

|  |
| --- |
| Millenium, (),  |

## ORIGINAL ARTICLE

**A perceção da qualidade de vida em pessoas com dependência de drogas**

**Perception of quality of life of people with drug dependence**

**La percepción de la calidad de vida de las personas con adicción a las drogas**

**RESUMO**

Introdução: A toxicodependência afeta a vida de muitas pessoas e os dados estatísticos, embora escassos, 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.

Objetivos: avaliar a perceção de qualidade de vida (QV) das pessoas com problemáticas aditivas; comparar essa perceção entre os dependentes de drogas lícitas e ilícitas; e descrever as diferenças, considerando as variáveis sociodemográficas, de saúde e de tratamento.

Métodos: Desenvolvemos um estudo quantitativo, descritivo e transversal com uma amostra de 108 pessoas em tratamento de desabituação no Distrito do Porto. A amostra, maioritariamente do sexo masculino, com idade média de 45 anos e baixa escolaridade, apresentava um longo historial de consumo de substâncias, especialmente em policonsumos, com início em idades muito precoces.

Resultados: Da análise dos dados (utilizando o Quality of Life Índex) podemos inferir que a amostra tinha uma perceção positiva sobre a sua QV; que esta avaliação não era influenciada pelo tipo de dependência química; que os participantes do sexo feminino, não ativos, que viviam sozinhos, com tratamentos de desabituação anteriores, e que mantinham consumos, apresentavam uma perceção mais negativa sobre a sua QV.

Conclusões: Este estudo permitiu-nos identificar grupos de pessoas com maior vulnerabilidade, com vista ao planeamento de programas de intervenção mais efetivos.

Palavras-Chave: “Transtornos relacionados ao uso de substâncias”; “Qualidade de vida”; “Enfermagem”

**ABSTRACT**

Introduction: Drug addiction affects the lives of many people, and statistical data, though scarce, show the extent of the problem, which usually begins at an early age and continues throughout life, with implications for health and quality of life. life.
Objectives: to evaluate the perception of quality of life (QoL) of people with addictive problems; Compare this perception between those who depend on licit and illicit drugs; And describe the differences, considering the sociodemographic, health and treatment variables.
Methods: We developed a quantitative, descriptive and cross-sectional study with a sample of 108 people in treatment of withdrawal in the District of Porto. The sample, mostly male, with a mean age of 45 years and low schooling, had a long history of substance use, especially in polyconsumes, starting at very early ages.
Results: From the data analysis (using the Quality of Life Index) we can infer that the sample had a positive perception about its QoL; That this evaluation was not influenced by the type of chemical dependence; That the non-active female participants, who lived alone with prior withdrawal treatments and who maintained intakes, presented a more negative perception about their QoL.
Conclusions: This study allowed us to identify groups of people with greater vulnerability, in order to plan more effective intervention programs.

**Keywords**: “Substance-related disorders”; “Quality of life”; “Nursing”

**RESUMEN**

Introducción: La toxicomanía afecta la vida de muchas personas y los datos estadísticos, aunque escasos, 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 y calidad de vida.

Objetivos: evaluar la percepción de calidad de vida (QV) de las personas con problemáticas aditivas; comparar esa percepción entre los dependientes de drogas lícitas e ilícitas; y describir las diferencias, considerando las variables sociodemográficas, de salud y de tratamiento.

Métodos: Desarrollamos un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con una muestra de 108 personas en tratamiento de deshabituación en el Distrito de Oporto. La muestra, mayoritariamente del sexo masculino, con edad media de 45 años y baja escolaridad, presentaba un largo historial de consumo de sustancias, especialmente en policonsumos, con inicio en edades muy precoces.

Resultados: Del análisis de los datos (utilizando el Quality of Life Índex) podemos inferir que la muestra tenía una percepción positiva sobre su QV; Que esta evaluación no estaba influenciada por el tipo de dependencia química; Que los participantes del sexo femenino, no activos, que vivían solos, con tratamientos de deshabituación anteriores, y que mantenían consumos, presentaban una percepción más negativa sobre su QV.

Conclusiones: Este estudio nos permitió identificar grupos de personas con mayor vulnerabilidad, con vistas a la planificación de programas de intervención más efectivos.

**Palabras Clave:** “Trastornos relacionados con sustancias”; “Calidad de vida”; “Enfermería”

**Introdução**

A toxicodependência é um fenómeno atual e planetário que afeta a vida das pessoas, das suas famílias e da comunidade em geral. Os dados estatísticos mundiais, embora escassos, demonstram a abrangência do problema, reconhecendo-a como uma doença crónica, que se inicia, em geral, em idades muito precoces e que se mantém ao longo de toda a vida (UN, 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 qualidade de vida (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, nomeadamente os enfermeiros, que cuidam de pessoas com dependências de substâncias, estão cada vez mais conscientes da necessidade de entender melhor a perceção individual sobre o estado de saúde e QV dos dependentes de drogas.

Neste sentido, o presente estudo de investigação tem como objetivos, avaliar a perceção de QV das pessoas com problemáticas aditivas; comparar a perceção de QV dos indivíduos com dependências de drogas lícitas (como o álcool) e os dependentes de drogas ilícitas; e descrever as diferenças encontradas na perceção de QV, de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e de tratamento dessas pessoas. Tem ainda como finalidade melhorar a compreensão sobre as implicações da problemática aditiva na QV, com vista ao planeamento de intervenções de enfermagem adequadas às exigências e vulnerabilidade desta 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 (UN, 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 crónica que envolve interações complexas entre a exposição repetida a drogas, os fatores biológicos e os fatores ambientais (APA, 2014).

De acordo com o World Drug Report (UN, 2016), estima-se que um em cada 20 adultos usaram pelo menos uma droga ilícita em 2014. Também 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; UN, 2016). Também o uso abusivo de álcool foi identificado como causa primária para mais de 200 patologias descritas no ICD-10 (WHO, 2014).

Nessa sequência, 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). Também, 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 perceção 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 enfermagem, pelo seu mandato social e pela sua natureza específica pode, no contexto da equipa de saúde, constituir-se como um recurso efetivo do sistema para responder às necessidades de saúde das populações. Também 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, com vista a desenhar uma intervenção mais dirigida às reais necessidades dessa população e mais efetiva.

1. **MÉTODO**

O presente estudo inscreve-se no paradigma quantitativo, com um perfil descritivo e transversal. Incluíram o estudo 108 pessoas adultas, dependentes de substâncias psicoativas, lícitas (álcool) ou ilícitas, que se encontravam em tratamento em unidades de saúde especializadas do Distrito do Porto, que se encontravam conscientes e orientadas, e que aceitaram participar voluntariamente no estudo. O método de amostragem utilizado foi de tipo não probabilístico e de conveniência.

* 1. **Amostra**

A amostra incluiu 84 pessoas do sexo masculino (78%) e 24 do sexo feminino (22%), com uma média de 45 (dp=10,6) anos de idade (Mn 22 e Mx 79 anos), com baixa escolaridade ($\overline{X}$=6,8 anos de escolaridade; dp= 3,39) e na sua maioria desempregada (n=62; 57%). A maioria residia 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, sendo na sua maioria o álcool (n=20; 19%) isoladamente 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 de desabituação (n=47), pois para a maioria, este tratava-se já de uma nova tentativa de desabituação.

Relativamente à idade de início dos consumos, a amostra situou-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%).

* 1. **Instrumentos de recolha de dados**

Para a recolha da informação foram utilizados os seguintes instrumentos:

* 1. Formulário de caracterização sociodemográfica, de saúde e de tratamento, por nós construído, incluindo um conjunto de questões estruturadas e semi-estruturadas;
	2. *Quality of Life Índex (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. As várias versões têm, genericamente, os mesmos itens (33 itens), com exceção da inclusão de itens quando se pretende a sua aplicação a situações clínicas específicas. Está traduzido e adaptado para cerca de 20 idiomas diferentes, entre eles o Português, disponíveis na página web <http://www.uic.edu/orgs/qli/>. 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 subscalas: 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”. Os resultados são apresentados em scores que variam entre 0 e 30, em que valores mais elevados correspondem a maior “*Satisfação/Importância*”.

Apesar do QLI genérico - versão III, ainda não ter sido validado de forma consistente para a população em estudo, os valores dos coeficientes *alfa de cronbach* das diferentes subscalas apresentaram, no presente estudo, valores aceitáveis (entre 0,60 e 0,80), especialmente tendo em conta o número reduzido de itens em algumas subscalas (Ribeiro, 2010). O da escala global foi bom (0,87), e em consonância com os valores de outros estudos (Ferrans & Powers, 2011; Pinto, 1998).

* 1. **Procedimentos**

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. Depois de confirmada a correspondência com os 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 era então preenchido individualmente ou, em caso de dificuldades, era 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 QLI, às instituições de saúde respetivas e aos diretores de cada um dos serviços.

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 (teste Kolmogorov-Smirnov) em todas as variáveis, decidimos pela utilização da estatística paramétrica sempre que o n>30.

1. **RESULTADOS**

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



*Gráfico 1.* Média do score da perceção de QV nas diferentes subscalas e escala global das pessoas com dependência de drogas

Legenda: SF-Saúde e Funcionalidade; SE-Social e Económica; PE-Psicológica e Espiritual; F-Familiar; Subs. – subscalas QLI

A análise do gráfico anterior permite-nos concluir que os participantes da amostra avaliam a sua QV como francamente positiva, quer globalmente, quer em cada uma das componentes avaliadas. O valor médio mais elevado situa-se na subscala “Familiar” (*M=24,3; dp=4,49*) e o valor inferior na subscala “Social e Económica” (*M=18,3; dp=4,37*).

Para responder ao objetivo 2, e comparamos a perceção de QV dos indivíduos com dependências de drogas lícitas e os dependentes de drogas ilícitas,recodificamos a variável “*Drogas que consumiu anteriormente ao tratamento*” numa variável com três categorias: 1. Dependência de álcool; 2. Dependência de outras drogas; e 3. Dependência de álcool + outras drogas.

Através do teste *F da OneWay ANOVA,* foi possível perceber que não existiam diferenças estatisticamente significativa entre os três grupos, em nenhuma das subscalas, nem na escala global do QLI.

Finalmente, e para responder ao objetivo 3, realizámos uma análise inferencial sobre a perceção de QV da amostra, considerando as variáveis sociodemográficas, de saúde e de tratamento, recorrendo aos testes de comparação de médias (teste *U de Mann Witney* e teste F da ANOVA), à correlação *r de Pearson* e à regressão linear múltipla (R2).

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

Variáveis Sociodemográficas:

1. *Sexo*

Tabela 1

*Comparação de Médias entre os Sexos nas Subscalas e Escala Global do QLI*

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

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

1. *Idade e escolaridade*

Os resultados permitem-nos concluir que a idade se correlaciona, de forma positiva, fraca mas significativa (*r=0,20; p<0,05*) com a subscala “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 subscala “Psicológica e Espiritual” (*r=-0,22; p<0,05*), indicando que quanto maior é o grau de escolaridade da amostra, menos satisfeitos eles se apresentam com estas dimensões da sua vida.

1. *Situação profissional*

A diferença entre as médias dos grupos, de acordo com a situação profissional, mostrou-se significativa para a subscala “Familiar” (*F=3,25; p<0,05*), para a subscala “Social e Económica” (*F=17,91; p<0,0001*) e ainda para a “QV Global” (*F=4,32; p<0,01*). De acordo com o *post hoc teste de scheffe,* as diferenças situam-se entre o grupo dos “*desempregados e reformados*” e o grupo dos “*empregados a tempo total*”, com prejuízo para os primeiros.

1. *Coabitação*

Também a coabitação mostrou interferir na forma como a pessoa dependente de drogas perceciona a sua QV, sendo as diferenças estatisticamente significativas encontradas nas subscalas “Saúde e Funcionalidade” (*F=3,09; p<0,05*); “Social e Económica” (*F=4,94; p<0,001*); “Psicológica e Espiritual” (*F=3,12; p<0,05*); “Familiar” (*F=3,87; p<0,0*1); e para a “QV Global” (*F=5,35; p<0,001*). O *post hoc* situa as diferenças entre os grupos de “*família restrita*” e “*sozinho*”, mais desfavorável para os últimos.

Variáveis de Saúde e de Tratamento:

1. *Idade de início dos consumos, tempo de abstinência, sintomas de privação e tratamentos de desabituação anteriores*

Tabela 2

*Correlação entre o tempo de abstinência e o número de tratamentos de desabituação anteriores com as subscalas e escala global do QLI*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Subscalas/Escala Global** | **Tempo de abstinência****(em meses)** | **Tratamentos de desabituação anteriores** |
| Saúde e Funcionalidade (SF) | 0,20\* | ns |
| Social e Económica (SE) | ns | -0,19\* |
| Psicológica e Espiritual (PE) | 0,20\* | ns |
| Familiar (F) | ns | -0,21\* |
| Qualidade de Vida Global (QLI) | 0,22\* | -0,23\* |

 **\***p<0,05

A idade de início dos consumos e os sintomas de privação não apresentaram correlações significativas com qualquer uma das subscalas ou com a 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 a perceção de ““QV Global”, de “Saúde e Funcionalidade”, e “Psicológica e Espiritual”.

O número de tratamentos já realizados (antes da recolha de dados) parece também influenciar de forma negativa, a perceção de satisfação com a vida “Social e Económica”, com a vida “Familiar” e com a “QV Global”.

1. *Situação relativa aos consumos*

Sabemos que apesar da recolha de dados ser realizada em contexto de tratamento de desabituação, 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. Os resultados indicaram uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em análise para as subscalas “Saúde e Funcionalidade” (F=5,59; p<0,01), “Psicológica e Espiritual” (*F=7,69; p<0,01*) e para a “QV Global” (*F=7,74; p<0,01*), com uma diferença localizada entre os grupos “*abstinente*” e de “*consumos diários*”, desfavorável para o último.

Por fim, e considerando as variáveis que se mostraram significativas nas análises anteriores (variáveis preditoras), criamos um modelo de regressão linear múltipla (utilizando o método *enter*), concluindo que o modelo explicava em 18% a variável resultado (*QLI com R2=0,18*), sendo o sexo a variável com maior poder explicativo (*β=0,26; p=0,007*), seguido do número de tratamentos de desabituação já realizados (*β=0,22; p=0,02*).

1. **DISCUSSÃO**

Os participantes no 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 desabituação 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).

Como já foi referido, mais de metade da amostra (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 da amostra tinha já realizado mais de um tratamento de desabituação, 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 a amostra iniciou 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). Não podemos esquecer ainda que a utilização de álcool está também 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 da perceção da amostra 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 aos 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 especifico para a população estudada.

Por outro lado, alguns estudos longitudinais indicam que a perceção 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 perceção 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 perceção 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 desabituação. 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 perceção 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 perceção 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 mostraram qualquer influência sobre a perceção 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 perceção de saúde e QV.

Também as pessoas que se encontravam abstinentes, apresentavam uma perceção 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 perceção de QV (Tran *et al.*, 2012).

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)

**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 perceção, 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 desabituação, 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.

A intervenção de enfermagem 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, 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.

**Conflito de Interesses**

 Não se visualizam conflitos de interesses.

**Agradecimentos**

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

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística de perturbações Mentais – DSM-5* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.1122p. ISBN: 9789727963478.

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., de la 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).

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*. Disponível em <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. Disponivel em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados>

Kimura, M,. e Silva, J. V. (2009). Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. *Revista Escola de Enfermagem USP*.

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). Disponível em <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 TC, Figueiró LR, Fernandes S, Justo FM, Dias IR, Barros HM et al. (2013). Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the Whoqol-Bref. Cien Saúde Colet.;18(7):1953-62.

Pinto, C. A. S. (1998). *A qualidade de vida dos jovens/adultos submetidos a transplante renal na infância* (Tese de Mestrado não publicada). Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 978-989-8463-01-2

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. III Série- N.º9 – Mar 2013; pp85-93.

Seabra, P.; Amendoeira, J. & Sá, L. (2013). Qualidade de vida e saúde mental em consumidores de drogas: Que relação?

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. Série IV – n.º2 – mai/jun. pp.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*. Disponível em: <http://www.elsevier.com/locate/drugalcdep>

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 (UN). World Drug Report (2016) United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], Nova York, 2016, 140p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2014). Global status report on alcohol and health. Geneva, 376p.