CrossRef DOI of original article:

Therapeutic Approaches to Dysthymia

Carolina Soutto Mayor Mangini¹, Leonardo Bicudo Conti², Lucas Chen Cheng³, Pedro Torquato Shibuya⁴ and Vinicius Costa Saleme⁵

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro

Received: 1 January 1970 Accepted: 1 January 1970 Published: 1 January 1970

Abstract

dysthymia is a psychic disorder defined by chronic lowering of mood, with a minimum duration of two years, in which fluctuating moments of the emotional state occur. Unlike the clinical picture of "major depressions", dysthymia has milder manifestations, which occur in a non-episodic manner. Even with milder symptoms, dysthymia ends up having a significant impact on patients lives, since, in the vast majority of cases, the diagnosis is made too late. It is a disease that affects 3 to 6

Index terms—

Resumo-Introdução: O termo "distímia" diz respeito a um transtorno psíquico definido pelo rebaixamento crônico do humor, com duração mínima de dois anos, nos quais ocorrem momentos flutuantes do estado emocional. Diferentemente dos quadros clínicos de "depressões maiores", a distímia possui manifestações mais leves, que ocorrem de maneira não-episódica. Mesmo com sintomas mais leves, o quadro clínico acaba sendo significadamente impactante na vida dos pacientes, uma vez que, na grande maioria dos casos, o diagnóstico é feito muito tardiamente. É uma doença que acomete de 3 a 6% da população mundial, principalmente indivíduos no início da vida adulta, sendo duas vezes mais comum em mulheres do que em homens. O prognóstico desse transtorno psíquico se associa à cronicidade da doença e às possíveis comorbidades advindas do quadro depressivo. Objetivo: O objetivo deste trabalho é analisar a literatura coletada a respeito de distímia e as possíveis abordagens terapêuticas para a patologia. Metodologia: A realização de uma revisão de literatura sistemática, por meio de artigos coletados nas bases de dados PubMed, Lilacs e Scielo, utilizando os descritores "Distímia", "Tratamento Depressão", "Antidepressivos", e seus correspondentes em inglês, considerado artigos do período de 2015 até 2021. Além da utilização do livro Goldman-Cecil Medicina, 25ª edição. Discussão: Pode-se utilizar qualquer tipo de antidepressivo para o tratamento do transtorno distímico, mas, dados apontam uma maior eficácia dos fármacos inibidores seletivos da recaptação de serotonina, dos antidepressivos tricíclicos e dos inibidores da monoaminoxidase. Além disso, as psicoterapias que se demonstraram mais eficientes para o tratamento da distímia foram a cognitiva e a comportamental.

Conclusão: O diagnóstico precoce da distímia deve ser realizado cautelosamente, diferenciando-o de transtornos de depressão maior e, uma vez estabelecido, deve-se considerar uma abordagem terapêutica baseada na associação da farmacoterapia e da psicoterapia. Essa terapia associada é a mais eficaz para o controle sintomatológico da doença e para uma melhora na qualidade de vida do paciente.

Palavras-Chave: tratamento; fisiopatologia; distímia; transtornos psiquiátricos; depressão; fármacos antidepressivos.

Abstract-Introduction: Dysthymia is a psychic disorder defined by chronic lowering of mood, with a minimum duration of two years, in which fluctuating moments of the emotional state occur. Unlike the clinical picture of "major depressions", dysthymia has milder manifestations, which occur in a nonepisodic manner. Even with milder symptoms, dysthymia ends up having a significant impact on patients lives, since, in the vast majority of cases, the diagnosis is made too late. It is a disease that affects 3 to 6% of the world population, mainly individuals in early adulthood, being twice as common in women than in men. The prognosis of this psychic disorder is associated with the chronicity of the disease and the possible comorbidities resulting from the depressive condition.

47 Objective: The objective of this work is to analyze the literature collected about dysthymia and the possible
48 therapeutic approaches for the pathology. Methodology: to conduct a systematic literature review, using
49 articles collected in the PubMed, Lilacs and Scielo databases, using the descriptors "Dysthymia", "Treatment
50 Depression", "Antidepressants", and their correspondents in English, considered articles from the period 2015
51 to 2021. In addition to the use of the book Goldman-Cecil Medicina, 25th edition. Discussion: Any type
52 of antidepressant can be used for the treatment of dysthymic disorder, but data indicate a greater efficacy of
53 selective serotonin reuptake inhibitors, tricyclic antidepressants and monoamine oxidase inhibitors. In addition,
54 the psychotherapies that proved to be most effective for the treatment of this psychiatric disorder were cognitive
55 and behavioral.

56 1 Conclusion:

57 The early diagnosis of dysthymia should be performed cautiously, differentiating it from major depression
58 disorders and, once established, a therapeutic approach based on the association of pharmacotherapy and
59 psychotherapy should be considered. This associated therapy is the most effective for the symptomatological
60 control of the disease and for an improvement in the patient's quality of life.

61 2 Keywords: treatment; pathophysiology; dysthymia; psychi- 62 atric disorders; depression; antidepressant drugs.

63 Resumen-Introducción: El término "distimia" hace referencia a un trastorno psíquico definido por el decaimiento
64 crónico del estado de ánimo, con una duración mínima de dos años, donde se presentan momentos fluctuantes
65 del estado emocional. Diferentemente de los cuadros clínicos de "depresiones mayores", la distimia tiene
66 manifestaciones más leves, que se presentan de manera no episódica. Incluso con síntomas más leves, el cuadro
67 clínico acaba teniendo un impacto importante en la vida de los pacientes, ya que, en la gran mayoría de los casos,
68 el diagnóstico se realiza muy tarde. Es una enfermedad que afecta del 3 al 6% de la Palabras clave: tratamiento;
69 fisiopatología; distimia; desórdenes psiquiátricos; depresión; fármacos antidepresivos.

70 3 I. Introdução

71 depressão é uma patologia definida como um transtorno afetivo, que possui repercussões mentais, corporais e
72 comportamentais (1). O termo "depressão" foi utilizado pela primeira vez em 1960, a fim de caracterizar um
73 estado de desânimo ou perda de interesse na vida e, atualmente, é designado para descrever sintomas de apatia;
74 irritabilidade; perda de interesse e falta de motivação; tristeza, podendo ou não estar acompanhada de crises
75 de choro; agitação ou retardo psicomotor; alterações no sono; perda ou ganho de apetite; desinteresse sexual;
76 sentimento constante de culpa; pensamentos de morte e possíveis tentativas suicidas; desolação e de redução do
77 comportamento adaptativo do sujeito (2,3,4,5).

78 Segundo a Classificação Internacional de Doenças, a depressão pode ser diagnosticada a partir da presença de
79 alguns sintomas, manifestados durante um período, com certa frequência e intensidade (4). A síndrome pode ser
80 especificada como um transtorno misto de ansiedade e depressão (CID-10 F41.2); como uma reação depressiva
81 breve, prolongada ou mista de ansiedade e depressão (CID-10 F43); como episódios depressivos leves, moderados,
82 graves com ou sem sintomas psicóticos (CID-10 F32); como transtornos depressivos recorrentes (CID-10 F33); e
83 como distimia (CID-10 F34.1), quando caracterizada como um transtorno de humor persistente (4).

84 O conceito de distimia é definido por um rebaixamento crônico do humor, com duração de pelo menos 2 anos,
85 que pode ser seguido de momentos flutuantes do estado emocional (7,8,9). Esse não se enquadra no critério de
86 "transtorno recorrente" ou de "depressões maiores", uma vez que a intensidade de suas manifestações são mais
87 leves e essas ocorrem de maneira não-episódica (4,6,7). A principal característica da patologia é o baixo grau de
88 sintomas que, mesmo sendo menos agressivos, acabam causando um grande impacto da vida dos pacientes, dado
89 que se trata de um quadro crônico negligenciado (7).

90 Sarcasmo, niilismo, exigência e reclamação excessiva são algumas das principais características de pacientes
91 com transtorno distímico, além de tensão, rigidez e resistência às intervenções terapêuticas (7,8,9). É comum
92 que os indivíduos acometidos por distimia aparentem ter um comportamento social estável, mas questiona-se a
93 veracidade dessa estabilidade, dado que autores notaram um alto investimento de energia em atividades laborais
94 e reduzido em relacionamentos interpessoais (7,8,9).

95 A patologia possui etiologia complexa e multifatorial, contando com mecanismos de hereditariedade, predis-
96 posição, temperamento, estilos de vida, gênero e estressores biológicos e psicológicos (7). Trata-se de uma doença
97 que acomete de 3 a 6% da população mundial, principalmente indivíduos no início da vida adulta, sendo duas
98 vezes mais comum em mulheres do que em homens (7,8).

99 Assim como outros casos de depressão, os pacientes com distimia acabam por procurar auxílio médico muito
100 tempo depois do início dos sintomas e, quando o fazem, apresentam queixas mal definidas, como letargia, fadiga e
101 mal-estar (7). Comumente o paciente e seus familiares confundem o transtorno com o estado cotidiano do sujeito,
102 associando seus sinais e sintomas à experiência habitual do paciente (8). Portanto, o diagnóstico de distimia deve
103 ser realizado cautelosamente, uma vez que os pacientes podem apresentar outras comorbidades, dificultando a
104 percepção clínica de sintomas de distimia e, assim, negligenciando diagnósticos desta patologia psíquica (7).

105 A fim de realizar o diagnóstico adequado do quadro distímico, utiliza-se o Manual de Diagnóstico e Estatística
106 da Associação Psiquiátrica Americana, em sua 4a edição (DSM-IV), o qual determina os seguintes critérios (9):

107 1. Humor deprimido na maior parte do dia, por pelo menos dois anos. Em crianças e adolescentes, o A
108 população mundial, principalmente indivíduos em idade adulta temprana, siendo el doble de común en mujeres
109 que en hombres. El pronóstico de este trastorno psíquico está asociado a la cronicidad de la enfermedad ya las
110 posibles comorbilidades derivadas del cuadro depresivo.

111 Objetivo: El objetivo de este trabajo es analizar la literatura recopilada sobre la distimia y los posibles
112 abordajes terapéuticos de la patología.

113 Metodología: Revisión sistemática de la literatura, a través de artículos recopilados en las bases de datos
114 PubMed, Lilacs y Scielo, utilizando los descriptores, "Dysthymia", "Depression Treatment", "Antidepressants",
115 y sus correspondientes en inglés, considerados artículos desde 2015 hasta 2021. Además del uso del libro Goldman-
116 Cecil Medicina, 25ª edición.

117 Discusión: Cualquier tipo de antidepressivo puede ser usado para el tratamiento del trastorno distímico, pero
118 los datos apuntan a una mayor eficacia de los fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los
119 antidepressivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminooxidasa. Además, las psicoterapias que demostraron
120 ser más eficaces para el tratamiento de la distimia fueron las cognitivas y conductuales.

121 Conclusión: El diagnóstico precoz de la distimia debe realizarse con cautela, diferenciándola de los trastornos
122 depresivos mayores y, una vez establecida, se debe considerar un abordaje terapéutico basado en la asociación de
123 farmacoterapia y psicoterapia. Esta terapia asociada es la más eficaz para el control sintomático de la enfermedad
124 y para una mejora en la calidad de vida del paciente. (American Psychiatry Association, 1994) Uma vez realizado
125 o diagnóstico de distimia, deve-se atentar à sub-divisão do mesmo, sendo a patologia classificada como "precoce",
126 quando iniciada antes dos 21 anos de idade e "tardia" após isso (9). Não se sabe ao certo qual dos dois tipos de
127 distimia é prevalente, mas dados apontam que o prognóstico da doença está relacionado às possíveis comorbidades
128 associadas ao transtorno psíquico, sendo muito comum a evolução para um episódio de depressão maior ou para
129 um transtorno bipolar do tipo II. Alguns poucos casos podem, inclusive, associar-se a transtornos de bipolaridade
130 tipo I (9). 25% dos pacientes com distimia não atingem uma remissão total dos sintomas, assim, relaciona-se o
131 prognóstico da patologia à cronicidade da doença (9).

132 4 II. Objetivo

133 O objetivo deste trabalho é analisar a literatura coletada sobre a distimia e as possíveis intervenções terapêuticas
134 para o tratamento da patologia. Para isso, visa-se realizar uma profunda discussão sobre depressão, atentando-se
135 à sua fisiopatologia e suas diversas classificações, e, posteriormente, realizar um estudo detalhado a respeito dos
136 fármacos antidepressivos e seus mecanismos de ação, para assim concluir quais tipos de fármacos e terapias são
137 ideias para o tratamento da distimia.

138 5 III. Justificativa

139 Uma vez que a distimia é uma patologia que costuma ser sub-diagnosticada e, ao mesmo tempo, bastante
140 incapacitante social e fisicamente, deve-se aprofundar os estudos sobre o assunto. A doença se desenvolve de forma
141 gradual e, na maioria das vezes, o médico só é procurado quando os sintomas já estão bastante avançados, assim,
142 uma comunidade médica com conhecimento avançado sobre o assunto pode ser apta a realizar um diagnóstico
143 precoce e melhorar o prognóstico do paciente.

144 A ocorrência de comorbidades ao transtorno distímico e a taxa de pacientes que não conseguem ter remissão
145 total dos sintomas são índices que escancaram a importância da patologia. Portanto o estudo detalhado acerca do
146 diagnóstico e tratamento da distimia é indispensável, assim como o engajamento de psiquiatras e demais médicos
147 em realizar uma análise clínica bem direcionada que vise distinguir exatamente qual tipo de transtorno de humor
148 o paciente apresenta.

149 6 IV. Métodos

150 Revisão de literatura sistemática a partir de artigos coletados nas bases de dados Pub-Med, Lilacs e Scielo,
151 utilizando os descritores "Distimia", "Tratamento Depressão", "Anti-depressivos", "Métodos de Potencialização
152 de Antidepressivos", e seus correspondentes em inglês, considerado artigos do período de 2015 até 2021.
153 Além da utilização do livro Goldman-Cecil Medicina, 25ª edição. A literatura coletada será revisada e
154 posteriormente analisada com o objetivo de promover um maior entendimento sobre a fisiopatologia da distimia
155 e a farmacocinética dos antidepressivos recomendados para essa condição psiquiátrica.

156 7 V. Discussão

157 ? Fisiopatologia da depressão Existem diversas teorias que explicam a fisiopatologia da depressão, mas, baseando-
158 se em estudos mais recentes, a principal teoria para o mecanismo da doença é chamada de "monoaminérgica"
159 (10,11). O sistema monoaminérgico tem sua origem em núcleos no mesencéfalo e no tronco cerebral, e se propaga
160 pelo córtex e pelo sistema límbico (10,11). Considerando a anatomia desse sistema, a teoria propõe que a
161 instalação de um quadro depressivo ocorre em função de uma menor produção de aminas biogênicas cerebrais,
162 sendo essas a serotonina, noradrenalina e/ou dopamina (10,11,12).

9 INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DE 5-HT/NE (ISRSNS):

163 O estudo que defende essa teoria leva em consideração alguns fatores. O primeiro deles é o fato da
164 serotonina e da noradrenalina, juntos com a acetilcolina, estarem diretamente relacionadas às áreas corticais e
165 subcorticais do cérebro humano e, assim, possuírem atuação nos mecanismos de regulação do sono, humor, apetite,
166 atividades psicomotoras, entre outros (10,11). Além disso, outro fator significativo foi o resultado de estudos
167 que comprovavam a eficácia de fármacos inibidores da monoaminoxidase (IMAO) em pacientes com sintomas
168 depressivos, dado que, quando eram medicados, seus índices de serotonina e de noradrenalina aumentavam e
169 eram restabelecidos (10,11). Por fim, outros estudos analisaram a reação de pacientes após tratamento com
170 fármacos antidepressivos tricíclicos, que foram responsáveis por indicar que essas pessoas adoecidas tinham,
171 como consequência ao tratamento, suas atividades sinápticas aumentadas exponencialmente (10,11).

172 Outra teoria relevante para a fisiopatologia da depressão se baseia na participação do imunológico para o
173 desenvolvimento da patologia (10). Essa defende que os sintomas depressivos ocorrem em função do aumento na
174 produção de citocinas próinflamatórias, uma vez que essas podem atuar como neuromoduladores e, assim, intervir
175 nos aspectos neuroquímicos, neuroendócrinos e comportamentais dos transtornos de humor (10,13). Essa relação
176 entre o sistema imune e o sistema nervoso central ocorre por meio de atividades de neutrófilos e macrófagos; por
177 meio da redução na atividade de células natural killer; e pela resposta de linfócitos a mitógenos (10,13).

178 Ao se tratar da distímia, sua fisiopatologia não é totalmente compreendida (18). Associa-se a doença a heranças
179 genéticas, principalmente em casos de transtorno distímico precoce, ou seja, antes dos 21 anos de idade (18).

180 8 ? Classes dos antidepressivos e seus mecanismos de ação

181 Inibidores da monoaminoxidase (IMAO): atuam por meio da inibição da enzima monoaminoxidase. Essa
182 enzima é responsável pela eliminação dos neurotransmissores localizados dentro dos neurônios, fazendo com
183 que permaneçam por mais tempo na fenda sináptica (14). A enzima monoaminoxidase possui dois mecanismos
184 de ação, a MAO-A é responsável pelo metabolismo de norepinefrina, serotonina e tiromina; enquanto a MAO-
185 B metaboliza, com mais eficácia, a dopamina (15). Os fármacos inibidores da MAO podem ser irreversíveis
186 e, além disso, alguns conseguem bloquear as duas formas da enzima (15). Sendo assim, como representantes
187 dos antidepressivos IMAO não seletivos e irreversíveis, tem-se: Iproniazida; Isocarboxazida; Trancilcipromina;
188 Fenelzina. Dos seletivos e irreversíveis:

189 Clorgilina. E por fim, dos inibidores reversíveis da MAO-A: Brofaromina; Moclobemida; Toloxatona;
190 Befloxatona (14). Para finalizar, os efeitos colaterais apresentados por essa classe de fármacos, são: hipotensão,
191 cefaleia, sonolência, boca seca, ganho de peso, distúrbios sexuais e até mesmo hepatite, parkinsonismo, anorexia
192 (14,15,16).

193 Inibidores não-seletivos da recaptção de monoaminas (ADTs): agem de modo que bloqueiam a recaptção
194 de monoaminas, sendo as principais a norepinefrina (NE) e serotonina (5-HT), além da dopamina (DA) em
195 menor proporção (13,14). O exato mecanismo de ação dos fármacos ADTs ainda é desconhecido, mas sabe-se
196 que esses são responsáveis por aumentar a eficácia da transmissão monoaminérgica por meio do aumento da
197 concentração sináptica de serotonina e noradrenalina, que ocorre em função do bloqueio da recaptura dessas
198 monoaminas (13). Dessa forma, ocorre a dessensibilização de receptores b1 adrenérgicos, serotoninérgicos 5-
199 HT2 e 5HT1A, presentes no sistema nervoso central (13). Os principais fármacos representantes dessa classe
200 são: Imipramina, Desipramina, Clomipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Doxepina, Maprotilina (13,16). O
201 bloqueio dos receptores é o fator que desencadeia os efeitos colaterais, que se manifestam de maneiras típicas:

202 ? Anticolinérgicos: boca seca, vista turva, aumento da pressão ocular, retenção urinária, taquicardia,
203 constipação, ganho de peso, confusão e disfunções sexuais; ? Histaminérgicos: sonolência, sedação, fadiga,
204 tontura, náusea, ganho de peso, hipotensão e potencialização de drogas depressoras centrais; ? Alfa-1-
205 adrenérgicos: hipotensão postural, taquicardia reflexa, congestão nasal, cefaleia, disfunção erétil, vertigem e
206 tremores; ? Serotoninérgicos: fadiga, cefaleia, alterações no sono, irritabilidade, ganho de peso, hipotensão e
207 disfunção sexual. (13,16) Inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRSs): inibem de forma eficaz e
208 seletiva a recaptção de serotonina, causando uma potencialização da neurotransmissão serotoninérgica (13,16).
209 Os fármacos dessa classe são: Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram, Fluvoxamina e Escitalopram. Seus
210 principais efeitos colaterais são: náusea, êmese, dispepsia, dor abdominal, diarreia, perda de apetite, perda ou
211 ganho de peso, ansiedade, agitação, insônia, cefaleia, tremores, sudorese, diminuição de libido, retardo de orgasmo
212 ou anorgasmia (13,16).

213 9 Inibidores seletivos da recaptção de 5-HT/NE (ISRSNs):

214 realizam um potente bloqueio serotoninérgico, combinado a um leve efeito de recaptção de noradrenalina
215 (13,16). Esses fármacos agem de maneira rápida na "downregulation" de receptores betaadrenérgicos, junto
216 à adenosina monofosfato cíclica (13,16). As drogas representantes dessa classe são: Venflaxina, Milnaciprano
217 e Duloxetina. Seus principais efeitos colaterais são: náuseas, tonturas, sonolência, Inibidores da recaptção de
218 5-HT e antagonistas alfa-2 (ISRA): inibem a recaptção de noradrenalina e serotonina, de modo que, a longo
219 prazo, promovem a dessensibilização e diminuição do número de receptores beta-adrenérgicos e 5-HT2 (13). Seus
220 representantes são: Nefazodona e Trazodona. Os efeitos colaterais causados por esses fármacos são: cefaleia, boca
221 seca, sonolência, náuseas, obstipação intestinal e ataxia; também foram relatados turvação de visão, dispepsia,
222 fraqueza e rash cutâneo (13,16).

223 Inibidores seletivos da recaptação de noradrenalina (ISRNs): atuam sobre a atividade seletiva da recaptação
224 de noradrenalina, com atividade antagonista de alfa-2 (13,16). O fármaco representativo dessa classe de
225 antidepressivos é a Reboxetina. Seus principais efeitos colaterais são: taquicardia, impotência, hesitação ou
226 retenção urinária, insônia, sudorese excessiva, constipação intestinal e boca seca (13,16).

227 Inibidores seletivos da recaptação de dopamina (ISRDs): aumentam a liberação de noradrenalina corpórea
228 e, concomitantemente, inibem "in vitro" a captação neuronal de noradrenalina e dopamina (13,16). A droga
229 pertencente a essa classe é a Bupropiona, que possui como efeitos colaterais: agitação, ansiedade, rash cutâneo,
230 diminuição do apetite, boca seca e constipação intestinal (13,16).

231 Antidepressivo noradrenérgico e específico serotoninérgico (NaSSA): a ação desses fármacos ocorre por meio do
232 aumento de atividades noradrenérgicas e serotoninérgicas centrais. Possui afinidade com receptores histamínicos e
233 isso explica sua atividade sedativa (13,16). O fármaco representante é a Mirtazapina e tem como efeitos colaterais
234 a sedação excessiva, ganho de peso (principalmente com o uso em doses baixas), boca seca, edema, constipação
235 intestinal e dispnéia (13,16).

236 ? A distímia e seu tratamento Todos os pacientes com depressão devem ser rastreados pensando no diagnóstico
237 de distímia e, para isso, recomenda-se que o adoecido seja bem informado sobre a distinção entre os dois
238 transtornos, atentando-o às principais características: início insidioso, sintomas que crescem e decrescem no
239 período de dois anos, podendo, inclusive, haver breves períodos de humor normal (17). Os adoecidos com
240 o transtorno distímico apresentam sintomas mais subjetivos, distúrbios psicomotores menos dramáticos ou
241 neurovegetativos, incluindo anormalidades de sono, apetite e níveis de energia (18). O tratamento da distímia
242 pode ser baseado na farmacoterapia isolada; na psicoterapia isolada; ou na combinação de ambas formas terapêicas
243 (17,18). A abordagem terapêutica baseada, exclusivamente, na farmacoterapia já se demonstrou eficaz no
244 tratamento da distímia (17). Estudos apontam que pacientes com o transtorno distímico respondem bem a
245 tratamentos com fármacos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs), antidepressivos tricíclicos
246 (ADTs) e inibidores da monoaminoxidase (7,18). Nesses casos, o uso dos ISRSs é mais recomendado, dado que a
247 resposta terapêutica é semelhante à dos outros medicamentos, mas esses são melhores tolerados pelo organismo
248 (18).

249 Foi-se relatado também um sucesso terapêutico com o uso de agentes noradrenérgicos, como a Mirtazapina,
250 Nefazodona, Venlafaxina, Duloxetina e Bupropiona (18). Além disso, um estudo verificou a eficácia terapêutica do
251 uso de antipsicóticos de segunda geração para o tratamento da distímia, mas esses possuem menor tolerabilidade
252 e, conseqüentemente, causam efeitos colaterais significativos, tais como: sedação, ganho de peso ou anormalidades
253 de dados laboratoriais, como o aumento da prolactina (18). Evidências também indicaram efeitos benéficos do
254 uso de Amisulprida em baixas doses (18).

255 Uma vez que a distímia possui como uma de suas principais comorbidades a ansiedade, estudou-se também o
256 uso de benzodiazepínicos, a fim de controlar esse sintoma (9). Porém, a melhora da sintomatologia depressiva com
257 o uso de benzodiazepínicos ainda não foi comprovada. Assim, atualmente recomenda-se o uso do antidepressivo
258 tricíclico amitriptilina, ao invés de benzodiazepínicos, para pacientes moderadamente deprimidos com altos níveis
259 de ansiedade associada, uma vez que causam menos risco de abuso e possuem sua eficácia comprovada (9).

260 Apesar dos dados expostos, Dunner defende em seu artigo "Dysthymia and double depression" que o uso de
261 qualquer antidepressivo é eficaz para o tratamento de distímia, sendo necessária uma análise detalhada de cada
262 paciente, atentando-se aos efeitos colaterais de cada fármaco, às comorbidades do indivíduo e cronicidade da
263 doença (8,9,19).

264 A duração da farmacoterapia no tratamento de distímia ainda não foi estabelecida, porém, é recorrente que
265 os pacientes necessitem de um tratamento contínuo, por longos períodos. Nesses casos, deve-se considerar as
266 mudanças de antidepressivos e/ou ajustes nas doses dos fármacos, a fim de evitar que os pacientes enfrentem
267 momentos de recaídas e/ou de perda da eficácia da medicação ao longo do tempo (17).

268 O uso exclusivo da psicoterapia, para o tratamento da distímia, também pode ser eficaz (17). Estudos defendem
269 que existem diversos tipos de psicoterapias que podem ser utilizadas como ferramenta para o transtorno psíquico,
270 tais como a psicoterapia cognitivo-comportamental, a psicoterapia interpessoal e a psicodinâmica (17,18). Além
271 disso, o Sistema de Análise Comportamental Cognitiva de Psicoterapia (CBASP) tem se demonstrado eficaz
272 para o tratamento de quadros crônicos de depressão. Esse se baseia em uma técnica estruturada para instruir
273 os pacientes com depressão crônica a lidar com encontros interpessoais problemáticos, tornando-os aptos a usar
274 algoritmos de solução de problemas sociais para lidar com suas dificuldades interpessoais (18). O procedimento é
275 chamado de "análise situacional" e seu foco principal são as interações interpessoais, abordando-as de uma forma
276 mais direta e estruturada, diferentemente do que ocorre na psicoterapia interpessoal e na terapia cognitiva (18).
277 No entanto, estudos apontam dificuldade com o tratamento da psicoterapia exclusiva, alegando que esse é mais
278 eficaz quando combinado com a farmacoterapia (9,17,18,19).

279 Por fim, a intervenção terapêutica mais aceita atualmente e considerada mais eficaz é a que combina a
280 farmacoterapia com a psicoterapia, sendo preferencialmente a cognitiva ou comportamental (7,8,17,18,19). A
281 farmacoterapia se demonstra mais eficiente em abordar os sintomas depressivos e, concomitantemente a isso, a
282 psicoterapia pode auxiliar o indivíduo a melhorar a sensação de bem-estar, satisfação e autoestima (8). Dessa
283 forma, o planejamento terapêutico combinado pode ser mais eficaz em promover uma melhor qualidade de vida
284 das pessoas distímicas (8).

285 A eletroconvulsoterapia (ECT) é um procedimento que se demonstrou eficaz para pacientes com depressão

286 maior que não respondem aos antidepressivos (9). Porém, uma vez que a distímia tem caráter leve, a resposta
287 dos pacientes ao procedimento é bastante improvável, apenas em casos que apresentem comorbidades associadas
288 (9).

289 10 VI. Conclusão

290 A distímia é uma doença crônica que cursa com períodos flutuantes, oscilando entre o humor normal do indivíduo
291 e recaídas depressivas, com duração de pelo menos dois anos. Trata-se de uma patologia bastante incapacitante,
292 que pode demandar um tratamento por toda a vida e, dessa forma, esse deve ser idealizado com cautela.

293 A fim de propor uma intervenção terapêutica eficaz, deve-se realizar o diagnóstico do transtorno o mais
294 precocemente possível, atentando-se às diferenças entre distímia e depressão maior. Uma vez que o diagnóstico
295 foi estabelecido, o médico deve planejar uma abordagem terapêutica baseada na associação da farmacoterapia e da
296 psicoterapia. A escolha dos medicamentos e do tipo de terapia deve ser realizada considerando as particularidades
297 de cada paciente, mas, por meio dessa abordagem, o indivíduo poderá ter o controle de sua sintomatologia e, ao
298 mesmo tempo, uma melhora na qualidade de vida. ¹

¹© 2022 Global Journals

humor pode ser irritável e a duração de pelo menos um ano;

2. Presença enquanto deprimido de dois ou mais dos seguintes sintomas: aumento ou diminuição do apetite, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga,

concentração ou indecisão, desesperança;

3. Durante o período de dois anos (um para crianças e adolescentes) do transtorno, nunca ter ocorrido remissão dos sintomas 1 e 2 por mais de dois meses consecutivos;

4. Durante os primeiros dois anos (um para crianças e adolescentes), não ter ocorrido um Episódio Depressivo Maior, isto é, o quadro atual não ser melhor classificado como Transtorno Depressivo Maior Crônico ou em remissão parcial;

5. Nunca ter ocorrido um Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco e nunca ter preenchido os critérios para ciclotimia; 6. O transtorno não ocorre exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico crônico

baixa diminuição
estima,

Figure 1:

-
- 299 [Goldman et al. (ed.) ()] , L Goldman , D Ausiello , Cecil Medicina . Interna. 25. ed. Saunders (ed.) 2018.
300 Elsevier.
- 301 [Rufino et al. ()] ‘Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão’. S Rufino , R S Leite , L Freschi , V K
302 Venturelli , Esd Oliveira , Damm Filho . *Revista Saúde em Foco* 2018. 10 p. .
- 303 [Gorenstein and Scavone ()] ‘Avanços em psicofarmacologia -mecanismos de ação de psicofármacos hoje’. C
304 Gorenstein , C Scavone . *Brazilian Journal of Psychiatry* 1999. 21 (1) p. .
- 305 [Porto ()] ‘Conceito e diagnóstico’. Del Porto , JA . *Brazilian Journal of Psychiatry* 1999. 21 p. .
- 306 [Esteves and Galvan ()] ‘Depressão numa contextualização contemporânea’. F C Esteves , A L Galvan . *Aletheia*
307 2016. 24 p. .
- 308 [Terroni et al. ()] ‘Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva’. Ldmn Terroni , C C Leite
309 , G Tinone , F R Júnior . *Revista da Associação Médica Brasileira* 2003. 49 (4) p. .
- 310 [Pereira ()] *Depressão, o mal do século XXI: possíveis diagnósticos e tratamentos. Trabalho de conclusão de*
311 *curso*, Lgg Pereira . 2015. Belo Horizonte; Universidade Federal de Minas. p. .
- 312 [Feitosa et al. ()] ‘Depressão: família, e seu papel no tratamento do paciente’. M P Feitosa , S Bohry , E R
313 Machado . *Revista de psicologia* 2011. 14 (21) p. .
- 314 [Spanemberg and Juruena ()] *Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno*
315 *depressivo maior. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, L Spanemberg , M F Juruena . 2004. 26 p. .
- 316 [Ishizaki and Mimura ()] ‘Dysthymia and apathy: diagnosis and treatment’. J Ishizaki , M Mimura . *Depress Res*
317 *Treat* 2011. 2011. p. 893905.
- 318 [Dunner ()] ‘Dysthymia and double depression’. D L Dunner . *Int Rev Psychiatry* 2005. 17 p. .
- 319 [Sansone and Sansone ()] ‘Dysthymic disorder: forlorn and overlooked’. R A Sansone , L A Sansone . *Psychiatry*
320 *(Edgmont)* 2009. 6 (5) p. .
- 321 [Lafer and Filho ()] ‘Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. Brazili-an’. B Lafer , Hpv Filho .
322 *Journal of Psychiatry* 1999. 21 p. . (Suppl.1)
- 323 [Orsini and Ribeiro ()] ‘Impacto da cronicidade do transtorno distímico na qualidade de vida’. Mrdca Orsini ,
324 C R Ribeiro . *Estudos de Psicologia* 2012. 29 p. . (Suppl)
- 325 [Levi-Montalcini and Angeletti ()] ‘Noradrenaline and monoaminoxidase content in immunosympathectomized
326 animals’. R Levi-Montalcini , P U Angeletti . *International Journal of Neuropharmacology* 1962. 1 (1-3) p. .
- 327 [Rodrigues ()] ‘O diagnóstico de depressão’. Mjsf Rodrigues . *Psicologia USP* 2000. 11 (1) p. .
- 328 [Moreno et al. ()] ‘Psicofarmacologia de antidepressivos. Brazili-an’. R A Moreno , D H Moreno , Mbdm Soares
329 . *Journal of Psychiatry* 1999. 21 p. . (Suppl.1)
- 330 [Sistema Único De Saúde ()] *Transtornos depressivos: protocolo clínico. Santa Catari-na, Sistema Único*
331 *De Saúde* . <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9191-transtornos-depressivos-clinico/file> 2015.
332
- 333 [Pereira ()] *Tratamento da Distímia: uma análise econômica de medicamentos antidepressivos*, Mlom Pereira .
334 2004. São Paulo. Universidade de São Paulo (Dissertação para obtenção do grau de mestre)