
Diagnóstico Diferencial

Passo a Passo

O processo do diagnóstico diferencial do DSM-5 pode ser discriminado em seis passos básicos: 1) excluir a simulação e o transtorno factício, 2) excluir uma etiologia de substância, 3) excluir uma condição médica etiológica, 4) determinar o(s) transtorno(s) primário(s) específico(s), 5) diferenciar o transtorno de adaptação das outras condições especificadas e não especificadas residuais, e 6) estabelecer o limite em relação à inexistência de transtorno mental. Uma revisão completa deste capítulo fornece um quadro útil para o entendimento e a aplicação dos algoritmos de decisão apresentados no próximo capítulo.

Passo 1: Excluir a Simulação e o Transtorno Factício

O primeiro passo é excluir a simulação e o transtorno factício, porque, se o paciente não está sendo honesto no que se refere à natureza e à gravidade de seus sintomas, todas as apostas estão perdidas no tocante à capacidade do clínico de chegar a um diagnóstico preciso. A maior parte do trabalho psiquiátrico depende de um esforço colaborativo de boa-fé entre o profissional e o paciente para descobrir a natureza e a causa dos sintomas apresentados. Há momentos, contudo, em que as coisas podem não ser o que parecem. Alguns pacientes podem escolher enganar o clínico, produzindo ou fingindo os sintomas. Duas são as condições apresentadas como simulação no DSM-5: transtorno factício e simulação. Ambas são diferenciadas com base na motivação para a fraude. Quando trata-se da conquista de um objetivo claramente reconhecível (p. ex., indenização do seguro, evitação de responsabilidades legais e militares, obtenção de drogas), o paciente é considerado como desempenhando uma simulação. Quando o comportamento enganador está presente mesmo na ausência de uma óbvia recompensa externa, o diagnóstico é o de transtorno factício. Embora a motivação para muitos indivíduos com transtorno factício seja assumir o papel de doente, esse critério foi retirado no DSM-5 por causa da dificul-

dade inerente à determinação da razão subjacente no que diz respeito ao comportamento observado no sujeito.

A intenção certamente não é defender que cada paciente deva ser tratado como uma testemunha hostil e que cada clínico deveria se tornar um promotor público clínico. No entanto, o índice de suspeita deve ser elevado 1) quando existem estímulos externos claros para que o paciente seja diagnosticado com uma condição psiquiátrica (p. ex., determinações de deficiências, avaliações forenses em processos criminais ou civis, estabelecimentos prisionais), 2) quando o paciente se apresenta com um conjunto de sintomas psiquiátricos que se conformam mais com uma percepção leiga de doença mental do que com uma entidade clínica reconhecida, 3) quando a natureza dos sintomas muda radicalmente de um encontro para o outro, 4) quando o paciente tem uma apresentação que imita a de um modelo (p. ex., outro paciente da unidade, um parente próximo com uma doença mental) e 5) quando o paciente é caracteristicamente manipulador ou sugestível. Por fim, é útil para os clínicos se tornarem conscientes de suas tendências no que diz respeito a seu excesso de ceticismo ou excesso de credulidade.

Passo 2: Excluir Etiologia de Substância (Incluindo Drogas de Abuso, Medicamentos)

A primeira questão que deve sempre ser considerada no diagnóstico diferencial é se os sintomas apresentados surgem a partir de uma substância que está exercendo um efeito direto no sistema nervoso central (SNC). Praticamente qualquer apresentação encontrada em um contexto de saúde mental pode ser causada pelo uso de alguma substância. A falha na identificação de uma etiologia de substância talvez seja o erro diagnóstico individual mais comum cometido na prática clínica. O erro é particularmente infeliz porque a realização de um diagnóstico correto tem implicações imediatas no tratamento. Por exemplo, se o clínico determina que sintomas psicóticos são devidos a intoxicação por cocaína, não faz sentido, em geral, que o paciente comece de imediato a tomar um medicamento antipsicótico, a não ser que os sintomas psicóticos estejam colocando o indivíduo (ou outros) em perigo imediato. Determinar se a psicopatologia se deve ao uso de substâncias, muitas vezes, pode ser difícil, pois, embora o uso seja bastante presente e uma grande variedade de sintomas diferentes possam ser causados por substâncias, o fato de que o uso e a psicopatologia ocorram juntos não necessariamente implica uma relação de causa e efeito.

Obviamente, a primeira tarefa é determinar se a pessoa tem usado alguma substância. Isso implica um levantamento cuidadoso da história e exames físicos na busca de sinais de intoxicação por substância ou abstinência. Visto que os indivíduos que abusam de drogas são conhecidos por subestimarem seu próprio consumo, é uma medida sábia consultar os familiares e obter análises de laboratório dos fluidos corporais para verificar o uso recente de certas substâncias. Deve-se lembrar que pacientes que usam ou estão expostos a quaisquer substâncias, dentro de uma variedade delas (não apenas drogas de abuso), podem e com frequência realmente se apresentam com sintomas psiquiátricos. Psicopatologias induzidas por medicamento são cada vez mais comuns e muitas vezes não notadas, em especial quando a população envelhece e muitos indivíduos estão tomando vários medicamentos. Embora seja menos comum, a exposição a uma toxina deveria ser considerada, sobretudo quando as pessoas têm ocupações que as colocam em contato com potenciais toxinas.

Uma vez que o uso de substância tenha sido estabelecido, a próxima tarefa é determinar se existe uma relação etiológica entre ele e a sintomatologia psiquiátrica. Tal procedimento requer a distinção entre três possíveis relações do uso da substância com a psicopatologia: 1) os sintomas psiquiátricos resultam dos efeitos diretos da substância sobre o SNC (levando ao diagnóstico de transtornos induzidos por substâncias no DSM-5; p. ex., transtorno psicótico induzido por cocaína, transtorno depressivo induzido por reserpina); 2) o uso de substância é uma consequência (ou aspecto associado) de ter um transtorno psiquiátrico primário (p. ex., automedicação); e 3) os sintomas psiquiátricos e o uso de substâncias são independentes. Cada uma dessas relações é discutida por vez.

1. Ao diagnosticar um transtorno induzido por substância, há três considerações a serem feitas para determinar se existe uma relação causal entre o uso de uma substância e a sintomatologia psiquiátrica. Primeiro, você deve determinar se existe uma relação temporal próxima entre o uso da substância ou do medicamento e os sintomas psiquiátricos. Então, deve considerar a probabilidade de esse padrão específico de uso de substância/medicamento resultar nos sintomas psiquiátricos observados. Finalmente, você deve considerar se existem melhores explicações alternativas (i. e., uma causa não induzida por substância/medicamento) para o quadro clínico.

- *Você deve considerar se existe uma relação temporal entre o uso de substância/medicamento e o início ou a persistência de uma psicopatologia.* Determinar se houve um período de tempo no qual os sintomas psiquiátricos estavam presentes fora do contexto do uso de substância/medicamento é provavelmente o melhor método (embora ainda falho) para avaliar a relação etiológica entre o uso e os sintomas psiquiátricos. Nos casos extremos, isso é relativamente simples. Se os primeiros sintomas da psicopatologia claramente precedem o início do uso da substância/medicamento, é provável que uma condição psiquiátrica não induzida por substância/medicamento seja primária e que o uso seja secundário (p. ex., como uma forma de automedicação) ou não esteja relacionado. Em contrapartida, se os primeiros sintomas do uso de substância/medicamento precedem a psicopatologia, de modo claro e próximo, isso dá maior credibilidade à probabilidade de um transtorno induzido por substância. Infelizmente, na prática, essa determinação de aparência simples pode ser bastante difícil, pois os primeiros sintomas do uso de substância/medicamento e a psicopatologia podem ser mais ou menos simultâneos ou impossíveis de reconstruir retrospectivamente. Em tais situações, você terá de confiar mais no que acontece em relação aos sintomas psiquiátricos quando a pessoa não está mais usando a substância ou o fármaco. Sintomas psiquiátricos que ocorrem no contexto de intoxicação por substância, abstinência de substância e uso de fármaco resultam dos efeitos da substância ou do medicamento sobre os sistemas neurotransmissores. Uma vez que esses efeitos tenham sido removidos (por um período de abstinência depois da fase de retirada), os sintomas devem desaparecer espontaneamente. A persistência da sintomatologia psiquiátrica por um período de tempo significativo, além dos períodos de intoxicação ou abstinência – ou, ainda, de uso de medicamento –, sugere que a psicopatologia é primária e não se deve ao uso de substância/medicamento. As exceções a isso são o transtorno neurocognitivo maior ou leve induzido por substância/medicamento, no qual, por definição, os sintomas cognitivos devem persistir depois da cessação da intoxicação aguda, da abstinência ou do uso de

medicamento; e o transtorno persistente da percepção induzido por alucinógenos, no qual, seguindo-se a cessação do uso de um alucinógeno, um ou mais dos sintomas perceptivos que o indivíduo experimenta enquanto está sob o efeito do alucinógeno (p. ex., alucinações geométricas, clarões coloridos, trilhas em imagens de objetos em movimento, halos em torno de objetos) são experimentados novamente. Os critérios do DSM-5 para as apresentações de transtornos induzidos por substância/medicamento sugerem que os sintomas psiquiátricos sejam atribuídos ao uso de substância se remitem dentro de 1 mês de cessação de intoxicação aguda, abstinência ou uso de medicamento. Deve ser observado, entretanto, que a necessidade de esperar 1 mês inteiro antes de fazer o diagnóstico de um transtorno psiquiátrico primário é apenas uma orientação que deve ser aplicada com julgamento clínico; dependendo do cenário, pode fazer mais sentido adotar um prazo mais longo ou mais curto, de acordo com a sua preocupação em evitar diagnósticos falso-positivos *versus* falso-negativos com respeito à detecção de uma apresentação de transtorno induzido por substância/medicamento. Alguns clínicos são mais preocupados, particularmente aqueles que trabalham em contextos de tratamento por uso de substâncias, com a possibilidade de não fazer um diagnóstico de uma apresentação de transtorno induzido por substância/medicamento, considerando-o um transtorno mental primário não causado pelo uso de substância – o que leva esses profissionais a preferir dar um prazo de 6 a 8 semanas de abstinência antes de considerar o diagnóstico de um transtorno mental primário. Em contrapartida, clínicos que trabalham sobretudo em contextos psiquiátricos podem estar mais preocupados com o fato de que, dada a ampla utilização de substâncias entre pacientes que se vê na prática clínica, um período tão prolongado de espera é inviável e pode resultar em excesso de diagnóstico de transtornos induzidos por substâncias, bem como em subdiagnóstico de transtornos mentais primários. Além disso, deve-se reconhecer que o período de tempo genérico de 1 mês se aplica a uma ampla variedade de substâncias e medicamentos, com propriedades farmacocinéticas muito diferentes, e a uma grande diversidade de possíveis psicopatologias resultantes. Logo, o limite de tempo deve ser aplicado de forma flexível, considerando a extensão, a duração e a natureza do uso da substância/medicamento.

Algumas vezes, é simplesmente impossível determinar se houve um período de tempo em que os sintomas psiquiátricos ocorreram fora dos períodos de uso de substância/medicamento. Isso pode acontecer em uma situação encontrada com frequência, na qual o paciente tem muita dificuldade de relatar sua história, impossibilitando uma determinação cuidadosa das relações temporais passadas. Ademais, o uso de substâncias e os sintomas psiquiátricos podem ter seu início por volta do mesmo período (frequentemente na adolescência), e ambos podem ser mais ou menos crônicos ou contínuos. Nessas situações, pode ser necessário avaliar o paciente durante o atual período de abstinência do uso da substância ou interromper o uso do medicamento suspeito de causar os sintomas psiquiátricos. Se os sintomas persistem na ausência do uso, então o transtorno psiquiátrico pode ser considerado primário; se remitem durante períodos de abstinência, então o uso de substância é provavelmente primário. É importante compreender que esse julgamento pode ser feito apenas depois de se esperar que tempo suficiente se passe, para que se esteja confiante de que os sintomas psiquiátricos não são consequência da abstinência. De preferência, o melhor cenário para que seja feita essa determinação é em um local onde o acesso do paciente a substâncias possa ser controlado

e sua sintomatologia psiquiátrica possa ser avaliada em série. É claro que, muitas vezes, é impossível observar um paciente por um período de 4 semanas em um ambiente rigorosamente controlado. Por conseguinte, esses julgamentos devem ser baseados em observações menos controladas, e a confiança do clínico na precisão do diagnóstico deve ser mais cautelosa.

- *Ao determinar a probabilidade de que um padrão de uso de substância/medicamento pode explicar os sintomas, você deve também considerar se a natureza, a quantidade e a duração do uso de substância/medicamento são consistentes com o desenvolvimento dos sintomas psiquiátricos observados.* Somente algumas substâncias e medicações são conhecidas por ter uma relação causal com sintomas psiquiátricos particulares. Além disso, a quantidade tomada da substância ou da medicação e a duração do seu uso devem estar acima de um certo limiar para que sejam consideradas a causa da sintomatologia psiquiátrica. Por exemplo, um humor depressivo grave e persistente após a utilização de uma pequena quantidade de cocaína provavelmente não deve ser atribuído ao uso da droga, ainda que o humor deprimido seja algumas vezes associado à abstinência de cocaína. Similarmente, a *cannabis* fumada em típicas doses moderadas raramente causa sintomas psicóticos proeminentes. Para indivíduos que são usuários regulares de substâncias, uma mudança significativa na quantidade usada (seja um grande aumento ou um decréscimo suficiente para desencadear sintomas de abstinência) pode causar o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos em alguns casos.
 - *Você também deve considerar outros fatores na apresentação que sugeriram que ela não é causada por substância ou medicamento.* Esses fatores incluem uma história de vários episódios similares não relacionados com o uso de substância/medicamento, uma forte história familiar do transtorno particular primário ou a presença de achados do exame físico ou laboratoriais sugerindo que uma condição médica pode estar envolvida. Considerar outros fatores além do uso de substância/medicamento como causa da apresentação de sintomas psiquiátricos requer um julgamento clínico preciso (e, com frequência, espera e observação) para se ponderar probabilidades relativas nessas situações. Por exemplo, um indivíduo pode ter uma pesada carga familiar para transtornos de ansiedade e, ainda assim, ter um ataque de pânico induzido por cocaína que não necessariamente prediz o desenvolvimento de um transtorno de pânico primário.
2. **Em alguns casos, o uso de substância pode ser a consequência ou um traço associado (mais do que uma causa) de sintomatologia psiquiátrica.** Não raro, o comportamento de consumo de substância pode ser considerado uma forma de automedicação em virtude da condição psiquiátrica. Por exemplo, uma pessoa com transtorno de ansiedade primário pode beber álcool em excesso devido a seus efeitos sedativos e ansiolíticos. Uma implicação interessante do uso de uma substância para automedicação é que indivíduos com transtornos psiquiátricos particulares muitas vezes escolhem, preferencialmente, certas classes de substâncias. Por exemplo, pacientes com sintomas negativos de esquizofrenia com frequência preferem estimulantes, enquanto aqueles com transtornos de ansiedade preferem, muitas vezes, depressores do SNC. A característica principal de um transtorno primário com o uso de substância secundário é que o transtorno primário ocorre antes e/ou existe em certas ocasiões durante a vida da pessoa, quando ela não está usando qualquer substância. Na situação mais clássica, o período de sintomatologia psiquiátrica e uso de substância comórbidos é imediatamente precedido por um período de tempo em que a pessoa tinha uma sintomatologia psiquiátrica,

mas estava em abstinência da substância. Por exemplo, um indivíduo atualmente com 5 meses de uso pesado de álcool e sintomatologia depressiva pode relatar que o uso de álcool começou em meio a um episódio depressivo maior, talvez como uma forma de neutralizar a insônia. A validade desse julgamento claramente depende da precisão do relato retrospectivo do paciente. Devido ao fato de que tal informação é por vezes suspeita, pode ser útil conferi-la com outros informantes (p. ex., familiares) ou revisar registros anteriores para que se documente a presença de sintomas psiquiátricos ocorrentes na ausência do uso da substância.

3. **Em outros casos, tanto o transtorno psiquiátrico quanto o uso da substância podem não estar relacionados a princípio e ser relativamente independentes um do outro.** As altas taxas de prevalência dos transtornos psiquiátricos e por uso de substância significam que, apenas por acaso, iria se esperar que alguns pacientes tivessem duas doenças aparentemente independentes (embora possa haver alguns fatores subjacentes comuns que predisponham para o desenvolvimento tanto do transtorno por uso de substância como do psiquiátrico). É claro que, mesmo que a princípio independentes, os dois transtornos podem interagir de forma a agravar um ao outro e complicar o tratamento de um modo geral. Essa relação independente é essencialmente um diagnóstico feito por exclusão. Quando confrontado com um paciente que apresenta tanto sintomatologia psiquiátrica quanto por uso de substância, você deve primeiro descartar a possibilidade de que um esteja causando o outro. A falta de uma relação causal em ambas as direções é mais provável se existem períodos nos quais os sintomas psiquiátricos ocorrem na ausência do uso da substância, e se o uso da substância por vezes acontece de forma não relacionada à sintomatologia psiquiátrica.

Depois de decidir que uma apresentação é devida aos efeitos diretos de uma substância ou medicamento, você deve determinar qual transtorno induzido por substância melhor descreve a apresentação. O DSM-5 inclui um número específico de transtornos mentais induzidos por substância/medicamento, junto com intoxicação por substância e abstinência de substância. Por favor, consulte o algoritmo de decisão para uso excessivo de substância 2.26, no Capítulo 2, “Diagnóstico Diferencial por Meio de Algoritmos”, para uma apresentação dos passos envolvidos nessa determinação.

Passo 3: Excluir um Transtorno Devido a uma Condição Médica Geral

Depois de excluir uma etiologia induzida por substância/medicamento, o próximo passo é determinar se os sintomas psiquiátricos são devidos aos efeitos diretos de uma condição médica geral. Este e o passo precedente do diagnóstico diferencial constituem o que era tradicionalmente considerado como “exclusões orgânicas” em psiquiatria, nas quais o clínico é solicitado primeiro a descartar causas “físicas” da sintomatologia mental. Embora o DSM não use mais palavras como *orgânico*, *físico* e *funcional*, para evitar o anacrônico dualismo corpo e mente implícito nesses termos, a necessidade de excluir primeiro substâncias e condições médicas gerais como causas específicas da sintomatologia psiquiátrica permanece crucial. Por razões similares, a frase “devido a uma condição médica” é evitada no DSM por causa da implicação potencial de que sintomatologia psiquiátrica e transtornos mentais são separados e distintos do conceito de “condições médicas”. De fato, a partir de uma perspectiva de classificação de doenças, os transtornos psiquiátricos não são senão um

capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID), como doenças infecciosas, condições neurológicas e assim por diante. Quando a frase “devido a uma condição médica” é usada, o que isso realmente significa é que os sintomas são devidos a uma condição médica que é classificada fora do capítulo de transtornos mentais da CID – isto é, não psiquiátrica. No DSM-5 e neste manual, portanto, a frase “condição médica” é modificada com adjetivos tais como *uma outra*, *outra* ou *geral* para esclarecer que a condição etiológica, como um transtorno mental, é uma condição médica que é, entretanto, diferenciada das condições médico-psiquiátricas em virtude de serem não psiquiátricas.

A partir de uma perspectiva de diagnóstico diferencial, excluir uma etiologia médica geral é uma das mais importantes e mais difíceis distinções no diagnóstico psiquiátrico. Isso é importante porque muitos indivíduos com condições médicas gerais têm sintomas psiquiátricos resultantes da complicação de uma condição médica geral e porque muitos indivíduos com sintomas psiquiátricos têm uma condição médica geral subjacente. As implicações desse diagnóstico diferencial para o tratamento são também profundas. A identificação apropriada e o tratamento da condição médica geral subjacente podem ser cruciais tanto para evitar complicações médicas quanto para reduzir a sintomatologia psiquiátrica.

Esse diagnóstico diferencial pode ser difícil por quatro razões: 1) os sintomas de alguns transtornos psiquiátricos e de várias condições médicas gerais podem ser idênticos (p. ex., sintomas de perda de peso e fadiga podem ser atribuíveis a transtornos depressivos ou de ansiedade ou a uma condição médica geral); 2) algumas vezes, os primeiros sintomas apresentados de uma condição médica geral são psiquiátricos (p. ex., depressão precedendo outros sintomas em um câncer pancreático ou em um caso de tumor cerebral); 3) a relação entre a condição médica geral e os sintomas psiquiátricos pode ser complicada (p. ex., depressão ou ansiedade como uma reação psicológica a ter uma condição médica geral *versus* a condição médica ser a causa da depressão ou da ansiedade por meio de seu efeito fisiológico direto sobre o SNC); e 4) os pacientes com frequência são atendidos em instalações orientadas principalmente para a identificação e o tratamento de transtornos mentais nas quais pode haver expectativas mais baixas e pouca familiaridade com diagnósticos de condições médicas.

Praticamente qualquer apresentação psiquiátrica pode ser causada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral, e eles são considerados no DSM-5 como um dos transtornos mentais devidos a outra condição médica (p. ex., transtorno depressivo devido a hipotireoidismo). Não é uma grande dificuldade suspeitar do possível papel etiológico de uma condição médica geral se o paciente encontra-se em um hospital geral ou em um ambulatório de cuidados primários. O desafio diagnóstico real ocorre em certos contextos de saúde mental em que a taxa básica de condições médicas gerais é muito mais baixa, mas, ainda assim, apresenta consequências. Não é viável (nem custo-eficiente) solicitar todos os testes de triagem concebíveis para todos os pacientes. Você deve direcionar a história, o exame físico e os testes laboratoriais para o diagnóstico daquelas condições médicas gerais que são mais comuns e que têm a maior probabilidade de explicar os sintomas psiquiátricos apresentados (p. ex., testes de funcionamento da tireoide para a depressão, neuroimagem para o início tardio de sintomas psicóticos).

Uma vez que uma condição médica geral seja estabelecida, a próxima tarefa é determinar sua relação etiológica, se houver alguma, com os sintomas psiquiátricos. Há cinco relações possíveis: 1) a condição médica geral causa sintomas psiquiátricos por meio de um efeito fisiológico direto sobre o cérebro; 2) a condição médica geral causa sintomas psiquiátricos por meio de um mecanismo psicológico (p. ex., sintomas depressivos em resposta a um diagnóstico de câncer – diagnosticado como transtorno depressivo maior ou transtorno

de adaptação); 3) a ingestão de medicamento por questões relacionadas à condição médica geral causa sintomas psiquiátricos, caso em que o diagnóstico é um transtorno mental induzido por medicamento (veja o “Passo 2: excluir etiologia de substância” neste mesmo capítulo); 4) os sintomas psiquiátricos causam ou afetam de maneira adversa a condição médica geral (p. ex., caso em que fatores psicológicos que afetam outras condições médicas possam ser indicados); e 5) os sintomas psiquiátricos e a condição médica geral são coincidentes (p. ex., hipertensão e esquizofrenia). No mundo clínico real, contudo, muitas dessas relações podem ocorrer simultaneamente com uma etiologia multifatorial (p. ex., um paciente tratado com medicamento antidepressivo que tem um AVC desenvolve uma depressão devido a uma combinação dos efeitos diretos do AVC sobre o cérebro, da reação psicológica à situação de paralisia e de um efeito colateral do medicamento anti-hipertensivo).

Há duas pistas sugerindo que a psicopatologia é causada pelo efeito fisiológico direto de uma condição médica geral. Infelizmente, nenhuma delas é infalível, e o julgamento clínico é sempre necessário.

- *A primeira pista envolve a natureza da relação temporal e requer considerar se os sintomas psiquiátricos começam após o início da condição médica geral, se eles variam em gravidade de acordo com a gravidade da condição médica geral e se desaparecem quando essa condição é debelada.* Quando todas essas relações puderem ser demonstradas, pode ser feita uma afirmação convincente de que a condição médica geral causou os sintomas psiquiátricos; entretanto, tal pista não estabelece que a relação seja fisiológica (a covariação temporal poderia, também, se dever a uma reação psicológica à condição médica geral). Algumas vezes, também, a relação temporal não é um bom indicador da etiologia subjacente. Por exemplo, os sintomas psiquiátricos podem ser o primeiro prenúncio da condição médica geral e preceder em meses ou anos quaisquer outras manifestações. Em contrapartida, os sintomas psiquiátricos podem ser uma manifestação relativamente tardia que ocorre meses ou anos depois de a condição médica geral ter sido bem estabelecida (p. ex., depressão na doença de Parkinson).
- *A segunda pista de que uma condição médica geral deveria ser considerada no diagnóstico diferencial é se a apresentação psiquiátrica é atípica no padrão de sintomas, idade de início ou curso.* Por exemplo, a apresentação clama por um exame médico quando uma grave perda de memória ou de peso acompanha uma depressão relativamente leve ou quando uma desorientação grave acompanha sintomas psicóticos. De forma similar, a primeira aparição de um episódio maníaco em um paciente idoso pode sugerir que uma condição médica geral esteja envolvida na etiologia. Entretanto, a atipicidade não indica por si mesma uma etiologia médica geral, porquanto a heterogeneidade de transtornos psiquiátricos primários conduz a muitas apresentações “atípicas”.

Todavia, o ponto mais importante no que se refere a essa tarefa no diagnóstico diferencial é não perder condições médicas gerais subjacentes que sejam possivelmente importantes. Estabelecer a natureza da relação causal muitas vezes requer avaliação cuidadosa, acompanhamento longitudinal e tentativas de tratamento.

Finalmente, uma vez estabelecido que uma condição médica geral é responsável pelos sintomas psiquiátricos, você deve determinar qual dos transtornos mentais devidos a outra condição médica do DSM-5 melhor descreve a apresentação. O DSM-5 inclui vários transtornos desse tipo, cada qual diferenciado pela apresentação de sintomas predominantes. Por favor, consulte “2.29 Algoritmo de decisão para condições médicas etiológicas” no, Capítulo 2, “Diagnóstico Diferencial por Meio de Algoritmos”, para uma apresentação dos passos envolvidos ao se fazer essa determinação.

Passo 4: Determine o(s) Transtorno(s) Primário(s) Específico(s)

Uma vez que o uso de substância e as condições médicas gerais tenham sido excluídos como etiologias, o próximo passo é determinar qual dentre os transtornos mentais primários do DSM-5 melhor explica a sintomatologia apresentada. Vários dos agrupamentos diagnósticos no DSM-5 (p. ex., transtorno do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtornos de ansiedade, transtornos dissociativos) são organizados em torno de uma apresentação comum de sintomas justamente para facilitar esse diagnóstico diferencial. Os algoritmos de decisão no Capítulo 2 fornecem os pontos necessários para que se escolha entre os transtornos mentais primários que possam explicar cada sintoma apresentado. Uma vez que você tenha selecionado aquele que parece ser o transtorno mais provável, talvez queira rever a tabela de diagnóstico diferencial pertinente no Capítulo 3, “Diagnóstico Diferencial por Meio de Tabelas”, para assegurar que todos os outros candidatos prováveis ao diagnóstico diferencial tenham sido considerados e excluídos.

Passo 5: Diferenciar Transtornos de Adaptação de Outros Transtornos Especificados ou Não Especificados Residuais

Muitas apresentações clínicas (sobretudo em ambulatórios e em unidades de atenção primária) não se conformam aos padrões de sintomas específicos ou caem abaixo dos limiares de gravidade ou de duração estabelecidos para qualificarem um dos diagnósticos específicos do DSM-5. Em tais situações, se a apresentação sintomática for grave o suficiente para causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo e representa uma disfunção biológica ou psicológica em um indivíduo, o diagnóstico de um transtorno mental ainda é justificado, e o diferencial se resume a um transtorno de adaptação ou às categorias residuais de outros transtornos especificados ou transtornos não especificados. Se o julgamento clínico for de que os sintomas se desenvolveram como uma resposta mal-adaptativa a um estressor psicossocial, o diagnóstico seria um transtorno de adaptação. Se for definido que um estressor não é responsável pelo desenvolvimento dos sintomas clinicamente significativos, a categoria relevante de outros transtornos especificados ou transtornos não especificados pode ser diagnosticada, com a escolha da categoria residual apropriada dependendo de qual grupo diagnóstico do DSM-5 melhor cobre a apresentação sintomática. Por exemplo, se a apresentação do paciente é caracterizada por sintomas depressivos que não se encaixam nos critérios de quaisquer transtornos incluídos no capítulo “transtornos depressivos” do DSM-5, então outro transtorno depressivo especificado ou transtorno depressivo não especificado é diagnosticado (diretrizes em relação a qual dessas duas categorias se deve usar são fornecidas no próximo parágrafo). Em razão de situações estressantes serem um aspecto diário na vida da maioria das pessoas, o julgamento neste passo é centrado mais em se um estressor é etiológico do que em sua presença.

O DSM-5 oferece duas versões de categorias residuais: outro transtorno especificado e transtorno não especificado. Como o nome sugere, a diferença entre os dois depende de o clínico escolher especificar a razão pela qual a apresentação sintomática não preenche os critérios para qualquer categoria específica daquele grupo diagnóstico. Se o profissional

deseja indicar a razão específica, o nome do transtorno (“outro transtorno especificado”) é seguido da razão pela qual a apresentação não se conforma com qualquer das definições especificadas. Por exemplo, se um paciente tem uma apresentação sintomática clinicamente significativa que é caracterizada por 4 semanas de humor deprimido na maior parte do dia e em quase todos os dias, sendo que isso é acompanhado de apenas dois sintomas depressivos adicionais (p. ex., insônia e fadiga), o clínico registraria outro transtorno depressivo especificado, episódio depressivo com sintomas insuficientes. Se o profissional escolhe não indicar a razão específica pela qual a apresentação não se conforma a quaisquer das definições de transtorno especificadas, a designação transtorno não especificado é utilizada. Por exemplo, se um clínico se recusa a indicar a razão pela qual a apresentação depressiva não se encaixa em quaisquer das categorias especificadas, será feito, então, o diagnóstico transtorno depressivo não especificado. O clínico pode escolher a opção não especificada se não existe informação suficiente para que se faça um diagnóstico mais específico e se espera que informações adicionais possam surgir, ou, ainda, se decide que é melhor para o paciente não ser específico quanto a uma razão (p. ex., evitar o fornecimento de informações potencialmente estigmatizantes sobre o indivíduo).

Passo 6: Estabelecer os Limites com a Inexistência de Transtorno Mental

Geralmente, o último passo em cada um dos algoritmos de decisão é estabelecer o limite entre um transtorno e a inexistência de transtorno mental. Essa decisão não é de forma alguma a menos importante ou a mais fácil de tomar. Tomados individualmente, muitos dos sintomas incluídos no DSM-5 são bastante presentes e não são, por si próprios, indicativos da presença de transtorno mental. Durante o curso de suas vidas, muitas pessoas podem experimentar períodos de ansiedade, depressão, insônia ou disfunção sexual que podem ser considerados como não mais que parte esperada da condição humana. Para ficar explícito que nem todo indivíduo nessa situação se qualifica para um diagnóstico de transtorno mental, o DSM-5 inclui na maioria dos conjuntos de critérios um critério que costuma ser formulado da seguinte maneira: “A perturbação causa sofrimento significativo, do ponto de vista clínico, ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo”. Esse critério requer que qualquer psicopatologia deve conduzir a problemas significativos do ponto de vista clínico, de forma a justificar um diagnóstico de transtorno mental. Por exemplo, um diagnóstico de transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, o qual inclui o requisito de que o baixo desejo sexual cause sofrimento clinicamente significativo no indivíduo, não seria feito para um homem com pouco desejo sexual que não está em um relacionamento no momento e que não está incomodado de modo particular com o baixo desejo.

Apesar de necessário, o DSM-5 infelizmente não faz qualquer tentativa para definir o termo *cl clinicamente significativo*. A fronteira entre transtorno e normalidade pode ser estabelecida apenas por julgamento clínico, e não por quaisquer regras rígidas e rápidas. O que pode parecer significativo do ponto de vista clínico é sem dúvida influenciado pelo contexto cultural, o contexto no qual o indivíduo é visto, vieses do profissional, vieses do paciente e a disponibilidade de recursos. Uma depressão “menor” pode parecer muito mais significativa clinicamente em um contexto de cuidados de saúde primários do que em uma sala de emergência psiquiátrica ou em um hospital público, em que a ênfase recai na identificação e no tratamento de condições muito mais graves.

Em contextos clínicos de saúde mental, o julgamento sobre se a apresentação é clinicamente significativa não é, muitas vezes, um problema; o fato de que o indivíduo buscou ajuda faz da condição algo “cl clinicamente significativo”. Mais desafiadoras são as situações nas quais o quadro sintomático é descoberto no curso do tratamento de um outro transtorno mental ou de uma condição médica, a qual, dada a alta comorbidade entre transtornos mentais e entre transtornos mentais e condições médicas, não é uma ocorrência incomum. Em geral, como uma regra, se a apresentação psiquiátrica comórbida justifica atenção clínica e tratamento, isso é considerado algo clinicamente significativo.

Por fim, algumas condições que podem prejudicar o funcionamento, tais como o luto não complicado, podem ainda não ser qualificadas para o uso de uma categoria como outro transtorno especificado ou não especificado, porque elas não representam uma disfunção psicológica ou biológica interna no indivíduo, como é requerida na definição do DSM-5 de um transtorno mental. Tais apresentações “normais”, mas prejudiciais sob o ponto de vista sintomático, podem ser dignas de atenção clínica. Contudo, elas não se classificam como transtorno mental e devem ser diagnosticadas com uma categoria (em geral um código V ou Z, correspondendo à CID-9-MC ou à CID-10-MC, respectivamente) do DSM-5 constante da Seção II, capítulo “Outras Condições que Podem ser um Foco de Atenção Clínica”, que está incluída depois dos capítulos de transtornos mentais.

Diagnóstico Diferencial e Comorbidade

O diagnóstico diferencial costuma ser baseado na noção de que o clínico está escolhendo um único diagnóstico entre um grupo de diagnósticos que rivalizam entre si e que são mutuamente exclusivos, com a finalidade de melhor explicar determinanda apresentação de sintomas. Por exemplo, em um paciente que se apresenta com delírios, alucinações e sintomas maníacos, a questão é se o melhor diagnóstico é esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou transtorno bipolar com características psicóticas; apenas um destes pode ser estabelecido para descrever a apresentação atual. É muito comum, entretanto, que os diagnósticos do DSM-5 não se excluam e que a atribuição de mais de um diagnóstico a um determinado paciente seja tanto permitida quanto necessária para que se descreva adequadamente os sintomas apresentados. Assim, vários algoritmos de decisão podem ter de ser consultados para que se cubra de modo adequado todos os aspectos importantes e clinicamente significativos da apresentação do paciente. Por exemplo, um paciente que apresenta múltiplos ataques de pânico inesperados, depressão significativa, compulsão alimentar e uso excessivo de substâncias requereria uma consideração dos seguintes algoritmos de decisão: ataques de pânico (2.14), humor deprimido (2.10), alterações no apetite ou comportamento alimentar incomum (2.18) e uso excessivo de substância (2.26). Além disso, devido à comorbidade no interior dos grupos diagnósticos, pode ser necessário repassar várias vezes um algoritmo de decisão particular para cobrir todos os diagnósticos possíveis. Por exemplo, é amplamente reconhecido que se um paciente tem um transtorno de ansiedade (p. ex., transtorno de ansiedade social [fobia social]), ele está mais propenso a ter outros transtornos de ansiedade comórbidos (p. ex., transtorno de ansiedade de separação, transtorno de pânico). O algoritmo de decisão de ansiedade (2.13), contudo, ajuda a diferenciar entre os vários transtornos de ansiedade, e, portanto, uma passada por ele resultará no diagnóstico de apenas um dos transtornos de ansiedade. Múltiplas passadas pelo algoritmo de ansiedade, respondendo as perguntas-chave diferentemente a cada vez,

dependendo de qual sintoma de ansiedade está em foco no momento, são necessárias para a apreensão da comorbidade.

O uso de múltiplos diagnósticos não é bom ou mau por si mesmo, desde que as implicações sejam entendidas. Um ponto de vista ingênuo e equivocado da comorbidade pode supor que um paciente ao qual tenha sido atribuído mais de um diagnóstico descritivo apresenta, na verdade, várias condições independentes. Essa certamente não é a única relação possível. De fato, há seis formas diferentes pelas quais duas chamadas condições de comorbidade podem estar relacionadas: 1) a condição A pode causar ou predispor à condição B; 2) a condição B pode causar ou predispor à condição A; 3) uma condição C subjacente pode causar ou predispor ambas as condições A e B; 4) as condições A e B podem, na verdade, ser parte de uma síndrome unificada mais complexa que foi artificialmente separada no sistema diagnóstico; 5) a relação entre as condições A e B pode ser artificialmente aumentada pela sobreposição de definições; e 6) a comorbidade é o resultado de uma coocorrência casual que pode ser mais provável para aquelas condições que têm altas taxas de base. A natureza particular das relações é, muitas vezes, bastante difícil de determinar. O principal ponto para se ter em mente é que “ter” mais do que um diagnóstico DSM-5 não significa que existe mais de um processo fisiopatológico subjacente. Em vez disso, os diagnósticos do DSM-5 devem ser considerados blocos de construção descritivos que são úteis para comunicar as informações diagnósticas.

Como Utilizar o Manual: Exemplo de Caso

Para demonstrar como utilizar as ferramentas diagnósticas fornecidas neste manual, para a determinação de um diagnóstico diferencial, considere o seguinte caso, reproduzido de *Casos Clínicos do DSM-5*, de John W. Barnhill, Ph.D. (pp. 32 - 33).¹

John Evans era um homem de 25 anos, branco, desempregado e solteiro que há anos consultava um psiquiatra para o manejo de psicose, depressão, ansiedade e abuso de maconha e álcool. Depois de uma infância aparentemente normal, aos 15 anos o sr. Evans começou a apresentar humor disfórico, anedonia, baixa energia e isolamento social. Mais ou menos na mesma época, ele começou a consumir álcool e fumar maconha todos os dias. Além disso, desenvolveu ataques de pânico recorrentes, marcados por um início repentino de palpitações, diaforese e pensamentos de que iria morrer. No auge da depressão e do pânico, ele recebeu duas vezes uma combinação de sertralina, 100 mg ao dia, e psicoterapia. Nos dois casos, seus sintomas depressivos mais intensos desapareceram em algumas semanas e ele descontinuou o uso da sertralina após alguns meses. Entre os episódios de depressão grave, geralmente era visto triste, irritável e sem motivação. Seu desempenho escolar piorou por volta da 2ª série do ensino médio e permaneceu mínimo até a formatura. Ele não cursou faculdade como seus pais esperavam, continuou a morar em casa e fazia “bicos” no bairro. Por volta dos 20 anos, o sr. Evans desenvolveu um episódio psicótico no qual ele estava convicto de que havia assassinado pessoas quando tinha 6 anos de idade. Embora não conseguisse se lembrar quem essas pessoas eram ou as circunstâncias dos assassinatos, estava absolutamente convencido de que isso havia ocorrido, algo que era confirmado pelas vozes que continuamente o acusavam de ser um assassino. Ele também se convenceu de que outras pessoas iriam puni-lo pelo ocorrido e, portanto, temia por sua vida. Nas semanas que se seguiram, ficou tomado por culpa e obcecado com a ideia de que deveria se matar cortando os pulsos, o que culminou em sua internação psiquiátrica. Embora seu

¹ Reproduzido de Heckers S: “Triste e Psicótico”, em *Casos Clínicos do DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

afeto no momento da admissão fosse ansioso, em alguns dias ele ficou muito deprimido, com anedonia proeminente, baixa qualidade de sono e apetite e concentração reduzidos. Com o uso combinado de medicamentos antipsicóticos e antidepressivos, os sintomas depressivos e psicóticos entraram em remissão após quatro semanas. Assim, a duração total do episódio psicótico foi de aproximadamente sete semanas, quatro das quais também foram caracterizadas por depressão maior. Ele foi hospitalizado com o mesmo padrão de sintomas outras duas vezes antes dos 22 anos – cada uma das quais começara com várias semanas de delírios e alucinações relacionadas à convicção de que havia assassinado alguém quando era criança, seguidas por depressão grave que durou mais um mês. Ambas as recaídas ocorreram quando ele aparentemente seguia as dosagens adequadas de antipsicóticos e antidepressivos. Durante os três anos anteriores a essa avaliação, o sr. Evans havia aderido ao tratamento com clozapina e não apresentara alucinações nem delírios. Ele também havia aderido à medicação antidepressiva e à psicoterapia de apoio, embora sua disforia, sua irritabilidade e sua falta de motivação nunca tivessem se resolvido por completo. Sua história era significativa para abuso de maconha e de álcool, com início aos 15 anos. Antes do início da psicose aos 20 anos, ele fumava vários cigarros de maconha quase diariamente e bebia em demasia nos fins de semana, com apagões eventuais. Depois do início da psicose, ele reduziu significativamente seu uso de maconha e álcool, passando por dois períodos de abstinência que duraram vários meses, mas ainda continuou a ter episódios psicóticos até os 22 anos. Ele começou a frequentar grupos de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, alcançando sobriedade de maconha e álcool aos 23 anos, permanecendo sóbrio por dois anos.

Esse caso apresenta tanto sintomas psicóticos proeminentes (delírios e alucinações) quanto sintomas de humor (depressão). Assim, o clínico pode começar um processo de diagnóstico diferencial com quaisquer dos seguintes algoritmos de decisão: delírios (2.5), alucinações (2.6) ou humor deprimido (2.10). Dada a natureza especialmente proeminente dos delírios, nós começamos com o algoritmo de decisão de delírios (2.5). A primeira questão, se as crenças são uma manifestação de um sistema de crenças cultural ou religiosamente sancionados, pode ser respondida com um “não”, porque a crença fixa de que John matou pessoas quando tinha 6 anos não é uma manifestação de qualquer sistema de crenças reconhecido e é, assim, apropriadamente considerada um delírio. A próxima questão, que diz respeito a se seus delírios se devem a efeitos fisiológicos de uma substância, deve ser considerada com seriedade, dado o fato de que seus delírios emergiram primeiro aos 20 anos, durante um período em que ele estava fumando vários cigarros de maconha quase todos os dias. Para responder a essa pergunta, nós precisamos considerar o Passo 2 daqueles que compõem o diagnóstico diferencial, apresentados anteriormente neste capítulo, o qual fornece orientação sobre como excluir uma etiologia de substância. Ao determinar se existe uma relação causal entre o uso de maconha e os delírios, precisamos determinar se todas as três seguintes condições são verdadeiras: 1) de que existe uma relação temporal próxima entre o uso de maconha e o surgimento e a continuação dos delírios, 2) de que o padrão do uso de maconha é consistente (em termos de dosagem e duração) com o desenvolvimento de delírios e 3) de que não existe nenhuma explicação alternativa (ou seja, não induzida por substância/medicamento) para os delírios. Muito embora não seja comum que a maconha cause delírios floridos, seu uso pesado em alguns indivíduos vulneráveis pode resultar em delírios durante a intoxicação, de modo que a segunda condição (ou seja, o uso de substância é pesado e/ou prolongado o suficiente para induzir o sintoma) seja preenchida. Contudo, ao avaliar a primeira condição, apesar de os delírios emergirem durante um pesado uso de maconha, o fato de que os delírios persistiram no hospital quando John estava em abstinência dessa substância e, então, subsequentemente ocorrera outra vez quando desse uso era mínimo, indica que os delírios

não podem ser explicados como uma manifestação desse uso. Assim, a resposta à segunda questão no algoritmo de decisão de delírios, isto é, se existe uma etiologia da *cannabis* para os delírios, é “não”. A ausência de quaisquer condições médicas gerais relatadas em John também exclui uma etiologia médica e, conseqüentemente, a resposta para a questão seguinte é também “não”.

Depois de excluir etiologias culturais e religiosas, etiologias induzidas por substância/ medicamento e etiologias médicas gerais no caso dos delírios de John, devemos diferenciar entre os transtornos psicóticos primários e os do humor como possíveis explicações para os delírios. A próxima pergunta, que questiona se os delírios ocorreram apenas no contexto de um episódio de humor elevado, expansivo ou irritável, tem um “não” como resposta por causa da ausência de uma história de sintomas maníacos ou hipomaníacos. A questão subsequente, sobre os delírios ocorrerem apenas no contexto de um episódio de humor deprimido, é também respondida com um “não”, porque os delírios também ocorreram em momentos em que John não estava experimentando um episódio depressivo (i. e., cada episódio psicótico é caracterizado por um período de várias semanas de delírios antes do desenvolvimento de sintomas de depressão grave).

O próximo bloco de questões no algoritmo de delírios fornece o diagnóstico diferencial de delírios não restritos ao humor. A questão levantada sobre se duram 1 mês ou mais é respondida com um “sim” (ou seja, cada vez que os delírios ocorreram, eles duraram várias semanas), movendo-nos pela primeira vez para a direita no algoritmo de decisão para considerar o diferencial entre esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno esquizoafetivo, transtorno delirante e transtorno bipolar ou depressivo maior com características psicóticas. A questão subsequente, sobre se os delírios são acompanhados por outros sintomas psicóticos característicos da esquizofrenia (i. e., alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico, ou, ainda, sintomas negativos) é também respondida com um “sim”, dado que, no caso de John, os delírios de ter matado uma pessoa quando ele era criança são acompanhados por alucinações auditivas acusatórias. A próxima pergunta (ou seja, se existe um histórico de episódios depressivos maiores ou maníacos) é respondida com um “sim”, dado o histórico de episódios depressivos maiores recorrentes, como na pergunta seguinte (ou seja, se durante um período ininterrupto de doença os sintomas psicóticos ocorrem conseqüentemente com os episódios de humor), pois os delírios e as alucinações persistiram depois de os episódios depressivos maiores emergirem, indicando, assim, um período de sobreposição.

A próxima questão, que fornece a distinção crucial do diagnóstico diferencial entre transtorno esquizoafetivo e esquizofrenia, pergunta se, durante um período ininterrupto de doença, os episódios de humor estiveram presentes pela *menor parte* da duração total das fases ativa e residual da doença. No caso de John, cada um dos episódios psicóticos esteve presente por aproximadamente 7 ou 8 semanas, mais ou menos 4 delas caracterizadas pela ocorrência simultânea de um episódio depressivo maior. Portanto, *não* é o caso de que os episódios de humor estivessem presente por apenas uma pequena parte do tempo durante um episódio ininterrupto da doença (eles de fato estavam presentes na maior parte do tempo), de forma que a pergunta é respondida com um “não”, excluindo tanto o diagnóstico de esquizofrenia como o de transtorno esquizofreniforme. A próxima questão, que diz respeito a delírios e alucinações ocorrerem por no mínimo 2 semanas na ausência de um episódio depressivo maior ou episódio maníaco, é respondida com um “sim” (ou seja, nas primeiras 3 ou 4 semanas do episódio psicótico, John estava ansioso, mas não sofria de um significativo humor deprimido), trazendo-nos para o ramo terminal do algoritmo de decisão de delírios (2.5) e para o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo. Deve ser obser-

vado que, dada a coocorrência completa de delírios e alucinações durante os episódios psicóticos, se tivéssemos começado com o algoritmo de alucinações no lugar do algoritmo de delírios, teríamos seguido quase exatamente a mesma sequência de passos para chegarmos ao diagnóstico de transtorno esquizoafetivo, devido à similaridade da estrutura de ramos dos algoritmos de delírios e de alucinações.

De modo alternativo, poderíamos ter abordado esse caso desde a perspectiva dos graves sintomas depressivos de John e, em vez disso, começado com o algoritmo de decisão de humor deprimido (2.10). A primeira questão nesse algoritmo indaga sobre uma etiologia de substância para os sintomas depressivos. Aplicando os mesmos princípios discutidos no que se refere à relação entre o uso de maconha por John e seus delírios, essa questão pode também ser respondida negativamente, porque, embora o uso da droga seja suficiente para causar um humor depressivo, o fato de que John continuou a experimentar episódios de depressão grave depois de ter parado com seu uso pesado de maconha indica que, como os delírios, sua depressão não pode ser considerada como tendo sido induzida pela substância. A próxima pergunta questiona se a depressão é devida a efeitos fisiológicos de uma condição médica geral, podendo também ser respondida com um “não” por conta da ausência de qualquer histórico de problemas médicos. A questão seguinte pergunta se o humor deprimido fez parte de um episódio depressivo maior. A resposta a essa pergunta é “sim”, uma vez que os períodos depressivos que se desenvolveram depois do início dos delírios e das alucinações foram caracterizados por aproximadamente 4 semanas de humor disfórico, anedonia proeminente, sono ruim, diminuição do apetite e concentração reduzida, preenchendo, assim, os critérios sindrômicos de um episódio depressivo maior. Note que o algoritmo de decisão não termina nesse ponto, mas que o fluxo diagnóstico continua porque o episódio depressivo maior não é uma entidade diagnóstica codificável no DSM-5, mas, em vez disso, compreende um dos blocos de construção para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo I e tipo II, transtorno depressivo maior e transtorno esquizoafetivo. A próxima questão, sobre a presença de sintomas maníacos ou hipomaniacos clinicamente significativos, é respondida com um “não”, levando-nos a uma consideração da relação entre os episódios depressivos maiores e os sintomas psicóticos. A questão sobre existência de história de delírios ou alucinações é respondida com um “sim”, levando-nos a uma questão crítica, a de se os sintomas psicóticos ocorrem exclusivamente durante episódios depressivos maiores ou maníacos. No caso de John, os sintomas psicóticos *não* ocorreram apenas durante os episódios depressivos maiores (ou seja, os delírios e as alucinações ocorreram por si mesmos por 3 ou 4 semanas antes do início do episódio depressivo), de modo que a resposta a essa questão é “não”. Nesse ponto do algoritmo de decisão de humor deprimido (2.10), em vez de termos questões adicionais oferecidas, somos informados de que um transtorno do espectro da esquizofrenia ou outro transtorno psicótico está presente, o que nos instrui a ir ao algoritmo de delírios (2.5) ou ao algoritmo de alucinações (2.6) para o diagnóstico diferencial, resultando no diagnóstico de transtorno esquizoafetivo.

Depois de chegar ao diagnóstico de transtorno esquizoafetivo por meio do uso de algoritmos de decisão, podemos nos remeter à classificação do DSM-5 no Apêndice para obter o código diagnóstico dessa condição e/ou rever a tabela de diagnóstico diferencial para o transtorno no Capítulo 3 (Tabela 3.2.2) a fim de confirmar que os candidatos-chave para um diagnóstico de transtorno esquizoafetivo foram apropriadamente excluídos. Os dois principais candidatos diagnósticos nesse caso são esquizofrenia e transtorno depressivo maior com características psicóticas. De acordo com isso, a tabela de diagnóstico diferencial para o transtorno esquizoafetivo menciona que a esquizofrenia se diferencia dessa condição em virtude de ser caracterizada por episódios de humor que “estiveram

presentes pela menor parte da duração total dos períodos ativo e residual da doença”. No caso de John, cada episódio da doença foi caracterizado por um episódio depressivo maior, estando presente por mais da metade do tempo (ou seja, em torno de 4 semanas) da duração total (ou seja, 7 ou 8 semanas), assim excluindo o diagnóstico de esquizofrenia. Além disso, a tabela também menciona que o transtorno esquizoafetivo é diferenciado de um transtorno depressivo maior com características psicóticas em virtude de este último ser caracterizado pelos sintomas psicóticos que ocorrem apenas durante episódios depressivos maiores. No caso de John, os sintomas psicóticos não foram confinados exclusivamente aos episódios depressivos, excluindo o diagnóstico de transtorno depressivo maior com características psicóticas.