

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE – UNIARP  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**BRUNA LIANA DE MATOS PEREIRA**

**CARACTERÍSTICAS NOSOLÓGICAS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO  
PERSISTENTE E SUA RELAÇÃO ETIOLÓGICA**

**CAÇADOR  
2020**

**BRUNA LAIANA DE MATOS PEREIRA**

**CARACTERÍSTICAS NOSOLÓGICAS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO  
PERSISTENTE E SUA RELAÇÃO ETIOLÓGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como exigência para  
obtenção do título de Bacharel em  
Psicologia, do Curso de Psicologia, da  
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe –  
UNIARP

**Orientadora:** Profa. Esp. Edilaine  
Casaletti

**CAÇADOR  
2020**

## **TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Declaro para todos os fins de direito, que assumo total responsabilidade pelo aporte ideológico conferido ao presente trabalho, isentando a Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, a coordenação do Curso de Psicologia a Banca Examinadora e o Orientador de toda e qualquer responsabilidade acerca do mesmo.

Caçador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Acadêmica: Bruna Liana de Matos Pereira

**BRUNA LIANA DE MATOS PEREIRA**

**QUAIS AS CARACTERÍSTICAS NOSOLÓGICAS DO TRANSTORNO  
DEPRESSIVO PERSISTENTE E SUA RELAÇÃO ETIOLÓGICA?**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova com nota \_\_\_\_\_ este Trabalho de Conclusão de Curso** apresentado no Curso Serviço Social da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, como requisito final para obtenção do título de:

**Bacharel em Psicologia**

---

Profa. Ma. Ana Cláudia Lawless  
Coordenadora do Curso de Psicologia

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Esp. Edilaine Casaletti** - UNIARP  
(Presidente da Banca/ Orientadora)

---

**Prof. Esp. Vitor Czerniak** - UNIARP  
(Membro da banca)

---

**Profa. Patrícia Aparecida Rusczyk Favarin** - UNIARP  
(Membro da banca)

Caçador, SC, 11 de dezembro de 2020.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus por me guiar e fornecer capacidade de concluir a graduação.

Agradeço aos meus familiares, em especial meus pais Saule Pedro Pereira e Salete de Matos Pereira e minha irmã Brenda Luana de Matos Pereira pela dedicação de sempre, por estarem ao meu lado e todo apoio que me dispuseram durante a minha jornada acadêmica.

Agradeço a todos os professores da graduação que se dedicaram em transmitir conhecimento para exercer essa profissão maravilhosa que é a Psicologia. Em especial, a minha professora orientadora Edilaine Cassaletti que contribuiu muito com meu desenvolvimento acadêmico e profissional durante todo o processo da graduação e deste trabalho. Meu agradecimento e admiração a Coordenadora do curso de psicologia Ana Claudia Lawless.

## RESUMO

Transtorno Depressivo Persistente (TDP) é caracterizado por uma forma de depressão permanente e crônica. Ele apresenta sintomas semelhantes ao transtorno depressivo maior, a distinção é que a duração do quadro depressivo no TDP deve durar mais que dois anos e o portador não pode ficar livre dos sintomas mais de dois meses. O portador, normalmente, vivencia seu cotidiano e executa suas funções de forma normal, todavia, sente-se não realizado, experienciando, na maior parte do tempo, sentimentos de constante tristeza e desesperança. Esse transtorno causa prejuízo ao paciente uma vez que altera o humor o tornando deprimido e com sentimentos de baixa autoestima prejudicando, assim, sua vida social, acadêmica, familiar e profissional por anos. Também impacta de maneira significativa suas emoções devido a seus sintomas serem negativos e depressivos causando sofrimento psíquico no paciente. Esse trabalho tem como objetivo descrever como é caracterizado e diagnosticado o TDP, os aspectos que envolvem seus sintomas, as alterações físicas e psicológicas que ocorrem durante o processo da doença, assim como, as funções que ela acomete ao portador. Ele aborda a mudança de nomenclatura atualizada no DSM-V que alterou os critérios diagnósticos do TDP que, anteriormente, era conhecido como transtorno distímico, a etiologia do TDP também é um objetivo. São discutidas e apontadas, durante este trabalho, as possíveis causas dessa doença procurando responder se é originada pelas experiências traumáticas externas que o indivíduo enfrentou durante a vida ou se sua origem é genética e implica em desajuste químico e cerebral. A metodologia aplicada nesse trabalho foi revisão teórica realizada através de pesquisas por meio eletrônico em materiais bibliográficos, livros e artigos científicos. Os resultados contidos neste trabalho de conclusão de curso serão apresentados de forma qualitativa. A depressão está entre as doenças que mais incapacita pessoas no mundo e o TDP é uma forma grave e prolongada da depressão que necessita ser diagnosticado precocemente para evitar danos significativos ao paciente.

**Palavras-chave:** Transtorno depressivo persistente. Características nosológicas. Distímia. Diagnóstico.

## ABSTRACT

Persistent Depressive Disorder is characterized by a form of permanent and chronic depression. He has symptoms similar to major depressive disorder, the distinction is that the duration of the depressive condition must last more than two years and the patient cannot be free of the symptoms more than two months. The carrier usually experiences his daily life and performs his functions in a normal way, however, he feels unfulfilled, experiencing, most of the time, feelings of constant sadness and hopelessness. This disorder causes damage to the patient since it alters the mood making him depressed and with feelings of low self-esteem, thus damaging his social, academic, family and professional life for years. It also significantly impacts your emotions due to its negative and depressive symptoms causing psychological distress in the patient. This work aims to describe how disorder is characterized and diagnosed, the aspects involving its symptoms, the physical and psychological changes that occur during the disease process, as well as the functions it affects the patient. It addresses the updated nomenclature change in the DSM-V that changed the diagnostic criteria for the disorder that was previously known as dysthymic disorder, the etiology of the disorder is also an objective. During this work, the possible causes of this disease are discussed and pointed out, seeking to answer whether it is caused by external traumatic experiences that the individual faced during life or if its origin is genetic and implies chemical and cerebral maladjustment. The methodology applied in this work was a theoretical review carried out through electronic searches in bibliographic materials, books and scientific articles. The results contained in this course conclusion work will be presented qualitatively. Depression is among the diseases that most disable people in the world and PDT is a severe and prolonged form of depression that needs to be diagnosed early to avoid significant damage to the patient.

**Keywords:** Persistent depressive disorder. Nosological characteristics. Dysthymia. Diagnosis.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>1 DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	<b>10</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>11</b>
2.1 TRANSTORNOS DE HUMOR DEPRESSIVOS - ESTUDO CONCEITUAL E CONTEXTUAL .....	11
2.2 TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE E SUAS CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS .....	16
2.3 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TRANSTORNO DISTÍMICO F34. 1 - 300.4 SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10 .....	20
2.4 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE (DISTIMIA) 300.4 (F34.1) SEGUNDO O MANUAL DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS QUINTA EDIÇÃO (DSM-V) .....	21
2.5 FATORES ETIOLÓGICOS PARA O TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE .....	25
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>33</b>



## INTRODUÇÃO

Este estudo aborda as características nosológicas do transtorno depressivo persistente (TDP) que sofreu alterações durante os últimos anos devido a suas particularidades e especificações. Ele também discute o que origina a doença, se os fatores estão somente relacionados à genética ou se o meio externo também contribui com a elucidação da doença.

Pode-se dizer que o transtorno depressivo persistente é um conjunto de emoções entre alegria e tristeza que fazem parte da psique humana. As adversidades e acontecimentos desagradáveis são respondidos pelos sentimentos emocionais de tristeza, dor e desapontamento. Ao fazer um resgate histórico, nota-se que esses sentimentos estavam presentes no passado do ser humano e costumavam servir como forma de poupar esforço (DEL PORTO, 1999).

As alterações de humor podem ser descritas de maneiras distintas conforme suas particularidades. O humor eufórico é encontrado em transtornos e patologias onde o paciente se encontra disposto, confiante e excitado. Eles podem ser observados por profissionais da saúde que costumam atentar a expressões faciais e formas de comportamentos. Existem aqueles adjetivos que são experienciados apenas pelo paciente como os sentimentos de tristeza, melancolia e desesperança (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Os transtornos de humor implicam nas atividades cotidianas alterando a rotina e comportamento antes habituais do paciente. Eles afetam também a capacidade cognitiva provocando um desajuste no modo de pensar. Ocorre também alterações relacionadas à libido, ao ajuste do sono e o apetite pode sofrer alterações significativas conforme a modalidade do transtorno de humor (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Beck e Alford (2011) relatam que informações sobre longo e curto prazo da depressão têm sido alvo de estudo nos últimos anos, pois são aspectos importantes para profissionais das áreas da psicopatologia possam entender e melhorar o manejo prático. O histórico de vida do paciente é avaliado durante o processo psicoterapêutico em pacientes deprimidos buscando a pontualidade no tratamento (BECK; ALFORD, 2011).

Tendo em vista a epidemiologia dos transtornos de humor, esse estudo mostra-se relevante por diversos motivos. Inicialmente, compreendem-se que

informar a sociedade sobre a ocorrência do transtorno depressivo persistente, suas características diagnósticas e possíveis fatores etiológicos, poderá diminuir o impacto que o mesmo tem na vida social, nas relações familiares, conjugais e profissionais, podendo, esse estudo, servir como um guia informativo para a comunidade de maneira geral.

Em relação à importância do estudo a nível acadêmico, pode-se destacar o aprofundamento teórico acerca dessa psicopatologia, buscando compreender as inúmeras possibilidades diagnósticas e etiológicas da doença. Assim, permitindo ao estudante de psicologia, uma compreensão mais específica e domínio diagnóstico de uma manifestação patológica que afeta um número considerável de pessoas e onde o diagnóstico parece ser banalizado. A comunidade científica poderá ser intensamente beneficiada com esse estudo, tendo em vista a apresentação atualizada das características diagnósticas e um estudo recente acerca dos fatores etiológicos envolvidos na manifestação da doença. Além disso, busca-se, por meio desse estudo, contribuir para o acervo científico que, atualmente, não é muito vasto com relação ao tema aqui estudado.

Este trabalho aborda a atualização de nomenclatura de transtorno distímico presente no manual diagnóstico dos transtornos mentais (DSM-IV) para transtorno depressivo persistente presente no (DSM-V). O estudo discute as alterações significativas que ocorreram em relação ao diagnóstico do transtorno depressivo persistente e duração de sintomas, bem como os principais fatores etiológicos.

Dessa forma, o principal objetivo foi compreender as características nosológicas do Transtorno Depressivo Persistente, bem como a relação etiológica da sua manifestação. Para isso, foi preciso conceitualizar e contextualizar o transtorno depressivo persistente, estudar como é realizado o diagnóstico nosológico do transtorno depressivo persistente, bem como buscar compreender as atualizações do mesmo pelos manuais diagnósticos, compreender os fatores de risco e as bases etiológicas da manifestação do transtorno depressivo persistente, realizar análise dos aspectos diagnósticos e etiológicos elaborando, dessa forma, um material elucidativo e informativo que acolha demandas sociais, acadêmicas e científicas acerca do tema estudado.

## 1 DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

A presente pesquisa caracteriza-se como bibliográfica. A pesquisa bibliográfica é básica e obrigatória em qualquer modalidade. De forma geral, qualquer informação publicada (impressa ou eletrônica) é passível de se tornar uma fonte de consulta. Os livros constituem-se nas principais fontes de referências bibliográficas (SANTOS, 2000).

Vergara (1998, p. 46) destaca que este tipo de pesquisa “é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas [...]”.

O tema em questão constituiu a linha de raciocínio que guiou a leitura para descobrir/relembrar os conceitos e as ideias principais relacionados à pesquisa desenvolvida.

Além de auxiliar na definição dos objetivos da pesquisa científica, a revisão bibliográfica também contribui nas construções teóricas, nas comparações e na validação de trabalhos de conclusão de curso e de artigos científicos (CERVO; BERVIAN, 2002, p. 37).

A abordagem da pesquisa foi qualitativa. Para Minayo (2001) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Gaskell (2002, p. 65) afirma também que a pesquisa qualitativa:

Fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivação, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

Segundo Silva e Urbaneski (2015) a pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 TRANSTORNOS DE HUMOR DEPRESSIVOS - ESTUDO CONCEITUAL E CONTEXTUAL

Segundo o DSM-V os transtornos de humor depressivos são caracterizados pela alteração do humor, ou seja, o portador passa a vivenciar e enxergar as situações cotidianas com sentimento constante de desesperança e falta de entusiasmo. A irritação também se faz presente nos transtornos depressivos, ela passa a interferir na capacidade de tolerar do paciente onde, frequentemente, portadores costumam agir de maneira hostil em situações sociais e cotidianas (APA, 2013).

A capacidade de raciocinar é afetada pelos transtornos depressivos. Eles possuem a capacidade de atingir o cognitivo do indivíduo prejudicando a capacidade de encontrar soluções para os conflitos que vivenciam alterando, assim, o humor do paciente e tornando o processo do transtorno depressivo muito doloroso. O novo DSM-V trouxe diversas modificações a respeito dos transtornos depressivos. Existem muitos aspectos que diferem um transtorno depressivo do outro. A etiologia é um fator de distinção entre eles. Outro fator é o período de duração que sofre alteração devido as suas particularidades (APA, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a depressão como uma doença que é originada por diversos fatores biológicos, sociais e psicológicos que influenciam o seu desenvolvimento. “A depressão é um distúrbio heterogêneo, com etiologia, evolução e resposta terapêutica variadas, com relatos de aumento crescente na incidência entre os jovens” (MAIA et al., 2020, p. 2).

A depressão é uma das principais doenças que incapacitam pessoas ao redor do mundo, ela afeta 5 a 10% das pessoas. É importante lembrar que suas causas estão relacionadas, também, com os abalos que a pessoa vivenciou durante a vida como perda de pessoas próximas, enfrentamento de patologias que acometem a rotina, uso de drogas que impactam o emocional e psicológico tornando o organismo propício a algum tipo de transtorno depressivo (CORREA et al., 2020).

Galeno e Hipócrates identificaram o medo e o desânimo como sintomas da melancolia. No tempo Imperial a teoria do humor foi elaborada por Galeno, médico de destaque da época do império de Marco Aurélio. A saúde mental foi impactada

pelas doutrinas da igreja que acabaram por atrasar o tratamento médico científico. Crenças medievais e religiosas tiveram domínio sobre as doenças mentais e caracterizou-se como época do pecado e do demônio. Era visto pela sociedade a melancolia como um castigo divino, onde o portador precisaria rezar para se libertar da maldade e não ser mais punido. Na era medieval o termo *acedia* era conceito de tristeza, que era qualificado como o portador de melancolia. A *acedia* também era relacionada com demônio e imersão no pecado (MORENO et al., 2011).

Com efeito, o melancólico vê-se inteiramente absorvido pela perda e afirma de maneira violenta sua condição ante o próprio sofrimento. O melancólico despe-se ao extremo em seu discurso, referindo-se a si mesmo com a violência de quem odeia, rejeita ou deseja vingança. O eu do melancólico acede a um estatuto de vazio absoluto, no qual é desvelada a condição mesma da mortalidade, da fraqueza, da desvalia, do desprezo. "Ele se repreende" - diz Freud -, "se envilece, esperando ser expulso e punido. Degrada-se perante todos, e sente comiseração por seus próprios parentes por estarem ligados a uma pessoa tão desprezível" (FREUD, 1917 apud PINHEIRO; QUINTELLA; VERTMAN, 2010, p. 150).

No passado, os depressivos eram definidos como pessoas que tinham o humor corrompido, o primeiro tratamento para alterações de humor mais indicado naqueles tempos era de extrair esse desajuste do humor. É importante lembrar que no início era comum que doenças psiquiátricas fossem associadas com religião, bruxaria e possessão. Então, naquele tempo, era feito o uso de poção e de poderes mágicos como forma de tratar as doenças mentais (PERES, 2003).

O pecado teve seu fim com a chegada ao Renascimento onde filósofos da época passaram a enxergar a melancolia e a tristeza como uma parte da personalidade de poetas e artistas. O descontrole emocional foi somente abordado como hipótese para definir personalidades melancólicas com a era do Iluminismo. Depois, a era do Romantismo retomou a ideia de melancolia como característica de sensibilidade. O termo *distimia* só foi citado pela primeira vez em 1863 pelo cientista Flemming quando já se começava a entender um pouco mais sobre a *distimia* quando Kahlbaum define o termo como depressão que apenas tinha seu início acentuado (MORENO et al., 2011).

A solidão, tristeza e desesperança foram tratadas por meio da cocaína e haxixe logo no século XIX. Esses meios eram utilizados pelos cientistas da época uma vez que apresentavam melhora na comunicação, estimulavam a sensação de prazer no corpo e resgatavam o indivíduo dos sentimentos característicos da depressão (PERES, 2003).

É importante ressaltar que Hipócrates contribuiu muito com o rompimento das crenças mitológicas e do misticismo como possível causa com as doenças. Ele defendeu a teoria de que as doenças eram originadas de fatores ambientais e estavam diretamente ligadas a fatores orgânicos de elementos externos, como a alimentação e as práticas e hábitos cotidianos, então, o cérebro foi o principal elemento responsável pelas doenças do organismo, deixando todas as teorias para trás. Inspirado no pensamento pré-socrático, busca explicar a origem de tudo na teoria dos quatro elementos que são terra, água, fogo e ar. Conceitua que o equilíbrio resultaria em um organismo sem patologias e que ele tem relação direta com as emoções (CORDÁS; EMILIO 2017).

Para o autor existia uma relação com os quatro órgãos principais coração, fígado, baço e cérebro. Assim, iniciou-se o processo de observação clínica. Galeno formulou a classificação que incluía a melancolia, paranoia e mania que, para ela, significava que melancolia, seguindo sua lógica clínica, era inquietação, insônia, falta de apetite e de ânimo. Nesse tempo o tratamento era limitado então era comum que os gregos buscassem a natureza e seu equilíbrio como forma de combater as diversas doenças (CORDÁS; EMILIO 2017).

Os registros históricos trazem a Iproniazida como a primeira droga farmacêutica para o tratamento do humor deprimido, que também era indicada no tratamento farmacológico e passou a ser utilizada pela psiquiatria devido a sua ação que funcionava como estimulante do humor. Roland Kuhn, em 1957, apresentou a Imipramina, o primeiro antidepressivo considerado não estimulante, pois o cientista buscava distinguir a melancolia dos sintomas depressivos apresentados em outras neuroses (PERES, 2003).

Na década de 60 a Iproniazida e a Imipramina estavam em alta. Na década de 80 foi marcada pelo descobrimento do Prozac onde foi identificado que a serotonina e a noradrenalina são neurotransmissores fundamentais na alteração do humor. A Fluoxetina foi descoberta como inibidor na receptação da serotonina (PERES, 2003).

A distímia é um transtorno crônico que tem como características principais a presença de sintomas depressivos. Porém, a distímia não é tão evidente e agravante para o portador quando o transtorno de depressão maior porque o paciente consegue levar uma vida cotidiana habitual, ele não descreve e nem percebe o seu

humor como algo não ideal. O portador costuma atribuir as características da distímia presentes nos seus sintomas como algo natural do seu humor e de sua personalidade. Desde a década de 80 existe o diagnóstico para distímia que foi descrito no manual diagnóstico e estatístico da associação psiquiátrica americana. A origem da distímia é discutida ainda hoje (LIMA, 1999).

A distímia é mais prevalente na população se comparada com as depressões mais graves onde existe psicose. Ela é considerada uma depressão persistente. Do que tange a comorbidade, cerca de dois terços dos pacientes distímicos também apresentam maior ou a presença de outro transtorno. O consumo de drogas também se faz presente (LIMA, 1999).

Estudos recentes explicam que a presença da depressão em número elevado no sexo feminino pode ser explicada por diversos fatores sociais e culturais em que a mulher está inserida. As diferenças culturais também produzem um ambiente apto ao surgimento da depressão, mas os fatores genéticos não são descartados e nem menosprezados, pois também contribuem de forma significativa para desenvolver a doença (TUCCI; KERR-CORREA; DALBEN, 2001).

A distímia teve um longo percurso, antigamente, ela não estava inclusa em transtornos de humor o que implicava na dificuldade em traçar uma linha de tratamento farmacológico e clínico para o paciente. Os pacientes cronicamente deprimidos, antigamente, eram categorizados como portadores de transtorno de caráter depressivo. As abordagens terapêuticas abriram espaço para a distímia, o que resultou a possibilidade de novas perspectivas terapêuticas. Estudos realizados foram benéficos, pois foram elaborados a partir da admissão da distímia e dos estudos embasados no processo que ele envolve e implica na vida do portador (LIMA, 1999).

Visando aperfeiçoar os critérios diagnósticos, juntamente com a fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceram a classificação estatística internacional de doenças, em 1948, possui as desordens mentais, psiconeuróticas e de personalidade, porém, poucos países admitiram essa edição. É importante frisar que foi um passo importante na elaboração de critérios diagnósticos de doenças psiquiátricas. Nos anos seguintes, principalmente na década de 60, foram avançando cientificamente em relação às especificadas médicas psiquiátricas (CORDÁS; EMILIO, 2017).

Nos Estados Unidos pacientes portadores de transtorno de personalidade, neuróticos e depressivos normalmente eram diagnosticados com esquizofrenia na década de 1940. Com o avanço da ciência em todo o mundo o diagnóstico da depressão foi aos poucos se tornando mais preciso. O percurso da psiquiatria à frente das doenças mentais passou por altos e baixos. A depressão, especificamente no início do século XX, era muito banalizada e o diagnóstico teve pouco avanço. Os transtornos do humor foram elaborados pela psiquiatria que estava deixando de lado a rotulação de esquizofrenia na maioria das doenças psiquiátricas (CORDÁS; EMILIO 2017).

Na CID-6 e na CID-7, apenas três variáveis de depressão eram reconhecidas – reação maníaco-depressiva, melancolia involutiva e depressão neurótica. Na CID-8 (1968), uma quarta entidade foi introduzida, a depressão psicótica; na CID-9 (1979), houve um novo aumento, dessa vez para 13; e, por fim, já na CID-10 (1993), são catalogados mais de 25 tipos e subtipos depressivos (CORDÁS; EMILIO, 2017, p. 154).

Pessoas que não possuem bem-estar psicológico, normalmente, não possuem capacidade para traçar novos caminhos. O autocontrole está intimamente ligado à saúde mental, o fato de falhar nesses aspectos citados causa desajuste emocional e interfere na independência do paciente (SILVA, 2016).

A depressão maníaca depressiva, depressão neurótica e melancolia involutiva eram reconhecidas no CID-6 e CID-7. Também foi elaborada a depressão psicótica introduzida do CID-8. Em seguida, já na década de 90, a depressão foi dividida em mais de vinte e cinco subtipos no CID-10. Foi extinta a depressão neurótica e a depressão endógena. O próprio nome neurose foi abolido ao acompanhar, em 1978, pacientes psiquiátricos em um trabalho de Hagop Akikal que acompanhou pacientes deprimidos neuróticos e que depois foi entendido para casos depressivos clássicos para depois compreender a doença bipolar. A divisão entre a psiquiatria europeia e a psiquiatria americana foi estreitada com as atualizações do CID-10 e DSM-IV, mesmo ainda havendo algumas distintas particularidades. Também, houve algumas divergências, principalmente, pela imprensa inglesa que contestava o novo DSM-V devido ao aumento de diagnósticos (CORDÁS; EMILIO, 2017).

A depressão atinge em grande escala a terceira idade. O idoso está acometido, normalmente, por doenças que contribuem com o aparecimento da depressão. O desgaste emocional é maior porque são muitas mudanças que ocorrem no processo de envelhecer, principalmente, mudanças decorrentes de



episódios desagradáveis como o processo de luto ou adoecer. A depressão é também potencializada pelo conjunto de experiências que o paciente presencia durante a vida (SILVA, 2016).

O senso comum tende a encarar a depressão em idosos como algo natural, que faz parte da idade avançada. Para algumas pessoas o idoso estar recluso e evitando contato social é compreensivo, o que acontece é que a maioria das pessoas não consegue perceber a sutil diferença entre as questões relacionadas a idade do indivíduo e as questões emocionais. As preocupações na terceira idade tentem a ser encaradas com maior intensidade pelo idoso, o que faz com que na terceira idade as pessoas sejam atingidas por sintomas depressivos. O orgulho faz com que alguns portadores evitem expor seu estado de humor, pensamentos e emoções porque, frequentemente, é doloroso para eles assumirem a depressão (SILVA, 2016).

## 2.2 TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE E SUAS CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS

O transtorno depressivo persistente é um transtorno de humor caracterizado pela depressão prolongada. Para haver diagnóstico, a alteração de humor deve estar presente na vida do paciente, no mínimo, há dois anos. Outro fator importante que pode interferir no surgimento ou não do transtorno depressivo persistente é o abuso de substâncias químicas (APA, 2013).

Segundo o Manual de Psicofarmacologia clínica (SCHATZBERG; DEBATTISTA, 2017) o transtorno depressivo persistente impacta de forma significativa na vida social do portador, alterando sua conduta social e prejudicando o bom relacionamento com as pessoas. Deve ser diagnosticado como transtorno depressivo persistente o paciente que, após dois anos de sintomas do transtorno depressivo maior, persistir com os sintomas.

No diagnóstico diferencial, se houver critérios suficientes durante os períodos de episódio depressivo maiores, deve-se especificar o diagnóstico de depressão maior juntamente com transtorno depressivo persistente. Nos pacientes que possuem episódios depressivo maior deve-se especificar com episódios depressivos maiores intermitentes, com episódio atual. Utiliza-se episódios depressivos maiores intermitentes sem episódio atual quando todos os critérios para episódio depressivo

maior não são satisfeitos, mas houve episódio prévio de depressão por pelo menos dois anos (APA, 2013).

O termo síndrome distímica pura se refere aos pacientes que não tiveram episódios de depressão maior nos últimos dois anos. Nos transtornos psicóticos não é realizado durante o transtorno psicótico. Se nos exames for constatado que os sintomas do transtorno depressivo persistente são consequências dos efeitos fisiopatológicos, como uma doença crônica, é denominado o transtorno principal juntamente com o termo de condição médica. O transtorno depressivo persistente possui comorbidade com transtorno de ansiedade e transtorno de substância em particular (SCHATZBERG; DEBATTISTA, 2017).

O DSM-V pontua que o transtorno depressivo persistente tem como primeiro critério diagnóstico o critério A, o humor deprimido na maioria dos dias por tempo prolongado e o critério B, período depressivo o portador deve apresentar duas das seguintes características: alteração do apetite para mais ou para menos, excesso ou falta de sono, falta de disposição para realizar atividades cotidianas, baixa-autoestima, desesperança e dificuldade em tomar decisões (APA, 2013).

O critério C pontua que, durante dois anos, adultos devem possuir todos os sintomas do critério A e B, crianças e adolescentes devem apresentar o critério A e B por um ano. O critério D pontua que o portador deve apresentar os critérios do transtorno por dois anos. Critério E estabelece que os sinais e sintomas não devam satisfazer um diagnóstico de transtorno ciclotímico. O critério F menciona que a perturbação presente no transtorno não deve ter relação com transtornos psicóticos. O critério G exige que não se pode ter relação com uso de substância química ou condição médica e, por fim, o critério H dispõe que os sintomas do transtorno depressivo persistente obrigatoriamente devem trazer prejuízo e sofrimento ao paciente (APA, 2013).

É comum que o início do transtorno depressivo persistente seja precoce. Normalmente, os pacientes iniciam o transtorno durante a infância ou a adolescência. O transtorno depressivo persistente era anteriormente denominado como transtorno distímico. O novo DSM-V agrupou o transtorno depressivo maior crônico com o transtorno distímico, atualizando, assim, para transtorno depressivo persistente. O transtorno é caracterizado pelo humor deprimido por cerca de dois anos. Associado a esse transtorno também está o transtorno depressivo maior,

pacientes portadores de transtorno depressivo maior, após dois anos com os mesmos sintomas, recebem diagnóstico de transtorno depressivo persistente (SCHATZBERG; DEBATTISTA, 2017).

A prevalência do transtorno depressivo persistente é de 0,5 entre a população estadunidense. O seu desenvolvimento está pré-disposto a aparecer antes dos vinte e um anos e é caracterizado por possuir curso crônico. Um fato importante que se constatou é que os sintomas do transtorno depressivo persistente são muito resistentes ao longo dos anos e, dificilmente, eles desaparecem se comparados aos do episódio depressivo maior (SCHATZBERG; DEBATTISTA, 2017).

Os danos que as doenças causam na vida de um paciente provocam impacto também na vida profissional, o que impede, muitas vezes, que o paciente tenha um trabalho regular. Profissionais da saúde mental apontam a importância do diagnóstico para que o paciente possa ser respeitado e compreendido pela sociedade, também para que tenha acesso a seus direitos civis e sociais (DI NUBILA, 2007).

O luto é um fator importante para os transtornos mentais, ele pode acentuar doenças mentais e levar a quadros mais graves. As atualizações feitas no DSM-V atentam sobre ele permitindo que ele possa ser encarado de maneira patológica e não vista somente como uma reação comum. O objetivo principal é fornecer acesso a medicação e atenção especial ao sofrimento (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Se o quadro depressivo no início da doença for de depressão alta deve-se desconsiderar a hipótese de distímia. Frequentemente, os portadores experenciam períodos sem nenhum sintoma. Na distímia é comum que o paciente apresente muita preocupação, cansaço, insônia, sentimento de inadequação e excesso de preocupação. O que torna o transtorno distinto de um caso de depressão clássica é que, normalmente, o portador consegue superar a rotina do dia a dia com sucesso. Para realizar o diagnóstico é importante investigar se ela é iniciada na fase jovem adulta, por volta dos trinta anos ou tardia (MORENO et al., 2011).

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o Manual de Diagnóstico e Estatístico (DSM-V) são utilizados por especialistas para melhor descrever os critérios diagnósticos. O CID-10 foi produzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e é utilizado para diagnóstico das doenças e dos transtornos mentais. Com relação ao DSM-V pertence à Associação Americana de Psiquiatria ele é específico

aos transtornos mentais, contém muitos detalhes e é bastante utilizado em pesquisas científicas (FERRI; GALDURÓZ, 2017).

O livro Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID-10 aponta a distímia (F34.1) como uma doença crônica onde existe alteração do humor para baixo, persistente por anos, porém não existem alto impacto como a depressão clássica e os episódios não correspondem a nenhum grau de transtorno depressivo recorrente (DORGIVAL, 1993).

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) (DORGIVAL, 1993).

É complexa a investigação de doenças, a presença ou não de sinais e sintomas precisa de alta atenção e profissionalismo. São inúmeras queixas, enfermidades, sinais, sintomas e distúrbios capazes de impossibilitar que o indivíduo goze uma vida plena. Os prejuízos precisam ser notados ainda que muitas vezes não sejam vistos de forma direta e objetiva, pois é neles que estão presentes as consequências que incapacitam as pessoas. O CID-10 é um livro de classificação de doenças, ele é dividido em categorias que são definidas e seguem critérios com diversas classificações (DI NUBILA, 2007).

O primeiro objetivo do CID-10 foi apresentar dados de causa morte ou de doenças que causam internações, em seguida, foi solicitado que, diferente das edições anteriores, houvesse atualizações entre revisões. O CID é o instrumento padrão adotado mundialmente para diagnósticos, pesquisa e informação em relação à saúde em seus diversos aspectos. Também, serve como monitoramento de doenças que possam estar ocorrendo em variados lugares a atingindo as mais variadas populações e tem como objetivo a análise de situação dos grupos com relação à prevalência de doenças na sociedade (DI NUBILA, 2007).

### 2.3 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TRANSTORNO DISTÍMICO F34. 1 - 300.4 SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10

Abaixo apresentado um quadro com critérios diagnósticos do transtorno distímico segundo o CID-10.

**Quadro 1** - Critérios diagnósticos do transtorno distímico

CRITÉRIOS	SINTOMAS
A	Humor cronicamente deprimido na maior parte do tempo e na maioria dos dias por pelo menos dois anos.
B	Portadores descrevem-se com humor triste. Para crianças o humor pode aparecer irritável ao invés de depressivo e o período mínimo reduz há um ano. Durante o humor depressivo devem estar presente no mínimo dois desses sintomas: Apetite diminuído ou hiperfagia; Insônia ou hipersonia; Baixa energia ou fadiga; Baixa autoestima; Frac concentrção ou dificuldade em tomar decisões; Sentimentos de desesperança.
C	Visão de si como incapaz, desinteressante, baixo interesse e autocrítica. Relato de sempre ter tido o humor assim. Durante o período de dois anos, um para crianças e adolescente intervalos livres de sintomas não podem ultrapassam dois meses.
D	No período inicial de dois anos de sintomas distímicos não houve Episódios Depressivos Maiores.
E	Se os sintomas depressivos crônicos incluem um episódio depressivo maior durante os 2 anos iniciais, então o diagnóstico é de transtorno depressivo maior, crônico (se todos os critérios para um episódio depressivo maior são satisfeitos), ou transtorno depressivo maior, em remissão parcial (se todos os critérios para um episódio depressivo maior não são satisfeitos atualmente). Após os dois anos iniciais de transtorno distímico, episódios depressivos maiores podem sobrepor-se ao transtorno distímico. Nesses casos ("dupla depressão"), diagnostica-se tanto transtorno depressivo maior quanto transtorno distímico. Após o retorno ao nível distímico básico (isto é, não mais são satisfeitos os critérios para episódio depressivo maior, mas os sintomas distímicos persistem), apenas o transtorno distímico é diagnosticado.

continua

**Quadro 1** - Critérios diagnósticos do transtorno distímico

CRITÉRIOS	SINTOMAS
F	Um diagnóstico separado de transtorno distímico não é feito se os sintomas depressivos ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico crônico, tal como esquizofrenia ou transtorno delirante. O diagnóstico de transtorno distímico não é feito se o indivíduo já apresentou um episódio maníaco, um episódio misto ou um episódio hipomaníaco, ou se os critérios já foram satisfeitos para transtorno ciclotímico.
G	Deve-se desconsiderar o diagnóstico se a perturbação é decorrente de efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., álcool, medicamentos anti-hipertensivos) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo, doença de Alzheimer).
H	Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional (ou acadêmico) ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

**Fonte:** Adaptado de Dorgival (1993, p 342-343).

## 2.4 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE (DISTIMIA) 300.4 (F34.1) SEGUNDO O MANUAL DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS QUINTA EDIÇÃO (DSM-V)

Abaixo apresenta-se um quadro contendo os critérios diagnósticos do transtorno depressivo persistente segundo DSM-V.

**Quadro 2** - Critérios diagnósticos do transtorno depressivo persistente

CRITÉRIOS	SINTOMAS
A	A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas, pelo período mínimo de dois anos. Nota: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, com duração mínima de um ano.
B	Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características: Apetite diminuído ou alimentação em excesso; Insônia ou hipersonia; Baixa energia ou fadiga; Baixa autoestima; Concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões; Sentimentos de desesperança.
C	Durante o período de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes) de perturbação, o indivíduo jamais esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de dois meses.

continua

**Quadro 2** - Critérios diagnósticos do transtorno depressivo persistente

CRITÉRIOS	SINTOMAS
D	Os critérios para um transtorno depressivo maior podem estar continuamente presentes por dois anos.
E	Jamais houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para transtorno ciclotímico.
F	A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno esquizoafetivo persistente, esquizofrenia, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.
G	G. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipotireoidismo). Transtorno Depressivo Persistente (Distímia).
H	Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

**Fonte:** Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (2014, 168-169).

A psiquiatria ressalta a importância do papel que tem em buscar o diagnóstico e a forma de tratamento para pessoas portadoras de doenças mentais dos mais diversos níveis, mas, principalmente, nos níveis mais brandos como onde existe psicose (IACOPONI, 1999).

Para que se obtenha bom resultado no diagnóstico e sucesso terapêutico é importante que a entrevista clínica colha informações que forneçam bases para selecionar os critérios diagnósticos. Ao estabelecer um diagnóstico correto é possível traçar o percurso da doença e como ela deve atuar psicologicamente e fisicamente no paciente. A entrevista permite ao profissional a compreensão ampla do transtorno, possibilitando que ele possa atuar de maneira conjunta ao paciente. Assim, é possível tratar o transtorno de forma pontual (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A entrevista não deixa de ser um processo de tratamento, uma vez que o contato inicial estabelecido entre profissional e paciente é de suma importância para o sucesso diagnóstico e do tratamento terapêutico. Existem entrevistas realizadas de diversas maneiras e em variados lugares. Se o profissional da saúde mental estiver atuando com muita demanda, ele pode alterar a duração da entrevista, foco principal, principalmente, se existem atendimentos ao mesmo tempo. Entretanto, as técnicas impostas sustentam o sucesso da entrevista e permitem que mesmo em

condições adversas possa se estabelecer um foco principal a seguir para o diagnóstico e tratamento (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A maioria dos portadores de doenças mentais mais severas não se encontram em meio a especialistas da área da saúde mental, como o médico psiquiatra, os hospitais psiquiátricos e tratamentos especializados. Essa situação é considerada delicada, uma vez que estudos epidemiológicos comprovam que a maioria dos portadores de doença mental está em contato com a rede básica de atendimento o que pode, muitas vezes, prejudicar o paciente psiquiátrico é o atendimento não especializado (IACOPONI, 1999).

Por vezes, esses pacientes frequentam médicos de cardiologia, neurologia e outras especialidades não psiquiatras que acabam não precisando o diagnóstico correto. Os postos de saúde e ambulatórios, normalmente, recebem alta demanda de pacientes das mais diversificadas patologias, onde as doenças mentais acabam não tendo um olhar atento (IACOPONI, 1999).

O diagnóstico não é dado de uma forma simples ao paciente. Mesmo no transtorno depressivo persistente que envolve uma forma prolongada da depressão o paciente deve ser tratado com respeito. A particularidade e as condições em que o portador está inserido devem ser inclusas. O percurso do transtorno muitas vezes é incerto, causando em alguns pacientes o receio ao futuro adversidades e modificações que o tratamento da doença possa vir a causar na vida desse paciente (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

É importante a sutileza e compreender que o paciente muitas vezes está surpreso com o diagnóstico e, por vezes, possui crenças sobre profissionais da saúde mental que acabam por atingir sua forma de encarar o transtorno. O objetivo do profissional ao abordar um paciente portador de transtorno mental é de aliviar o sofrimento e o prejuízo que o paciente possa ter tido e, possivelmente, está passando ou evitar o avanço do transtorno de maneira a se agravar causando danos ainda maiores. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017)

Relacionado à empatia o compêndio de psiquiatria pontua que, anteriormente, os antigos DSM tinham o transtorno distímico como não intensos a ponto de definir um diagnóstico de depressão maior. A atualização do DSM-V trouxe consigo a junção da distímia com a depressão maior crônica, que deve se fazer presente pelo mínimo de dois anos resultando no transtorno depressivo persistente a antiga



distímia. Outro quesito que mudou com a chegada do DSM-V foi que os sintomas que no DSM-V exige no mínimo dois de seis sintomas presentes no transtorno depressivo persistente (APA, 2013).

Para elucidar como doenças fisiológicas podem interferir no surgimento da distímia um caso clínico será exemplificado a seguir:

Uma mulher de 35 anos, técnica de laboratório foi encaminhada a psiquiatria de um centro acadêmico pela sua empresa. O motivo do encaminhamento era que a paciente havia tido uma crise de choro após ouvir uma crítica durante uma análise anual. A paciente, então, relatou ao médico psiquiatra que constantemente sente-se triste e que a tristeza já está presente há muitos anos em sua vida. Segundo seu relato ao médico a crítica que ela ouviu atingiu o seu limite. A paciente mudou-se para os Estados Unidos para fazer Pós-Graduação, mas ela iniciou o trabalho como técnica de laboratório o que a fez abandonar os estudos. Ela verbalizou para o médico que não estava realizada no seu trabalho mais não poderia conseguir outro porque acha que não a contratariam (BARNHILL, 2015).

Ela verbalizou sentir-se culpa pelos acontecimentos da vida. Mesmo com os desafios a paciente relatou que conseguia concentrar-se normalmente. A paciente não tinha pensamentos de morte e nem alterações no sono, no apetite e no peso. Em situações sociais a paciente relatou sentir certo constrangimento, principalmente, se fossem pessoas com que ela tivesse pouco contato. Seus relacionamentos, normalmente, são curtos, mas segundo ela não há alteração na libido (BARNHILL, 2015).

A intensidade dos sintomas constantemente era alterada, mas que nos últimos três anos ela teve uma constante. Ela tinha muito apego ao pai e o mencionou como um homem normal. O pai da paciente era farmacêutico e sua mãe uma enfermeira que segundo o relato da paciente era deprimida. Ao descobrir que seu pai estava com leucemia suas emoções foram abaladas e relata que se lembra de ter ficado deprimida pela primeira vez. A paciente relatou ter feito acompanhamento psicoterápico. Fazia uso apenas de anticoncepcionais e vitaminas (BARNHILL, 2015).

Ela explicou ao médico psiquiatra que pretendia realizar o tratamento medicamentoso juntamente com a psicoterapia. Iniciou o tratamento fazendo uso do medicamento Citalopram. Ela verbalizou, depois de algumas sessões, que havia

sido abusada sexualmente na infância. Ao longo das sessões foi revelando que percebe um padrão em fixar-se em relacionamentos abusivos e que as mulheres geralmente não fazem amizade facilmente com ela. Foi então diagnosticada com transtorno depressivo persistente (BARNHILL, 2015).

Compreende-se, então, que todos os critérios foram satisfeitos para transtorno depressivo persistente em razão da paciente apresentar sintomas crônicos. Característico da distímia, ela não apresenta altos prejuízos profissionais, porém relata possuir sintomas psicológicos, mas que não a prendem ou a incapacitam drasticamente. Não se pode saber se nos últimos anos essa configuração esteve presente. Também houve contradições, embora a paciente relatasse não haver falta de concentração sua empresa relatou já terem ocorrido situações onde a paciente apresentou distração. Observou-se a interação entre personalidade e doença afetiva. Foi compreendida a forma que ela encara o mundo através de traços identificados como retraimento, esquiva de intimidade, ansiedade, sensibilidade a críticas. Esses são traços disfuncionais da sua personalidade que podem melhorar conforme a melhora de sintomas (BARNHILL, 2015).

## 2.5 FATORES ETIOLÓGICOS PARA O TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE

São diversos os fatores que podem estar relacionados com o TDP como, por exemplo, os fatores genéticos, sociais, ambientais e as experiências ao longo da vida.

Atualmente, sabe-se que a distímia é originada por múltiplos fatores. Pessoas que permanecem com a maneira de pensar pessimista, geralmente, têm potencial para desenvolver distímia. No decorrer dos anos o ser humano passa por muitos traumas que dependendo da intensidade também potencializam a doença. A pré-disposição genética também é importante. Pessoas que possuem parentes com essa doença estão predispostas a desenvolvê-la. Assim como em outros transtornos depressivos o abuso de substâncias químicas, o uso descontrolado de medicações e condição médica é um fato etiológico (SILVA, 2016).

Os fatores de risco relacionados ao transtorno depressivo maior estão divididos no DSM-V em três campos.

- Os temperamentais, que abordam alteração na afetividade e presença de outros transtornos;
- Os ambientais descrevem como situações negativas ocorridas ao longo da vida;
- Quanto aos fatores genéticos, normalmente, o paciente possui parentes de primeiro grau que preenchem os critérios necessários para o diagnóstico do transtorno.
- No aspecto fisiológico, as atualizações abordam para implicações em áreas cerebrais como o hipocampo, o córtex pré-frontal e as amígdalas (APA, 2013).

A depressão e seus sintomas se fazem presentes em diversas patologias e doenças clínicas e, segundo Del Porto (1999), ela pode estar presente após episódios desgastantes ou em períodos em que o paciente enfrenta problemas relacionados a finanças.

As comunidades que vive no interior tem maior chance de desenvolver a depressão. Quanto aos diagnósticos não existe definição no que se refere às raças. Porém há estudos que afirmam que existe maior chance de que a esquizofrenia seja mais diagnosticada quando a cultura do profissional difere da cultura do paciente (SADOCK; SADOCK; RUIZ,2017).

Assim como outros transtornos de humor, o transtorno de humor persistente possui o fator genético intimamente ligado a ele. Possuir parentes de primeiro grau é um dos principais fatores que estão relacionados com o surgimento do transtorno depressivo persistente. A alteração da afetividade é outro fator importante, além da presença de outros transtornos. Socialmente falando, as relações pessoais entre indivíduos possuem grande impacto no surgimento do transtorno, pois elas podem vir a ser um gatilho. Portadores, normalmente, possuem alterações no cérebro que estão relacionadas ao transtorno depressivo persistente (APA, 2013).

A distímia prevalece no sexo feminino duas vezes mais do que no sexo masculino. Os relacionamentos amorosos de pessoas portadoras da distímia geralmente são desgastados e a grande maioria desses pacientes possuem dificuldade em estabelecer um relacionamento duradouro (SPANEMBERG; JURUENA, 2004).

Na depressão a estatística é maior em populações que vivem na pobreza e na vulnerabilidade social. O sexo feminino é mais afetado que o sexo masculino

devido a apresentar sintomas depressivos, principalmente, no período fértil e está relacionado com aspectos psicológicos, biológicos e sociais. As condições em que as pessoas são expostas durante a vida impactam no desenvolvimento da depressão (PARREIRA et al., 2017).

A depressão é uma doença que decorre de fatores sociais, psicológicos e biológicos. A predisposição da doença está no sexo feminino, pessoas de idade avançada e com nível baixo de escolaridade. O paciente depressivo, normalmente, tem uma má percepção da sua saúde, é comum que a maioria deles possua algum tipo de doença crônica e tenha uma vida sedentária (CORREA et al., 2020).

Portadores de transtornos de humor, frequentemente, apresentam alterações biológicas. Antigamente, se acreditava que eles teriam ligação somente com um grupo de neurotransmissores. Entretanto, os estudos atuais comprovam que a etiologia da doença abrange neurotransmissores de sistemas comportamentais, neuroreguladores e circuitos neurais (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Pessoas que são expostas a trabalhos onde não existem condições humanitárias e estão em empregos onde se sentem desvalorizados estão predispostas a desenvolver alguma doença psíquica e assim serem afastadas dos seus respectivos empregos. A depressão é uma doença que pode contribuir para o surgimento de várias comorbidades, ela também se encontra como fator de risco que pode levar ao suicídio onde atinge a maior parte das pessoas em fase ativa. As mulheres possuem mais chances de adoecer mentalmente devido a possuírem jornadas duplas de trabalho, cuidados e atividades domésticas (MOURA; LEITE; GRECO, 2020).

Os sistemas monoaminérgicos, portanto, são agora considerados sistemas neuro-modulares, mais amplos, e os distúrbios tendem a ser efeitos tanto secundários ou epifenomenais quanto relacionados direta ou causalmente com a etiologia e a patogenia. Aminas biogênicas. Das aminas biogênicas, a norepinefrina e a serotonina são os dois neurotransmissores mais implicados na fisiopatologia dos transtornos do humor (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017, p. 349).

Quando se trata de transtorno de humor depressivo é observado que os receptores pré-sinápticos quando ativados reduzem a norepinefrina. A quantidade de serotonina liberada está relacionada com a depressão o que prova é a resposta que o organismo dá ao quadro depressivo quando faz uso de antidepressivos com efeitos noradrenérgicos. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A serotonina é a alma biogênica neurotransmissora que normalmente está ligada a depressão, pois ela tem forte impacto nos inibidores seletivos da receptação de serotonina. A ciência identificou um vasto grupo de receptores que podem contribuir para a melhor especificação da etiologia dos transtornos depressivos. As pesquisas atuais indicam que a serotonina está intimamente ligada a depressão, uma vez que foi identificado que os antidepressivos serotoninérgicos são eficazes no tratamento de depressão (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A prevalência da distímia nos últimos anos é de 4,4% segundo pesquisas americanas realizadas. Pesquisas realizadas em São Paulo citam que a prevalência foi de 4,3%. A distímia foi analisada pelo Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que constatou que a distímia pode ser posterior em alguns casos a depressão bipolar e unipolar. O DSM-V-R constatou que a depressão maior pontua 13,2% e a distímia 4,9%. O transtorno bipolar tipo I, a distímia está prevalente em 26,7% e no tipo II é de 41,6% (MORENO et al., 2011).

Foi possível constatar que a serotonina influencia na antecipação da depressão. Outra identificação foi que pacientes suicidas possuem níveis menores de serotonina no líquido cefalorraquidiano, assim como a captação de serotonina nas plaquetas são reduzidas (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Um estudo realizado em Zurique constatou não existir diferença de sexo para depressões crônicas, onde 25% eram pessoas distímicas. Estudos comprovaram também que cerca de 95% dos portadores de distímia apresentam depressão maior durante anos. As pesquisas também procuraram saber o perfil desse paciente e obtiveram a informação que portadores de depressão crônica, geralmente, são solteiros, desempregados e sem filhos. Ao comparar com a depressão episódica a relação é que a característica semelhante é não possuir filhos e sem emprego (MORENO et al., 2011).

Como uma forma de proteção, o isolamento é buscado por aqueles que querem evitar conflitos e aborrecimentos. O ser humano tenta se proteger das ameaças da natureza que está inserido, como se fosse capaz de ter só ele mesmo não se dando conta que ele também é parte desse sistema em que se isola. A Organização Mundial da Saúde pontua algumas condições quanto ao mal estar da sociedade. Ela aponta que as pessoas estão inseridas em processos diversos onde é propício para o surgimento da depressão. A sociedade muda à maneira de atuar

constantemente sobre diversos aspectos, sociais, econômicos, profissionais e ambientais (PERES, 2003).

As mudanças também são responsáveis pela depressão porque elas obrigam que o indivíduo transforme seu cotidiano, implicando assim no seu modo de se relacionar. Pesquisas realizadas na França apontaram que em períodos de poucos lucros financeiros e crises econômicas é maior o número de pessoas que apresentam depressões do que em períodos em que existe equilíbrio econômico. Os vínculos sociais são de suma importância para que a sociedade diminua os índices de depressão, uma vez que se sabe que o gatilho da depressão também está no isolamento social, no medo e na angústia. Incluso aos sentimentos de desamparo, tristeza e insegurança estão as situações que são experiências pelos homens como as guerras, disputas por poderes e posições socioeconômicas, crises econômicas, discussões religiões e costumes (PERES, 2003).

Cientistas compararam antidepressivos com comprimidos de efeito placebo. O objetivo era comprovar a eficácia de antidepressivos utilizados para o tratamento da distímia. O que se obteve como resultado foi o equilíbrio entre os dois comprimidos, porém, vale ressaltar que as pesquisas tinham distintas populações e estavam inseridas em diferentes contextos. Antidepressivos serotoninérgicos demonstram melhores resultados na adesão ao tratamento. Esses antidepressivos são mais seletivos. Não se pode afirmar que a dose dupla de antidepressivos responde a melhora da distímia (LIMA, 1999).

Existe também carência de informações relativas à qualidade de vida. A evidência disponível no momento envolve um bom número de pacientes, é de boa qualidade e indica que pacientes portadores de depressão crônica, tradicionalmente considerados resistentes às abordagens terapêuticas, podem se beneficiar com o uso de antidepressivos a curto prazo e a um custo relativamente baixo (LIMA, 1999, p.130).

A origem do sofrimento é advinda de situações experimentadas pelo nosso próprio corpo, como por exemplo, a dor, o medo e o avanço da idade que carregam consigo muitas modificações onde pode existir dor e sofrimento. Os vínculos afetivos e sociais que o indivíduo experimenta pode contribuir no sofrimento, decepção que atribuídos a fatores genéticos podem despertar doenças psíquicas (PERES, 2003).

Um estudo de caso sobre perturbação do humor na senescência teve como objetivo principal certificar-se se para tratar a depressão impulsionada por algum

acontecimento aborrecedor seria melhor utilizar uma terapia breve. Outro objetivo era verificar se o a terapia comportamental cognitiva seria a mais indicada à melhora no tratamento da paciente (SILVA, 2016).

A paciente é uma mulher, possui 73 anos, reside com um filho e o marido com quem tem um casamento de 45 anos. A queixa principal verbalizada pela paciente é que ao ser diagnosticado com disfunção intestinal ela iniciou um processo doloroso de apreensão de sair de casa, que segundo ela, ocorre perda de sangue e sente-se constrangida pelo fato de utilizar o banheiro. Desde então, após esse fato, ela procurou não sair de casa, buscando o isolamento social. Que quando muito necessário sair de casa, ela saía em lugares pontuais. Ela verbalizou para a psicóloga e autora que o desajuste com o sono também estava presente, que frequentemente os seus pensamentos eram de ansiedade em relação aos próximos acontecimentos, o que a impedia de dormir tranquila e ter um sono regular todos os dias (SILVA, 2016).

Ela verbalizou sentir muito receio de que apareça novamente uma situação igual à que a acometeu e, também, disse estar constantemente cansada. Ela relatou que certa vez, ao ir ao banheiro, identificou sangramento e que não esperava esse acontecimento tendo em vista que a constipação intestinal era comum desde então e cotidiana para ela. Ela levou cerca de dois anos para consultar um médico e que menciona que durante essas consultas o médico identificou presente em seu discurso e estado emocional a presença de tristeza, irritação, choro, conflitos nas relações sociais e interpessoais, alteração para menos do apetite, prazer reduzido. Ele constatou que ela havia deixado de realizar atividades que antes tinha prazer em realizar. Identificou pensamentos de pessimismo e desvalorização, mencionando a paciente por vezes sentir-se abandonada pelo marido (SILVA, 2016).

A paciente também realizava dieta devido a doença intestinal que o tratamento impunha. Ela faz uso de medicação para hipertensão e colesterol. Quanto a genética estão presentes a arritmia cardíaca e diabetes. Foi constatado como resultado que a paciente está acima da média da pontuação da população em geral. O único ponto que não implicou para cima da população foi à hostilidade. Constatou-se a presença de depressão, ideação paranoide, ansiedade e ansiedade fóbica, psicoticismo, sensibilidade e somatização. Quanto aos índices globais todos foram acima da média. Após a intervenção terapêutica a paciente reduziu as

pontuações elevada em todas as dimensões. Entretanto, em variáveis como obsessões-compulsões e psicoticismo ela obteve pontuação. Em todos os índices globais ela obteve pontuação abaixo (SILVA, 2016).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Compreende-se que as características diagnósticas do transtorno depressivo persistente (TDP) são a alteração do humor para deprimido por tempo significativo e que permanece ao longo do dia. É necessário o tempo mínimo de dois anos de



humor deprimido para que se possa haver diagnóstico. Se o paciente estiver na fase da infância ou adolescência se reduz para um ano o tempo necessário para haver o diagnóstico, outro fator é que nessa faixa-etária o humor depressivo pode aparecer como irritação. Esse relato, normalmente, é verbalizado por pessoas próximas do paciente ou por ele mesmo.

Pessoas que possuem o TDP, normalmente, relatam sentir-se triste, para baixo, sem ânimo. O paciente mesmo afirma estar sentindo tristeza constantemente. Entre os critérios de alteração do apetite para mais ou para menos, alteração do sono para mais ou para menos, pouca disposição, baixa autoestima, dificuldade em concentrar-se ou decidir e sentir-se desesperançoso se faz necessário que o paciente possua pelo menos dois dos sintomas citados. Entre os critérios diagnósticos está presente o relato do paciente de se visualizar como fracassado, sem capacidade e que, normalmente, sempre esteve assim.

O paciente é muito rígido consigo mesmo, ele sempre acha que deve melhorar e que ainda não atingiu o nível ideal para as situações da vida. Não se pode diagnosticar como TDP, caso o paciente durante o tempo de dois anos apresente sintoma, se ele estiver na infância ou adolescência, tenha passado o período depressivo com mais de dois meses, sem estar incluso os sintomas dos critérios A e B. Critérios do transtorno depressivo maior são tolerantes pelo período de dois anos. Deve ser descartado a presença de episódios maníacos, hipomaníacos e do transtorno ciclotímico.

Também se descarta os transtornos de esquizofrenia como o esquizoafetivo, transtorno delirante ou outros oriundos de psicose como transtorno psicótico especificado e não especificado. Não é permitido que o abuso de drogas, uso de medicação ou outra substância química, alguma condição médica como o Alzheimer sejam efeitos fisiológicos na hora de realizar o diagnóstico de TDP.

Necessariamente, deve haver sofrimento e prejuízo em diversos setores da vida onde são fundamentais para o bem-estar do paciente como o social, profissional, conjugal e acadêmico. A etiologia do TDP é complexa e multifatorial. Ela está relacionada com as vivências que o paciente experenciou ao longo de sua vida. As experiências de cunho negativo como a perda de um ente querido são contribuintes no despertar da doença.

O temperamento do paciente pode contribuir significativamente. Durante o início da vida houve normalmente problemas na relação dos pais. Quanto à etiologia no que se refere a genética compreende-se que pessoa que tem parentes de primeiro grau portadores de distímia tem mais chances de desenvolver a doença, alterações cerebrais e anormalidades polissonográficas. Quando existe a presença de outro transtorno é comum existir o diagnóstico de TDP.

O desajuste da serotonina está presente na origem da distímia. Ser solteiro é um fator etiológico para o transtorno. Existem algumas divergências relacionadas ao sexo com maior prevalência da doença, algumas apontam o feminino outras pontuam haver um equilíbrio. A relação com fatores profissionais também existe, não ter emprego é um dos fatores.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric

Association, 2013. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2020.

ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, abr., 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 03 nov. 2020.

BARNHILL, John W. **Casos clínicos do DSM-5**. Porto Alegre: Grupo A, 2015. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582711576>. Acesso em: 19 nov. 2020.

BECK, Aron Temkin; BRAD A. Alford, **Depressão causa e tratamento**. São Paulo: Artmed Grupo A, 2011. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536326030/>. Acesso em: 30 nov. 2020.

CERVO Amado Luiz; BERVIAN Pedro Alcino. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CORDÁS, Táki Athanássios; EMILIO, Matheus Schumaker. História da Melancolia. Porto Alegre: Artmed, 2017. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582713754>. Acesso em: 03 nov. 2020

CORREA, Mariana Lima et al. Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2083-2092, jun., 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000602083&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602083&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 nov. 2020.

DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 06-11, mai., 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 out. 2020.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura. Aplicação das classificações CID-10 e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Psicologia**, p. 181, out., 2007. Disponível em: [http://crefiteo8.org.br/pr/servicos/2007\\_cif\\_cid\\_nomenclatura.pdf](http://crefiteo8.org.br/pr/servicos/2007_cif_cid_nomenclatura.pdf). Acesso em: 16 nov. 2020.

DORGIVAL, Caetano. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Cid-10 - Descrições Clínicas**. Porto Alegre: Artmed, 1993. Disponível em: <http://clinicajorgejaber.com.br/novo/wp-content/uploads/2018/05/CID-10.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

FERRI, Cleusa; GALDURÓZ, José. Critérios Diagnósticos: CID-10 e DSM. **Eixo Políticas e Fundamento**, p.12, abr. 2017. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094920-001.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

IACOPONI, Eduardo. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 2, p.132, jun., 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000200014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2020.

LIMA, Maurício Silva de. Tratamento farmacológico da distímia: avaliação crítica da evidência científica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 128-130, jun., 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000200012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 nov. 2020.

MAIA, Heros Aureliano Antunes da Silva et al. Prevalência de Sintomas Depressivos em Estudantes de Medicina com Currículo de Aprendizagem Baseada em Problemas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 44, n. 3, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022020000300219&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000300219&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 nov. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORENO, Ricardo Alberto et al. **Distímia: Do Mau Humor ao Mal do Humor**. São Paulo: Artmed: 2011. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536322407>. Acesso em: 01 nov. 2020.

MOURA, Denise Cristina Alves; LEITE, Isabel Cristian Gonçalves; GRECO, Rosangela Maria. Prevalência de sintomas de depressão em agentes comunitários de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.18, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n2/0102-6909-tes-18-2-e0026395.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2020.

PARREIRA, Bibiane Dias Miranda et al. Sintomas de depressão em mulheres rurais: fatores sociodemográficos, econômicos, comportamentais e reprodutivos. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 375-382, ago., 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002017000400375&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000400375&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 nov. 2020.

PERES, Urania Tourinho. **Depressão e melancolia**. São Paulo: Zahar, 2003. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788537806234/>. Acesso em: 31 out. 2020.

PINHEIRO, Maria Teresa da Silveira; QUINTELLA, Rogerio Robbe; VERZTMAN, Julio Sergio. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.147-168, 2010. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652010000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652010000200010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 nov. 2020.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria**. São Paulo: Artmed, 2017. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582713792/>. Acesso em: 20 out. 2020.

SANTOS, Antonio Raimundo dos. **Metodologia Científica: A Construção do Conhecimento**. 3 ed. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2000.

SCHATZBERG, Alan F; DEBATTISTA, Charles. **Manual de Psicofarmacologia Clínica**. São Paulo: Artmed, 2017. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582713587>. Acesso em: 20 out. 2020.

SILVA, Emilia Daniela Sousa da. Perturbação de Humor na Senescência. **Estudo de Caso**, Porto, p. 72, nov., 2016. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5356/1/Tese.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.

SILVA, Renata; URBANESKI, Vilmar. **Metodologia do Trabalho Científico**. Indaial: Asselvi, 2015.

SPANEMBERG, Lucas; JURUENA, Mario Francisco. Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 300-311, dez., 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082004000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000300007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 nov. 2020.

TUCCI, Adriana M; KERR-CORREA, Florence; DALBEN, Ivete. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 79-87, jun, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462001000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000200006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 24 nov. 2020.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998