
O bem-estar subjetivo como indicador de melhora clínica de pacientes com transtorno depressivo

Aline Cacozzi

Sérgio Baxter Andreoli

O bem-estar subjetivo (BES) é um construto que envolve a autopercepção sobre a satisfação com a própria vida e com as atividades exercidas, e relaciona-se à presença de afetos positivos, prazerosos e a ausência ou pouca incidência de afetos negativos e desprazeres na vida de um indivíduo (DIENER, 2000). Este construto despertou o interesse de pesquisadores na década de 1960, quando buscavam por indicadores de qualidade de vida sensíveis às mudanças sociais e às políticas públicas (DIENER, 2009; PEREIRA, 2017).

Na década de 1970, o conceito começou a ser estudado de maneira teórica e empírica e muitos filósofos e cientistas sociais se propuseram a definir bem-estar em todos os seus desdobramentos, incluindo como sinônimo de felicidade (PEREIRA, 2017). Não há, entretanto, um consenso sobre o conceito de felicidade ser sinônimo de bem-estar, mas ambos compartilham a presença de afetos e emoções positivas e a satisfação dos indivíduos com a própria vida, como aponta Michael Argyle em seu livro *“The Psychology of Happiness”* (2001). Um pouco mais adiante, em 1984, o conceito de BES foi apresentado por Ed Diener como contendo três aspectos indispensáveis, sendo eles: a presença maior e mais frequente de afetos positivos do que dos afetos negativos; o julgamento global que a pessoa faz sobre sua vida, podendo ser

nomeada como a satisfação com a própria vida; e, talvez o mais importante, a experiência individual e o conjunto de valores de cada ser humano, este de caráter subjetivo (PEREIRA, 2017). Esse conceito permanece até a presente data, mas o interesse dos pesquisadores ampliou-se de maneira significativa e as investigações científicas sobre o tema se tornaram interdisciplinares, com pesquisas provenientes de diversos campos, incluindo psicologia, economia, sociologia, filosofia, gerontologia e ciências da saúde (DIENER; LUCAS; OISHI, 2018).

O conceito, que antes se limitava à descrição dos atributos de pessoas felizes ou a identificação de correlações entre características sociodemográficas e níveis de BES, também se expandiu e passou a ser orientado pela busca da compreensão do processo que sustenta a felicidade (DIENER, 2009). Junto a esse novo cenário, alguns países começaram a utilizar e a recomendar o BES como medida para avaliar as políticas do governo, avaliar o progresso econômico e social e fornecer uma avaliação mais ampla da saúde de uma sociedade, que antes eram feitas apenas por meio do Produto Interno Bruto (PIB) (STIGLITZ; SEM; FITOUSSI, 2009). O PIB surgiu com a premissa de que a avaliação do desenvolvimento econômico estaria associada à avaliação do bem-estar da população e por isso, ele foi e ainda é usado com esse objetivo (PEREIRA, 2017). Entretanto, um exame mais detalhado mostra que o PIB mede, principalmente, a produção de mercado e não o bem-estar econômico, como tem sido frequentemente tratado.

Usar o crescimento do PIB como associado ao bem-estar pode levar a indicações enganosas sobre o quão bem as pessoas estão vivendo e implicar em decisões políticas erradas, inclusive que diminuem a qualidade de vida. Para exemplificar, podemos citar o aumento do congestionamento nas grandes cidades, o qual representa o aumento do consumo de gasolina e, consequentemente, um impacto positivo no PIB, mas impacta negativamente a qualidade de vida da população (STIGLITZ; SEM; FITOUSSI, 2009). Por conta disso, a Comissão sobre a Medição de Desempenho Econômico e Progresso Social, criada em 2008, decorrente de uma insatisfação manifestada pelo presidente

da França da época, Nicholas Sarkozy, recomenda que para avaliar o progresso social e econômico deveriam ser utilizadas medidas subjetivas de bem-estar ao invés de apenas dados econômicos objetivos (STIGLITZ; SEM; FITOUSSI, 2009). A justificativa é que as avaliações subjetivas podem fornecer resultados melhores sobre o impacto de intervenções ou decisões de políticas públicas sobre a qualidade de vida (DIENER; LUCAS; OSHIO, 2018), uma vez que são determinadas por fatores que vão além das coisas materiais em si (LAMU; OLSEN, 2016). Dessa forma, uma avaliação subjetiva pode refletir mais adequadamente o impacto da complexa relação entre os fatores relacionados à saúde, longevidade, capital social, qualidade das instituições, produtividade econômica e momentos de lazer na qualidade de vida das pessoas. Um nível de BES elevado refletiria as vivências dos indivíduos em suas atividades cotidianas (por exemplo, bom desempenho, motivação, satisfação etc.), o que tenderia a espelhar capacidade de obter prazer e sentir-se produtivo (DIENER, 2000).

Em paralelo, com a transição demográfica decorrente do aumento da longevidade e a diminuição das epidemias na população, o BES começou também a ganhar maior importância para a área da saúde, a partir da década de 80, devido ao aumento das doenças crônicas, dentre elas os transtornos mentais e de comportamento. Os indexadores de saúde comuns à época, como morbidade e mortalidade já não eram suficientes para retratar a condição de saúde dos indivíduos, assim como as medidas objetivas de desenvolvimento e crescimento econômico não estão associadas necessariamente à satisfação com a vida ou felicidade (HUNT; MCEWEN, 1980).

Ainda hoje, é possível observar em diversos estudos que médicos e pacientes muitas vezes discordam sobre a gravidade dos sintomas e sobre o sucesso do tratamento aplicado, pois a avaliação clínica se concentra, frequentemente, na melhora dos sintomas ou progresso da doença, enquanto os pacientes se concentram no seu bem-estar, avaliando a sua melhora quando se sentem mais confortáveis ou quando podem voltar a realizar as suas atividades de maneira satisfatória (BERLIM *et al.*, 2008; FLECK, 2008). Nesse contexto, o desenvolvimento e o uso de um indicador de saúde subjetivo, tal como o

BES, parece mais adequado, uma vez que, quando nos referimos, sobretudo, às doenças crônicas, o objetivo é reduzir o sofrimento e o impacto da doença nas diferentes áreas da vida do paciente (FLECK, 2008).

O transtorno depressivo é uma doença crônica (SAAVEDRA *et al.*, 2016) e é o quadro nosológico em que a associação do conceito de bem-estar subjetivo tem sido utilizada como avaliação da condição clínica. A natureza internalizada dessa condição (NEWNHAM; HOOKE; PAGE, 2010), na qual, em muitos casos não é possível perceber qualquer anormalidade no paciente, a não ser o seu autorrelato sobre um sentimento triste, vazio, mal estar, solitário, entre outros com o mesmo significado (BECK; ALFORD, 2011) permite essa aproximação da natureza subjetiva do construto do BES. Na 5.^a edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais ou DSM-5, as instruções para se diagnosticar o transtorno depressivo considera obrigatoriamente, dentre uma lista de sintomas, a presença do humor depressivo ou da anedonia (perda de interesse ou prazer) nas últimas duas semanas (UHER *et al.*, 2013) indo também ao encontro da natureza afetiva do BES.

Ademais, a depressão se constitui atualmente como um problema grave de saúde pública e a Organização Mundial da Saúde estima que aproximadamente 350 milhões de pessoas de todas as idades são afetadas pelo transtorno no mundo, e destas, menos da metade (em muitos países, menos de 10%) recebem tratamento (QUINTANA *et al.*, 2013; LOPES *et al.*, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). No ranking de incapacitação, a depressão ocupa a primeira colocação (IZUTSU *et al.*, 2015).

Durante um episódio depressivo, é comum que o indivíduo perceba a sua vida de maneira negativamente distorcida, ou seja, a imagem que ele tem de si mesmo pode ser contrastante com os fatos objetivos em si, o que acaba prejudicando o seu cotidiano, na esfera das suas relações familiares, sociais, de trabalho, entre outras (BECK; ALFORD, 2011; MARTIN *et al.*, 2012), e, em quadros mais graves, pode até resultar em suicídio (CHACHAMOVICH *et al.*, 2009). Os efeitos de longo prazo na qualidade de vida de pessoas deprimidas

são muito graves se comparados àqueles observados em diversas condições clínicas, tais como diabetes melitus, hipertensão, doença arterial coronária, entre outras (BERLIM *et al.*, 2008) e a busca por tratamento, muitas vezes, não é motivada pela presença única dos sintomas, mas sim pelo impacto subjetivo da doença na qualidade de vida do paciente (BERLIM *et al.*, 2008).

Com essa preocupação, Newnham, Hooke e Page (2007) e Newnham, Hooke e Page (2010) avaliaram a validade clínica dos instrumentos: SF-36, que mede saúde mental (BES), funcionalidade, atividades sociais e vitalidade (NEWNHAM; HOOKE; PAGE, 2007); e do WHO-5 (OMS, 1998), instrumento desenvolvido exclusivamente para medir o BES (NEWNHAM; HOOKE; PAGE, 2010), como medida de resposta individual ao tratamento de indivíduos com transtorno depressivo em serviço de saúde mental, e concluíram que ambos os instrumentos são meios rápidos, válidos e confiáveis de avaliar os resultados e monitorar a resposta clínica ao tratamento de pacientes atendidos em serviços psiquiátricos. Da mesma forma, escalas de satisfação com a vida foram usadas como indicadores de melhora clínica de paciente com depressão na Finlândia (KOIVUMMA-HOKKANEN *et al.*, 2001). Esses pesquisadores encontraram associações positivas entre os escores das escalas de BES com os das escalas de Hamilton e Beck, as quais medem sintomas de transtorno depressivo, e concluíram que a melhora clínica do paciente está relacionada com a melhora da satisfação com a vida e a melhora também dos sintomas. Quando os pacientes com transtorno depressivo estão em tratamento eles indicam que sentimentos subjetivos que compõem o construto do BES, como otimismo, vigor e autoconfiança, são os melhores indicadores para avaliar a condição e a melhora clínica do que a redução de sintomas isoladamente (ZIMMERMAN *et al.*, 2006).

Contudo, as avaliações de redução de sintomas são úteis e não devem ser deixadas de lado. Confiar apenas nelas, entretanto, pode ser inapropriado e a recomendação é para, sempre que possível, o profissional de saúde considere a visão subjetiva do paciente sobre o sua condição e tratamento recebido, pois as experiências pessoais são de cunho individual, ou seja, pessoas diferentes

podem perceber o mesmo evento de maneira divergente, o que dificulta uma análise objetiva (BERLIM *et al.* 2008; DIENER; LUCAS; OSHIO, 2018). Adicionada à importância do transtorno depressivo para a saúde pública, devido à prevalência alta e ao alto grau de incapacitação, e observando os resultados profícuos do uso do construto do BES para avaliar a condição clínica dos indivíduos com depressão, é possível também recomendar o uso de instrumentos de bem-estar em estudos epidemiológicos com o objetivo de obter resultados sobre a condição de saúde da população.

Para concluir, vale ressaltar que, além do uso para avaliação da condição e melhora clínica, as escalas de BES também são usadas e recomendadas para identificar indivíduos com transtorno depressivo no presente e aqueles predispostos a desenvolver o transtorno no futuro (GARGIULIO & STOKES, 2009; GRANT *et al.*, 2013; KRIEGER *et al.*, 2013; HENKEL *et al.*, 2003; OZCAKIR *et al.*, 2014). Em estudos de corte transversal, as escalas de BES estiveram associadas e válidas para identificar casos de depressão, apresentado também sensibilidade quanto à gravidade da doença, e foram apontadas pelos autores como uma alternativa para detectar pessoas que precisam de atenção, inclusive no serviço de atenção primária, onde muitas vezes não existe a presença de uma equipe especialista em saúde mental (KRIEGER *et al.*, 2013; HENKEL *et al.*, 2003; OZCAKIR *et al.*, 2014). Já em estudos de coorte, as escalas de BES estiveram novamente apropriadas para prever sintomas de depressão em longo prazo e as recomendações dos autores foram o desenvolvimento de trabalhos preventivos com aqueles indivíduos que compõe o grupo no qual o escore do BES foi baixo (GARGIULIO; STOKES, 2009; GRANT *et al.*, 2013).

Considerações finais

O BES é um construto amplamente estudado na literatura e atualmente ocupa posição de destaque em diversos campos do conhecimento. Na área da saúde, mais especificamente, da saúde mental, a associação negativa entre o BES e transtornos mentais, principalmente o transtorno depressivo, é particularmente

importante. Escalas de BES são utilizadas e recomendadas tanto para identificar transtorno depressivo, como para avaliar a condição e a melhora clínica do paciente. Usar as escalas de BES com esses objetivos é de grande valia, pois revela ao profissional de saúde a autopercepção e o julgamento do indivíduo sobre a sua vida e sobre o tratamento recebido, contribuindo, assim, para o desenvolvimento e monitoramento de um projeto terapêutico que se adeque às necessidades de cada pessoa, prevenindo reincidência e com a possibilidade de diminuição dos custos do tratamento.

Referências

ANDREOLI, S. B. *et al.* Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 836–844, 2004.

ARGYLE, Michael. **The psychology of happiness**. Londres: Routledge, 2013.

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **Depressão causas e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre. Artmed, 2011.

BERLIM, M. T.; BRENNER, J. K.; CALDIERARO, M. A. K.; PARGENDLER, J. S.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida em pacientes deprimidos In: Fleck, M. P. D. A. (Ed.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. v. 1, cap. 11, p. 123-132.

CACOZZI, A. **O bem-estar subjetivo de indivíduos com transtorno depressivo identificados na população geral**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos. Santos, p. 46, 2017.

CHACHAMOVICH, E. *et al.* Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, p. S18–S25, 2009.

DIENER, E. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. **The American psychologist**, Washington, v. 55, n. 1, p. 34-43, 2000.

_____. *et al.* New Measures of Well-Being, In: Diener, E. **Assessing Well-being: The Collected Works of Ed Diener** [s.l.]. Amsterdam: Springer Netherlands, 2009, p. 247–266.

DIENER, E.; LUCAS, Richard E.; OISHI, Shigehiro. Advances and open questions in the science of subjective well-being. **Collabra: Psychology**, Berkeley, v. 4, n. 1, 2018.

FLECK, M. P. A. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 228.

GARGIULO, R. A.; STOKES, M. A., Subjective well-being as an indicator for clinical depression, **Social Indicators Research**, Prince George, v. 92, n. 3, p. 517–527, 2009.

GARTLEHNER, G.; GAYNES, B. N.; AMICK, H. R.; ASHER, G., MORGAN, L. C.; COKER-SCHWIMMER, E.; FORNERIS, C.; BOLAND, E.; LUX, L. J.; GAYLORD, S.; BANN, C.; PIERL, C. B.; LOHR, K. N.. Nonpharmacological versus pharmacological treatments for adult patients with major depressive disorder. **AHRQ Comparative Effectiveness Reviews**, Washington, n. 161, 2015.

GRANT, F.; GUILLE, C.; SEN, S. Well-being and the risk of depression under stress. **PloS one**, Cambridge, v. 8, n. 7, p. e67395, 2013.

HENKEL, V. *et al.* Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. **BMJ**, Londres, v. 326, n. 7382, 2003.

HUNT, Soiya M.; MCEWEN, James. The development of a subjective health indicator. **Sociology of health & illness**, Leeds, v. 2, n. 3, p. 231-246, 1980.

IZUTSU, Takashi *et al.* Mental health and wellbeing in the Sustainable Development Goals. **The Lancet Psychiatry**, Londres, v. 2, n. 12, p. 1052–1054, 2015.

KOIVUMAA-HONKANEN, H. T. *et al.* Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study., **Acta psychiatrica Scandinavica**, Estocolmo, v. 103, n. 1, p. 38-44, 2001.

KRIEGER, T. *et al.* Measuring depression with a well-being index: further evidence for the validity of the WHO Well-Being Index (WHO-5) as a measure of the severity of depression, **Journal of Affective Disorders**, Londres, v. 156, p. 240–244, nov., 2014.

LAMU, Admassu N.; OLSEN, Jan Abel. The relative importance of health, income and social relations for subjective well-being: an integrative analysis. **Social Science & Medicine**, Cambridge, v. 152, p. 176-185, 2016.

MARTIN, D. *et al.* Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. **Interface: Communication, Health, Education**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 885–900, 2012.

MATEUS, M. D. *et al.* The mental health system in Brazil: policies and future challenges., **International journal of mental health systems**, Londres, v. 2, n. 1, p. 12, 2008.

NEWNHAM, E. A.; PAGE, A. C. Client-focused research: new directions in outcome assessment. **Behaviour Change**, Waratah, v. 24, n. 1, p. 1-6, 2007.

NEWNHAM, E. A.; HARWOOD, K. E.; PAGE, A. C., Evaluating the clinical significance of responses by psychiatric inpatients to the mental health subscales of the SF-36. **Journal of Affective Disorders**, Londres, v. 98, n. 1, p. 91-97, 2007.

NEWNHAM, E. A.; HOOKE, G. R.; PAGE, A. C. Monitoring treatment response and outcomes using the World Health Organization's Wellbeing Index in psychiatric care, **Journal of Affective Disorders**, Londres, v. 122, n.1, p. 133–138, 2010.

OZCAKIR, A.; OFLU DOGAN, F.; CAKIR, Y. T.; BAYRAM, N.; BILGEL, N. Subjective well-being among primary health care patients. **PloS one**, Cambridge, v. 9, n. 12, p. e114496, 2014.

PEREIRA, Douglas da Silveira. **Felicidade e significado**: um estudo sobre o bem-estar em profissionais da educação do estado de São Paulo. Universidade de São Paulo, 2017.

SAAVEDRA, K.; MOLINA-MÁRQUEZ, A. M.; SAAVEDRA, N.; ZAMBRANO, T.; SALAZAR, L. A. Epigenetic modifications of major depressive disorder. **International Journal of Molecular Sciences**, Basileia, v. 17, n. 8, 2016.

SOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. **Non-pharmaceutical management of depression in adults**: a national clinical guideline. Edimburgo: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010.

STIGLITZ, Joseph; SEN, Amartya K.; FITOUSSI, Jean-Paul. **The measurement of economic performance and social progress revisited: reflections and overview**. Siences Po Publications, Paris, p. 2009-2033.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. **Social Science & Medicine**, Cambridge, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.

UHER, R.; PAYNE, J. L.; PAVLOVA, B.; PERLIS, R. H. Major depressive disorder in DSM 5: Implications for clinical practice and research of changes from DSM IV. **Depression and anxiety**, Silver Spring, v. 31, n. 6, p. 459-471, 2014.

ZIMMERMAN, M. *et al.* How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective, **American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 163, n. 1, p. 148-150, 2006.

WORLD HEALTH ORGANISATION. **Depression, WHO**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>>. Acesso em: 22 fev. 2017.