

# BEM ESTAR SUBJETIVO EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

*Data de submissão: 08/02/2023*

*Data de aceite: 01/03/2023*

### **Nélia Isabel Moita Gaudêncio**

Escola Superior de Saúde da  
Universidade do Algarve  
Faro, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-4545-5722>

### **Rui Pedro Pereira de Almeida**

Escola Superior de Saúde da  
Universidade do Algarve  
Faro, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0001-7524-9669>

**RESUMO:** A Artrite Reumatoide (AR) afeta cerca de 0,5% a 1% da população mundial. Esta patologia causa fortes implicações na vida do indivíduo, nomeadamente, mudança no quotidiano, privação de determinadas atividades e alteração, por vezes profunda, de objetivos a cumprir. A nível físico está associada a dor, desfiguração do corpo, perda ou alteração de certas funções corporais. O Bem-Estar Subjetivo (BES) é um construto composto fundamentalmente pela satisfação com a vida e pelos afetos positivos e negativos, que se afirmou cientificamente nos anos noventa, e que pela investigação desenvolvida em populações com patologias crónicas, em diferentes estágios de evolução da

doença e grupos de controlo, aparenta ter um poder explicativo sobre as diferenças encontradas a nível psicossocial e, até clínico, em pacientes com o mesmo grau de evolução da doença. Tais associações sugerem que a intervenção ao nível destas variáveis potenciará um estado psicológico positivo que, conforme as evidências têm demonstrado, estará estreitamente associado à melhora de sintomas físicos, uma perceção de saúde atual mais positiva e melhores expectativas futuras.

**PALAVRAS-CHAVE:** Bem-Estar Subjetivo, Artrite reumatoide, Doença Crónica.

### **SUBJECTIVE WELL-BEING IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: A LITERATURE REVIEW**

**ABSTRACT:** Rheumatoid Arthritis (RA) affects approximately 0.5% to 1% of the global population, leading to significant impacts on patients' lives, including changes in daily activities, restrictions on certain functions, and alterations in life goals. Physically, it is often characterized by pain, body disfigurement, and loss or changes in bodily functions. Subjective Well-Being (SWB), a concept consisting of life satisfaction and positive and negative emotions, was scientifically established in

the 1990s. Research on populations with chronic conditions, at different stages of disease progression, and control groups suggests that SWB has a powerful explanatory effect on differences observed at the psychosocial and clinical levels in patients with similar disease progression. These findings suggest that addressing SWB and its related variables can promote a positive psychological state, which research has shown to be closely linked to improvement in physical symptoms, a more positive perception of health, and greater future expectations.

**KEYWORDS:** Subjective Well-Being, Rheumatoid Arthritis, Chronic Disease.

## 1 | INTRODUÇÃO

A felicidade é um componente largamente reconhecido como principal integrante de uma vida saudável. Embora o estilo de vida moderno não estimule as pessoas a avaliar os seus momentos de felicidade ou de completa realização pessoal, elas são diariamente incitadas a planejar o seu dia-a-dia para vencer desafios, como por exemplo, conseguir e manter um emprego, proteger suas vidas da violência urbana, equilibrar as finanças, distanciar-se de hábitos ou estilos de vida que comprometem a sua saúde e, ao mesmo tempo, praticar ações que promovem a sua integridade física, emocional e social (DIENER, SCOLLON & LUCAS, 2003).

Pesquisadores distribuídos por diversos países estão empenhados em descobrir o quanto as pessoas se consideram felizes ou em que medida são capazes de realizar plenamente as suas potencialidades, ou seja, investigam um tema complexo denominado bem-estar subjetivo.

Perante a instalação de um quadro de doença crónica, como é o caso da Artrite Reumatoide (AR), qualquer pessoa imagina uma situação de alteração do quotidiano, uma privação de determinadas atividades, e alteração, por vezes profunda, de objetivos a cumprir. Esta patologia implica muitas vezes dor, desfiguração do corpo, perda ou alteração de certas funções corporais, separação da família e de amigos e incapacidade para a atividade laboral.

Como tal, esta é uma doença crónica que tem grande potencial para provocar diminuição do Bem-Estar Subjetivo (BES) dos indivíduos, sendo relevante perceber quais as principais causas e consequências dessa diminuição do BES, de modo a poder intervir de forma adequada nestes pacientes e não apenas sob uma perspetiva farmacologia.

## 2 | A ARTRITE REUMATOIDE

AAR é uma doença reumática, auto-imune, sendo a forma mais comum de artrite, cuja principal característica é a inflamação articular persistente que resulta em danos articulares e perda de função, causando dor, edema, rigidez e perda de função nas articulações. Nesta patologia existe uma inflamação de diversas articulações, podendo atingir e

causar alterações na cartilagem, osso, tendões e ligamentos de diversas articulações. É característico existir um envolvimento simétrico, ou seja, afetar ambos os punhos ou ambos os joelhos e não apenas uma das localizações. A AR atinge frequentemente os punhos e os dedos, mas pode também atingir outras articulações do corpo. (CARMONA, *et al*, 2002; FONSECA, SANTOS & VIEIRA-SOUSA, 2022).

Ocasionalmente, a inflamação pode atingir o revestimento dos pulmões (causando pleurite) ou o revestimento do coração (causando pericardite). Pode ainda atingir o pulmão ou associar-se a secura dos olhos ou da boca, devido à inflamação das glândulas que produzem a saliva e as lágrimas. Mais rara é a inflamação dos vasos que provoca a vasculite (FONSECA, SANTOS & VIEIRA-SOUSA, 2022).

Por vezes, existe febre baixa, sensação de se estar doente, redução da força com fadiga intensa e até anemia (FONSECA, SANTOS & VIEIRA-SOUSA, 2022).

A maioria dos pacientes apresenta um estado clínico flutuante, com períodos de melhoria e outros de exacerbação. Com a progressão da doença, os pacientes, são frequentemente afetados nos seus anos mais produtivos, desenvolvendo incapacidade para realizar as suas atividades, tanto da vida diária como profissional, com impacto significativo para o paciente e para a sociedade (LAURINDO, *et al.*, 2002 & SBR, 2022).

A prevalência mundial estimada é de cerca de 0,5% a 1% da população, ou seja, cerca de 79 milhões de pessoas no mundo são portadoras de AR. As mulheres são afetadas três vezes mais do que os homens, e a hipótese de vir a desenvolver a doença aumenta com a idade, sendo que normalmente os primeiros sintomas começam por volta dos 40 a 50 anos (RALPH *et al*, 2021; IPR, 2022; SBR, 2022).

A AR é uma doença crónica, incurável e ainda sem causa primária conhecida, mas para a qual provavelmente contribuem influências genéticas e ambientais.

O diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento são fundamentais para o controle da atividade da doença e para prevenir incapacidade funcional e lesão articular irreversível. Cerca de 70% dos pacientes com doença ativa desenvolvem alterações articulares dentro dos dois primeiros anos da doença (IPR, 2022; SBR, 2022).

Os fatores socioeconómicos, estilo de vida, género e hormonas sexuais têm sido apontados como agentes para o aumento do risco para a AR. Como em outras doenças autoimunes, a incidência é maior nas mulheres e o papel dos estrogénios, embora ainda não completamente clarificado, pode explicar a introdução da remissão da doença durante a gravidez, o agravamento no pós-parto (DE FELICE & KANE, 2021; FONSECA, SANTOS & VIEIRA-SOUSA, 2022).

O comprometimento inicial das articulações periféricas, particularmente as mãos e pés, vai determinar ao longo da evolução limitações características desta doença, influenciando a capacidade de mobilização e perturbando as atividades do dia-a-dia. Assim, a incapacidade funcional surge como consequência natural da doença e agrava-se com a sua progressão.

A terapêutica do paciente varia de acordo com a evolução da doença, a sua atividade e gravidade, devendo ser mais agressiva quanto mais agressiva for a doença. Obviamente, o tratamento, assim como a atividade da doença, devem ser constantemente reavaliados. Os principais objetivos do tratamento incluem: prevenção e controle da lesão articular; prevenção da perda de função; diminuição da dor e melhora da qualidade de vida do paciente (LAURINDO, *et al.*, 2002; SBR, 2022).

Além da dor física, a AR também pode causar impactos psicológicos significativos nos pacientes. Muitas vezes, a doença leva a alterações na aparência corporal, limitações físicas e a perda de independência, o que pode afetar negativamente a autoestima e a satisfação com a vida.

Esta patologia tem um considerável impacto na vida dos pacientes e das suas famílias e representando uma perda para sociedade de uma pessoa em idade ativa.

### **3 I A INFLUÊNCIA PSICOSSOCIAL DA ARTRITE REUMATOIDE**

A AR é uma patologia com um forte comprometimento psicossocial, do qual se salienta a grave deterioração da capacidade de trabalho, associada em grande medida às limitações funcionais provocadas pela dor, tem ainda forte reflexo na vida sexual e na relação conjugal. Os prestadores de cuidados, normalmente familiares próximos, também sofrem fortes implicações na sua vida diária.

Esta patologia tem um efeito que pode ser devastador na vida diária, quer pelo impacto direto nas atividades quotidianas, profissionais, familiares e sociais, quer pelo impacto psicológico gerado pela incapacidade, frustração e depressão. A limitação funcional que acarreta, a dificuldade na utilização das várias articulações, a dor inflamatória que de tão intensa impede o repouso, ou mesmo se agrava durante a noite, podem tornar muito difícil o dia-a-dia dos doentes. As atividades diárias ficam comprometidas pela incapacidade de utilização das mãos e pelas dificuldades da marcha, repercutindo-se na qualidade de vida do doente e na diminuição de esperança de vida (FONSECA, SANTOS & VIEIRA-SOUSA, 2022).

O impacto médico e social torna também a AR num importante problema de saúde pública com pesados encargos socioeconómicos. Os indivíduos atingidos por esta patologia durante a sua vida ativa, são obrigados a afastar-se frequentemente do seu trabalho por períodos que se tornam prolongados e recorrentes, e é responsável por 70 % das reformas antecipadas. Os custos económicos e sociais desta doença são, de entre o leque de doenças altamente incapacitantes, dos mais elevados: 72% dos doentes com artrite reumatoide estão referidos como incapacitados para o trabalho 5 anos após o diagnóstico. A perda de produtividade representa 63% do custo total da artrite reumatoide. Os custos aumentam substancialmente à medida que a doença progride e 50% dos doentes com AR não serão capazes de trabalhar num período de 10 anos após o diagnóstico inicial (SBR,

2022).

O sofrimento psicológico em indivíduos com doença crónica é muitas vezes provocado por fatores de stress diários, como a tensão decorrente de um casamento problemático e outras tensões interpessoais que podem causar um aumento de transtornos psicológicos e biológicos. Por exemplo, os conflitos familiares têm sido associados a um pobre ajustamento à doença crónica e especificamente à AR, assim como a uma disfunção do sistema imunitário (KAGEYAMA, 2019).

A relação entre tensões interpessoais e depressão foi estudada num grupo de doentes com osteoartrite e noutro com AR. Apresentando estes últimos a variação mais dramática. Embora os níveis médios de conflito interpessoal e depressão não diferissem entre os dois grupos, a relação entre estes diferiu. Aqueles com interações sociais *stressantes* no último mês desenvolvem maior depressão, e aqueles com acontecimentos sociais positivos apresentam menor probabilidade de evidenciar sintomas depressivos. As diferenças individuais na frequência de outros acontecimentos *stressantes* parecem ter pouco ou nenhum efeito na depressão. Os doentes com AR são mais reativos aos acontecimentos interpessoais *stressantes* que os doentes com osteoartrite, porque o risco de incapacidade de manter ligações com os prestadores de cuidados, quando essas relações são conflituosas, e a expectativa de dependência futura parecem contribuir para as diferenças obtidas. Dado que a AR é uma perturbação progressiva, os doentes esperam um declínio do seu funcionamento autónomo, o que pode aumentar a sua preocupação com uma relação estável e apoiante, maiores exigências interpessoais, aumento da depressão e redução do sentido de eficácia (KAGEYAMA, 2019)..

O estado *stressante* crónico, leva a uma elevação dos níveis de prolactina e estrogénio. Estas hormonas são conhecidas pelo seu efeito estimulador das células imunitárias ativadoras dos mecanismos imunológicos associados a uma acentuada resposta inflamatória, conduzindo a um surto da doença (DE FELICE & KANE, 2021).

As características etiopatogénicas, clínicas e epidemiológicas da AR determinam alterações dramáticas nas atividades dos doentes, dificultam o relacionamento interpessoal e conduzem ao afastamento precoce da vida profissional. O impacto psicossocial da AR encontra-se relacionado com: a postura do doente face aos cuidados de saúde, a alterações sofridas no desempenho profissional, as dificuldades de adaptação à doença, o reflexo destas na vida pessoal, familiar e social e as mudanças no desempenho sexual.

Na AR, a dor surge como um dos principais sintomas que acarreta limitações funcionais e diminui a qualidade de vida, parâmetros que podem ser considerados como mediadores apesar da evolução da doença. Torna-se necessário introduzir nesta análise a variável tempo. As fases iniciais de adaptação a uma doença crónica como a AR, podem ser caracterizadas por ansiedade e depressão, que se reduzem com o tempo - a adaptação à doença torne-se uma realidade imprescindível ao equilíbrio emocional do sujeito (VILHENA, 2014).

Atualmente, recomenda-se a utilização dos questionários de qualidade de vida e de indicadores de atividade de doença para acompanhar a eficácia terapêutica. Esses indicadores fornecem medidas quantitativas que podem originar instrumentos mensuráveis, tanto para uma análise objetiva do quadro da doença como para permitir que as avaliações apresentem um menor componente de subjetividade. Além disso, essas avaliações poderão ser empregadas em estudos clínicos, fornecendo parâmetros para análises posteriores. Deve-se ressaltar que vários estudos mostraram que medidas de qualidade de vida, podem ser utilizadas como preditores de comprometimento funcional articular e de maior risco de morbidade associada à AR (VILHENA, 2014, ).

## 4 | O BEM-ESTAR SUBJETIVO

Desde a Grécia antiga, filósofos como Aristóteles já tentavam decifrar o enigma da existência feliz. Enquanto filósofos ainda debatem a essência do estado de felicidade, pesquisadores empenharam-se, nas últimas três décadas, para construir conhecimento e trazer evidências científicas sobre bem-estar. Desses desafios participam diversos estudiosos que conseguiram, após décadas de investigações, instalar o conceito de bem-estar no campo científico e transformá-lo num dos temas mais enfaticamente discutidos e aplicados para compreender os fatores psicológicos que integram uma vida saudável.

O conceito de BES apareceu ao final dos anos 1950, quando se procuraram indicadores de qualidade de vida para estudar mudanças sociais e implantação de políticas sociais.

Nessa perspectiva, o BES tornou-se um importante indicador de qualidade de vida, tendo sido enfatizada a satisfação com a vida e felicidade, como elementos integrantes do conceito de qualidade de vida.

Os dois componentes que integram a visão contemporânea de BES são a satisfação com a vida e os afetos positivos e negativos. O BES constitui um campo de estudos que procura compreender as avaliações que as pessoas fazem de suas vidas (DIENER, SUH & OISHI, 1997). Tais avaliações devem ser cognitivas (satisfações globais com a vida e com outros domínios específicos como com o casamento e o trabalho) e devem incluir também uma análise pessoal sobre a frequência com que se experimentam emoções positivas e negativas. Para que seja relatado um nível de BES adequado, é necessário que o indivíduo reconheça manter em nível elevado da sua satisfação com a vida, alta frequência de experiências emocionais positivas e baixas frequência de experiências emocionais negativas. Ainda segundo Diener et al. (1997), nesse campo de conhecimento não se procura estudar estados psicológicos negativos ou patológicos, tais como depressão, ansiedade e stress, mas diferenciar os níveis de bem-estar que as pessoas conseguem alcançar nas suas vidas. Essas concepções reafirmam que BES compreende um tema aderente aos princípios defendidos pelos atuais propagadores da Psicologia Positiva.

O BES é concebido por Diener e Lucas (2000) como um conceito que requer autoavaliação, ou seja, ele só pode ser observado e relatado pelo próprio indivíduo e não por indicadores externos escolhidos e definidos por terceiros.

Para compreender o BES, é necessário considerar que cada pessoa avalia a sua própria vida aplicando concepções subjetivas e, nesse processo, apoia-se nas suas próprias expectativas, valores, emoções e experiências prévias. Essas concepções subjetivas, segundo Diener e Lucas (2000), estão organizadas em pensamentos e sentimentos sobre a existência individual.

Parece existir, portanto, uma representação mental (cognitiva) sobre a vida pessoal, organizada e armazenada subjetivamente, sobre a qual pesquisadores de BES procuram obter informações quando solicitam às pessoas relatos sobre ela. Deve-se ressaltar que a avaliação feita pelo próprio indivíduo sobre o seu BES inclui, entre outros aspetos, componentes positivos que não envolvem, necessariamente, elementos de prosperidade económica (DIENER *et al.*, 1999; DIENER & LUCAS, 2000).

Existe um entendimento por parte de diversos estudiosos de que BES se constitui num amplo fenómeno e deve ser considerado como uma área de interesse científico que engloba dois conceitos específicos: julgamentos globais de satisfação com a vida, ou com domínios específicos dela, e experiências emocionais positivas e negativas. Nesse sentido, o conceito de BES articula duas perspetivas em psicologia: uma que se assenta nas teorias sobre estados emocionais (afetos positivos e afetos negativos) e outra que se sustenta nos domínios da cognição e operacionaliza-se por avaliações de satisfação (com a vida em geral, com aspetos específicos da vida como a saúde).

O Índice de Bem-Estar da Organização Mundial da Saúde (WHO-5) de 5 itens está entre os questionários mais amplamente utilizados para avaliar o bem-estar psicológico subjetivo. Desde sua primeira publicação em 1998, o WHO-5 foi traduzido para mais de 30 idiomas e tem sido usado em pesquisas em todo o mundo.

Topp e *et al.* (2015) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre o WHO-5 na PubMed e PsycINFO de acordo com as diretrizes PRISMA. Os artigos identificados focaram principalmente os seguintes aspetos: (1) a validade clinimétrica do WHO-5; (2) a capacidade de resposta/sensibilidade do WHO-5 em ensaios clínicos controlados; (3) o potencial do WHO-5 como uma ferramenta de triagem para depressão e (4) a aplicabilidade do WHO-5 em todos os campos de estudo.

Os resultados indicaram que num total de 213 artigos que preencheram os critérios predefinidos para inclusão na revisão, que o WHO-5 tem alta validade clinimétrica, pode ser usado como uma medida de resultado equilibrando os efeitos desejados e indesejados dos tratamentos, é uma ferramenta de triagem sensível e específica para depressão e a sua aplicabilidade em vários campos de estudo é muito alta.

Esta revisão da literatura conclui que o WHO-5 é um questionário curto composto por 5 questões simples e não invasivas, que abordam o bem-estar subjetivo dos respondentes.

A escala tem validade adequada tanto como ferramenta de triagem para depressão quanto como medida de resultado em ensaios clínicos e foi aplicada com sucesso em uma ampla gama de campos de estudo.

## A RELAÇÃO ENTRE O BEM-ESTAR SUBJETIVO E A SAÚDE

É facilmente compreensível que a saúde tenha uma grande influência no bem-estar subjetivo dos indivíduos,

*“o que é de esperar, se se tem em conta que a maneira como as pessoas se saúdam e os votos que exprimem, por altura de certos eventos” (Simões et al., 2003, p. 9).*

No entanto, importa ter presente que a percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde, saúde subjetiva, apresenta correlações mais fortes com o BES, do que a avaliação sustentada na informação médica, a saúde objetiva, com exceção das situações em que se verifica um grau considerável de deterioração da saúde (SIMÕES et al., 2000; PASSARELLI et al, 2016). Estudos citados pelos mesmos autores revelam que a saúde subjetiva está, associada a fatores de personalidade, assim como verificaram que a variável saúde possui um poder preditivo significativo, pelo que a percepção de que se goza de boa saúde é um fator de promoção do BES (Simões et al., 2003, PASSARELLI et al, 2016).

Para além disso, Simões e colaboradores afirmam que

*“a saúde pode ainda influenciar, de maneira indireta, o BES, através das metas pessoais, mais especificamente, mediante o ajustamento dessas metas às condições físicas atuais. Por exemplo, se esta já não permitem a prática plena de atividades desportivas, o sujeito pode limitar o seu âmbito, derivando daí igual satisfação” (2000, p. 265).*

Gaspar e Balancho (2017), num estudo com estudantes portugueses, no qual verificaram que a saúde e os recursos económicos estão indiretamente relacionados com o BES, através da satisfação com a vida. Ou seja, estudantes com um elevado BES parecem ser menos influenciadas negativamente pelo baixo estatuto socioeconómico e menores condições de saúde. A promoção de competências pessoais e sociais parece ser uma forma de prevenção dos efeitos negativos de um baixo estatuto socioeconómico.

Em uma meta-análise na qual foram integrados os resultados de 150 estudos experimentais e longitudinais que avaliaram o impacto do bem-estar em índices objetivos de saúde, observou-se o impacto positivo do bem-estar na saúde. estando relacionado com resultados a curto e longo prazo e com a capacidade em controlar os sintomas da doença. Além disso, verificou-se que o impacto do bem-estar subjetivo na melhora da saúde foi maior para respostas do sistema imunitário e tolerância à dor, mas não foi significativo para melhorar a reatividade cardiovascular ou fisiológica (HOWELL et al, 2007).

De acordo com o modelo transaccional do *stress*, o bem-estar subjetivo pode minimizar os efeitos negativos dos eventos *stressores*, aumentando a capacidade de



resiliência e de enfrentamento do indivíduo. Por outro lado, o afeto positivo pode também afetar diretamente práticas em saúde, diminuindo a atividade do sistema nervoso autônomo, ajudando na regulação do stress, influenciando a resposta imune e melhorando as redes sociais das pessoas (GASPAR & BALANCHO, 2017).

O auto-conceito é um construto amplamente estudado e com bastante relevância em determinadas doenças; aparece associado às expectativas de influência sobre as circunstâncias de vida, nomeadamente, à percepção de controlo, indutor de mudança. Um auto-conceito realista, consistente e positivo, reflete-se numa atitude de segurança, manifestações saudáveis e ausência de sentimentos de ameaça gerados pelos acontecimentos de vida. Deste modo, as pessoas que evidenciam um elevado auto-conceito, fazem auto-avaliações mais positivas em relação ao seu estado; revelam uma percepção integrada e sem distorções do mundo e de si próprias, o que lhes permite mobilizar estratégias adaptativas para lidar com a doença, sem o recurso a generalizações extremas do *feedback* negativo a outros contextos (COSTA *et al*, 2017).

As auto-percepções positivas estão associadas ao Bem-Estar psicológico. O auto-conceito influencia os processos de avaliação dos agentes do meio e a superação dos seus efeitos (COSTA *et al*, 2017).

Kageyama *et al.* (2019) realizaram um estudo no Japão para avaliar o BES em pacientes com artrite reumatoide, em que comparam os resultados de um grupo com doença e um grupo de controlo.

Os dois grupos preencheram um questionário de bem-estar com 56 pontos e classificaram a sua felicidade numa escala de 0 a 10 e foram retirados dados clínicos do hospital para avaliar o grau de doença. Os resultados indicam que pacientes com um grau elevado e moderado de AR têm os níveis semelhantes de BES aos indivíduos saudáveis. No entanto, os níveis de BES foram mais elevados nos pacientes com AR de baixa atividade ou em remissão do que no grupo de controlo.

Tecson *et al.* (2019) desenvolveram uma investigação denominada “*Association between psychological resilience and subjective well-being in older adults living with chronic illness*”, na qual concluíram que os pacientes com doenças crónicas que apresentam melhores níveis de BES eram aqueles que também apresentavam melhores níveis de resiliência e satisfação com a vida. Os participantes neste estudo tinham uma média de idades de 67 anos e a maioria (39%) sofria de insuficiência cardíaca.

Strating (2006) realizou um estudo em pacientes com AR, no mesmo grau de evolução da doença, com a mesma idade, de modo a perceber, o porquê de terem queixas de intensidade diferente. As pessoas com esta patologia apresentam grandes diferenças em termos de características físicas, psicológicas e sociais. Esta autora investigou a relação entre o grau de incapacidade e o BES dos doentes, bem como as relações sociais que estes estabelecem com os outros. As pessoas com AR, apresentam mais baixos níveis de BES se revelarem deficientes contactos sociais e depressão, pelo contrário se

tiverem confiança no *coping* utilizado e se tiverem projetos que visem a auto-realização, apresentam melhores valores de BES. Estas foram também as conclusões de um estudo realizado no Japão, com 120 doentes (FUJITA & KUTSUNA, 2005).

Um estudo realizado em Portugal em doentes cardíacos, por Coelho e Ribeiro (2000), apresentou resultados que são consistentes no que concerne ao efeito protetor do suporte social, verificando-se que o grau de satisfação com o relacionamento interpessoal (Família, Amizades e Intimidade) parece ter um papel determinante em termos de resistência psicológica ao *stress* da doença, e que se manifesta através dos níveis de BES.

Em suma, na AR, tal como em outras doenças crónicas, as diferenças apresentadas ao nível do BES influenciam as conceções que os indivíduos têm sobre o seu estado de saúde. Além disso, pacientes com níveis de BES mais elevados parecem apresentar melhores resultados de saúde, mesmo em termos clínicos (saúde objetiva).

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AR afeta várias dimensões do indivíduo. Não sendo apenas uma doença que causa fortes limitações e dores físicas, tem também forte impacto a nível psicossocial, para o indivíduo e para a sociedade que perde uma pessoa em idade ativa precocemente, com custos não só na medicação para a doença reumatológica e consultas periódicas de reumatologia e cuidados de saúde primários, como também, com o tratamento da depressão que lhe está muitas vezes associada.

O BES é um conceito muito importante no contexto da Psicologia Positiva e da Saúde, explicando muitas vezes, porque indivíduos com a mesma doença e no mesmo grau de evolução, apresentam condições psicológicas e até clínicas tão diferentes.

No processo de diagnóstico e controlo da doença não se pode incluir somente exames clínicos, mas devem também ser aplicadas escalas para avaliação do BES, de modo a obter melhores resultados de saúde e reduzir custos financeiros com exames, medicação e faltas ao emprego.

Este tema considera-se de grande interesse e importância na melhoria do atendimento e intervenção aos utentes nas consultas de Reumatologia, demonstrando-se que nestes pacientes não só a intervenção médica se reveste de grande importância, como também a intervenção a nível psicológico e social, de modo a aumentar o seu BES.

Neste sentido, torna-se relevante uma abordagem multidisciplinar sobre estes pacientes e não apenas sob a forma farmacológica, exigindo-se dos profissionais de saúde um maior empenho na manutenção de um estado psicológico positivo do utente no confronto com a doença.

Em síntese, as evidências sugerem que a abordagem do BES em pacientes com AR pode ter um impacto positivo no seu bem-estar geral. A intervenção ao nível do BES e das suas diferentes variáveis pode aumentar o estado psicológico positivo dos pacientes, já

que os dados demonstram melhoria dos sintomas físicos, percepção mais positiva da saúde atual e expectativas futuras mais otimistas. Portanto, é importante incluir a avaliação e intervenção do BES em programas de tratamento para pacientes com AR, a fim de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

## REFERÊNCIAS

ALAMANOS, Y.; VOULGARI, P. V.; DROSOS, A. A. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American College of Rheumatology criteria: a systematic review. **Semin Arthritis Rheum**, v. 36, p. 182-8, 2006.

CARMONA, L.; VILLAVERDE, V.; HERNÁNDEZ-GARCÍA, C.; BALLINA, J.; GABRIEL, R.; LAFFON, A. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. **Rheumatology**. v. 41, p. 88-95, 2002.

COELHO, M.; RIBEIRO, J. Influência do Suporte Social e do Coping sobre a percepção subjetiva de Bem-Estar em Mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 1, n. 1, p. 79-84, 2000.

COSTA, F. G., et al. **Bem-estar subjetivo, resiliência e representações sociais no contexto do diabetes mellitus**. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João pessoa, 2017.

DE FELICE, K. M.; KANE, S. Safety of anti-TNF agents in pregnancy. **J Allergy Clin Immunol**. v.148n. 3, p. 661-66, 2021.

DIENER, E. & LUCAS, R. F. **Subjective emotional well being**. Em M. Lewis & J. M.Haviland (Orgs.), **Handbook of Emotions**, p. 325-337. New York: Guilford. 2000.

DIENER, E.; OISHI, S.; LUCAS, R.E. National accounts of subjective well-being. **Am Psychol**, v. 70, n. 3, p. 234-242, 2015.

DIENER, E.; SCOLLON, C. N.; LUCAS, R. E. The involving concept of subjective well being: The multifaceted nature of happiness. **Advances in Cell Aging and Gerontology**, v. 15, p. 187-219, 2003.

DIENER, E.; SUH, E.; OISHI S. Recent findings on subjective well being. **Indian Journal of Clinical Psychology**, v. 24, n. 1, p. 25-41, 1997.

FONSECA ,E.S.F.; SANTOS, M.J.; VIEIRA-SOUSA, E. **Reumatologia Fundamental**. 2. Ed. Portugal: Lidel, 2022.

FUJITA, M.; KUTSUNA, T. An Analysis of the subjective Health of Rheumatoid Arthritis Patients. **Journal of Rheumatology**, v. 24, n. 2, p. 156-163, 2005.

GASPAR, T.; BALANCHO, L. Fatores pessoais e sociais que influenciam o bem-estar subjetivo: diferenças ligadas estatuto socioeconômico. **Cien Saude Colet**, v. 22, n. 4, p.1373-1380, 2017.

GOELDNER I.;SKARE, T. L; REASON, I. T.; UTIYAMA, S. R. Artrite reumatoide: uma visão atua.I **J. Bras. Patol. Med. Lab**, v. 47, n. 5, 2011.

HOWELL, R. T.; KERN, M. L.; LYUBOMIRSKY, S. Health benefits: meta-analytic determining the impact of well-being on objective health outcomes. **Health Psychology Review**, v. 1, p. 83-136, 2007.

INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA. Disponível em: <http://www.ipr.pt/index.aspx?p=MenuPage&MenuId=154>. Acesso em: 25 de janeiro de 2023.

KAGEYAMA, G.; ONISHI, A.; UEDA, Y.; NAKA, I.; TSUDA, K.; OKANO, T.; AKASHI, K.; NISHIMURA, K.; SENDO, S.; SAEGUSA, J.; MORINOBU, A. Subjective well-being among rheumatoid arthritis patients. **Int J Rheum Dis.**, v. 22, n. 10, p. 1863-1870, 2019.

LAURINDO, M.; PINHEIRO, C.; XIMENES, A. Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento da artrite reumatoide. **Rev Bras Reumatologia**, v. 42, n. 6, p. 355-61, 2002.

PASSARELLI, E.; MANTOVONI, S.; DE LUCCA, R.; NERI, A. L. Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. **Rev. bras. geriatr. Gerontol.**, v.19, n.2, 2016.

RALPH, A. P.; NOONAN, S.; WADE, V.; CURRUIE, B. J. The 2020 Australian guideline for prevention, diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. **Med J Australian**, v. 214, n. 5, p. 220-227, 2021.

SIMÕES, A.; FERREIRA, J.; LIMA, M.; PINHEIRO, M.; VIEIRA, C.; MATOS, A.; OLIVEIRA, A.O. Bem-estar subjetivo: estado atual dos conhecimentos. **Psicologia, Educação e Cultura**, v. 4, n. 2, p. 243-279, 2000.

SIMÕES, A.; FERREIRA, J.; LIMA, M.; PINHEIRO, M.; VIEIRA, C.; MATOS, A.; OLIVEIRA, A.O. O bem-estar subjetivo dos adultos: um estudo transversal. **Psychology**, v. 37, n. 1, p. 5-3, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Disponível em: <https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/artrite-reumatoide/>. Acesso em : 25 de janeiro de 2023.

STRATING, M. **Facing the challenge of rheumatoid arthritis**, p. 121-136. Groningen: Grafimedia, 2006.

TECSON, K. M.; WILKINSON, L.R.; SMITH, B.; Ko, J.M. Association between psychological resilience and subjective well-being in older adults living with chronic illness. **Bayl Univ Med Cent**, v. 32, n. 4, p. 520-524, 2019.

TOPP, C. W.; ØSTERGAARD, S. D.; SONDERGAARD, S.; BECH, P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. **Psychother Psychosom**, v. 84, n. 3, p. 167-76, 2015.

VILHENA, E.; PAIS, R. J. L.; SILVA, I.; PEDRO, L.; MENESES, R. F.; CARDOSO, H.; MARTINS DA SILVA, A.; MENDONÇA, D. Fatores Psicossociais Preditivos de Ajustamento à Vida de Pessoas com Doenças Crônicas. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 15, n. 1, p. 220-233, 2014.