

Impacto da cronicidade do transtorno distímico na qualidade de vida

Impact of dysthymic disorder chronicity on quality of life

Mara Rúbia de Camargo Alves **ORSINI**¹

Cecília Rodrigues **RIBEIRO**¹

Resumo

A distímia diferencia-se da depressão por sua cronicidade e menor severidade sintomatológica. A cronicidade acarreta sérios prejuízos na rotina dos pacientes, atividades laborais, relacionamentos sociais e qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi explorar o impacto do transtorno distímico na qualidade de vida dos pacientes. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada com 24 pacientes distímicos, sendo os dados analisados pelo *software* Alceste. Neste artigo, discutiu-se a classe sobre o Tratamento da Distímia e Qualidade de Vida. Observou-se um ciclo de tristeza que interfere no dia a dia, acarretando insatisfação e frustração, retroalimentando a baixa autoestima, que induziria à continuidade dos sintomas, passando a fazer parte da experiência cotidiana do indivíduo e aparecendo, por fim, como um modo de ser. A partir desses dados, sugere-se que o transtorno possa ser interpretado por novos parâmetros, baseados na compreensão dessa sucessão de processos, que deveria ser o foco da intervenção com tais pacientes.

Unitermos: Cronicidade. Qualidade de vida. Transtorno distímico.

Abstract

Dysthymia is differentiated from depression by its chronicity and less symptomatic severity. Chronicity causes severe harm in the routine of patients, work activities, social relationships and quality of life. The aim of this study was to explore the impact of dysthymic disorder on patients' quality of life. A semi-structured interview was held with 24 dysthymic patients and the data were analyzed by the Alceste software. In this article, the lexical class in the Treatment of dysthymia and Quality of Life was discussed. There was a cycle: sadness that interferes with day-to-day life, causing frustration and dissatisfaction, with feedback to low self-esteem, which would lead to continuity of symptoms, becoming part of the individual's everyday experience, and finally, appearing to be a way of being. From these data, it is suggested that the disorder may be interpreted by new parameters, based on the understanding of this succession of processes, which should be the focus of intervention in these patients.

Uniterms: Chronicity. Quality of life. Dysthymic disorder.

▼▼▼▼▼

¹ Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação, Laboratório de Avaliação, Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental e Personalidade. R. 235, Setor Universitário, 74605-050, Goiânia, GO, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.R.C.A. ORSINI E-mail: <mararubia.mr@gmail.com>.

Artigo elaborado a partir do projeto de pesquisa de M.R.C.A. ORSINI, intitulado "Validade dos traços de personalidade neuroticismo e extroversão como critérios diagnósticos para o transtorno distímico". Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 33/2008.

A palavra distímia, etimologicamente, significa “mal-humorado” (Cordás, Nardi, Moreno & Castel, 1997). Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Organização Mundial da Saúde, 1993), o transtorno distímico é caracterizado como uma depressão duradoura, que se dá de maneira insidiosa na adolescência e dura, às vezes, indefinidamente. Possui sintomatologia depressiva mais branda, de natureza crônica, com sintomas que persistem por mais de dois anos (Lima, 1999). Entretanto, a natureza precisa das diretrizes diagnósticas da distímia causa polêmica e, por isso, pesquisas atuais buscam novas formas de entender esse transtorno de alta prevalência e alta comorbidade com outros transtornos mentais, mais frequentemente com transtornos de humor.

O transtorno distímico diferencia-se do transtorno depressivo maior pela continuidade da sintomatologia depressiva, desde uma data muito remota, ou seja: o diagnóstico diferencial está centrado na cronicidade (B.J. Sadock & V.A. Sadock, 2007). Em contraposição, uma grande diferença entre esses dois transtornos reside no fato de que a distímia caracteriza-se como uma depressão mais subjetiva do que objetiva. Serretia et al. (1999), na pesquisa realizada com a maior amostra de distímicos (n=514), afirmam que os sintomas distímicos (chamados de “tristeza relatada”) são mais numerosos que os sinais, pois não há indícios de muitas alterações significativas nos componentes orgânicos (o estudo aponta para baixa predominância nos sintomas neurovegetativos). Contudo, a distímia e a depressão maior são entidades que têm forte relação entre si. Cordás et al. (1997) afirmam que depressão e distímia não são entidades mutuamente exclusivas: 42% dos pacientes distímicos têm depressão maior, e 28% dos pacientes com depressão maior também têm distímia. Esse fenômeno, chamado de “depressão-dupla”, do mesmo modo que outras variedades de estados do humor depressivo, compartilha os mesmos sintomas e responde a um tratamento farmacológico similar ao da distímia, apesar de cada um ter seu prognóstico específico (B.J. Sadock & V.A. Sadock, 2007)

Contudo, o prognóstico da distímia é muito reservado, pois, como a incidência do transtorno ocorre no começo da vida adulta, a probabilidade de ocorrência de outros transtornos é muito grande (Cordás et al., 1997). Os sinais da existência de um transtorno, no entanto,

não são aparentes, e o indivíduo apresenta-se de forma relativamente adaptada ao âmbito social. Porém, essa estabilidade no funcionamento social, segundo Spanemberg e Juruena (2004), é questionável. Isso porque os autores perceberam um investimento alto de energia nas atividades laborais e pouco no relacionamento interpessoal. Esses apontamentos marcam a característica essencial da distímia: os pacientes e familiares nem sempre percebem a existência de um transtorno e afirmam, veementemente, que esse é o estado cotidiano do sujeito. Os sintomas passam a fazer parte da constituição da experiência habitual do paciente.

Diversos estudos (Akiskal, 2001; Brieger & Marneros, 1997; Cordás et al., 1997; Spanemberg & Juruena, 2004) apontam que a sintomatologia depressiva e a personalidade têm uma relação próxima, e a característica clínica de cronicidade da distímia está fortemente correlacionada com dimensões da personalidade. Essa observação demarca a natureza do transtorno e o impacto que ele produz na vida do sujeito: em outros estados depressivos o prejuízo na qualidade de vida é menor. Em outras palavras, é essa estabilidade dos sintomas, ao longo do tempo, que faz com que o transtorno distímico acarrete sérios prejuízos na rotina dos pacientes, nas atividades e relacionamentos sociais e na qualidade de vida (Serretia et al., 1999).

Segundo Zortéa (2010), a ideia (já senso comum) de ‘qualidade de vida’ emergiu recentemente como um forte instrumento na avaliação do impacto das doenças crônicas. Ela assevera que a ocorrência de crises repetitivas de determinada doença leva à insegurança e acarreta atritos sociais que diminuem o nível de qualidade de vida.

Ainda não existe uma definição consensual para qualidade de vida. Trata-se de um conceito complexo, pois diz respeito à percepção da felicidade e da satisfação nas diversas áreas da vida (Kimura & Silva, 2009). Como os conceitos de felicidade e de satisfação são duas definições subjetivas e individuais, poder-se-ia dizer que definir qualidade de vida seria uma tarefa impossível. Todavia, o termo qualidade, em si, remete a um ou mais atributos e/ou condição de um objeto, delimitado por uma natureza negativa ou positiva (D.S.M.S. Araújo & C.G.S. Araújo, 2000). A qualidade, por exemplo, de um produto, de uma pessoa, de uma empresa etc. pode ser mensurável a partir de padrões. Consequentemente, o

termo qualidade de vida pode ser adotado tanto em medidas psicométricas como em instrumentos de avaliação, ou apenas como um constructo teórico, que será a abordagem do presente artigo.

O modelo psicológico de Hunt, McEwen e McKenna (1985) estabelece uma definição de qualidade de vida e desenvolve uma escala para sua avaliação na depressão. O impacto que a doença e o tratamento têm na qualidade de vida do indivíduo são mensuráveis a partir de uma interpretação subjetiva de bem-estar, levando em consideração a importância atribuída pelo sujeito aos diferentes aspectos da vida (Hunt et al., 1985). Novamente, assinalam-se as limitações metodológicas e conceituais entre a natureza objetiva e subjetiva implícadas no conceito, considerando-se que os dois aspectos são essenciais no âmbito psicológico.

Em resumo, qualidade de vida pode ser entendida como a satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para o indivíduo (Kimura & Silva, 2009), sejam elas relações sociais, atividades de lazer e laborais, espiritualidade e religião, crenças pessoais ou subjetividade emocional. Destarte, a qualidade de vida está em uma faixa positiva ou negativa, de acordo com a habilidade e a capacidade do sujeito em satisfazer suas necessidades (Lima & Fleck, 2009). Os aspectos consensuais na literatura específica, de acordo com o Grupo *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* do Brasil, são de que qualidade de vida é uma medida variável no tempo e, sendo assim, é o sujeito o medidor das mudanças de seu nível. Portanto, a ausência ou a presença de sinais e sintomas não são mais indicativos da qualidade de vida (Lima & Fleck, 2009).

Partindo-se dessa premissa, o foco do tratamento atual da sintomatologia depressiva está voltando-se à percepção dos próprios pacientes em relação a sua saúde. Isto é, volta-se mais para o bem-estar dos indivíduos nos diferentes setores de sua vida. Da mesma forma, observa-se que o critério de avaliação de saúde não é mais focado em sintomatologia ou mesmo em morbimortalidade (Fleck et al., 2002). Ora, se a qualidade de vida pode ser percebida no âmbito do próprio paciente, esse conceito torna-se importantíssimo para compreender o funcionamento do transtorno e, assim, ampliar as possibilidades do tratamento psicológico.

Na realidade, percebe-se que a qualidade de vida e a síndrome depressiva estão associadas a outros parâ-

metros psicológicos, como autoestima, *coping*, dimensões e traços de personalidade, dentre outros. A própria definição sobre prejuízo na qualidade de vida não se distancia da descrição sintomática dos estados depressivos (Lima & Fleck, 2009).

Desse modo, estão entrelaçados os conceitos de distímia, personalidade e qualidade de vida: distímia é um estado permanente de depressão que, por sua vez, é a expressão negativa do afeto que, persistindo ao longo do tempo, interfere na satisfação ou insatisfação nas diferentes áreas da vida do indivíduo - qualidade de vida. Essa insatisfação continuada, por fim, reforçaria e retroalimentaria a frustração, a culpa e os sentimentos de baixa autoestima, que ajudariam a conduzir à cronicidade do transtorno.

Assim, o presente estudo objetiva explorar o impacto do transtorno distímico na qualidade de vida e procura entender a distímia nos parâmetros acima descritos. Partiu-se da análise lexical do discurso de pacientes diagnosticados como distímicos ou com depressão de longa data. A partir da análise desses dados, pretende-se entender como a presença da sintomatologia depressiva, ao longo do tempo, pode ser prejudicial à qualidade de vida, o que implica um prognóstico desfavorável e a perpetuação do transtorno. Este estudo justifica-se pela significância clínica dos sintomas distímicos que, apesar de mais brandos, em relação a outros estados depressivos (incluindo a depressão maior), apresenta uma continuidade e uma falta de reconhecimento que pode, inclusive, levar à perda da referência subjetiva de bem-estar e saúde do sujeito. Por fim, ao compreender melhor o transtorno distímico, almeja-se ampliar as possibilidades de tratamento psicológico e psicossocial.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 24 pacientes diagnosticados com distímia e/ou depressão dupla (distímia com presença esporádica de episódios depressivos). A faixa etária estendeu-se entre 26 e 70 anos, com média de 42 anos e DP=9,907. Da amostra, 75,0% eram do sexo feminino. Com relação ao estado civil, 25,0% da amostra eram de solteiros e 25,0% casados, enquanto 45,8% dos

sujeitos eram separados ou divorciados e um sujeito era viúvo. Com relação ao trabalho, 58,3% da amostra trabalhava (n=14). A faixa salarial pessoal variou entre R\$443,00 e R\$5.200,00, com uma média de R\$1.586,00 e mediana da renda familiar de R\$2.500,00. Boa parte dos pacientes possuía curso superior completo (41,7%). Da amostra, 45,8% já se consultaram antes com um psicólogo, 29,2% estavam em terapia na ocasião e 25,0% nunca a haviam feito. Todos os sujeitos já fizeram uso de medicação anteriormente e 75,0% deles estavam sob uso de medicação na ocasião. Da amostra, 50,0% dos indivíduos afirmaram que naquele momento estavam se sentido mais para melhor do que para pior.

Instrumento

Utilizou-se uma entrevista semiestruturada, do tipo anamnese, contendo histórico das dificuldades atuais, histórico psicopatológico pregresso e antecedentes pessoais, familiares e conjugais.

Procedimentos

Foram entrevistados 24 pacientes com diagnóstico de depressão de longa data, depressão dupla ou distímia há dois anos (no mínimo). Os dados foram analisados pelo *software* Alceste (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto), programa de análise textual que produz dados qualitativos e se apoia ainda em dois importantes procedimentos estatísticos: Qui-quadrado (χ^2) e Análise Fatorial por Correspondência. A pesquisa, assim, apresenta uma metodologia que combina tanto aspectos quantitativos, como aspectos qualitativos na análise dos dados textuais. As análises dos dados demográficos foram realizadas pelo *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. A pesquisa foi devidamente submetida ao Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos, sendo obtido de todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A partir da análise lexical das entrevistas, o *software* Alceste formou quatro classes de léxicos, com

aproveitamento de 98% do *corpus* total. Neste artigo, somente será apresentada a classe lexical 4 gerada pelo programa, denominada Tratamento da distímia e qualidade de vida.

A classe 4 foi a mais representativa do *corpus*, com 867 Unidades de Contexto Elementar (UCE). As UCE, no presente caso, se referem a segmentos do texto das entrevistas. As UCE são definidas a partir das co-ocorrências das palavras no texto, o que estabelece a força de significado da interpretação semântica da classe lexical, gerada pelo programa Alceste. A classe 4 teve 44% de representatividade do *corpus* analisado. Os principais lemas que obtiveram maior associação nessa classe corresponderam a: *remed* + (*remedinhos*, *remédio*, *remédios*) com 82 de χ^2 ; *ajud*+ (*ajuda*, *ajudado*, *ajudam*, *ajudando*, *ajudar*, *ajudaram*, *ajudas*) com 71 de χ^2 ; *depressão* com 66 de χ^2 ; *dor(es)* com 46 de χ^2 ; *emprego(s)* com 34 de χ^2 ; e *trabalh*+ (*trabalha*, *trabalhado*, *trabalhando*, *trabalhar*, *trabalhava*) com 33 de χ^2 .

O mundo lexical que essa classe representa pode ser subdividido em quatro subclasses. O Quadro 1 ilustra essas quatro subclasses em agrupamentos semânticos e seus desdobramentos:

Esta classe contempla léxicos que os pacientes trouxeram para explicar o tratamento do transtorno distímico, as formas de enfrentamento no cotidiano e, por fim, o impacto do transtorno na qualidade de vida e os sentimentos em relação à cronicidade do transtorno. Algumas palavras que se relacionam com esta classe descrevem o estado emocional no qual o paciente se encontra atualmente, como, por exemplo, o verbo *ser* e *estar*, palavras como *cotidiano*, *dia a dia*, *atualmente*, *frequência*, expressando a vivência de cronicidade do transtorno.

A primeira subclasse, *tratamento do transtorno distímico*, refere-se ao tratamento *fármaco*, *médico* e *psicológico* e ao diagnóstico, datados geralmente há mais de cinco anos. Há três desdobramentos dessa subclasse: a *procura por ajuda*, que geralmente começa com profissionais da área médica, sejam neurologistas, cardiologistas, ginecologistas, até chegarem à psiquiatria e depois à psicologia; a *inconstância na participação do tratamento* e o *uso de medicação* para ajudar nas atividades habituais ou para dormir melhor. Todos já se consultaram com psiquiatra e afirmam que o tratamento farmacológico ajuda abrandando a sintomatologia e,

Quadro 1. Descrição da classe 4 - Tratamento da Distímia e Qualidade de Vida.

Classe	Subclasses	Desdobramentos
Classe 4: Tratamento da Distímia e Qualidade de Vida	4.1: Tratamento do transtorno distímico	4.1.1: Procura de ajuda médica 4.1.2: Inconstância na participação do tratamento 4.1.3: O uso de medicamentos
	4.2: Formas de enfrentamento	4.2.1: Trabalho 4.2.2: Atividades físicas 4.2.3: Religião
	4.3: Agravantes	4.3.1: Sintomatologia prejudicando as atividades físicas, laborais e religiosas 4.3.2: Problemas oriundos do trabalho e relacionamentos pessoais agravam os sintomas 4.3.3: Relacionamento íntimo como agravante 4.3.4: Situação financeira como agravante 4.3.5: Apatia para realização de outras atividades
	4.4: Sentimentos ligados à cronicidade do transtorno	4.4.1: Persistência da sintomatologia depressiva gerando desânimo, dor e tristeza e contribuindo para à cronicidade do transtorno

por isso, dão continuidade a ele. Ao mesmo tempo, o tratamento a longo prazo não consegue eliminar os sentimentos de humor rebaixado, e muitos o interrompem para depois regressar a ele. Os trechos abaixo ilustram essa subclasse (as palavras entre parênteses são as que apresentaram maior associação dentro da classe - χ^2):

"na (terça) (feira) (depois que) (consultei) com ele que (eu) não sei que data que (dia) que era (eu) já (comecei) (o) (tratamento) no (caps). (Eu) fui (ao) (neurologista) (só) que ai (eu) sofria (demais) e chegava lá e ele falava, não, (isso) é (dor) de (cabeça) de (enxaqueca), e minha (dor) de (cabeça) não (passava) (hora) nenhuma (por) mais (remédio) que (eu) (tomava)" (sexo feminino, 55 anos).

"quando (eu) parei (o) (tratamento) a (crise) (voltou) muito (pior) e (eu) (fiquei) (um) (bom) (tempo) (passando) (mal) (o) (tempo) todo. (Dia) vinte e nove de junho de dois (mil) e seis (eu) (consultei) com (o) (doutor) B. No (consultório) dele particular e de lá ele já (me) encaminhou para (o) (caps)" (sexo feminino, 55 anos).

"(eu) (me) (sinto) assim continuamente. quando (estou) (tomando) (o) (remédio) (eu) (melhor) (o) (quadro) físico, mas aquela (angústia), (solidão), aquilo não (acaba), a (diferença) é que quando (eu) (estou) (sem) (o) (remédio) (eu) não (consigo) (lidar) com essa (situação), (eu) fico (chorosa), nervosa e fico (me) excluindo" (sexo feminino, 46 anos).

A segunda subclasse, *formas de enfrentamento*, pode ser descrita como o impacto que o transtorno causa nas atividades sociais, interpessoais e laborais. O *trabalho, as atividades físicas e a religião* aparecem como fonte de apoio, contudo ainda não são completamente satisfatórios. Nos relatos, os pacientes dão ênfase à importância do emprego atual e descrevem histórias de muita ambição de chegar longe e frustração por não conseguirem. As atividades físicas são uma forma de investimento de energia, porém ela não é satisfatória para todos; são apoio para alguns, porém, para outros, delatam a falta de energia e vontade. Os pacientes veem na religião sua salvação e explicações dos motivos pelos quais se sentem daquela forma, mesmo que alguns a percebam como uma saída mágica e, portanto, falha. Alguns exemplos dessa subclasse são listados a seguir:

"não (pratico) nenhuma (atividade) (por) (desânimo) (mesmo), já (tenho) pouca (força) (pra) (fazer) as coisas que (preciso), imagina (pra) (fazer) (algo) (a) mais. Ia (ajudar) a (gastar) (energia) que (eu) poupo (direto), então não (faço) (nada), (além de) (trabalhar) e (trabalhar)" (sexo feminino, 43 anos).

"foi a (depressão) que (há) (um) (bom) (tempo) que (eu) (trabalho) e (tento) (melhorar, essa (depressão) (vai) (causando) (problemas) físicos, (dores) no corpo, (mal) (estar), (dor) de (cabeça). (Eu) (vou) ficando muito sensível (qualquer) coisa (eu) (estou) (chorando), ai (eu) (vou) ficando (cada) (vez) mais (triste) e (eu) não (consigo) (trabalhar)" (sexo feminino, 46 anos).

"em relação (ao) (lazer) (eu) (frequente) a (academia) todos os (dias) de (semana), (faço) porque (eu) gosto e (preciso) (pra) (melhorar) (um) (pouco) a (estima), (eu) (estou) (tendo) (resultados) e (me) empenhando mais nessa (atividade)" (sexo masculino, 41 anos).

"(faço) (acompanhamento) (psicológico) e (psiquiátrico) no (caps) (há) quatro anos. (Terapia) de (grupo), (terapia) individual, oficina de pintura. (E) (atualmente) (estou) (fazendo) (tratamento) espiritual na minha (religião) que é (o) (espiritismo). Em si minha (religião) (me) (ajuda) muito nessa questão do meu (problema), porque (eu) acho que se (eu) não conhecesse (o) (espiritismo) (eu) ia ser (insuportável)" (sexo feminino, 55 anos).

A terceira subclasse, *agravantes*, apresenta os seguintes desdobramentos: a *sintomatologia prejudicando as atividades físicas, laborais e religiosas*, ao mesmo tempo que os *problemas oriundos do trabalho e relacionamentos pessoais agravam os sintomas*. Os pacientes também relatam sobre *relacionamentos íntimos* que são distantes ou conflituosos e prejudicam na rotina, agravando os conflitos internos. Por fim, a *situação financeira* causa frustração e rompimento de atividades sociais e do tratamento. Apresentam, ainda, *apatia para outras atividades*. Algumas uces abaixo descrevem esses contextos:

"(sinto) (dor) (demais). (É) (triste) (demais). (Eu) não (posso) (fazer) outro (tipo) de (exercício) (sem) ser a (hidroginástica) (por) (causa) desse (problema). Até (comecei) a (hidroginástica), mas acho que não (vale) a pena. Não (tenho) feito nenhuma (atividade) física. Não (faço) (nada) para (me) divertir" (sexo feminino, 38 anos).

"(estou) (há) 1 ano (sem) (trabalhar) e (gostaria) (demais) de (estar). Não (estou) (conseguindo) (um) (emprego) que (eu) (melhore) minha (cabeça) e minha (saúde), (eu) já escutei de (vários) médicos que (eu) (tenho) que (fazer) alguma coisa senão a (depressão) (vai) (piorar), e (só) (piorar)" (sexo feminino, 52 anos).

"não (pratico) nenhuma (atividade) (por) falta de (tempo), (dinheiro) e (vontade), já (tenho) pouca (força) (pra) (fazer) as coisas que (preciso) na (vida) (mesmo), (tipo) (só) ia (ajudar) a (gastar) o que já não (tenho), em todos os (sentidos)" (sexo masculino, 39 anos).

"(eu) ainda (sinto) (isso), (só) que com a (medicação) é mais leve, mas (mesmo) assim (tem) (dia) que (eu) não

(tenho) (disposição), (continuo) (sonolenta), muita (vontade) de (dormir), indisposta. (Tem) (dia) que (eu) (estou) (triste), (insegura) tanto quanto a (vida) familiar, casamento, tanto quanto a (vida) (profissional)" (sexo feminino, 33 anos).

"uma (felicidade) (causada) (por) (um) relacionamento (estável). Que na verdade era instável. Então, (por) (um) (tempo) (eu) não tinha (noção) que (eu) era (deprimida) não. (O) cara (fazia) meus gostos e tal, então (eu) deixei de ser (triste). (Eu) (só) (voltei) a ser (novamente), (apos) esse (tempo). Todos os (dias)" (sexo feminino, 34 anos).

"(eu) (acredito) que (tenho) esse (problema) (há) mais ou menos 6 anos, (fiquei) muito (abalado) com/uma (situação) na (empresa), meu (sócio) (me) (deu) (um) cano e (acabei) (tendo) que contornar toda a (situação) sozinho" (sexo masculino, 39 anos).

Na última subclasse, *sentimentos ligados à cronicidade do transtorno*, observa-se que os *sentimentos de desânimo, dor e tristeza persistem*, apesar do tratamento, do abrandamento da sintomatologia com a medicação e do apoio nas atividades sociais, religiosas e laborais. Há presença significativa de sentimentos de tristeza, angústia, autodepreciação, desesperança, baixa autoestima, apatia, anedonia, solidão, culpa e insegurança. Alguns relatam sintomas físicos, outros agressivos. Há também baixa tolerância à frustração, e os pacientes se percebem sempre muito mal-humorados, irritados, às vezes com ideação suicida, sendo tudo isso sempre relatado como vivências crônicas. A persistência dos sintomas prejudica as atividades cotidianas e a continuidade do tratamento. Para exemplificar essa subclasse, optou-se por apresentar trechos extraídos diretamente das entrevistas completas de pacientes com alto χ^2 na classe, e não a partir do χ^2 de uce. Isso porque o alto χ^2 apresentado pelo sujeito denota que os discursos desses pacientes são, particularmente, representativos da classe.

"Então, eu fico insegura, eu não sei se é aquilo mesmo que eu quero, mesmo com a medicação, só que de uma forma mais leve que eu consigo ir conduzindo a vida. Eu disfarço muito por estar sob efeito de medicamento, eu não choro, as pessoas olham e acham que eu estou normal, mas eu não estou. Eu não choro porque estou sob efeito ... e também até quem convive comigo já acostumou de me ver assim sempre apática, desanimada, sem muita

alegria. Então, já acha que é normal, ... quando eu choro pensam que eu estou triste, mas não precisa descer as lágrimas para estar triste. Era o emprego que eu tanto queria, era a faculdade, era porque eu estava conseguindo melhorar meu corpo - quando perdi tudo, perdi tudo de uma vez. Insegurança, irritação, sonolência, cansaço, falta de vontade de viver... . Eu começo a ficar triste, começo a ficar sensível e a chorar por qualquer coisa. Sem disposição e as dores no corpo que são fortes” (sexo feminino, 33 anos).

“Como que eu vou saber se minha rotina mudou, se é diferente, sendo que eu nunca conheci o outro lado? Eu sempre conheci esse lado depressivo, esse lado triste, então o outro lado eu não sei. Se isso afeta na minha rotina e de que forma eu não sei. A minha rotina é sempre a mesma... . Eu não ponho mérito naquilo que eu faço melhor. Por mais que eu faça tudo direitinho, organizado, eu não me dou o direito de ter méritos. Eu gostaria de fazer outra coisa profissionalmente, mas nunca descobri... . Creio que sou organizado, gosto das coisas controladas. Eu tinha um quadro assim mais triste, um semblante mais triste, isolamento... . Sempre tive uns complexos de inferioridade e isso me entristece e revolta” (sexo masculino, 26 anos).

“Eu passei até por momentos de melhora e estava trabalhando e tentando reerguer... . Estou muito desanimada de ver a vida como ela é, sou muito detalhista e isso me prejudica, quando vejo algo errado fico cismada e acabo cobrando demais de mim mesma e de outras coisas, com outras pessoas... e as pessoas não entendem que fico ruim, pra eles eu fico é acomodada com a situação e me escorei na doença, eles não entendem é que não vejo mais nada de bom nessa vida que estou levando... parece que o coração dói sempre. Fico me perguntando algumas vezes se é só comigo, devo ter alguma coisa de ruim, eu fico pensando nisso por que não tem jeito, tudo que ocorre na minha vida tem que ser sofrido ou com sofrimento. Eu estou perdendo as forças faz muitos anos já... parece que algo me puxa para baixo e novamente vou ficando desanimada e triste” (sexo feminino, 52 anos).

“Eu me achava normal e que tristeza fosse algo que tínhamos e que podia ter sido triste a vida toda, mas, de um tempo, eu me sinto direto assim, falta alegria e acabo me isolando demais das pessoas com quem convivo. Olha, eu me sinto assim direto e acabo sendo muito punitivo comigo mesmo, a autoestima que acaba sofrendo demais... Eu sempre tenho uma ideia negativa

das coisas... Eu acho que não tenho muita intimidade com as pessoas e nem deixo elas terem comigo, acho que acabo me isolando demais pela barreira que coloco para as pessoas chegarem perto de mim... Eu acabo me cansando desse tipo de contato com as pessoas e fico mais isolado mesmo” (sexo masculino, 41 anos).

Discussão

As quatro subclasses agrupadas podem descrever o impacto do transtorno distímico na qualidade de vida dos pacientes. Como a qualidade de vida está relacionada com a capacidade de satisfação e felicidade nas áreas de interesse do sujeito (Lima & Fleck, 2009), os sentimentos permanentes de insatisfação e tristeza afetam a autoestima, a sensação de bem-estar e a segurança, ou seja, prejudicam a qualidade de vida dos pacientes.

Esses agrupamentos da classe 4 têm, ainda, uma relação próxima entre si, que pode explicar a cronicidade dos sintomas. A primeira questão descrita pelos pacientes é a identificação do transtorno e a busca do tratamento, em média, há 10 anos. O tratamento farmacológico diminui sensivelmente a sintomatologia de base e, por isso, os pacientes dão continuidade a ele, possibilitando que trabalhem, produzam e convivam com as pessoas mais próximas em uma normalidade aparente. Contudo, nem o tratamento, nem apoios externos, como o trabalho, a religião e os relacionamentos sociais, conseguem tirar o sentimento permanente de tristeza. Como o humor rebaixado persiste, o paciente interrompe e, posteriormente, busca de novo a ajuda profissional. O tratamento, portanto, não parece completamente eficaz.

As atividades cotidianas ajudam no tratamento, porém, em contraposição, também agravam a sintomatologia quando acontece qualquer tipo de conflito. São trabalhadores produtivos, buscam o perfeccionismo e desgostam de outras atividades sociais. Para alguns, o trabalho parece ser a única fonte de prazer, afirmam que se sentem muito melhor quando estão trabalhando, mesmo sentindo-se inferiores por não conseguirem o que realmente querem: mais satisfação. Para outros, a religião e as atividades físicas (caminhada, ginástica, jiu-jitsu, hidroginástica, oficina de pintura, esportes etc.)

são consideradas como um apoio. Porém, essa relação cíclica de frustração e insatisfação constantes também afeta essas atividades, haja vista que 70% dos pacientes que não trabalhavam, interromperam as atividades laborais devido a alguma sintomatologia.

Percebe-se, portanto, que o tratamento parece ser feito por um corte horizontal, diminuindo a queixa e a sintomatologia - os remédios ajudam a executar tarefas e atividades corriqueiras. As formas de enfrentamento trazem uma sensação passageira de utilidade, em paradoxo com a frustração, pois o sujeito ainda se sente insatisfeito. A vida social e amorosa, em contraposição com a dedicação ao trabalho, fica em segundo plano - os pacientes queixam-se de solidão e desamparo. O sentimento de tristeza persiste, assim como a dificuldade de relacionamentos interpessoais. Os sintomas advindos com o transtorno inserem-se na vida do sujeito e ele se sente deprimido, retroalimentando o sentimento de tristeza inicial.

De fato, em um artigo sobre o tratamento farmacológico da distímia, Lima (1999) afirma que este se mantém como nos demais tipos de depressão, mostrando-se eficaz e sem efeito diferencial entre os diversos antidepressivos. Contudo, o autor ressalta que não existem muitas informações sobre a qualidade de vida dos pacientes e sobre o tratamento a médio e longo prazo. A despeito disso, o tratamento psicológico destaca-se com a finalidade não mais de abrandar os sintomas, mas, sim, de melhorar a sensação de bem-estar, satisfação e autoestima. Em outras palavras, poder-se-ia buscar promover a qualidade de vida dos sujeitos distímicos, proporcionando satisfação nas áreas de importância para eles.

A distímia, quando entendida a partir do ciclo - tristeza que interfere no dia a dia, acarretando insatisfação e frustração, conseqüentemente reabastecendo a baixa autoestima -, pode ser interpretada e tratada por novos parâmetros. Não se trata aqui de estabelecer as teorias causais do transtorno, visto que o estudo é transversal. Mas, sim, de entender essa sucessão de processos: os sintomas depressivos acarretando prejuízo na qualidade de vida e, em longo prazo, passando a fazer parte da experiência cotidiana do indivíduo e aparecendo, por fim, como um modo de ser.

Diante do que foi exposto, este trabalho pode, portanto, pensar uma possibilidade para o tratamento psicológico da distímia, voltado à melhoria na qualidade de vida. Se hoje alguns estudos de saúde mental estão se voltando para os limites entre doença e normalidade, apontando que elas estão em uma relação de *continuum*, poder-se-ia pensar o entendimento não só da distímia, mas também do seu prognóstico e tratamento, nos mesmos parâmetros, ou seja, numa relação de *continuum*. Assim, no funcionamento cotidiano do indivíduo, estariam inclusos, além do diagnóstico de distímia, os sentimentos de insegurança e tristeza e as atitudes de isolamento. Da mesma forma, as diretrizes de tratamento deveriam necessariamente implicar-se nessa área, não apenas se limitando à condição de ausência ou presença sintomatológica e às intervenções medicamentosas. Dito isso, um foco importante poderia ser intervir na experiência subjetiva do sujeito que vivencia os sintomas como constituintes de sua própria subjetividade, de seu modo de ser, como expressos por falas típicas, tais como: *"sempre fui assim"*, *"é assim que sou"*.

Considerações Finais

O grupo WHOQOL do Brasil, desenvolvendo em 1999 o instrumento de avaliação da qualidade de vida, apontou que pesquisas recentes trazem, além do termo Qualidade de vida, o termo estado subjetivo de saúde, ambos centrados na avaliação subjetiva do paciente e vinculados ao impacto do estado de saúde sobre sua capacidade de viver plenamente. Esta ideia do estado subjetivo de saúde é um tema abrangente que pode ser um desdobramento da atual pesquisa.

Este estudo, como toda pesquisa em saúde mental, teve limitações próprias da natureza do objeto. A psicopatologia sempre será uma ciência em andamento e, com isso, um maior aprofundamento e análises críticas sobre o tema tornam-se necessários para conclusões mais abrangentes.

Novos rumos para a classificação da distímia estão sendo debatidos. Nas explicações sobre a preparação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais (DSM-V - 5ª edição) programado para publicação em 2013, o transtorno de personalidade depressiva está em debate. Outra discussão ocorre em torno da nova nomenclatura do transtorno distímico, que será

chamado de Transtorno Depressivo Crônico. Estudos discutem as diferenças, limitações e ganhos entre essas duas possibilidades diagnósticas.

Vale destacar que o estudo da distímia é recente e ainda carece de mais pesquisas voltadas para além desta descrição semiótica de sintomas. Abstendo-se do debate de categorização dos sintomas e classificação do transtorno, este trabalho quis procurar, no discurso do paciente, subsídios para o tratamento psicológico. Destarte, a partir de algumas discussões, pretendeu-se possibilitar novos caminhos para que a clínica com pacientes distímicos seja mais consistente e mais voltada para o sofrimento psíquico.

Referências

- Akiskal, H. S. (2001). Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *Journal of Affective Disorders, 62*, 17-31.
- Araújo, D. S. M. S., & Araújo, C. G. S. (2000). Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte, 6* (5), 194-203.
- Brieger, P., & Marneros, A. (1997). Dysthymia and cyclothymia: historical origins and contemporary development. *Journal of Affective Disorders, 45* (3), 117-126.
- Cordás, T. A., Nardi A. E., Moreno, R. A., & Castel, S. (1997). *Distímia - do mau humor ao mal do humor: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fleck, M. P. A., Lima, A. F. B. S., Louzada, S., Schestasky G., Henriques A., Borges V. R., et al. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública, 36* (4), 431-438.
- Hunt, S. M., McEwen, J., & McKenna, S. P. (1985) Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *The Journal of the Royal College of General Practitioners, 35* (273), 185-188.
- Kimura, M., & Silva J. V. (2009) Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43* (Edição Especial), 1099-1104
- Lima, M. S. (1999) Tratamento farmacológico da distímia: avaliação crítica da evidência científica. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21*(2), 128-130
- Lima A. F. B. S., & Fleck, M. P. A. (2009) Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 31* (3 Supl.), 0-0.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sadock, V. A., & Sadock, B. J. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (9ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Serretia, A., Jorib, M. C., Casadeib, G., Ravizzac, L., Smeraldia, E., & Akiskal, H. (1999). Delineating psychopathologic clusters within dysthymia: a study of 512 out-patients without major depression. *Journal of Affective Disorders, 56* (1), 17-25.
- Spanemberg, L., & Juruena, M. F. (2004) Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 26* (3), 300-311.
- Zortéa, K. (2010) Qualidade de vida em doenças crônicas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 94* (5), 703-703.

Recebido em: 28/4/2011
Aprovado em: 22/5/2012

