

Millenium, 2(4), 69-77.

A PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM DEPENDÊNCIA DE DROGAS  
PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH DRUG ADDICTION  
LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON ADICCIÓN A LAS DROGAS

Ana Célia Santos<sup>1</sup>  
Graça Ferreira Pimenta<sup>2</sup>  
Célia Brito Santos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar S. João; Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

<sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

Ana Célia Santos - anaceliasantos@hotmail.com | Graça Ferreira Pimenta - gpimenta@esenf.pt | Célia Brito Santos - celiasantos@esenf.pt

**Autor Correspondente**

Célia Brito Santos

Escola Superior de Enfermagem  
4430-702 Vila Nova de Gaia, Portugal  
celiasantos@esenf.pt

RECEBIDO: 16 de junho de 2017

ACEITE: 28 de setembro de 2017

**RESUMO**

**Introdução:** A toxicod dependência afeta a vida de muitas pessoas e os dados estatísticos demonstram a abrangência do problema, que se inicia, geralmente, em idades precoces e que se mantém ao longo da vida, com implicações na sua saúde e qualidade de vida (QV).

**Objetivos:** Avaliar a percepção de QV das pessoas com problemáticas aditivas; comparar a percepção de QV entre os dependentes de drogas ilícitas e os dependentes de álcool; e avaliar se existem diferenças relativamente à percepção de QV, considerando as variáveis sociodemográficas, de saúde e de tratamento.

**Métodos:** Desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo e transversal com uma amostra de 108 pessoas, maioritariamente do sexo masculino, com idade média de 45 anos e baixa escolaridade, com um longo historial de consumo de substâncias, especialmente em policonsumos, com início em idades muito precoces e em tratamento de desabituação no Distrito do Porto. Para avaliar a percepção de QV foi utilizado o Quality of Life Index (QLI) versão portuguesa de Ferrans & Powers.

**Resultados:** Os participantes perceberam a sua QV como positiva, não ficando demonstradas diferenças nessa percepção, considerando o tipo de dependência química (drogas ilícitas/álcool); os participantes do sexo feminino ( $p=0,01$ ), não ativos ( $p=0,006$ ), que viviam sozinhos ( $p=0,002$ ), com tratamentos de desabituação anteriores ( $p=0,01$ ), e que mantinham consumos ( $p=0,001$ ), apresentaram valores inferiores nos scores do QLI global.

**Conclusões:** Este estudo permitiu avaliar a percepção de QV das pessoas com dependência de drogas, e identificar grupos com maior vulnerabilidade, com vista ao planeamento de programas de intervenção mais efetivos.

**Palavras-chave:** Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Alcoolismo; Qualidade de vida

**ABSTRACT**

**Introduction:** Drug addiction affects many people's lives and statistical data demonstrate the extent of the problem, which usually begins at an early age and is maintained throughout life, with implications for health and quality of life (QOL).

**Objectives:** To evaluate the perception of QOL of people with addictive problems; to compare the perception of QOL between the dependents of illicit drugs and alcohol; to evaluate the differences between the perception of QOL in terms of sociodemographic, health and treatment variables.

**Methods:** A quantitative, descriptive and cross-sectional study was carried out with a sample of 108 people, mostly males, with a mean age of 45 years and low schooling, with a long history of substance use, especially in poly-consumption, beginning on early ages and undergoing treatment in the District of Porto. To evaluate the perception of QOL, the Quality of Life Index (QLI), Portuguese version, by Ferrans & Powers was used.

**Results:** Participants perceived their QOL as positive, with no differences according the type of chemical dependence (illicit drugs/alcohol); Female participants ( $p=0.01$ ), non-active ( $p=0.006$ ), who lived alone ( $p=0.002$ ), had previous treatments ( $p=0.01$ ), and who continued to consume ( $p=0.001$ ) presented lower values in the global QLI scores.

**Conclusions:** The aim of this study was to evaluate the perception of QOL of people with drug dependence, and to identify groups with greater vulnerability, in order to plan more effective intervention programmes.

**Keywords:** Substance-related disorders; Alcoholism; Quality of life

**RESUMEN**

**Introducción:** La toxicomanía afecta la vida de muchas personas y los datos estadísticos demuestran el alcance del problema, que se inicia generalmente en edades tempranas y que se mantiene a lo largo de la vida, con implicaciones en su salud e calidad de vida (QV).

**Objetivos:** Evaluar la percepción de QV de las personas con problemáticas aditivas; comparar la percepción de QV entre los dependientes de drogas ilícitas y los dependientes de alcohol; y evaluar si existen diferencias en la percepción de QV, considerando las variables sociodemográficas, de salud y de tratamiento.

**Métodos:** Se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con una muestra de 108 personas, mayoritariamente del sexo masculino, con edad media de 45 años y baja escolaridad, con un largo historial de consumo de sustancias, especialmente en policonsumos, con inicio en edad muy temprana y en tratamiento de deshabituación en el Distrito de Oporto. Para evaluar la percepción de QV se utilizó el Quality of Life Index (QLI), versión en portugués, de Ferrans & Powers.

**Resultados:** Los participantes percibieron su QV como positiva. Esta percepción no mostró diferencias significativas, considerando el tipo de dependencia química (drogas ilícitas / alcohol). Los participantes del sexo femenino ( $p=0,01$ ), no activos ( $p=0,006$ ), que vivían solos ( $p=0,002$ ), con tratamientos de deshabituación anteriores ( $p=0,01$ ), y que mantenían consumos ( $p=0,001$ ), presentaron valores inferiores en las puntuaciones del QLI global.

**Conclusiones:** Este estudio permitió evaluar la percepción de QV de las personas con dependencia de drogas, e identificar grupos con mayor vulnerabilidad, con vistas a la planificación de programas de intervención más efectivos.

**Palabras Clave:** Trastornos relacionados con sustancias; Alcoholismo; Calidad de vida

## INTRODUÇÃO

A toxicodependência é um fenômeno atual e planetário que afeta a vida das pessoas, das suas famílias e da comunidade em geral. Os dados estatísticos mundiais demonstram a abrangência do problema, reconhecendo-a como uma doença crônica, que se inicia, em geral, em idades muito precoces e que se mantém ao longo de toda a vida (United Nations Office on Drugs and Crime, 2016). A compreensão sobre esta problemática, quer pela sua amplitude epidemiológica, como pela sua representatividade clínica, assume-se como uma necessidade incontornável na esfera dos programas de saúde dirigidos à toxicodependência (APA, 2014). A complexidade e amplitude desta problemática, embora realçada em diferentes contextos teóricos e práticos, tem sido pouco investigada no nosso país.

Em paridade, a QV é reconhecida como uma medição de resultados importantes no sentido das tomadas de decisão respeitantes aos recursos e à criação de programas específicos de intervenção em saúde, nomeadamente em saúde mental (Tran *et al.*, 2012). Os profissionais de saúde que cuidam de pessoas com dependências de substâncias, estão cada vez mais conscientes da necessidade de entender melhor a percepção individual sobre o estado de saúde e QV dos dependentes de drogas.

Neste sentido, o presente estudo de investigação tem como objetivos, avaliar a percepção de QV das pessoas com problemáticas aditivas; comparar a percepção de QV entre os participantes dependentes de drogas ilícitas e os dependentes de álcool; e avaliar se existem diferenças relativamente à percepção de QV, considerando as variáveis sociodemográficas, de saúde e de tratamento, tendo como finalidade desenhar uma intervenção em saúde mais dirigida às reais necessidades dessa população.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os conceitos vigentes sobre as bases biológicas da utilização abusiva de álcool e outras drogas alteraram-se profundamente nos últimos anos (United Nations Office on Drugs and Crime, 2016; WHO, 2014). Os recentes avanços nos campos da genética, biologia molecular, neurofarmacologia comportamental e imagiologia cerebral têm alterado drasticamente o nosso entendimento sobre o processo de dependência e recaída. A dependência é, há já vários anos, reconhecida como uma doença crônica que envolve interações complexas entre a exposição repetida a drogas, os fatores biológicos e os fatores ambientais (APA, 2014).

Os dados constantes do World Drug Report indicam que um em cada 20 adultos usaram, pelo menos, uma droga ilícita em 2014 (United Nations Office on Drugs and Crime, 2016). No que se refere ao uso abusivo de álcool, pensa-se que, em todo o mundo, indivíduos com 15 ou mais anos de idade consumiram cerca de 6,2 litros de álcool puro em 2010 (WHO, 2014). Estes estudos indicam ainda que, cerca de 29 milhões de pessoas em todo o mundo que consomem drogas, sofrem de comorbilidades associadas, enfatizando assim as suas consequências para a saúde (Teoh, Yee, & Habil, 2016; United Nations Office on Drugs and Crime, 2016). No mesmo sentido, a Organização Mundial de Saúde identifica o uso abusivo de álcool como causa primária para mais de 200 patologias descritas no ICD-10 (WHO, 2014).

Na União Europeia, e especificamente em Portugal, o consumo de álcool é elevado, sendo que, em 2010, os portugueses com 15 ou mais anos consumiram uma média anual de 12,9 litros de álcool puro por ano (consumo de álcool per capita), com implicações a nível familiar, social e na saúde (WHO, 2014). No que se refere aos dados de mortalidade, o número de mortes por drogas em Portugal foi, apenas no ano 2015, de onze pessoas, com uma média de 48,5 anos de idade, e por abuso de álcool, no mesmo ano, foi de 84 pessoas, com uma média de idades de 67,2 anos (INE, 2017).

A uma progressiva dependência física e psicológica, associa-se uma necessidade obsessiva e coerciva de procura da droga que converge numa deterioração do autoconceito e da relação com a sociedade, com perda de laços afetivos e a um conjunto de comportamentos antissociais, como o roubo, a agressividade ou a prostituição (APA, 2014).

O tratamento das dependências exige, em geral, não só uma intervenção de longo prazo, mas também uma abordagem multifacetada e multiprofissional. Além disso, porque a dependência de drogas começa geralmente na adolescência ou no início da idade adulta e é frequente a sua comorbidade com a doença mental, precisamos de expandir as nossas intervenções de tratamento nessa faixa etária, tanto para o abuso de substâncias, como para a doença psiquiátrica (Silveira, Santos, & Pereira, 2014).

Identificar as necessidades de saúde de uma população que requer intervenção é o primeiro passo para uma intervenção ajustada e eficiente (Rocha *et al.*, 2013). Neste sentido, o interesse na avaliação da QV tem crescido muito substancialmente nos últimos anos, embora ainda exista um número reduzido de estudos que avaliem a QV em pessoas consumidoras de drogas e em particular, que utilizem esse conceito na avaliação da eficácia das intervenções realizadas em saúde (Maeyer, Vanderplasschen, & Broekaert, 2010; Moreira *et al.*, 2013). Os mesmos autores consideram ainda que a análise dessa dimensão na toxicodependência é de particular relevância, dada a reconhecida perturbação que as drogas acarretam para a vida dos seus consumidores, a nível físico, emocional e social.

Os principais fatores descritos como podendo influenciar a percepção de QV são os fatores sociodemográficos (como o sexo, a idade e o estado civil), o nível educacional, socioeconómico e a raça (Moreira *et al.*, 2013).

A avaliação da QV fornece informação pertinente sobre a forma como a pessoa integrou as mudanças secundárias à sua doença e tratamento no seu dia-a-dia, proporcionando conhecimento sobre o processo de transição ao longo do tempo (Meleis, 2007). A presente investigação foi desenvolvida tendo por base a relevância da temática, ao que se associou a necessidade de melhor identificar as situações de maior vulnerabilidade entre a população estudada, tendo como finalidade desenhar uma intervenção em saúde mais dirigida às reais necessidades dessa população.

## 2. MÉTODOS

O presente estudo inscreve-se no paradigma quantitativo, com um perfil descritivo e transversal, incluindo uma amostra global de 108 participantes.

### 2.1 Amostra

O método de amostragem utilizado foi de tipo não probabilístico e de conveniência, tendo como critérios de inclusão no estudo: serem dependentes de substâncias psicoativas, consideradas como ilícitas ou dependentes de álcool; conscientes e orientados auto e alopsiquicamente; que se encontrassem em tratamento em unidades de saúde do Distrito do Porto; e que aceitassem participar voluntariamente no estudo.

A amostra incluiu 84 pessoas do sexo masculino (78%) e 24 do sexo feminino (22%), com uma média de 45 anos de idade (Mn=22 e Mx=79 anos; dp=10,6), com baixa escolaridade (M=7 anos de escolaridade; dp= 3,39) e na sua maioria desempregada (n=62; 57%). Grande parte dos participantes residiam no Distrito do Porto e em família restrita (n=38; 35%), embora 20% da amostra vivesse sozinha. No que diz respeito à saúde, devemos salientar que, apesar de todos se encontrarem a realizar tratamento de desabituação, apenas 51 (47%) participantes referiram encontrar-se abstinentes. As drogas consumidas eram diversas, incluindo o abuso do álcool isoladamente (n=20; 19%) ou associado a outras drogas, como a heroína, a cocaína ou o cannabis (n=17; 16%), com quantidades de consumo e vias de administração variáveis.

Apenas 44% da amostra se encontrava a realizar o primeiro tratamento (n=47), pois para a maioria, este tratava-se já de uma nova tentativa de desabituação.

Relativamente à idade de início dos consumos, os participantes da amostra situaram-se entre um mínimo de 3 e um máximo de 45 anos de idade, com uma média de 18 anos de idade (dp=7,1). No entanto, foi possível percebermos que foi para o álcool, que se destacou um início de consumos muito precoce, com 18 participantes a iniciarem os consumos antes dos 10 anos de idade. Cerca de 76% da amostra (n=82) referiu ainda ter outras doenças associadas à dependência, sendo as mais comuns as de foro digestivo (n=20; 19%), a hepatite C (n=11; 10%) e as doenças de foro respiratório (n=10; 9%).

### 2.2 Instrumentos de recolha de dados e procedimentos

Para a recolha da informação foram utilizados os seguintes instrumentos:

a. Formulário de caracterização sociodemográfica, de saúde e de tratamento, por nós construído, incluindo um conjunto de questões estruturadas e semi-estruturadas;

b. *Quality of Life Index (QLI)* de Ferrans e Powers (Ferrans, 2005; Ferrans & Powers, 2011). Instrumento desenvolvido com o objetivo de avaliar a QV, tanto das pessoas saudáveis como doentes. Está traduzido e adaptado para cerca de 20 idiomas diferentes, entre eles o Português. A sua versão genérica III foi adaptada para a cultura brasileira por Kimura e Silva (2009) e para a portuguesa num estudo com doentes de transplante renal desenvolvido por Pinto (1998).

O QLI é composto por quatro subescalas: Saúde e Funcionalidade (SF) com 13 itens; Social e Económica (SE) com 8 itens; Psicológica e Espiritual (PE) com 7 itens e Familiar (F) com 5 itens. Apresenta ainda uma medida global da QV (QLI Global). A escala inclui 33 itens referentes à *Satisfação* e 33 à *Importância*, sendo a resposta dada numa escala tipo likert com seis pontos, em que o valor 1 corresponde a “muito insatisfeito” e “sem nenhuma importância” e o valor 6 a “muito satisfeito” e “muito importante”.

O procedimento de cotação do QLI requer, em primeiro lugar, a recodificação dos itens referentes à *Satisfação*, com a finalidade de centralizar o zero da escala. Isto é obtido subtraindo-se o valor 3,5 das respostas a cada item da *Satisfação*, resultando em pontuações de -2,5; -1,5; -0,5; +0,5; +1,5 e + 2,5, para as pontuações iniciais de 1 a 6, respetivamente. Em seguida, os scores recodificados de *Satisfação* são ponderados com os da *Importância*, multiplicando-se o valor recodificado de cada item com o valor bruto da resposta obtida na *Importância* (1 a 6). Em seguida, o score total do QLI é calculado através da soma de todos os itens ponderados respondidos e dividindo pelo total de itens respondidos. A variação possível neste ponto, vai de -15 a +15. No sentido de eliminar ponderações negativas no score final, soma-se 15 aos valores obtidos, resultando um score total do instrumento que pode variar entre 0 e 30.

O procedimento a realizar para o cálculo das diferentes subescalas é similar, apenas considerando o total de itens do domínio em questão.

O instrumento, as instruções para a sua cotação e os itens que compõem cada subescala encontra-se disponível na internet (<https://qli.org.uic.edu/questionnaires/pdf/genericversionIII>).

Os resultados são apresentados em scores que variam entre 0 e 30, em que valores mais elevados correspondem a maior "Satisfação/Importância", não tendo sido definidos pontos de corte (Kimura e Silva, 2009).

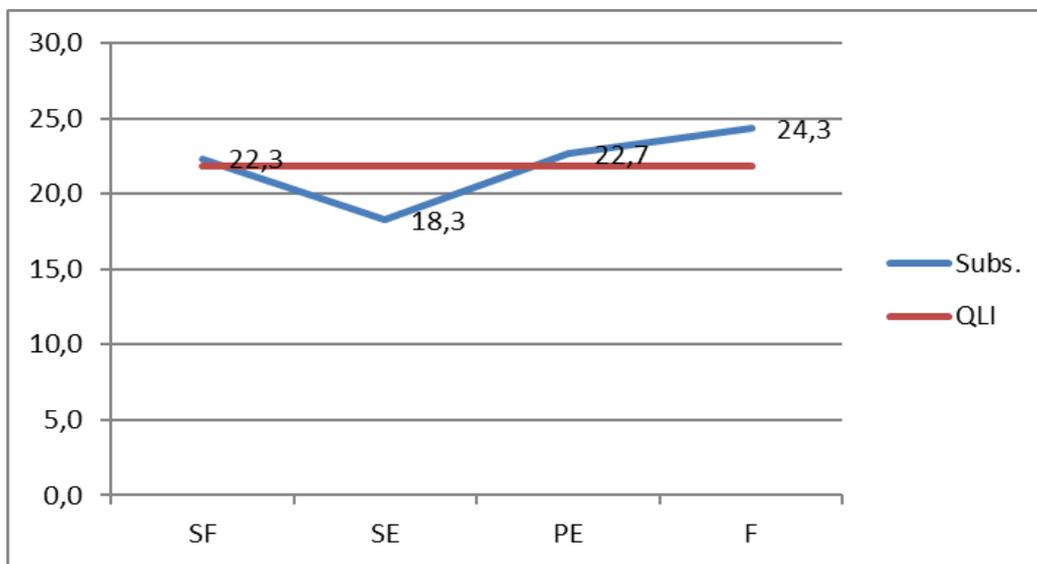
Apesar do QLI genérico - versão III ainda não ter sido validado, de forma consistente, para a população em estudo, o que implica uma análise ponderada dos resultados que aqui serão apresentados, os valores dos coeficientes *alfa de cronbach* das diferentes subescalas apresentaram, no presente estudo, valores aceitáveis (entre 0,60 e 0,80), especialmente tendo em conta o número reduzido de itens em algumas subescalas (Pais-Ribeiro, 2010). O valor da fidelidade da escala global foi também aceitável (0,87), e em consonância com os valores de outros estudos (Ferrans & Powers, 2011; Kimura e Silva, 2009; Pinto, 1998).

No sentido de procedermos à recolha de dados, os potenciais participantes na amostra foram indicados por um técnico de saúde e contactados pelo investigador principal, após a consulta médica. Depois de confirmado o cumprimento dos critérios de inclusão definidos, foram encaminhados para um gabinete e informados sobre os objetivos do estudo, o seu grau de confidencialidade e solicitado o seu consentimento para nele participarem. O instrumento de recolha de dados foi então preenchido individualmente ou, em caso de dificuldades, aplicado sob a forma de formulário pelo investigador principal. Foram tidos em conta todos os procedimentos descritos na Declaração de Helsínquia, nomeadamente solicitando a devida autorização à autora do instrumento, bem como às unidades de saúde.

Com vista à análise dos dados foi criada uma base de dados no programa estatístico SPSS, versão 22, e realizada uma análise descritiva e inferencial, considerando a significância mínima de  $p < 0,05$ . Apesar de não ter sido confirmada a normalidade da distribuição dos dados em todas as variáveis, decidimos pela utilização da estatística paramétrica na generalidade da análise, considerando que a amostra tem  $N > 30$ .

### 3. RESULTADOS

No sentido de respondermos ao objetivo 1, realizámos a análise relativa à percepção de QV da amostra, avaliada através do QLI em cada uma das suas subescalas e na escala global, obtendo-se os resultados que se apresentam no Gráfico 1.



**Gráfico 1.** Média do score da percepção de QV nas diferentes subescalas e escala global das pessoas com dependência de drogas SF-Saúde e Funcionalidade; SE-Social e Económica; PE-Psicológica e Espiritual; F-Familiar; Subs. – subescalas QLI

A análise do gráfico anterior permite-nos concluir que os participantes da amostra avaliam a sua QV como positiva (considerando o score 0-30), quer globalmente, quer em cada uma das componentes avaliadas. A média do score mais elevada situa-se na subescala "Familiar" ( $M=24,3$ ;  $dp=4,49$ ) e o valor inferior na subescala "Social e Económica" ( $M=18,3$ ;  $dp=4,37$ ).

Para responder ao objetivo 2, e comparamos a percepção de QV dos indivíduos com dependência de drogas consideradas ilícitas e do álcool, recodificamos a variável "Drogas que consumiu anteriormente ao tratamento" numa variável com três categorias: "dependência de álcool" ( $n=37$ ); "dependência de outras drogas" ( $n=30$ ); e "dependência de álcool + outras drogas" ( $n=41$ ).

Através do teste *F da OneWay ANOVA*, foi possível perceber que não existiam diferenças estatisticamente significativa entre os três grupos, nem na escala global do QLI ( $F=2,24$ ;  $p=0,11$ ), nem em nenhuma das subescalas: SF ( $F=1,21$ ;  $p=0,30$ ); SE ( $F=2,82$ ;  $p=0,06$ ); PE ( $F=1,91$ ;  $p=0,15$ ); SF ( $F=1,34$ ;  $p=0,26$ ).

Finalmente, e para responder ao objetivo 3, realizámos a análise relativa à percepção de QV da amostra, considerando as variáveis sociodemográficas, de saúde e de tratamento, recorrendo aos testes de comparação de médias (teste *U de Mann Whitney* e teste *F da ANOVA*) e à correlação *r de Pearson*.

Para facilitar a leitura dos resultados, a apresentação far-se-á de acordo com as variáveis em análise.

#### Variáveis Sociodemográficas:

##### a. Sexo

**Tabela 1** – Comparação de médias entre os sexos nas subescalas e escala global do QLI

Subescalas/Escala Global	Masculino (n=84)	Feminino (n=24)	U	p
	Mean Rank			
Saúde e Funcionalidade (SF)	58,04	42,13	711,000	0,02
Social e Económica (SE)	56,28	48,27	858,500	0,26
Psicológica e Espiritual (PE)	58,74	39,65	651,500	0,008
Familiar (F)	57,63	43,54	745,000	0,04
Qualidade de Vida Global (QLI)	58,59	40,19	664,500	0,01

Nota: GL=1;106

A análise do quadro anterior permite-nos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre os homens e as mulheres que compõem a amostra, relativamente à percepção sobre a sua “Saúde e Funcionalidade”, vida “Psicológica e Espiritual”, vida “Familiar”, e ainda a percepção de “QV Global”, com médias de *rank* superiores nos primeiros. De salientar que esta diferença é maior na subescala “Psicológica e Espiritual”.

##### b. Idade e escolaridade

Os resultados permitem-nos concluir que a idade se correlaciona, de forma positiva, fraca mas significativa ( $r=0,20$ ;  $p=0,04$ ) com a subescala “Familiar”, indicando que as pessoas mais velhas apresentam maior satisfação com a família.

Em sentido oposto, a escolaridade correlaciona-se de forma negativa, fraca, mas significativa, com a subescala “Psicológica e Espiritual” ( $r=-0,22$ ;  $p=0,02$ ), indicando que quanto maior é o grau de escolaridade, menos satisfeitos os participantes se apresentam com estas dimensões da sua vida.

##### c. Situação profissional

A diferença entre as médias dos grupos, de acordo com a situação profissional, mostrou-se significativa para a subescala “Familiar” ( $F=3,25$ ;  $p=0,02$ ), para a subescala “Social e Económica” ( $F=17,91$ ;  $p=0,000$ ) e ainda para a “QV Global” ( $F=4,32$ ;  $p=0,006$ ). De acordo com o *post hoc teste de scheffe*, na avaliação da “QV Global”, as diferenças situam-se entre o grupo dos “desempregados e reformados” e o grupo dos “empregados a tempo total”, com prejuízo para os primeiros.

##### d. Coabitação

Também a coabitação mostrou interferir na forma como a pessoa dependente de drogas percebe a sua QV, sendo as diferenças estatisticamente significativas encontradas nas subescalas “Saúde e Funcionalidade” ( $F=3,09$ ;  $p=0,03$ ); “Social e Económica” ( $F=4,94$ ;  $p=0,003$ ); “Psicológica e Espiritual” ( $F=3,12$ ;  $p=0,02$ ); “Familiar” ( $F=3,87$ ;  $p=0,01$ ); e para a “QV Global” ( $F=5,35$ ;  $p=0,002$ ). O *post hoc*, no que se refere à avaliação da “QV Global”, situa as diferenças entre os grupos de “família restrita” e “sozinho”, mais desfavorável para os últimos.

#### Variáveis de Saúde e de Tratamento:

- a. Idade de início dos consumos, tempo de abstinência (após início do tratamento), número de sintomas de privação referidos pelos participantes em situação de tratamento, e número de tratamentos de desabituação realizados anteriormente.

Como já referido anteriormente (na caracterização da amostra), os participantes da amostra iniciaram consumos muito precocemente na sua vida (M=18 anos; dp=7,1) e, para a maioria (n=61; 56%), este constituía uma nova tentativa de tratamento. Neste sentido, pretendemos perceber se a idade de início dos consumos e o número de tratamentos realizados anteriormente interferiam, de alguma forma, na sua percepção de QV.

Tentamos ainda perceber há quanto tempo se encontravam em abstinência e os sintomas de privação que destacavam, como mialgias, sudorese, insónias ou vômitos, entre outros.

**Tabela 2** – Correlação entre o tempo de abstinência e o número de tratamento de desabitação anteriores com as subescalas e escala global do QLI

Subescalas/Escala Global	Tempo de abstinência (em meses) r (p)	Tratamentos de desabitação anteriores r (p)
Saúde e Funcionalidade (SF)	0,20 (0,03)	-0,18 (0,05)
Social e Económica (SE)	0,18 (0,05)	-0,19 (0,04)
Psicológica e Espiritual (PE)	0,20 (0,04)	-0,16 (0,08)
Familiar (F)	0,07 (0,41)	-0,21 (0,03)
Qualidade de Vida Global (QLI)	0,22 (0,02)	-0,23 (0,01)

A idade de início dos consumos e os sintomas de privação não apresentaram correlações com significado estatístico em qualquer uma das subescalas ou na escala global.

Em contrapartida, o tempo de abstinência apresenta uma correlação positiva, fraca mas significativa, indicando que à medida que aumenta o tempo de abstinência, vai aumentando o score de percepção de ““QV Global”, de “Saúde e Funcionalidade”, e “Psicológica e Espiritual”.

O número de tratamentos já anteriormente realizados parece também influenciar, de forma negativa, a percepção relativa à satisfação com a vida “Social e Económica”, com a vida “Familiar” e com a “QV Global”.

#### b. Situação relativa aos consumos

Sabemos que apesar da recolha de dados ser realizada em contexto de tratamento de desabitação, nem todos os participantes do presente estudo se encontravam abstinentes. Assim, tivemos curiosidade de perceber se a sua situação em relação aos consumos, interferia na forma como os mesmos avaliavam a sua QV. Para tal, criamos uma variável com três categorias: “abstinente” (n=51); “consumos esporádicos (menos de uma vez por mês)” (n= 25) e “consumos diários” (n=32).

Os resultados indicaram uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em análise, nas subescalas “Saúde e Funcionalidade” (F=5,59; p=0,005), “Psicológica e Espiritual” (F=7,69; p=0,001) e para a “QV Global” (F=7,74; p=0,001), com uma diferença localizada nesta última variável, entre os grupos “abstinente” e de “consumos diários”, desfavorável para o último.

## 4. DISCUSSÃO

Os participantes do presente estudo espelham uma realidade nacional de pessoas com elevados níveis de dependência de álcool e de outras drogas, muitas vezes em policonsumos, que se arrastam ao longo de vários anos e com múltiplos tratamentos de desabitação que se mostraram ineficazes.

O álcool continua a ser a droga de eleição, consumida de forma isolada ou em associação a outras, facto que poderá estar associado à sua aceitação social e por ser considerada como um fator de partilha e de convívio social (Lomba *et al.*, 2011).

O presente estudo demonstrou que mais de metade dos participantes (53%) mantinha consumos elevados de álcool e de outras drogas, o que indica uma baixa adesão ao tratamento que estava a ser instituído. Também percebemos que a maioria dos participantes tinha já realizado mais de um tratamento de desabitação, o que contribui para uma diminuição da sua autoeficácia, crença no locus de controlo interno necessário para resolver a situação e volição necessária para novos tratamentos (Moreira *et al.*, 2013).

Percebemos, com base nos resultados do presente estudo, que estas pessoas iniciaram consumos muito precocemente, nomeadamente na infância ou na adolescência, em especial no álcool. Estes resultados vão de encontro à literatura que descreve um início de consumos precoce, com a associação progressiva e concomitante de outras drogas (Silveira, Santos, & Pereira, 2014). A utilização de álcool parece também estar associada a questões afetivas, nomeadamente estados emocionais negativos e conflitos intra e interpessoais, bem como a alguns fatores de cariz cultural (APA, 2014).

A avaliação relativa à percepção que os participantes no presente estudo detinham relativamente à sua QV com base no QLI foi, na sua globalidade, muito positiva. De notar, no entanto, que a componente social e económica foi a que demonstrou uma

menor satisfação, o que era expectável, considerando as características do grupo, essencialmente desempregado, cuja subsistência se fundava no subsídio de desemprego ou no rendimento social de inserção. Estes resultados vão ao encontro dos encontrados por Seabra, Amendoeira e Sá (2013) numa população similar, embora, no presente estudo, devam ser interpretados com alguma cautela, considerando que o instrumento não é específico para a população estudada.

Por outro lado, alguns estudos longitudinais indicam que a percepção de QV vai melhorando ao longo do tempo, nomeadamente entre os três e os seis meses após tratamento, desacelerando depois (Tran *et al.*, 2012). Este pode ser um aspeto que explique, pelo menos parcialmente, os resultados encontrados no presente estudo, uma vez que a amostra é composta por 28 indivíduos (26%) que se encontravam em abstinência por um período inferior a seis meses e 23 (21%) há mais de seis meses. No entanto, o número de participantes que mantinham consumos era muito elevado, o que não joga a favor desta explicação.

Os resultados do presente estudo indicaram ainda que a sua percepção de QV era independente da/s droga/s consumidas. Esta constatação poderá estar associada ao facto da QV ser um conceito individual e multidimensional, muito determinado por fatores fisiológicos, mas também os psicossociais. Apesar de serem drogas com efeitos diferentes, o processo de dependência, tolerância e *craving* é, na sua essência, muito similar, o que pode ter determinado os efeitos encontrados.

As mulheres apresentavam uma percepção de QV inferior à dos homens em praticamente todos os domínios do QLI, resultados concordantes com os de Domingo-Salvany *et al.* (2010) com jovens heroinodependentes, não seguidos em tratamento de desabilitação. Em contrapartida, a presente investigação obteve resultados contraditórios com o estudo anterior, no que concerne à variável escolaridade, pois enquanto que nesse estudo, a escolaridade é favorecedora de uma melhor percepção de QV, no presente estudo ela é prejudicial, nomeadamente na sua componente psicológica e espiritual. No entanto, os resultados de alguns estudos (Becker, Curry & Yang, 2011; Domingo-Salvany *et al.*, 2010) são sobreponíveis com o presente, no que se refere à ocupação dos participantes e coabitação, tendo os desempregados, os reformados, e os que vivem sós, apresentado uma pior percepção de QV.

Os resultados indicaram ainda que o tempo de abstinência após o tratamento favorece uma melhor avaliação da QV, nomeadamente em termos de funcionalidade, e na componente psicológica e espiritual, o que está de acordo com um conjunto de estudos desenvolvidos nesta área (Maeyer, Vanderplasschen, & Broekaert, 2010; Tracy *et al.*, 2012; Tran *et al.*, 2012).

A idade de início dos consumos, bem como os sintomas de privação, não mostrou qualquer influência sobre a percepção de QV. Em contrapartida, o estudo desenvolvido por Domingo-Salvany *et al.* (2010), encontrou que o tempo de utilização da heroína, bem como os policonsumos, eram fatores desfavorecedores da percepção de saúde e QV.

Também as pessoas que se encontravam abstinentes, apresentavam uma percepção mais positiva sobre a sua QV, em comparação com os indivíduos que não estavam a gerir adequadamente o seu processo terapêutico e mantinham consumos diários de álcool e/ou drogas. Em associação, a amostra apresentou um conjunto de comorbilidades, que se mostraram, em diferentes estudos, como fatores condicionadores de uma pior percepção de QV (Tran *et al.*, 2012).

## CONCLUSÕES

O perfil da pessoa dependente de substâncias psicoativas reconhecido no presente estudo, o conhecimento sobre a forma como estas pessoas avaliam a sua QV, e ainda dos fatores que podem condicionar essa percepção, podem determinar uma alteração do posicionamento atual face aos modelos de intervenção na dependência.

Com base nos resultados do presente estudo, podemos presumir que as mulheres, mais jovens, com mais elevado nível de escolaridade, que vivem sozinhas e desempregadas ou reformadas, e com história de tratamentos de desabilitação, configuram um perfil de maior vulnerabilidade na vivência com dependência de drogas. A QV tem sido reconhecida como uma medição de resultados importantes para as tomadas de decisão respeitantes aos recursos e para a criação de modelos de intervenção específicos.

Os resultados do presente estudo sugerem o planeamento de um conjunto de intervenções sistematizadas e individualizadas, paralelas ao tratamento protocolado, incluindo um programa de exercício físico, cuja evidência tem demonstrado resultados positivos (Giesen, Zimmer & Bloch, 2016).

A intervenção em saúde no âmbito da problemática da dependência deve centralizar-se no doente, na sua problemática de vida, mais do que na própria patologia, procurando desenvolver uma holística e adequada gestão dos cuidados de saúde. Oferecer uma resposta ao problema e promover o empowerment requer uma reorientação das ações dos profissionais de saúde, sendo para isso, necessário avaliar as exigências de mudança e adequar a intervenção, sempre apoiada na evidência científica.

Cabe também à comunidade em geral, ajudar estas pessoas, proporcionando-lhes meios facilitadores da complexa transição que vivenciam, considerando a dependência como uma doença crónica e não apenas como um “vício”. Por seu lado, a estas pessoas cabe a responsabilidade de tomar decisões e aderir às indicações terapêuticas.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos às pessoas que incluíram o estudo e aos profissionais de saúde das instituições participantes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística de perturbações mentais: DSM-5* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Becker, S. J., Curry, J. F., & Yang, C. (2011). Factors that influence trajectories of change in frequency of substance use and quality of life among adolescents receiving a brief intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41, 294-304.
- Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Barrio, G., González-Saiz, F., Bravo, M. J., Fuente, L., & ITINERE Investigators. (2010). Gender differences in health related quality of life of young heroin users. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(145). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3014889/pdf/1477-7525-8-145.pdf>
- Ferrans, C. E. (2005). Definitions and conceptual models of quality of life. In J. Lipscomb, C. Gotay, & C. Snyder, *Outcomes assessment in cancer: Measures, methods and applications*. Cambridge: University Press.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. (2011). *Quality of life index*. Retrieved from <http://www.uic.edu/orgs/qli/>
- Giesen, E. S., Zimmer, P., & Bloch, W. (2016). Effects of an exercise program on physical activity level and quality of life in patients with severe alcohol dependence. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34(1), 63-78.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2017). *Mortalidade por causa de morte relativa a 2015*. Retrieved from [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_base\\_dados](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados)
- Kimura, M., & Silva, J. V. (2009). Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(Esp), 1098-1104. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a14v43ns.pdf>
- Lomba, L., Apóstolo, J., Azeredo, Z., & Mendes, F. (2011). Contextos recreativos nocturnos e consumo de álcool e drogas: Determinantes de comportamentos rodoviários de risco. *Revista Toxicodependências*, 17(3). Retrieved from <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/Temas.aspx>
- Maeyer, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2010) Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 21, 364-380.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress*. Philadelphia: Lippincott & Wilkins.
- Moreira, T. C., Figueiró, L. R., Fernandes, S., Justo, F. M., Dias, I. R., & Barros, H. M. T., & Ferigolo, M. (2013). Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the Whoqol-Bref. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 1953-1962.
- Pais-Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pinto, C. A. S. (1998). *A qualidade de vida dos jovens adultos submetidos a transplante renal na infância* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Portugal.
- Rocha, B. M. P., Martins, A. I., Pereira, M. M., Santos, P. I., & Mestre, R. E. (2013). Perfil de saúde dos adolescentes de uma cidade no Algarve. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 85-93.
- Seabra, P., Amendoeira, J., & Sá, L. (2013). Qualidade de vida e saúde mental em consumidores de drogas: Que relação? *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9, 21-28. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a04.pdf>
- Silveira, E. S., Santos, A. S., & Pereira, G.A. (2014). Consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre adolescentes do ensino fundamental de um município brasileiro. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 51-60.
- Teoh, J. F., Yee, A., & Habil, M. H. (2016). Psychiatric comorbidity among patients on methadone maintenance therapy and its influence on quality of life. *The American Journal on Addictions*, 25, 49-55.
- Tracy, E. M., Laudet, A. B., Min, M. O., Kim, H., Brown, S., Jun, M. K., & Singer, L. (2012). Prospective patterns and correlates of quality of life among women in substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 124, 242-249. Retrieved from [https://ac.els-cdn.com/S0376871612000270/1-s2.0-S0376871612000270-main.pdf?\\_tid=7230c72a-a38e-11e7-b5ea-00000aacb362&acdnat=1506521965\\_1a40953eb3b0f0de6d3026dd7d3ac720](https://ac.els-cdn.com/S0376871612000270/1-s2.0-S0376871612000270-main.pdf?_tid=7230c72a-a38e-11e7-b5ea-00000aacb362&acdnat=1506521965_1a40953eb3b0f0de6d3026dd7d3ac720)
- Tran, B. X., Ohinmaa, A., Duong, A. T., Do, N. T., Nguyen, L. T., Nguyen, Q. C., & Houston, S. (2012). Changes in drug use are associated with health-related quality of life improvements among methadone maintenance patients with HIV AIDS. *Quality of Life Research*, 21(4), 613-623.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). *World drug report: 2016*. New York: United Nations. Retrieved from [http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD\\_DRUG\\_REPORT\\_2016\\_web.pdf](http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf)
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO.