídio, para Chachamovick et al.

(2009), é considerado o desfecho de um fenômeno complexo e multidimensional, decorrente da interação de diversos fatores, os quais frequentemente determinam depressão, porta de entrada mais frequente para o suicídio frustrado ou consumado.

A depressão, problema clínico hoje, mais que antes, posto em evidência social, justo também por isso, não é incomum às Artes e ao mundo dos artistas. Um exemplo conhecido é o de Van Gogh (1853-1890), um pintor holandês que, segundo o *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial* (2010), sofria de transtorno afetivo bipolar (TAB) e, em uma das fases depressivas, atira contra o próprio peito, após proferir as palavras “*La tristesse durera toujours*” (“A tristeza durará para sempre”). Na literatura, o melhor exemplo do sofrimento determinado pela depressão é o suicídio de Virgínia Wolff (1882-1941). No cinema, além do suicídio de Marilyn Monroe (1926-1962), verificamos que, mais que nunca, a depressão tem servido de tema para a produção cinematográfica, como, por exemplo, os filmes “*Melancolia*”, de 2012, escrito e dirigido por Lars Von Trier; “*As Horas*”, de 2002, sob a direção de Stephen Daldry; “*Geração Prozac*”, 2001, direção de Erik Skjoldbjaerg; “*Direito de amar*”, 2009, de Tom Ford; “*Terapia de risco*”, 2013, com direção de Steven Soderbergh e muitos outros.

Dentre todos esses exemplos citados, tomamos o filme “*As faces de Helen*” como material ilustrativo para uma discussão clínico-psicológica da depressão. “*As faces de Helen*”, direção de Sandra Nettelbeck, 2009, EUA, tem seu elenco principal formado por Ashley Judd (Helen), Goran Visnjic (David), Lauren Lee Smith (Mathilda) e Alexia Fast (Julie). O filme conta a história de Helen, uma mulher que tem a vida aparentemente perfeita, com família e emprego estáveis. Essa estabilidade, porém, é abalado por um grave episódio depressivo que foi desencadeado sem nenhum motivo aparente. É possível perceber isso nas cenas iniciais do filme, quando Helen diz para si mesma “Eu não vejo chegar, mas posso sentir. Está lá!”, referindo-se à sua doença e ao

episódio depressivo pelo qual estava sendo tomada. O filme retrata a depressão em sua trágica realidade, mostrando os seus efeitos devastadores e a importância do tratamento e apoio da família e amigos nesse momento.

Isso posto e como referido, o objetivo do presente trabalho é analisar a depressão e suas formas de expressão, a partir da articulação com o drama vivido pela personagem Helen e, simultaneamente, servir de estudo que possa auxiliar o psicólogo no diagnóstico da depressão, enquanto sintoma, síndrome ou transtorno mental, sobretudo considerando que os subtipos da depressão são expostos em manuais de classificação ou taxonomia, tais como propostos pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ou Pelo Diagnóstico em Saúde Mental (DSM-V), nem sempre adequadamente estudados por psicólogos, dada a sua função clínica estar voltada notadamente para o compreender e secundariamente o tratar, apontando que, aqui, apenas nos utilizaremos das observações arroladas na Classificação Internacional de Doenças, não levando em consideração as observações e apontamentos referidos pelo Diagnóstico em Saúde Mental (DSM-V).

A DEPRESSÃO E SUAS FACETAS

Ainda não existe um consenso, por parte da literatura especializada, em relação ao limite que deva ser ultrapassado para que um dado sofrimento psíquico possa ser considerado patológico. Mensurar a experiência humana não é algo tão simples. Em termos gerais, a vida é suscetível a acontecimentos bons, ruins, trágicos, que despertam em nós diversos tipos de sentimentos e que nos colocam, até certo ponto, na posição de escolher quais caminhos devemos seguir e que respostas dar a um mal inevitável que

nos tenha acometido. Tais experiências no geral produzem no ser humano vivências enriquecedoras de experiência e amadurecimento. Porém, essas mesmas experiências, podem, por outro lado, ser experienciadas pelo sujeito de uma maneira a determinar sofrimento a tal ponto insuportável que se torne a sua existência incompatível com a vida, quando ele se torna refém de sentimentos de incapacidade, culpa e desespero. Esse seria o ponto então que poderíamos considerar patológico, quando esse vazio toma corpo e esse corpo, que contém uma alma, perde qualidade de vida e sentido de existência.

Como bem ilustrado em um trecho do filme “As faces de Helen”, quando o psiquiatra responde a David, marido de Helen: “Sua esposa não está triste, ela está doente”. Ou seja, há diferenças substanciais entre tristeza e depressão. Tristeza, segundo o léxico comum é “qualidade ou estado do que é triste; mágoa; aflição; pena; angústia” (BUARQUE DE HOLLANDA, 2017). Enquanto isso,

A depressão é uma das situações que espelha bem esta continuidade entre o normal e o patológico. As experiências depressivas são universais em resposta às perdas e ameaças prolongadas que naturalmente vão ocorrendo na vida de cada um. Tornam-se patológicas quando excessivamente intensas, quando persistem mais do que um certo tempo, quando comprometem o funcionamento da pessoa ou quando esta as sente como estranhas a si (GUSMÃO, R. 2005).

Apesar da sua alta prevalência na população e dos prejuízos por ela causados em todas as esferas da vida, não só da pessoa doente, mas da família com quem este sujeito convive, a depressão ainda tem sido muito subestimada e estigmatizada. Entretanto, muitos estudos têm sido realizados a fim de descobrir a etiologia da depressão e traçar um melhor tratamento. Apesar dos estudos ainda trazerem ideias controversas, supõe-se que os fatores causadores dessa doença estão entre as causas biológicas, psicológicas e sociais, ainda não cabalmente demonstradas.

A depressão, por tanto, não é meramente um estado de tristeza, no qual a pessoa passa por situações de sofrimento que resulta em choro e isolamento. O termo depressão se popularizou e, como consequência, resultou na banalização dessa forma de adoecer psíquico, sobretudo grave quando manifesto nos quadros clínicos de Transtorno Bipolar, tal qual o diagnóstico formulado pelo psiquiatra de Helen, no filme antes citado.

Helen é uma mulher bonita, que tem uma relação boa com a sua família e se sente realizada em seu emprego de professora de música. Entretanto, apesar da sua vida aparentemente perfeita, ela esconde a sua doença devido à dificuldade que tem de lidar com seu sofrimento. As cenas iniciais do filme já dão indícios de prelúdios depressivos os quais evoluirão para um episódio depressivo grave, resultando em tentativa de suicídio. É possível notar a evolução dos sintomas da personagem, os quais se tornam cada vez mais graves, ao passo que as cenas vão adquirindo tons mais frios e cinzentos, denotando um maior sofrimento e vazio mais profundo vividos por Helen, a qual vivencia todos os sintomas comuns da depressão.

O filme mostra a dificuldade que, para Helen, é se abrir para os familiares, mostrando também o sentimento de impotência de parte do marido e da filha, devido às várias tentativas de ajudas frustradas. Estas cenas ilustram os esforços que, na vida real, tanto da família, como de parte do próprio paciente, passam para conseguir fazer com que a pessoa com depressão consiga se abrir e procurar um tratamento.

Sandra Nettelbeck consegue mostrar de maneira muito clara a gravidade dessa doença e a importância, não apenas de se buscar um tratamento correto, mas do apoio dos familiares e amigos, apresentando de modo comovente as duas realidades da personagem Helen e de sua amiga Mathilda, que sofria da mesma doença. Helen, que conseguiu apoio da família e dos mais próximos, teve forças e motivos para continuar

vivendo, mesmo diante do tamanho vazio e dor nos quais se encontrava, apresentando então, formas de tratamento e desfechos diferenciados para as histórias clínica e pessoal das duas personagens.

A doença acometida pela protagonista do referido filme é F31.4 (Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos), dando-se ênfase, neste trabalho, ao episódio depressivo desenvolvido pela personagem, em detrimento de outras formas clínicas da depressão. Helen representa a realidade de milhares de pessoas que atualmente estão sofrendo do mesmo mal, a ponto de tornar-se um problema pessoal, familiar e de saúde pública.

A partir de elementos teórico-psiquiátricos descritos na literatura especializada e em se considerando a diversidade de manifestações clínicas, não se deveria dizer melhor “depressões” que “depressão”, mesmo considerando-se uma sintomatologia geral comum a diversos quadros clínicos a que compareça a depressão? Parece-nos que sim – no que conosco concorda Gusmão (2005, p. 12):

O termo depressão pode descrever um conjunto de fenómenos, que em continuidade, oscilam entre o humor depressivo comum, vulgo tristeza – a qual afecta transitoriamente a totalidade das pessoas e é uma emoção normal – até ao patamar de uma doença médica grave onde essa tristeza se torna inamovível ao longo do tempo, em níveis de intensidade marcada, e em associação com vários outros sintomas psicológicos e somáticos, comprometendo o funcionamento pessoal e social do indivíduo, e eventualmente, da própria vida.

Enumerar e descrever todos os quadros clínicos enunciados pela CID-10 seria algo extremamente maçante (vide Anexo), mesmo entendendo que, sem o recurso à classificação, pouco se saberia acerca das causas e dos tratamentos adequados para os vários tipos de perturbações depressivas, nem tão pouco seria possível abordar as relações específicas entre fatores sociais, psicológicos e biológicos, enquanto o trabalho clínico é igualmente beneficiado pela existência de uma classificação (KENDELL, 1975 *apud* GUSMÃO 2005), uma vez que a porta de entrada para um tratamento é

representada pelo diagnóstico da doença ou transtorno a ser tratado, dele também dependendo o prognóstico ou evolução do quadro clínico sob terapêutica.

Gusmão (2005) menciona os critérios de classificação, apontados pela CID-10, para o diagnóstico de um episódio depressivo. Sendo eles divididos em:

-Sintomas Nucleares:

1. Humor depressivo
2. Diminuição do apetite
3. Diminuição da energia ou aumento da fadigabilidade

-Sintomas Acessórios:

4. Perda de confiança ou da auto-estima
5. Sentimentos de culpa inapropriada
6. Pensamento recorrente de morte ou suicídio
7. Lentificação ou agitação psicomotora
8. Insônia ou hipersonia
9. Ganho ou perda de apetite e peso (>5%) num mês.

Expondo de forma clara e elucidativa as diversas formas de depressão, concordamos com Moreira, quando ele afirma:

Na literatura, encontram-se descritos os seguintes tipos de depressão: transtorno depressivo maior, depressão reativa, depressão atípica, depressões catatônicas, depressão crônica (distímia), transtorno afetivo bipolar e outros. Os tipos mais comuns são o transtorno depressivo maior e o transtorno afetivo bipolar (MOREIRA et al. 2013, p. 2).

O transtorno depressivo maior (TDM), segundo Machado et al., (2009) é uma doença crônica e recorrente que frequentemente ocasiona incapacidade funcional e comprometimento da saúde física e mental. Além de alterações cognitivas, sobretudo na atenção, que implicará em dificuldades nas funções psicomotoras, executivas,

capacidade de aprendizagem e memória. Na literatura, de acordo com Barbosa, Macedo & Silveira (2011), a ligação entre o suicídio e os transtornos mentais é de mais de 90%. Entre os transtornos mentais associados ao suicídio, a depressão maior se destaca.

Sendo assim, temos que, como menciona Gusmão (2015), no TDM é necessário que se apresentem pelo menos 2 dos 3 sintomas nucleares e 2 dos 7 sintomas acessórios, por um período de duas semanas em diante, excluindo-se situações relacionadas ao uso de substâncias psicoativas e de alguma perturbação mental orgânica. Para que seja excluída a possibilidade do diagnóstico de episódio maníaco ou hipomaníaco, é necessário um período de remissão mínimo de dois meses entre dois episódios independentes consecutivos.

Por outro lado, o Transtorno Reativo nada mais seria que a vivência de depressão desencadeada como reação a uma situação objetiva e concreta, graças a que tal quadro apenas se configura como patológico ou pela duração excessivamente prolongada ou pela desproporção entre uma perda sofrida e a intensidade do luto manifesto.

Na Depressão Atípica, ainda segundo Gusmão (2005), a fadiga marcada é secundária à sintomatologia ansiosa somática e insônia noturna e associação a fobias e sintomas neurovegetativos como sejam, mau humor vespertino, hipersonia durante o dia e hiperorexia e irritabilidade. Ainda sobre a depressão atípica, acrescenta Porto (1999):

O conceito de depressão "atípica" refere-se (de modo muito típico) a "peso" nos membros e sintomas vegetativos "reversos" (opostos aos da depressão melancólica), como aumento de peso e do apetite, em particular por conta de carboidratos e hipersonia. Além disso, descreve-se como característica constante das pessoas sujeitas a esse tipo de depressão um padrão persistente de extrema sensibilidade à percepção do que consideram como rejeição por parte de outras pessoas. Episódios com características "atípicas" são mais comuns nos transtornos bipolares (I e II), no transtorno depressivo com padrão sazonal.

A Depressão Catatônica, afirma Porto (1999), configura-se dentro de um quadro clínico caracterizado por intensas alterações psicomotoras, dentre elas: imobilidade quase completa ou atividade motora excessiva, negativismo extremo, mutismo, estereotípias, ecolalia ou ecopraxia (obediência ou imitação automática). Essa imobilidade completa pode se apresentar como estupor (estupor melancólico), sendo referido que essa forma de sintoma é dificilmente encontrada nos dias atuais devido às facilidades de um diagnóstico e tratamento que impeçam a evolução do quadro até esse estágio, referindo, ainda, que, em pessoas jovens, o aparecimento de acentuada lentificação psicomotora e de formas sutis de estupor é quase sempre indicativo de doença bipolar, a qual poderá se manifestar posteriormente através de fases maníacas. O autor aponta também a importância de um diagnóstico diferencial e cuidadoso com a catatonia induzida por condição médica geral, por drogas ou medicamentos, e com a esquizofrenia catatônica.

A Distímia, por sua vez, segundo Spanemberg & Juruena (2004), é uma depressão crônica, de sintomatologia menos intensa do que a depressão maior. A forma como essa depressão se apresenta no sujeito, por meio de sintomas brandos e insidiosos, causa grandes prejuízos à qualidade de vida dos pacientes, uma vez que a ausência do reconhecimento da doença dificulta o seu reconhecimento e, por consequência, o tratamento. Esses mesmos autores citam que pacientes com transtornos distímicos geralmente são rabugentos, queixosos, tensos e sarcásticos. Há um rebaixamento crônico do humor, persistindo por vários anos. Porém, a gravidade dos seus efeitos é pequena, não se encaixando na qualificação de um transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve.

Por fim, o Transtorno Afetivo Bipolar também se caracteriza por sintomas depressivos, podendo ser classificado, de acordo com o tipo do episódio atual, em

hipomaníaco, maníaco ou depressivo. Os episódios maníacos são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos. Os episódios depressivos são classificados de acordo com as regras descritas no CID-10 F32. O transtorno afetivo bipolar inclui ainda os episódios mistos (CANDIDO, M. C. F. S; FUREGATO, A. R. F, 2008 *apud* MOREIRA *et al.* 2013).

De acordo com o CID-10, o transtorno afetivo bipolar - F31 (vide Anexo) é caracterizado pela perturbação de humor e no nível de agitação do sujeito, consistindo em aumento da energia e atividade (hipomania e mania) e rebaixamento do humor e da energia (depressão). Exposto isso, dentre seus subtipos, temos os quatro mais importantes:

1. F31.3 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo leve ou moderado (F32.0 ou F32.1), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem comprovado.

2. F31.4 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos.

Episódio atual correspondentes à descrição de um episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem documentado.

3. F31.5 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem comprovado.

Para Gusmão (2005), raramente o sintoma de humor depressivo isolado, que não esteja associado a outros sinais ou sintomas, será considerado patológico. Pode ser então ser um traço constituinte da personalidade estável, constante desde a infância ou adolescência, considerando que “A perturbação depressiva pode ser secundária a doenças físicas, a outras doenças psiquiátricas, ao efeito iatrogénico de fármacos e a acontecimentos de vida, dificuldades adversas e outras fontes de stress” (TENNANT & BEBBINGTON 1978; KENDLER *et al* 1995; HEIM *et al* 1997; KENDLER *et al* 1999; O'KEANE 2000; ORMEL *et al* 2001 *apud* GUSMÃO, 2005).

RECONHECIMENTO DA DOENÇA

As depressões com muita frequência não são identificadas antes de seu agravamento. O paciente, por desconhecimento ou negação, atribui seus sintomas a causas orgânicas diversas (cansaço, estresse, sobrecarga de trabalho ou de estudo). Os familiares, por seu turno, por falta de atenção eventualmente derivada da falta de tempo para com as relações familiares, não percebem as mudanças de hábitos e comportamentos do paciente cada vez mais isolado ou solitário. A sociedade, por conta

de processos estigmatizantes quanto aos transtornos emocionais, tomados como “fraqueza moral”, em lugar de abrir janelas, fecha portas ao acolhimento de queixas depressivas que frequentemente comparecem às Unidades Básicas de Saúde, não sendo identificadas. Sendo prescritos, aos pacientes, usualmente, tratamentos sintomáticos para suas queixas clínicas, como insônia ou anorexia (ALMEIDA et al., apud Gusmão 2005).

É fundamental que se busque ajuda logo quando os sintomas começam a aparecer, vez que essa resistência dificulta não só a procura de um profissional, como também a permanência do paciente no tratamento, tendo em vista que é muito comum o abandono (ou falta de adesão) da psicoterapia e/ou uso de medicamentos (quando necessários), por acharem que já estão bem ou, em outros casos, por falta de paciência quanto à espera do tempo terapêutico necessário ou, ainda, por conta de efeitos farmacológicos colaterais (diminuição da libido, dificuldade ejaculatória, aumento de peso). Doutra parte, o estigma social associado à depressão aumenta no sujeito o medo de admitir que esteja vivenciando um sofrimento de causas psíquicas. Como na película que usamos para ilustrar a temática em questão, Helen apresentou o seu primeiro episódio ainda no seu primeiro casamento, porém se mostrava resistente e negava ajuda do seu antigo marido, de tal forma que o casamento foi abalado pelo transtorno e ela o deixou. Como é característica do transtorno bipolar, os episódios de hipomania, mania ou depressão podem surgir sem qualquer motivo aparente, e foi o que aconteceu com a personagem. Anos depois de sua primeira crise, Helen volta a sentir os primeiros sinais de nova crise que finda tomando-a por completo.

As cenas trazem os momentos em que ela passa a perder o prazer pela vida, resultando em isolamento social, o descaso para com a aparência e a sua postura corporal já demonstra um semblante abatido e sem vida. A perda da capacidade de

concentração e de raciocínio começa a afetar as suas aulas e suas atividades domésticas. Esses sintomas, quando não tratados no início, vão se agravando e abrindo porta para novos sintomas, deixando o sujeito cada vez mais refém da doença.

Teodoro (2010) traz algumas estratégias em favor da busca pelo tratamento, dentre elas, estão: escutar as queixas da pessoa deprimida, evitando fazer comentários que banalizem o seu sofrimento; oferecer companhia na ida à consulta; paciência e tolerância que podem produzir uma indispensável relação de confiança. Pressionar demais pode causar o efeito contrário; em casos mais graves, é aconselhável que familiares e amigos procurem a ajuda de um profissional para que sejam orientados sobre a doença e que cuidados devem ser tomados com uma pessoa deprimida, principalmente quando há risco de suicídio.

Clarificando o que temos vindo a afirmar, muitos doentes com depressão não são tratados porque não acedem aos contextos onde lhes podem ser prestados esses cuidados, ou ainda porque o diagnóstico não é realizado, ou porque não estão disponíveis as competências para o tratamento, ou porque não existem serviços para o tratamento de formas mais graves da perturbação (GUSMÃO, 2005, p. 95)

Tendo em vista tudo o que foi exposto, o psicólogo clínico acaba desempenhando um papel fundamental no que se refere ao diagnóstico e tratamento da depressão, posto que o psicólogo atua em diversas áreas, como em empresas, hospitais, escolas, instituições públicas e, o mais tradicional, consultório, servindo de colaborador, tanto para a equipe, no sentido de orientar e trocar conhecimentos técnicos e teóricos, quanto para os funcionários, pacientes e usuários dos serviços. Essa colaboração parte do olhar sensível e profissional do psicólogo sobre o adoecer psíquico e as suas facetas, de modo que ele as identifique e faça as devidas intervenções.

O psicólogo que trabalhe nas organizações, empresas, escolas e nos serviços públicos, poderá, a partir da psicoeducação, orientar sobre as diversas formas de

depressão, para que haja um maior esclarecimento sobre a gravidade dessa doença e a necessidade de se procurar ajuda e, quando, sob suspeita, considerar que alguma pessoa está padecendo desse sofrimento, encaminha-la para um psicólogo clínico para que o mesmo proceda de modo a diagnosticar e instituir o tratamento adequado (usualmente, a depender da intensidade da depressão, psicoterapia associada a psicofarmacoterapia)

Dessa forma, é de suma importância que o psicólogo clínico seja capacitado para dialogar com as mais diversas áreas, uma vez que ele não estará em contato apenas com pacientes, mas com outros profissionais pelos quais estarão vindos os devidos encaminhamentos. O CID-10 servirá, nesse sentido e por tanto, como parâmetro para uma classificação nosológica que ofereça uma linguagem comum a psicólogos e psiquiatras. Dito de outra forma, tal conhecimento permitirá ao psicólogo clínico uma maior aproximação ao psiquiatra (cuja presença é primordial, sobretudo nos casos mais graves de doença mental). É o trabalho conjunto desses dois profissionais que oferecerá ao paciente um tratamento eficaz, posto que o uso do psicofármaco e a terapia deverão ser entendidos como ferramentas aliadas nesse processo no qual a falta de diálogo entre estes dois profissionais poderá comprometer o acolhimento e tratamento do paciente, nesses casos sempre exposto ao risco de suicídio.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Não é raro que um episódio depressivo seja um sintoma decorrente do transtorno bipolar afetivo. Neste caso, a depressão tende a ser a fase mais intensa e perturbadora para o sujeito quando comparada as fases maníacas e hipomaníacas. O

diagnóstico para a depressão é clínico e ele se baseia na presença dos sintomas mencionados anteriormente, bem como na história de vida do paciente e histórico familiar. Como referido acima, Helen apresenta quadro de F31.4 (Transtorno afetivo bipolar; episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos). Ao apresentar os sinais mais evidentes desse quadro, Helen é levada ao hospital pelo seu marido, que até então não tinha conhecimento da doença de sua esposa. Após descartar as causas de origem orgânica, ela é encaminhada ao médico. Uma frase marcante dessa cena é a fala do psiquiatra dirigida ao marido de Helen, que se encontrara indignado por nunca ter percebido isso antes: “Não é incomum, alguns escondem bem. Deveria ver os ‘atores’ que temos na ala do suicídio!”. Esta fala serve de alerta para que entendamos que muitas vezes uma pessoa que está padecendo dessa doença consegue, com muito esforço, conviver normalmente sem que ninguém perceba que ela está necessitando de ajuda. Os sinais, apesar de evidentes, são muito sutis e passam despercebidos pelo olhar dos familiares. E a pessoa segue, como que em regime de “piloto automático”, cumprindo com a sua rotina na medida do possível. Entretanto, muitas vezes as evidências corporais, tais como o olhar abatido e sem brilho, que pouco se ergue para olhar nos olhos das outras pessoas, postura encurvada, cabeça baixa e fala tímida, podem ser observados, pois dificilmente são escondidos pelo doente.

O psiquiatra de Helen prescreve-lhe antidepressivos e um ansiolítico, alertando que os efeitos dos medicamentos precisarão de um tempo de dois meses para que os seus resultados sejam percebidos. E alerta sobre os possíveis efeitos colaterais.

Nas semanas iniciais, quando o medicamento ainda não atingiu o seu tempo de resposta terapêutica e os efeitos colaterais estão em evidência, é importante que a família redobre a atenção e ofereça o apoio para que a pessoa deprimida não cometa nenhum ato autodestrutivo ou abandone o tratamento. A primeira tentativa de suicídio

de Helen no episódio depressivo aqui mencionado deu-se logo após iniciar o tratamento farmacológico (lembrando que os antidepressivos primeiro melhoram a vontade, apenas secundariamente melhorando a depressão, o que pode levar execução de ideação suicida subjacente e antes não atualizada por conta da vontade extremamente diminuída).

O tratamento para depressão deve levar em consideração a intensidade e frequência dos episódios depressivos, além dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo. Helen, após a segunda tentativa frustrada de suicídio, houve que ser internada, entendendo-se que a internação, praticada de forma humanitária e respeitosa da dignidade humana, possibilita melhor controle sobre os fármacos aplicados e mais intensa vigilância sobre o paciente.

O número de formas de tratamentos e antidepressivos são os mais variados, isso possibilitando ao psiquiatra e ao psicólogo clínico uma maior flexibilidade para encontrar uma abordagem terapêutica adequada ao seu paciente. Impor determinado tratamento pode dificultar a aderência do paciente ao mesmo. Vale ressaltar que o tratamento apropriado deve ser escolhido em parceria com o paciente e, em muitos casos, o tratamento não deve vir apenas por uma via, psicoterapia ou psicofarmacoterapia, apenas. O uso de medicamentos, psicoterapia, apoio de familiares e amigos, prática de exercícios físicos, uma boa alimentação, muitos outros fatores podem e devem estar associados ao tratamento da depressão, como afirmam Matos e Souza, (1999):

As intervenções psicoterápicas podem ser de diferentes formatos, como psicoterapia de apoio, psicodinâmica breve, terapia interpessoal, comportamental, cognitiva comportamental, de grupo, de casais e de família. Fatores que influenciam no sucesso psicoterápico incluem: motivação, depressão leve ou moderada, ambiente estável e capacidade para *insight*. Mudanças no estilo de vida deverão ser debatidas com cada paciente, objetivando uma melhor qualidade de vida.

Ainda conforme Matos e Souza (1999) os antidepressivos produzem, em média, uma melhora dos sintomas depressivos de 60% a 70%, no prazo de um mês, enquanto a taxa de placebo é em torno de 30%.

Por conta de resultados pouco promissores quanto à psicofarmacoterapia, foi sugerido a Helen a ECT (eletroconvulsoterapia), cuja eficácia equivale à dos antidepressivos. Lembrando que, para a psiquiatria, este método é utilizado apenas e tão-somente quando o paciente não responde ao medicamento e o risco de suicídio se torna eminente, devendo ser aplicado exclusivamente sob anestesia geral e por pessoal tecnicamente bem preparado, devendo ser discutido com o paciente, quando possível, e sempre e obrigatoriamente com os familiares, sob assinatura de Termo de Consentimento:

A eficácia da ECT em tratar sintomas depressivos está estabelecida por meio de inúmeros estudos desenvolvidos durante as últimas décadas. Segundo Prudic, a ECT é o tratamento biológico mais efetivo para depressão atualmente disponível, já que nenhum outro tratamento até então tenha se mostrado superior à ECT no tratamento da depressão maior em estudos controlados (ANTUNES et. al, 2009).

O filme traz cenas comoventes entre os personagens. Em uma delas, Helen pergunta a Mathilda: “As cinco melhores formas de se matar?” e Mathilda responde: “As cinco melhores maneiras de se viver?”. O filme demonstra um comparativo da realidade dessas duas personagens. Após o encontro com sua filha, Helen conseguiu enxergar um motivo para viver e forças para aderir ao tratamento. O sentido pela existência é algo fundamental para o ser humano e que o impulsiona a encontrar forças mesmo diante de tamanho sofrimento. Helen encontrou esse sentido no amor da sua família.

O sentido oferece ao sujeito a capacidade de enxergar na dor uma oportunidade de crescimento. E para Helen, esse foi o ponto crucial, para que, mesmo atormentada pela doença, ela se sobrepusesse a todo o mal e buscasse a sua melhora, optando por

aderir ao tratamento. Silveira e Mahfoud (2008) trazem o pensamento de Victor Frankl (1905-1997), quando afirmam que, em momentos de sofrimento inevitável e extremo, o que se requer da pessoa é que suporte a incapacidade de compreender racionalmente que a vida tem um sentido incondicional, não obstante as circunstâncias.

Frankl (1946/1989a, 1948/1993) enfatiza que o ser humano é livre para realizar um sentido e escolher o que fazer de sua vida, e esta liberdade expressa-se a cada momento presente, a cada instante. Como os momentos são transitórios, precisa-se vivenciar a atitude mais sensata, sem perder a chance de concretizá-la. Então, construir resiliência é algo que se faz a cada momento, a cada escolha (SILVEIRA & MAHFOUD, 2008, p. 573).

Minutos antes ao se submeter ao procedimento de ECT, Helen reflete: “Não importa o quanto seja longa a jornada, ou a profundidade da descida, no fim foi preciso um último passo. Um passo entre mim e a loucura, entre a dor e o nada. Um único e pequeno passo”. Não quero com isso menosprezar a doença ou subestima-la, pois a depressão é uma patologia grave que, além de incapacitar o sujeito, deixando-o meses em isolamento, pode também levar à morte. Porém, quero, para além disso, mostrar que, apesar de toda a fraqueza física, espiritual e psicológica que a doença possa gerar no ser humano, ele poderá determinar uma escolha diária e árdua, de luta contra a doença e optar pela vida. Será a escolha de dar um passo, todos os dias, a caminho de sua melhora, passo esse no qual o psicólogo é imprescindível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

É com grande generosidade que o filme “As faces de Helen” oferece uma leitura clara e honesta sobre a vida de uma pessoa que convive com o Transtorno Bipolar e, mais ainda, que convive com a depressão. Os personagens, demasiadamente humanos,

retratam a dificuldade que é, não só para a doente, mas para os seus familiares, conviver com aquilo que hoje conhecemos como “o mal do século”.

“Lembro de ter a sensação de que a realidade é fina. Eu acho que é fina como um gelo de um lago após esquentar. E preenchemos nossa vidas com ruídos, luz e movimento para esconder a finura de nós mesmos”. Neste trecho, Helen mostra a fragilidade do ser humano e o quanto nós ignoramos quanto a essa realidade que é muitas vezes preenchidas por dor e mágoas. Por isso a importância do cuidado consigo mesmo, pois a depressão é uma doença que pode afetar qualquer pessoa independente da sua idade, sexo, raça ou condição social.

O trabalho sobre depressão, a partir da análise do filme “As Faces de Helen”, cuja análise, amparada na CID-10, exigiu-nos esforços que objetivaram clareza de exposição sobre um verdadeiro emaranhado de diagnósticos cujo elemento comum é a depressão, apresentada de formas e gravidades diferentes – fatores motivantes da própria classificação, a qual há que ser tomada como um mapa capaz de nos guiar rumo a uma melhor compreensão da pessoa que a apresenta, isso significando dizer que o elemento a ser priorizado é a pessoa a ser acolhida e não o transtorno mental a ser tratado.

REFERÊNCIAS

Tavares, L. A. T. (2010). A depressão como "mal-estar" contemporâneo. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/j42t3/pdf/tavares-9788579831003-03.pdf>

Ferreira, R., Gonçalves, C. & Mendes, P. (2014). Depressão: do transtorno ao sintoma.

Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0828.pdf>

Porto, J. A. (1999). Conceito e Diagnóstico. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a03.pdf>

Fonseca, A. Coutinho, M. P. & Azevedo, R.L. (2008). Representações Sociais da

Depressão em Jovens Universitários Com e Sem Sintomas para Desenvolver a

Depressão. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n3/v21n3a18>

Gonçalves, L., Gonçalves, E. & Lourival Batista de Oliveira, L. B. (2011).

Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-63512011000200005

Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N. & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a04v31s1>

Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial (2010). Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442010000100001

Gusmão, R., (2005). *Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento*. Disponível em:

<https://run.unl.pt/bitstream/10362/5507/3/Gusm%C3%A3o%20Ricardo%20TD%202005.pdf>

- Moreira, A., Santos, M., Santos, J. & Oliveira, M. (2013). *Depressão: um transtorno de humor*. Disponível em: http://www.fjn.edu.br/iniciacaocientifica/anais-v-semana/trabalhos/poster/Rivonilda_poster.pdf
- Spanemberg, L. & Juruena, M. (2004). *Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000300007
- Teodoro, W. L. (2010). *Depressão corpo mente e alma*. Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/depressaocma.pdf>
- Matos, F. & Souza (1999). *Tratamento da depressão*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500005
- Antunes, P. B., Rosa, M. A., Abreu, P. S., Lobato, M. I., Fleck, M.P. (2009). *Eletroconvulsoterapia na depressão maior: aspectos atuais*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000500005
- Silveira, D. & Mahfoud, M. (2008). *Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a11v25n4.pdf>
- Machado, N., Parcias, S., Santos, K. & Silva, M. (2009). *Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n3/06.pdf>
- Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologia em saúde. VI nº 18, (2011). *Antidepressivos no Transtorno Depressivo maior em adultos*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/brats_18.pdf

Barbosa, F., Macedo, P. & Silveira, M. (2011). *Depressão e o suicídio*. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100013

Soares, G. & Caponi, S. (2011). *Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida*. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop0311>

Brant, L. C. & Gomez, C. (2008). *Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho*. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300017

Machado, D. & Santos, D. (2015). *Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012*. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0045.pdf>

ANEXOS

F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]

Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma euforia. A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas são quer secundários a estas alterações do humor e da atividade, quer facilmente compreensíveis no contexto destas alterações. A maioria destes transtornos tendem a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes.

F30 Episódio maníaco

Todas as subdivisões desta categoria se aplicam exclusivamente a um episódio isolado. Um episódio hipomaníaco ou maníaco em indivíduo que já tenha apresentado um ou mais episódios afetivos prévios (depressivo, hipomaníaco, maníaco, ou misto) deve conduzir a um diagnóstico de transtorno afetivo bipolar (F31.-).

Inclui:

transtorno bipolar, episódio maníaco isolado

F30.0 Hipomania

Transtorno caracterizado pela presença de uma elevação ligeira mas persistente do humor, da energia e da atividade, associada em geral a um sentimento intenso de bem-estar e de eficácia física e psíquica. Existe frequentemente um aumento da sociabilidade, do desejo de falar, da familiaridade e da energia sexual, e

uma redução da necessidade de sono; estes sintomas não são, entretanto, tão graves de modo a entravar o funcionamento profissional ou levar a uma rejeição social. A euforia e a sociabilidade são por vezes substituídas por irritabilidade, atitude pretenciosa ou comportamento grosseiro. As perturbações do humor e do comportamento não são acompanhadas de alucinações ou de idéias delirantes.

F30.1 Mania sem sintomas psicóticos

Presença de uma elevação do humor fora de proporção com a situação do sujeito, podendo variar de uma jovialidade descuidada a uma agitação praticamente incontrolável. Esta relação se acompanha de um aumento da energia, levando à hiperatividade, um desejo de falar e uma redução da necessidade de sono. A atenção não pode ser mantida, e existe frequentemente uma grande distração. O sujeito apresenta frequentemente um aumento do auto-estima com idéias de grandeza e superestimativa de suas capacidades. A perda das inibições sociais pode levar a condutas imprudentes, irrazoáveis, inapropriadas ou deslocadas.

F30.2 Mania com sintomas psicóticos

Presença, além do quadro clínico descrito em [F30.1](#), de idéias delirantes (em geral de grandeza) ou de alucinações (em geral do tipo de voz que fala diretamente ao sujeito) ou de agitação, de atividade motora excessiva e de fuga de idéias de uma gravidade tal que o sujeito se torna incompreensível ou inacessível a toda comunicação normal.

Estupor maníaco

Mania com sintomas psicóticos:

- congruentes com o humor
- incongruentes com o humor

F30.8 Outros episódios maníacos

F30.9 Episódio maníaco não especificado

Mania SOE

F31 Transtorno afetivo bipolar

Transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que este distúrbio consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outras, de um rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão). Pacientes que sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares.

Inclui:

- doença
- psicose maníaco-depressiva
- reação

Exclui:

- ciclotimia ([F34.0](#))
- transtorno bipolar, episódio maníaco isolado ([F30.-](#))

F31.0 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco

Episódio atual correspondente à descrição de uma hipomania tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto).

F31.1 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos

Episódio atual maníaco correspondente à descrição de um episódio maníaco sem sintomas psicóticos ([F30.1](#)), tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto).

F31.2 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio maníaco com sintomas psicóticos ([F30.2](#)), tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto).

F31.3 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo leve ou moderado ([F32.0](#) ou [F32.1](#)), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem comprovado.

F31.4 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos ([F32.2](#)), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem documentado.

F31.5 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio atual correspondente à descrição de um episódio depressivo grave com sintomas psicóticos ([F32.3](#)), tendo ocorrido, no passado, ao menos um episódio afetivo hipomaníaco, maníaco ou misto bem comprovado.

F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto

Ocorrência, no passado, de ao menos um episódio afetivo maníaco, hipomaníaco ou misto bem documentado, e episódio atual caracterizado pela presença simultânea de sintomas maníacos e depressivos ou por uma alternância rápida de sintomas maníacos e depressivos.

Exclui:

episódio afetivo misto isolado ([F38.0](#))

F31.7 Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão

Ocorrência, no passado, de ao menos um episódio afetivo maníaco, hipomaníaco ou misto muito bem comprovado, e de ao menos um outro episódio afetivo (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto) mas sem nenhuma perturbação significativa do humor, nem atualmente nem no curso dos últimos meses. As remissões sob tratamento profilático devem ser classificadas aqui.

F31.8 Outros transtornos afetivos bipolares

Episódios maníacos recidivantes SOE
Transtorno bipolar II

F31.9 Transtorno afetivo bipolar não especificado**F32 Episódios depressivos**

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Inclui:

episódios isolados de (um) (uma):

- depressão:
 - psicogênica
 - reativa
- reação depressiva

Exclui:

quando associados com transtornos de conduta em [F91.-](#) ([F92.0](#))

transtornos (de):

- adaptação ([F43.2](#))
- depressivo recorrente ([F33.-](#))

F32.0 Episódio depressivo leve

Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

F32.1 Episódio depressivo moderado

Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas “somáticos”.

Depressão:

- agitada
- maior episódio único sem sintomas psicóticos
- vital

F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio depressivo correspondente á descrição de um episódio depressivo grave ([F32.2](#)) mas acompanhado de alucinações, idéias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.

Episódios isolados de:

- depressão:
 - major com sintomas psicóticos
 - psicótica
 - psicose depressiva:
 - psicogênica
 - reativa

F32.8 Outros episódios depressivos

Depressão atípica

Episódios isolados de uma depressão “mascarada” SOE

F32.9 Episódio depressivo não especificado

Depressão SOE

Transtorno depressivo SOE

F33 Transtorno depressivo recorrente

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo ([F32.-](#)) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade(hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente ([F33.2](#) e [F33.3](#)) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar ([F31.-](#)).

Inclui:

episódios recorrentes de uma:

- depressão
- psicogênica
- reativa
- reação depressiva

transtorno depressivo sazonal

Exclui:

episódios depressivos recorrentes breves ([F38.1](#))

F33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual leve, tal como descrito em [F32.0](#), na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual de moderada gravidade, tal como descrito em [F32.1](#), na ausência de qualquer antecedente de mania.

F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, sem sintomas psicóticos, tal como descrito em [F32.2](#), na ausência de qualquer antecedente de mania.

Depressão:

- endógena
- maior recorrente sem sintomas psicóticos
- vital recorrente

Psicose maníaco-depressiva, forma depressiva sem sintomas psicóticos

F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual grave, com sintomas psicóticos, tal como descrito em [F32.3](#), na ausência de qualquer antecedente de mania.

Depressão endógena com sintomas psicóticos

Episódio recorrente grave (de):

- depressão:
 - major com sintomas psicóticos
 - psicótica
- psicose depressiva:
 - psicogênica
 - reativa

Psicose maníaco-depressiva, forma depressiva, com sintomas psicóticos

F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão

O paciente teve no passado dois ou mais transtornos depressivos como descritos acima ([F33.0-F33.3](#)) mas não apresenta atualmente nenhum sintoma depressivo e isto há vários meses.

F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes**F33.9 Transtorno depressivo recorrente sem especificação**

Depressão unipolar SOE

F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes

Transtornos do humor persistentes e habitualmente flutuantes, nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve. Como persistem por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta do paciente, levam contudo a um sofrimento e à incapacidade consideráveis. Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem se superpor a um transtorno afetivo persistente.

F34.0 Ciclotimia

Instabilidade persistente do humor que comporta numerosos períodos de depressão ou de leve elevação nenhum deles suficientemente grave ou prolongado para responder aos critérios de um transtorno afetivo bipolar ([F31.-](#)) ou de um transtorno depressivo recorrente ([F33.-](#)). O transtorno se encontra frequentemente em familiares de pacientes que apresentam um transtorno afetivo bipolar. Algumas pessoas ciclotímicas apresentarão elas próprias posteriormente um transtorno afetivo bipolar.

Personalidade:

- ciclóide
- ciclotímica

Transtorno afetivo da personalidade

F34.1 Distímia

Rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve ([F33.-](#)).

Depressão:

- ansiosa persistente
- neurótica

Neurose depressiva

Personalidade depressiva

Exclui:

depressão ansiosa (leve ou não-persistente) ([F41.2](#))

F34.8 Outros transtornos do humor [afetivos] persistentes**F34.9 Transtorno do humor [afetivo] persistente não especificado****F38 Outros transtornos do humor [afetivos]**

Quaisquer outros transtornos de humor que não justificam ser classificados em [F30-F34](#) por não apresentarem gravidade ou duração suficientes.

F38.0 Outros transtornos do humor [afetivos] isolados

Episódio afetivo misto

F38.1 Outros transtornos do humor [afetivos] recorrentes

Episódio depressivo recorrente breve

F38.8 Outros transtornos especificados do humor [afetivos]**F39 Transtorno do humor [afetivo] não especificado**

Psicose afetiva SOE