

QUALIDADE DE VIDA E TOXICODPENDÊNCIA

RAQUEL ESCUDEIRO
SÓNIA LAMACHÃ
ANABELA FREITAS
HÉLDER SILVA

RESUMO: A qualidade de vida é um conceito multidimensional que mede a saúde social, mental e física. Reconhecendo o número reduzido de investigações que examinam este conceito em sujeitos consumidores de drogas, considerou-se importante o estudo mais detalhado desta dimensão na população toxicodpendente, procurando perceber se ela é mediada pelos programas de tratamento. Neste sentido, foram inquiridos 85 utentes em acompanhamento na consulta externa do CAT de Gaia, através dos seguintes instrumentos: *MAP (Maudsley Addiction Profile)*, *BSI (Inventário de Sintomas Psicopatológicos)* e *WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument)*. Verificou-se que a integração em programas terapêuticos se constitui como elemento fundamental na melhoria da percepção que os indivíduos apresentaram em relação à sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Toxicodpendência; Programas e serviços.

RÉSUMÉ: La qualité de vie est un concept multidimensionnel qui mesure la santé sociale, mentale et physique. Reconnaissant le nombre réduit d'investigations qui examinent ce concept dans des sujets consommateurs de drogues, on a considéré important l'étude plus détaillée de cette dimension dans la population toxicomane, en essayant de

comprendre si elle est soutenue par les programmes de traitement. Dans ce sens, ont été enquêtés 85 sujets en accompagnement dans la consultation externe du Centre D'Accompagnement aux Toxicomanes (CAT) de Gaia, en utilisant comme instruments le *MAP (Maudsley Addiction Profile)*, *BSI (Brief Symptom Inventory)* et *WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument)*. On a vérifié que l'intégration dans des programmes thérapeutiques se constitue comme un élément fondamental dans l'amélioration de la perception que les individus présentent par rapport à sa qualité de vie.

Mots-clé: Qualité de vie; Toxicomanie; Programmes et services.

ABSTRACT: Quality of life is a multidimensional concept that measures social, mental and physical health. Acknowledged the reduced number of investigations that see into this concept in addicted individuals, it has been considered important the detailed study of this dimension in addicted population, seeking the understanding if it is interceded by the treatment programs. This being the case, eighty-five users in attendance were asked at the external consult at CAT of Gaia, through the following instruments: *MAP (Maudsley Addiction Profile)*, *BSI (Psychopathological Symptoms Inventory)* and *WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument)*. It was confirmed that the integration in therapeutic programs consists itself as a fundamental element in the improvement of perception that the individuals show in relation to their quality of life.

Key Words: Quality of life; Drug addiction; Treatment and facilities.

1. INTRODUÇÃO

O ser humano é uma oficina que funciona (...). Trata-se de uma oficina de laboração permanente, alimentada por um combustível mal conhecido, cujo produto final será proporcionar, a todo o momento, um ajuste do portador consigo próprio. Dum ajuste aos dez mandamentos que cada um transporta dentro de si, com graus vários de prevalência. E dum ajuste com os outros, numa adaptação ao mundo em geral. Tudo concretizado num funcionamento silencioso, assente num corpo e num conjunto psicossomático.(...) Esta será sensivelmente a definição de saúde, na qual Adão e Eva só reparam quando falta: só reparam quando algum segmento necessita de revisão.

Milheiro, 2003, p. 36

A oficina médica sempre evoluiu, quer em termos de diferenciação infinitesimal, quer ao nível do incomensurável aumento da potência dos utensílios; todavia, também sempre transportou contradições nesse seu percurso. Contradições às vezes dificilmente conciliáveis, entre a ciência enquanto tal e o espírito elementar de ajuda e de relação. Atribuíram à medicina tal cientismo e tal preocupação tecnológica que, para os seus seguidores, ela funcionaria apenas por isso e para isso (Milheiro, 2003). No entanto, as ciências médicas nunca poderão resumir o seu trabalho a sintomas ou a estudos de laboratório, sob pena de equacionarem apenas uma parte da realidade e descurarem o indivíduo enquanto elemento fulcral.

A OMS, em 1958, afirma que a saúde é “um estado de completo bem-estar, físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade”. Esta afirmação sugere que um dos papéis mais importantes da promoção para a saúde deveria consistir em melhorar activamente a qualidade de vida e o bem-estar, e não simplesmente prevenir a doença (Bennett & Murphy, 1997), deslocando a grelha de leitura da lupa técnica ou tecnológica e colocando o ênfase no sentir de cada um⁽¹⁾.

Assim, é necessário conciliar dois discursos que se encontram no encontro clínico: o discurso da ciência e da tecnologia e o discurso do indivíduo que procura ajuda, na sua doença, dor e isolamento social e físico, num vínculo afectivo embutido de confiança recíproca (Paúl & Fonseca, 2001;

Segre & Ferraz, 1997). É então impossível diferenciar a doença em si, da perspectiva individual que o sujeito tem dela, assim como da sua dimensão social (Berlim & Fleck, 2003).

De facto, diversos estudos têm demonstrado que é mais relevante saber como os sujeitos sentem o impacto da sua condição física na sua vida, do que simplesmente detectar a presença ou ausência de sintomas *per se* (Ibidem).

É neste jogo entre os elementos internos e externos das vivências pessoais, no encontro entre o objectivo e o subjectivo, que surge o conceito de qualidade de vida⁽²⁾, uma vez que a avaliação desta variável coloca os pacientes no centro do estudo e dá relevância às suas significações.

2. QUALIDADE DE VIDA

O conceito de qualidade de vida inscreve-se num movimento dentro das ciências biológicas e humanas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o simples controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade, ou o aumento da expectativa de vida (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999; Ribeiro, 2002). A nível médico este termo foi introduzido em meados dos anos 70, estando essencialmente associado às doenças crónicas com altas taxas de mortalidade, tais como as doenças oncológicas e o HIV; era sobretudo nestes domínios que os médicos eram confrontados com o dilema de o aumento da expectativa de vida não ser proporcional à sua qualidade – “Acréscetar anos à vida ou vida aos anos?” (Berlim & Fleck, 2003; Fleck *et al.*, 1999; Ribeiro, 2002). No entanto, mais recentemente, os estudos neste âmbito generalizaram-se a doenças potencialmente não mortais e à perturbação mental (Smith & Larson, 2003).

A qualidade de vida é então um conceito multidimensional que mede a saúde social, mental e física. Tem sido variavelmente descrita como compreendendo capacidades de adaptação ao *stress*, presença de redes sociais de apoio e integração social, satisfação com a vida, auto-estima, felicidade, forma física (Bennett & Murphy, 1997; Snoek, 2000), sendo que é significativamente influenciada pelas desordens psiquiátricas (McIntyre, Barroso & Lourenço, 2002; Smith & Larson, 2003).

Muito embora não exista consenso em torno da definição do conceito de qualidade de vida e correspondentes

instrumentos de avaliação (Berlim & Fleck, 2003; Fakhoury & Priebe, 2002; Jenney & Campbell, 1997; Muldoon, Barger, Flory, & Manuck, 1998; Sanders, Egger, Donovan, Tallon, & Frankel, 1998), a grande maioria das conceptualizações propõem constelações relacionadas com dimensões subjectivas e objectivas (Fakhoury & Priebe, 2002; McIntyre *et al.*, 2002; Muldoon *et al.*, 1998) e aceitam que este seja um conceito intimamente relacionado com o contexto em que o indivíduo se insere e com as suas idiossincrasias (Jenney & Campbell, 1997).

A dificuldade de uma formulação universal em relação a este conceito prende-se com diferentes factores, a saber: **a)** a sua utilização generalizada no sentido do senso comum (Ribeiro, 2002); **b)** a imensa complexidade de um conceito multidimensional (Fakhoury & Priebe, 2002; Sanders *et al.*, 1998), em que a significação da qualidade de vida está relacionada com circunstâncias objectivas, que podem sofrer alterações ao longo do tempo, e cuja avaliação depende de estados internos e sistemas de valores (Atkinson & Zibin, 1996); **c)** o uso indiferenciado dos termos como *qualidade de vida relacionada com a saúde e estado subjectivo de saúde* que, muito embora relacionados com a qualidade de vida, são termos mais específicos, associados à doença/tratamento e seu impacto no indivíduo.

Julgamos que o conceito de qualidade de vida é mais amplo e engloba um maior número de factores que podem afectar a percepção do sujeito, não só em relação à sua condição de saúde e possíveis intervenções médicas, mas também ao seu funcionamento quotidiano. Assim, quando é devidamente avaliado, permite distinguir diferentes sujeitos ou grupos de sujeitos, prever evoluções a nível individual e avaliar a eficácia das intervenções terapêuticas (Berlim & Fleck, 2003; Sanders *et al.*, 1998; Snoek, 2000; McIntyre *et al.*, 2002).

Na linha do anteriormente descrito, e na sequência de um estudo transcultural, a OMS propõe a seguinte definição de qualidade de vida: "*Percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e relações sociais*" (WHOQOL GROUP, 1994 cit in Fleck *et al.*, 1999, p. 20).

2.1. Qualidade de vida e Toxicodependência

Muito embora, desde os anos 80, tenha havido um grande investimento nos estudos relacionados com a qualidade de vida, existe um número reduzido de investigações que examinem a qualidade de vida em sujeitos consumidores de drogas e que utilizem este conceito na avaliação da eficácia dos tratamentos.

No entanto, julgamos que a análise desta dimensão nos toxicodependentes é particularmente relevante dada a reconhecida perturbação que o consumo de substâncias psicoactivas acarreta, na maioria das situações, e que se traduz em termos físicos, emocionais e sociais. Aliás, o modelo actual de abordagem da saúde/doença liga-as, cada vez mais, ao comportamento e aos estilos de vida dos indivíduos. Assim, actualmente, nos países desenvolvidos, os sujeitos ou grupos sociais que apresentam hábitos de consumo de álcool e drogas são identificados como pouco saudáveis, sendo estes comportamentos sinalizados como preditivos do aumento das doenças crónicas e por uma quebra significativa da qualidade de vida dos sujeitos (Paúl & Fonseca, 2001).

Paralelamente, em relação à toxicodependência, os diferentes programas terapêuticos tendem a ser analisados de acordo com parâmetros dicotómicos relativos a abstinência/consumo de substâncias, numa conceptualização do sujeito que apenas o identifica pelo seu comportamento face às drogas, descurando outras variáveis da sua vivência pessoal e social⁽³⁾.

Deste modo, a análise da qualidade de vida nos toxicodependentes permite: **(1)** julgar dimensões físicas e mentais, **(2)** alargar o contexto de avaliação da eficácia dos tratamentos e **(3)** auxiliar na definição de estratégias de intervenção (Brogly, Mercier, Bruneau, Palepu & Franco, 2003; Morgan, Morgenstern, Blanchard, Labouvie & Bux, 2003; Smith & Larson, 2003).

Na sequência do enunciado anteriormente, consideramos então importante um estudo mais detalhado desta dimensão na população com quem trabalhamos, no sentido de avaliar a percepção que esta revela sobre a sua qualidade de vida, procurando perceber se ela é mediada pelos programas de tratamento em que os sujeitos estão inseridos.

3. METODOLOGIA

3.1. Descrição dos Instrumentos

Para uma mais fácil sistematização dos dados relativos aos sujeitos da amostra relativamente a variáveis socio-demográficas, uso de substâncias, comportamentos de risco e programa terapêutico, utilizamos um instrumento multidimensional específico para indivíduos toxicod dependentes em tratamento – **MAP⁽⁴⁾ (Maudsley Addiction Profile)**. O MAP foi o primeiro instrumento desenvolvido em Inglaterra para este objectivo, com uma validade de constructo e a confiabilidade muito satisfatórias.

Trata-se de um questionário breve (60 itens), em que a administração é feita por um técnico, e que procura indagar diferentes dimensões do quotidiano do sujeito nos últimos 30 dias (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, Lehmann, Edwards & Strong, 1998).

Dado que um dos objectivos do presente estudo se relacionou com a avaliação da eficácia de diferentes tratamentos preconizados para o consumo de drogas, este instrumento revelou-se de grande importância no levantamento das questões relativas à abstinência/consumo de substâncias e consequente adesão terapêutica.

Outro elemento fundamental nesta investigação relaciona-se com a medida do bem-estar psicológico dos utentes da amostra, isto é, a ausência/presença de sintomas psicopatológicos, uma vez que *“pacientes com perturbações de humor ou com desordens psicossomáticas tendem a indicar o seu bem estar, funcionamento ou o estado de saúde em geral, de forma significativamente pior”* (Morgado *et al.*, 1991 *cit in* McIntyre *et al.*, 2002, p. 14), sendo que esta dimensão teve que ser tida em linha de conta para uma correcta leitura dos níveis de qualidade de vida.

Face a isto, optamos pela utilização do **Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)**, recentemente traduzido e adaptado para a população portuguesa por Canavaro (1999a, 1999b), sendo este uma versão abreviada do SCL-90, que pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico/psicológico, ou a indivíduos da população em geral. Trata-se de um inventário de auto-resposta, composto por 53 itens, em que o indivíduo classifica o grau em que cada problema o afectou na última semana, numa escala de tipo Likert, que vai de “nunca” a “muitíssimas vezes”. Avalia

sintomas psicopatológicos em nove dimensões primárias: (1) somatização, (2) obsessões-compulsões, (3) sensibilidade interpessoal, (4) depressão, (5) ansiedade, (6) hostilidade, (7) ansiedade fóbica, (8) ideação paranóide e (9) psicoticismo, para além de três índices globais que constituem avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspectos diferentes da psicopatologia – Índice Geral de Sintomas (IGS), Total de Sintomas Positivos (TSP) e Índice de Sintomas Positivos (ISP).

Devemos finalmente referir que os estudos psicométricos efectuados na versão portuguesa revelam que o BSI apresenta *“níveis adequados de consistência interna para as nove escalas (...) sendo encontrados dados abonatórios da validade do instrumento”* (Canavaro, 1999b, p. 24). Deste modo, este inventário possui características psicométricas que oferecem níveis de segurança, permitindo discriminar os sujeitos que apresentam distúrbios emocionais, daqueles que não os apresentam.

No que diz respeito à avaliação dos níveis de qualidade de vida, a escolha do instrumento revelou-se uma tarefa complexa, no sentido em que têm surgido numerosas medidas para avaliar este constructo, sendo estas pouco estandarizadas. Muitas críticas têm sido direccionadas aos investigadores pela sua incapacidade na elaboração de medidas de qualidade de vida apropriadas para avaliar as experiências dos sujeitos (Garratt, Schmidt, Mackintosh & Fitzpatrick, 2002). Aliás, no caso da qualidade de vida, a validade de um instrumento não é fácil de determinar uma vez que não existem *“standards”* universais para a sua determinação (Snoek, 2000). De qualquer modo, investigações recentes têm evidenciado que, na generalidade, o aspecto central de avaliação deve situar-se em termos de elementos subjectivos e objectivos (McIntyre *et al.*, col., 2002).

A partir da premissa que a qualidade da vida é um conceito multidimensional e na tentativa de criar um instrumento transcultural para uso internacional, a OMS desenvolveu em 1991 o *WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument)*, através de um projecto colaborativo multicêntrico. A elaboração deste instrumento recorreu a uma metodologia própria: tradução, discussão em quatro grupos focais (membros da comunidade, incluindo cuidadores informais, profissionais de saúde, pacientes internados e pacientes em ambulatório com

doenças agudas ou crónica, em níveis diferentes de qualidade de vida), seguida de retrotradução (Fleck *et al.*, 1999)⁽⁵⁾. A versão original inclui 100 questões, formuladas numa escala de resposta do tipo Likert, que mede a intensidade (nada – extremamente), a capacidade (nada – completamente), a frequência (nunca - sempre) e a avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito mau – muito bom), de acordo com seis domínios: **(1)** físico, **(2)** psicológico, **(3)** nível de independência, **(4)** relações sociais, **(5)** ambiente e **(6)** aspectos espirituais/religião/crenças pessoais.

A necessidade de instrumentos curtos, mas dotados de características psicométricas satisfatórias, levou ao desenvolvimento de uma versão abreviada deste: o *WHOQOL-bref*. Este é composto por 26 questões, tendo conservado quatro dos seis domínios da versão original: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O teste apresentou características satisfatórias quanto à confiabilidade teste-reteste e à validade discriminante (Fleck *et al.*, 2000).

As possíveis aplicações do *WHOQOL-bref* são variadas: como instrumento auxiliar na prática clínica, como forma de melhorar a relação médico-paciente, como instrumento de avaliação e comparação de resposta a diferentes tratamentos, como instrumento de avaliação de serviços de saúde, bem como de avaliação de políticas de saúde (*ibidem*).

Nesta investigação, seleccionou-se este instrumento abreviado que revelou consistência interna, validade discriminante, validade concorrente e validade de conteúdo, muito embora ele não tenha sido validado para a população portuguesa. No entanto, e tratando-se de um estudo internacional em que participaram, entre outros, o Brasil e a Espanha, julgamos existirem significativas semelhanças linguísticas e culturais entre o nosso país e estes.

A escolha desta escala, na sua versão breve, relacionou-se com a fácil aplicabilidade da mesma em conjunto com dois outros instrumentos de avaliação (*MAP* e *BSI*). O tamanho das escalas é importante uma vez que os indivíduos se encontram fragilizados (Ribeiro, 2002), apresentam baixos níveis de literacia e, como tal, apresentam alguma dificuldade em responder a escalas longas.

3.2. Procedimentos de recolha de dados

O presente estudo decorreu numa unidade especializada

de tratamento de toxicodependentes em regime de ambulatório – Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Vila Nova de Gaia (CAT de Gaia). Os dados foram recolhidos durante o período de Março a Maio de 2004, conforme os sujeitos foram comparecendo às consultas.

Os utentes, que integram a amostra da investigação, foram convidados a participar na mesma pelo terapeuta de referência, sendo a sua participação voluntária. A administração dos instrumentos ocorreu assim maioritariamente durante o período de consulta e foi aplicada pelos referidos técnicos.

Houve a preocupação de incluir utentes que se encontravam em diferentes tipos de tratamento, no sentido de aproximar as características da amostra à diversidade da população em tratamento e poder comparar os perfis dos resultados em função do tipo de opção terapêutica.

O *BSI* e o *WHOQOL* foram aplicados seguindo o sistema de auto-preenchimento referido pelos seus autores, enquanto no *MAP* optou-se pela entrevista do tipo pergunta-resposta. Esta escolha possibilita o esclarecimento imediato de eventuais dúvidas, evitando erros na compreensão das questões por parte dos sujeitos.

3.3. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 85 sujeitos que frequentam a consulta externa do CAT de Gaia, com idades compreendidas entre os 19 e os 52 anos ($X = 34$ anos); a maioria destes utentes pertence ao sexo masculino (91%) e 57% refere ter ocupação profissional remunerada. A maioria dos utentes entrevistados é solteiro (52%), sendo que 38% referia estar casado ou viver em união de facto e apenas 11% se encontrava separado ou divorciado. Relativamente à escolaridade, a maioria tem o 1º Ciclo do Ensino Básico (35%), seguidos de 29% com o 2º Ciclo, 18% com o 3º Ciclo, sendo que apenas 2,4% têm frequência universitária. Importa ainda referir que 26% dos utentes que compõem a amostra referem ter benefícios sociais.

Relativamente ao tipo de programa de tratamento em que os utentes estão inseridos, tentou-se inquirir igual nº de sujeitos, por forma a permitir o estabelecimento de comparações entre os diferentes grupos terapêuticos ($\chi^2 = 6.47$, $p = 0.17$), sendo que os utentes se distribuem de acordo com a seguinte tabela⁽⁶⁾:

Tabela 1 – Distribuição de utentes por tipo de tratamento e tempo de programa

TIPO DE TRATAMENTO	N (N=85)	%	TEMPO DE PROGRAMA		
			< 6 MESES	6-12 MESES	> 12 MESES
Psicoterapia de apoio (PA)	11	13%	9%	56%	35%
Antagonista opiáceo (AO)	17	20%	59%	12%	29%
Metadona (MET)	13	15%	61%	8%	31%
Buprenorfina (BPN)	20	24%	25%	30%	45%
Acolhimentos (ACO)	24	28%	NA	NA	NA

Em relação aos marcadores serológicos, 15% dos sujeitos são seropositivos para o HIV, 47% positivo para o HCV e 5% para o HBs. Destacamos ainda que do total de utentes, 9% não dispõem de rastreio analítico.

No que diz respeito à prevalência de consumo de substâncias, e fazendo a sua caracterização por tipo de programas de tratamento, os dados são enunciados na tabela que a seguir se apresenta:

Tabela 2 – Prevalência de consumos de substâncias em relação ao tipo de tratamento

SUBSTÂNCIAS CONSUMIDAS	PA (%)	AO (%)	MET (%)	BPN (%)	ACO (%)	TOTAL (%)
Álcool	82	88	46	65	42	62
Heroína	0	29	23	20	75	35
Crack	0	29	70	30	80	46
Haxixe	27	53	46	50	21	39

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1. Sintomas psicopatológicos (BSI)

Tal como referimos, procuramos caracterizar os utentes entrevistados de forma detalhada. Contudo, consideramos que a apresentação do estudo detalhado de toda a diversidade de variáveis se tornaria demasiado exaustiva, pelo que optámos, portanto, por apresentar e comentar apenas os factores que se mostraram mais determinantes, bem como, aqueles que nos pareceram trazer implicações teóricas e clínicas mais relevantes.

O estudo de variáveis psicopatológicas na população toxicodependente torna-se de extrema pertinência, na medida em que um grande número de estudos constata que se trata de um grupo com uma percentagem significativa de perturbação psiquiátrica (Fabião, 2002). A dependência de drogas conduz a um padrão motivacional marcado pela ausência de objectivos, num registo imediatista, o que constitui um padrão de funcionamento da personalidade perturbado, muitas vezes associado à desertificação da vida a nível social, afectivo e profissional, e quase sempre

material, o que muitas vezes gera (e é gerado) por sintomas psicopatológicos (Felix da Costa, 1995).

Os resultados em função do **sexo** revelaram que esta parece ser uma variável pouco discriminatória relativamente à presença/ausência de sintomas psicopatológicos⁽⁷⁾. Deste modo, não podemos referir que homens e mulheres diferem na frequência de sintomas psicopatológicos positivos ($\chi^2=0.358$, $p= 0.29$), assim como, não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das nove dimensões que compõem a BSI.

A **idade**, tal como a variável sexo, parece não ter um impacto significativo no bem-estar do utente ($t_{1SP}=-0.47$, $p=0.64$), apesar dos utentes mais velhos apresentarem uma maior probabilidade de queixas associadas ao funcionamento somático ($r=0.25$, $p=0.02$).

No que diz respeito à **ocupação profissional**, os resultados entre as duas sub-amostras revelam um comportamento menos aproximado. Assim, os utentes com trabalho remunerado, quando comparados com os indivíduos sem ocupação profissional definida, apresentam níveis de bem-estar significativamente superiores nas dimensões somatização

($t=-2.28$, $p=0.02$), depressão ($t=-2.08$, $p=0.04$) e sintomas positivos ($t=-2.29$, $p=0.02$).

Para além dos factores socio-demográficas tradicionais, estudamos o efeito de variáveis específicas da população em estudo, ou seja, o **tempo de programa e idade de início dos consumos de heroína**. Relativamente a estas duas variáveis, os resultados revelam que, por um lado, o tempo de programa parece não influenciar directamente a medida de bem-estar emocional e não está directamente associado a níveis maiores ou menores de sintomatologia psicopatológica; por outro, os indivíduos com mais anos de consumo de heroína têm tendência a revelar níveis de bem-estar significativamente inferiores ($r=0.26$, $p=0.20$).

Importa, ainda, referir que os utentes com **consumos de cocaína** revelam um agravamento da sua condição psicopatológica, ou seja, o número de consumidores desta substância com índice de sintomas positivos superior ao ponto de corte é maior do que aqueles que referem não ter consumido cocaína no último mês ($\chi^2_{ISP}=5.45$, $p=0.02$), sendo que este comportamento estatístico não se verifica nos indivíduos

com consumos de heroína, haxixe e/ou álcool.

A este nível, outros estudos têm revelado altos índices de psicopatologia associados ao consumo de cocaína. Weiss *et al.* (1993 *cit in* Fabião, 2002) constataram que numa amostra de consumidores desta substância em tratamento, 79% tinham pelo menos um diagnóstico do Eixo II, sendo que em 69% destes o diagnóstico estava presente em períodos de consumo e abstinência. De facto, os consumidores de cocaína tendem a caracterizar-se por uma avidez/sofreguidão de consumos, estilos de vida frenéticos e maior tendência à adopção de comportamentos de risco, o que, se por um lado, pode ser decorrente de patologia prévia, é também potenciador dessa mesma perturbação (Brogly *et al.*, 2003).

Finalmente, e no que se refere ao **programa de tratamento** em que os utentes estão inseridos, existem numerosas diferenças entre os diferentes sub-grupos (cf. Tabela 3), pelo que estes resultados revelam que a modalidade de tratamento parece ser um indicador das diferenças de bem-estar emocional.

Tabela 3 – Resultados do ANOVA entre as dimensões e índices da BSI com os diferentes grupos de tratamento⁽⁸⁾

	PA (I) N=11	AO (II) N=17	MET (III) N=13	BPN (IV) N=20	ACO (V) N=24	F	p	LSD
SOMATIZAÇÃO	0.287	0.328	0.762	0.743	0.893	3.89	0.00	** III,IV,V>I,II
OBSESSÕES-COMPULSÕES	0.712	0.951	0.872	1.250	1.507	1.75	0.01	** V>I,II,III
SENSIB. INTERPESSOAL	0.591	0.691	0.712	1.125	1.156	2.74	0.03	* IV,V>I
DEPRESSÃO	0.621	0.765	1.256	1.222	1.625	4.31	0.00	** V>I,II
ANSIEDADE	0.759	0.739	0.691	0.599	0.539	3.91	0.00	** I,II,III>V
HOSTILIDADE	0.672	0.595	0.568	0.567	0.521	1.14	0.35	
ANSIEDADE FÓBICA	0.879	0.867	0.727	0.704	0.696	2.86	0.03	* I,II>V
IDEAÇÃO PARANÓIDE	0.891	0.976	1.420	1.310	1.350	1.35	0.26	
PSICOTICISMO	0.732	0.628	0.603	0.573	0.533	1.74	0.15	
IGS	0.537	0.640	0.828	1.019	1.213	4.23	0.00	** IV,V>I,II
TSP	19.72	22.00	24.77	28.35	33.12	3.12	0.02	* V>I,II
ISP	1.35	1.51	2.09	1.79	1.89	6.22	0.00	** III,IV,V>I,II

** $p < 0.01$ | * $p < 0.05$

Neste sentido, os valores obtidos revelam que, em geral, os utentes integrados em psicoterapia de apoio e antagonista opiáceo (com excepção para a sintomatologia de pendor mais neurótico – ansiedade e ansiedade fóbica – que parece ser superior nos utentes destes grupos), apresentam uma menor frequência de queixas associadas à

sintomatologia psicológica, comparativamente àqueles que recorreram ao serviço pela primeira vez ou que se encontram em programas de substituição (apenas para a dimensão ‘somatização’⁽⁹⁾ e no índice geral de sintomas). Estas conclusões são, de resto, corroboradas pela clínica e por outros estudos de investigação, na medida em que as

modalidades de tratamento designadas 'livres de drogas' integram utentes com evolução clínica mais positiva (Kokkevi & Stefanis, 1995; McIntosh & Ritson, 2001; Soyka, Albus, Immler, Kathmann & Hippus, 2001). Da mesma forma, quando pedimos a distribuição dos utentes por programa de tratamento em função da presença/ausência de sintomas psicopatológicos (cf. Tabela 4), percebemos que a distribuição é assimétrica ($\chi^2=15.58$, $p=0.004$), no sentido de um maior índice de perturbação nos utentes integrados em programas de substituição e entrevistados em situação de acolhimento.

Tabela 4 – Distribuição dos utentes por programa de tratamento em função da presença/ausência de perturbação emocional

	ISP < 1,7	ISP > 1,7
PSICOTERAPIA DE APOIO	10 (91%)	1 (9%)
ANTAGONISTA OPIÁCEO	10 (59%)	7 (41%)
SUBSTITUIÇÃO MTD	3 (23%)	10 (77%)
SUBSTITUIÇÃO BPN	10 (50%)	10 (50%)
ACOLHIMENTOS	7 (29%)	17 (71%)
TOTAL	85 (100%)	

Na verdade, os utentes em programas de substituição têm, em geral, um historial de tratamento com mais insucesso, bem como uma maior prevalência de perturbação mental. Contudo, instigados a identificar variáveis que poderiam suscitar um maior agravamento da condição psicopatológica dos sujeitos em programas de substituição, não encontramos nenhum factor que pudesse influenciar os resultados. Desta forma, talvez pudéssemos considerar que os doentes integrados neste tipo de programas terão, *a priori*, uma condição física mais precária, para além de uma maior taxa de co-morbilidade psiquiátrica (Ryan & White, 1996).

4.2. Avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref)

À semelhança dos procedimentos de análise dos resultados efectuados no instrumento anterior, procuramos identificar variáveis que influenciem de forma directa a percepção de qualidade de vida do indivíduo, recorrendo aos quatro domínios encontrados pela escala original.

Desta forma, não se verificaram diferenças significativas em função do **sexo** do utente, assim como, em relação à **idade** do entrevistado. No que diz respeito, às variáveis '**idade de início de consumo**' e '**tempo de programa**', parece haver uma relação indirecta entre estas variáveis e a qualidade das

relações sociais, podendo traduzir-se na seguinte formulação: à medida que vão tendo mais anos de consumo e/ou tempo em programa de tratamento, os utentes vão tendo uma percepção de menor qualidade das relações sociais. O que se verifica é que, à medida que a dependência se vai instalando, parece haver uma tendência dos indivíduos para restringirem o seu repertório comportamental e negligenciarem os aspectos relacionais, que estão para além do objecto de dependência (Lowinson, 1997). De facto, a experiência de trabalho com estes indivíduos tem-nos mostrado que, em muitos casos, o número de elos da rede social pessoal é muito reduzido e, tantas vezes, circunscritos a ligações aos contextos de consumo e de tráfico.

Relativamente à manutenção de **consumos de substâncias** e respectiva interferência na qualidade de vida, parece haver diferenças estatísticas na percepção de qualidade de vida entre os utentes consumidores e os não consumidores, a que não será alheia a elevada taxa de indivíduos que, mesmo integrados em programa de tratamento, mantêm consumos de opiáceos e cocaína (cf. Tabela 2). Assim, os indivíduos com consumos de **heroína** apresentam níveis de qualidade de vida inferiores nos domínios físico ($t=-4.56$, $p=0.00$) e psicológico ($t=-2.77$, $p=0.007$). Os consumidores de **cocaína**, quando comparados com pares abstinentes, apresentam percepções de qualidade de vida inferiores em todos os domínios. Convém, contudo, reforçar que estas diferenças desaparecem quando excluímos os utentes que foram entrevistados na consulta de acolhimento.

Relativamente à **ocupação profissional**, os utentes activos revelam, comparativamente aos indivíduos desempregados, uma maior qualidade de vida em todos domínios. De facto, o emprego tem sido identificado como preditivo da satisfação pessoal na generalidade da população (Argyle, 1997) e a existência de tempos livres, sem trabalho e ocupação, são dimensões evidenciadas como factores de risco nos adolescentes face ao início de consumos (Cordeiro, 1987). Assim, este elemento constitui-se, nos toxicod dependentes, como um factor de autonomização e reforço de competências sociais (Ferreira, 1997), fundamentais para uma evolução clínica positiva, na medida em que a dificuldade em ocupar os tempos livres se consubstancia como elemento perturbador da manutenção da abstinência e retenção em tratamento (Platt, 1995).

Um outro dado que consideramos importante, tem a ver com

a percepção da qualidade de vida entre os utentes com HIV. Assim, contrariamente às expectativas iniciais, estes indivíduos não apresentam diferenças significativas relativamente aos utentes seronegativos, no domínio psicológico. Contudo, de acordo com Snoek (2000), um elemento de interesse nos estudos relativos à qualidade de vida prende-se com o facto de os indivíduos terem tendência a se adaptarem em termos cognitivos, emocionais e comportamentais às situações adversas, por forma a minorar as consequências negativas a elas associadas, sendo esta

uma possível explicação para a discrepância entre as reais condições de vida e a sua apreciação subjectiva. Existem inclusive estudos em relação à seropositividade que relatam melhoria no estilo de vida dos sujeitos (Costa *et al.*, 1989, Vila-Real, 1992, Kubler-Ross, 1989 *cit in* Guerra, 1994). As pessoas afirmam que, depois de terem tido conhecimento da doença e de se terem confrontado com a morte, encetaram mudanças profundas no seu quotidiano.

No que concerne ao **programa de tratamento**, existem diferenças entre os cinco sub-grupos de utentes (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Resultados do ANOVA entre os domínios *WHOQOL-bref* com os diferentes grupos de tratamento

	PA (I) N=11	AO (II) N=17	MET (III) N=13	BPN (IV) N=20	ACO (V) N=24	F	p	LSD
DOMÍNIO I	4.10	3.98	3.19	3.63	2.72	12.29	0.000	** I,II,IV>V
DOMÍNIO II	3.89	3.82	3.08	3.24	2.89	6.87	0.000	** I,II>III,IV,V
DOMÍNIO III	3.82	3.68	2.74	3.25	2.87	5,61	0.000	** I,II>III,V
DOMÍNIO IV	3.20	3.39	2.64	2.91	2.77	5.02	0.001	** I,II>V,II>III

** p < 0.01

Como podemos observar na tabela anterior, quando se analisam os resultados de uma forma global, verifica-se que na generalidade dos domínios, os indivíduos entrevistados em 1ª consulta apresentam níveis de qualidade de vida inferiores aqueles que estão já inseridos em programa terapêutico, dado que aliás é também confirmado por outros estudos, nomeadamente o de Morgan *et al.* (2003). Assim, consideramos que estes dados poderão contribuir para mostrar o impacto que a integração em programas de tratamento tem na percepção de qualidade de vida dos sujeitos. No que se refere ao **domínio físico**, quando este é avaliado pelos indivíduos entrevistados em Programa de Substituição com Metadona, ele apenas é superior ao referenciado pelos sujeitos entrevistados em primeira consulta, sendo, no entanto de destacar que estas diferenças não são significativas. Para os restantes tipos de tratamento a esfera física é percebida de uma forma significativamente superior.

Os resultados referentes aos outros domínios parecem demonstrar que as representações de qualidade de vida mais positivas se encontram entre os utentes em psicoterapia de suporte e antagonista opiáceo. Assim, se reagruparmos as diferentes modalidades de tratamento em

três grupos – tratamentos ‘livre de drogas’ (psicoterapia de apoio e antagonista opiáceo), tratamento de substituição (com metadona e buprenorfina) e acolhimentos –, os resultados revelam que: **(1)** a qualidade de vida dos utentes em programas ‘livres de droga’ é superior, em todos os domínios, aos utentes que estão integrados noutros tratamentos; **(2)** os utentes em substituição, quando comparados com os indivíduos do acolhimento, referem apenas níveis de qualidade de vida física superior; **(3)** ao nível dos domínios psicológico, relacional e meio ambiente, os utentes em tratamento de substituição não diferem dos pares que foram entrevistados na primeira consulta.

4.3. Sintomas psicopatológicos e qualidade de vida

Finalmente, analisou-se a relação entre o relato de sintomas psicopatológicos e a percepção de qualidade de vida nos indivíduos entrevistados. Para tal, procedemos a um análise correlacional (estudo das associações entre as diferentes dimensões e índices da BSI com os domínios do *WHOQOL-bref*) e diferencial (estudo das diferenças de médias entre as variáveis que compõem os quatro domínios do questionário sobre qualidade de vida com a presença/ausência de perturbação emocional).

Tabela 6 – Matriz de correlações das dimensões e índices do BSI com os domínios da *WHOQOL-bref*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
SOMATIZAÇÃO	1														
OBS.COMPULSÕES	2	0.50**													
SENS. INTERPES.	3	0.48**	0.71**												
DEPRESSÃO	4	0.61**	0.68**	0.59**											
ANSIEDADE	5	0.75**	0.75**	0.66**	0.75**										
HOSTILIDADE	6	0.51**	0.61**	0.63**	0.73**	0.64**									
ANSIED. FÓBICA	7	0.65**	0.55**	0.56**	0.58**	0.67**	0.56**								
ID. PARANÓIDE	8	0.59**	0.62**	0.64**	0.57**	0.62**	0.56**	0.46**							
PSICOTICISMO	9	0.69**	0.71**	0.64**	0.77**	0.74**	0.68**	0.67**	0.63**						
IGS	10	0.79**	0.85**	0.79**	0.87**	0.89**	0.80**	0.76**	0.79**	0.89**					
TSP	11	0.67**	0.80**	0.78**	0.79**	0.81**	0.77**	0.65**	0.69**	0.82**	0.93**				
ISP	12	0.66**	0.52**	0.49**	0.71**	0.62**	0.53**	0.52**	0.64**	0.59**	0.73**	0.46**			
DOMÍNIO I	13	-0.54**	-0.42**	-0.35**	-0.55**	-0.49**	-0.39**	-0.37**	-0.34**	-0.49**	-0.57**	-0.56**	-0.43**		
DOMÍNIO II	14	-0.59**	-0.61**	-0.58**	-0.68**	-0.63**	-0.59**	-0.62**	-0.48**	-0.67**	-0.76**	-0.73**	-0.52**	0.68**	
DOMÍNIO III	15	-0.16**	-0.26*	-0.29**	-0.47**	-0.37**	-0.32**	-0.32**	-0.23*	-0.29**	-0.41**	-0.35**	-0.98**	0.43**	0.59**
DOMÍNIO IV	16	-0.48**	-0.36**	-0.43**	-0.47**	-0.42**	-0.35**	-0.43**	-0.41**	-0.36**	-0.49**	-0.42**	-0.54**	0.57**	0.59**

** p < 0.01 | * p < 0.05

Como podemos verificar pela análise da tabela anterior, a sintomatologia psicopatológica encontra-se fortemente associada à qualidade de vida. Deste modo, parece ser seguro afirmar que a percepção de qualidade de vida aumenta na razão inversa ao nível de mal-estar emocional, até porque a análise estatística entre o grupo de indivíduos com presença e ausência de psicopatologia revela que existem diferenças de médias significativas em todos os domínios da qualidade de vida, isto é, os sujeitos com índice de sintomas positivos revelam uma percepção da sua qualidade de vida muito afectada, muito embora não possamos esquecer o efeito da modalidade de tratamento em que o utente está inserido.

4. SÍNTESE DE RESULTADOS

Dos resultados obtidos salientamos:

1. Tal como as conceptualizações teóricas evidenciam, verificou-se, ao nível dos utentes entrevistados, que a percepção da **qualidade de vida aumenta na razão directa do bem-estar emocional**.
2. Em relação às diferentes variáveis socio-demográficas estudadas, foi possível constatar que aquela que se revela de maior significância é a **situação laboral**. De

facto, os utentes integrados profissionalmente apresentaram melhores níveis de bem-estar, tendo avaliado mais positivamente a sua qualidade de vida do que os sujeitos desempregados.

3. No que diz respeito à situação dos indivíduos face à **manutenção de consumos**, podemos constatar o seguinte: **(a)** muito embora se verifique uma diminuição significativa destes (quando se compara o grupo dos acolhimentos com os outros grupos), continua a existir um elevado número de sujeitos que mantêm consumos de heroína e cocaína, para além da ingestão de álcool; **(b)** isto pode ser determinante para o facto dos indivíduos que apresentam consumos de heroína manifestarem níveis inferiores de qualidade de vida nos domínios físico e psicológico, e nos consumidores de cocaína se verificar um agravamento da sua situação psicopatológica, com uma percepção mais negativa da sua qualidade de vida em todos os domínios.

4. Verifica-se que a **integração dos toxicod dependentes em programas terapêuticos** se constitui como um elemento fundamental na melhoria da percepção que estes apresentam face à sua qualidade de vida, independentemente da abordagem clínica.

5. Quando se reagrupam as diferentes modalidades de tratamento em **Programas Livres de Drogas, Programas de Substituição e Acolhimentos**, os sujeitos integrados nos primeiros demonstraram menos queixas quanto à sintomatologia psicológica e valores superiores na escala de qualidade de vida, comparativamente aos utentes dos outros programas terapêuticos. Pelo contrário, nos utentes integrados em substituição, nomeadamente em metadona, observou-se maior índice de perturbação e *scores* inferiores em todos os domínios, sendo que quando comparados com os Acolhimentos, apenas no domínio físico apresentam valores mais elevados que estes.

5. CONCLUSÕES

Face a estes resultados, não gostaríamos de ter sobre eles uma perspectiva linear sob pena de, também nós, contribuímos para as concepções unidimensionais tantas vezes veiculadas sobre a toxicodependência.

Parece que, em termos gerais, a integração num programa de tratamento potencia a hipótese de os sujeitos se reorganizarem nas diferentes esferas do seu quotidiano e o perspectivarem de uma forma mais positiva, alterando a percepção que apresentam da sua qualidade de vida.

No entanto, em relação às diferenças encontradas nos vários programas de tratamento analisados, é necessário tomar em consideração que estes não são entidades abstractas com “vida própria” e contornos rigidamente definidos. Muito embora existam critérios de inclusão/exclusão e características específicas associadas às substâncias administradas, os programas são definidos pelos utentes que os integram e pelas suas circunstâncias de vida. O exemplo deste facto é a indicação clínica, que opta por um determinado tipo de tratamento em detrimento de outro, pressupondo o reconhecimento por parte dos terapeutas de características distintas nos indivíduos.

Para além disto, esta é uma amostra que enferma do enviesamento típico das amostras clínicas, ou seja: **(1)** é mais provável que inclua toxicodependentes com outros transtornos associados; **(2)** estes grupos tendem a englobar indivíduos que reincidem cronicamente; **(3)** a maioria dos sujeitos que param definitivamente com os consumos, abandonam mais facilmente a acompanhamento clínico (Vaillant, 1997).

Aliás este estudo apresenta outras fragilidades que se torna necessário equacionar, nomeadamente: **(a)** tamanho reduzido da amostra, que se veio a reflectir no escasso número de utentes em cada programa de tratamento, **(b)** pouco controlo no que se refere à uniformidade no tempo de programa, **(c)** questionários administrados pelos próprios terapeutas, que pode introduzir elementos de deselegibilidade social e **(d)** não ter tido em consideração a frequência/quantidade dos consumos referenciados pelos sujeitos entrevistados. Futuramente, para uma avaliação mais precisa, todas estas variáveis deverão ser tidas em linha de conta, no sentido de permitir conclusões mais sustentadas e ilações menos contaminadas por factores não controlados pela investigação.

Deste modo, este grupo de indivíduos pode também enfatizar os fracassos do tratamento e as perturbações mentais, podendo alguns dos resultados obtidos pela investigação derivar de factores prévios e/ou externos aos programas terapêuticos.

A manutenção em programa de metadona é uma abordagem de tratamento que reconhece a necessidade de um opiáceo por parte do sujeito, estando muitas vezes a sua escolha condicionada a condições socio-económicas mais degradadas e a estados de saúde debilitados. Assim, no imediato, tenta-se dar resposta a carências essencialmente físicas e é exactamente neste domínio que os utentes percebem o maior ganho em termos do seu tratamento. Paralelamente coloca-se a questão da manutenção ou não dos consumos e da sua interferência ao nível dos resultados obtidos.

O processo de obtenção da abstinência deve estar associado a uma readaptação social satisfatória, em que o meio vai sendo descontaminado dos estímulos que evocam o desejo da droga e substituído por objectivos progressivamente significativos (Felix da Costa, Pádua & Correia, 2000). Contudo, o que podemos constatar na amostra utilizada é que 70 % dos utentes integrados em substituição com metadona mantêm consumos de cocaína, para além dos 23% que continuam a ter consumos de heroína. Isto revela que se trata de um grupo de sujeitos que conserva uma forte ligação aos contextos de consumo e portanto, com uma dificuldade acrescida de readaptação a outras esferas vivenciais. Aliás, esta é uma dimensão bastante quotidiana na prática clínica: quando os indivíduos integram os programas de substituição,

com as compulsões de consumir fortemente diminuídas e a ansiedade reduzida, é mais difícil criar motivação para o trabalho psicoterapêutico, no sentido de uma reorganização interna, por forma a criar mais recursos na adopção de um estilo de vida sem drogas (Soares, 2001).

Outra questão que nos parece pertinente a este respeito tem a ver com a perspectiva experiencial dos próprios utentes integrados neste tipo de programa. Não deixa de ser curioso que os estudos que se debruçam sobre este domínio, revelam que os utentes possuem uma visão negativa face a esta substância (Moutagne, 2002). Quando inquiridos a este propósito, consideram que a metadona “é mais prejudicial para o corpo”, “tem efeitos negativos no quotidiano”, “é mais adictiva do que a heroína” e “demora mais tempo a fazer efeito, mas dura menos”. Assim, esta opção terapêutica é muitas vezes encarada como o “fim da linha”, o único tratamento possível para os doentes graves e irrecuperáveis, podendo também por isso estar associada à fraca apreciação que estes fazem da sua qualidade de vida⁽¹⁰⁾ – É necessário mais do que uma melhoria das condições físicas do indivíduo para aumentar a sua qualidade de vida em termos subjectivos (Snoek, 2000).

Por outro lado, em relação ao Programa de antagonista opiáceo, trata-se de uma estratégia terapêutica que pressupõe uma elevada e duradoura motivação para o tratamento (Felix da Costa *et al.*, 2000), integrando por isso, à partida, sujeitos mais estruturados, com melhores condições pessoais e sociais. A grande maioria dos indivíduos está inserida profissionalmente o que, tal como já foi referido, se constitui como um elemento potenciador de uma evolução clínica positiva, quer pela possibilidade de autonomização e aquisição de novos recursos individuais, quer pela possibilidade de alargamento da rede social de apoio. Concomitantemente, mesmo quando se verifica a manutenção de alguns consumos de heroína e cocaína, estes têm um carácter mais pontual e distanciado, não acarretando grandes desequilíbrios ao nível do funcionamento quotidiano.

Um dos dados que se evidenciou na presente investigação tem a ver com os elevados níveis de sintomatologia psicológica e reduzida percepção da qualidade de vida apresentados pelos utentes integrados em Programa de buprenorfina, por comparação com outras opções clínicas. Se estas são constatações que, de algum modo, nos surpreen-

dem, uma vez que seria um programa de substituição de alto limiar em que, teoricamente, os indivíduos deveriam revelar níveis de estruturação semelhantes aos utentes inseridos em programa de antagonista, também é verdade que a nossa prática clínica nos tem demonstrado que este é um programa que actualmente se configura num espectro mais alargado e, portanto, dá resposta a uma grande diversidade de indicações/situações clínicas.

No que concerne aos utentes seguidos em psicoterapia de apoio, e face aos valores significativamente superiores nos resultados obtidos por estes em relação a todos os outros, é de salientar que se trata de um grupo altamente seleccionado, em que a maioria dos sujeitos está em fase final de tratamento e/ou terminou outros tipos de programas terapêuticos, pelo que se verifica uma maior estabilidade em termos de abstinência e, concomitantemente, uma organização individual e social mais consistentes.

Para concluir gostaríamos de enfatizar que a mudança de um comportamento aditivo se define, tradicionalmente, como o movimento de um estado de uso continuado de uma substância psicoactiva para um estado igualmente estável de abstinência. Todavia, esta transformação não é um elemento que se possa dicotomizar (Santos Silva, 2001), na medida em que os consumidores de drogas se constituem como pessoas, para além da sua condição de tocodependentes. Assim, é então cada vez mais evidente que, mesmo abstinentes, muitos indivíduos continuam a experienciar perturbação em termos físicos, psicológicos e sociais (Morgan *et al.*, 2003), pelo que a anulação do sintoma *consumo* não se revela suficiente para a eficácia de um tratamento. É então cada vez mais importante que a noção de saúde se perspetive como um estado de razoável harmonia entre os sujeitos e a sua própria realidade (Segre & Ferraz, 1997), pelo que a intervenção nesta área deverá procurar estruturar-se de acordo com os níveis de desenvolvimento e circunstâncias vivenciais dos indivíduos na sua globalidade.

Contactos:

Raquel Escudeiro, Sónia Lamachã, Anabela Freitas
CAT Gaia – Rua Guilherme Gomes Fernandes, 140
4400-175 Sta. Marinha – Vila Nova de Gaia
Tel.: 223 709 707
e-mail: cat.gaia@idtdrn.iol.pt

Helder Miguel da Silva
 CAT de Braga – Rua Conselheiro Januário, 157, 4710-373 Braga
 Tel.: 253 205 180

NOTAS

(1) Todavia, também não nos podemos esquecer que a doença e o sofrimento, conceptualizados como estados psíquicos que transcendem a noção de dor, não podem nunca dissociar-se da cultura e do sentir de uma sociedade (Carqueja, 2000).

(2) Embora alguns autores considerem o conceito de qualidade de vida como equivalente a saúde, estamos perante noções diferentes; a qualidade de vida é um indicador de saúde. Assim, a saúde é um elemento da qualidade de vida, muito embora esta englobe outros domínios (Ribeiro, 2002).

(3) Não deixa de ser curioso que também os toxicodependentes encaram os seus consumos de uma forma dicotómica, ou seja, identificam-se rigidamente como “consumidores” ou “não-consumidores”. Assim, quando estão abstinentes consideram-se imediatamente “não-consumidores” e vice versa (Ellis, McInerney, DiGiuseppe & Yeager, 1988).

(4) Este é um instrumento que não está validado para a população portuguesa, pelo que a sua utilização funcionou apenas como guião de base para a organização dos dados. Está a proceder-se à sua validação.

(5) Este instrumento encontra-se também adaptado à população idosa (Fleck, Chachamovich, & Trantini, 2003).

(6) **Psicoterapia de apoio** – Tratamento que integra os utentes que se encontram somente em acompanhamento psicoterapêutico (individual) e, nalguns casos, socioterapêutico, com ou sem apoio medicamentoso (excluindo agonistas ou antagonistas opiáceos).

Antagonista opiáceo – Tratamento de manutenção em naltrexona, com efeitos bloqueadores da actividade do opiáceo, anulando o prazer que este induz, sem causar dependência. Incluem-se neste programa indivíduos dependentes de opiáceos que apresentam valores de função hepática e renal compatíveis, que disponham do apoio de terceira pessoa responsável pela gestão e administração do medicamento. **Metadona** – Tratamento de substituição com opiáceo sintético que suprime os sintomas de privação opiácea, bem como a ânsia de consumo (*craving*), em dependentes de heroína, implicando toma diária. Geralmente, são integrados neste programa utentes: dependentes de opiáceos com vários anos de consumo; com várias tentativas terapêuticas falhadas; que sofrem de doença física grave (nomeadamente infecto-contagiosa); que apresentem coexistência de comorbilidade psiquiátrica e, ainda, em caso de gravidez. **Buprenorfina** – Tratamento de substituição com um substituto opiáceo semi-sintético, com efeitos agonista

parcial e antagonista dos receptores opiáceos que, absorvido por via sublingual e tomado diariamente, suprime os sintomas de privação. Incluem-se neste tratamento utentes: heroíno-dependentes; que apresentem insucesso nas tentativas de desabitação física com medicação (em ambulatório e/ou em internamento); que disponham preferencialmente, do apoio de terceira pessoa responsável pela gestão e administração do medicamento; e que apresentem autonomia económica para custear a medicação.

Acolhimentos – Correspondem à primeira consulta realizada no CAT, após inscrição administrativa. Nesta consulta decorre normalmente a exploração do pedido do utente, sua história desenvolvimental e do seu problema, exploradas as expectativas relativamente ao tratamento, com o objectivo de tomar decisões quanto ao tipo de terapêutica a efectuar.

(7) O número de mulheres é significativamente inferior ao número de homens entrevistados, pelo que estes resultados têm que ser considerados com as devidas cautelas.

(8) Algumas das dimensões da BSI foram modificadas no sentido de cumprirem os requisitos para o tratamento estatístico.

(9) Alguns utentes em programas de substituição mantêm queixas somáticas recorrentes devido aos efeitos físicos dos substitutos opiáceos.

(10) Existem provas substanciais de que o comportamento influencia o estado de saúde. O que também se vem tornando cada vez mais evidente é que o lugar que ocupamos na sociedade tem igualmente um impacto substancial sobre a nossa saúde (Bennett & Murphy, 1997) e na perspectiva que temos dela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argyle, M. (1997). Is happiness a cause of health? *Psychology and Health*, 12 (6): 769-781.
- Atkinson, M. J. & Zibin, S. (1996). *Quality of life measurement among persons with chronic mental illness: a critique of measures and methods*. Ontario: Publications Health Canada.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1997). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Berlim, M. T. & Fleck, M. P. A. (2003). “Qualidade de vida”: um novo conceito para a pesquisa e prática em psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (4): 249-252.
- Brogly, S.; Mercier, C.; Bruneau, J.; Palepu, A. & Franco, E. (2003). Towards more effective public health programming for injection drug users: development and evaluation of the injection drug user quality of life scale. *Substance Abuse and Misuse*, 38 (7): 965-992.
- Canavaro, M. C. (1999a). Inventário de sintomas psicopatológicos (E.B.S.I. In M. R. Simões; M. Gonçalves e L. S. Almeida (Eds.). *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Volume II). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.

- Canavaro, M. C. (1999b). *Relações afectivas e saúde mental: Uma abordagem ao longo do ciclo vital*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carqueja, H. (2000). Doença e toxicodependência. *Toxicodependências*, 6 (3): 83-85.
- Cordeiro, J. D. (1987). *A saúde mental e a vida*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Ellis, A.; McInerney, J. F., DiGiuseppe, R. & Yeager, R.J. (1988). *Racional Emotive Therapy with alcoholics and substance abusers*. Oxford: Pergamon Press.
- Fabião, C. (2002). Toxicodependência: duplo diagnóstico, alexitimia e comportamento. *Toxicodependências*, 8 (2): 37-51.
- Fakhoury, W. K. H. & Priebe, S. (2002). Subjective quality of life: it's association with other constructs. *International Review of Psychiatry*, 14: 219-224.
- Felix da Costa, N. (1995). Contentamento e Prazer (para uma perspectiva psico-antropológica das toxicodependências). *Toxicodependências*, 1 (1): 5-13.
- Felix da Costa, N.; Pádua, J. & Correia, M. (2000). Um ano em Naltrexona. *Toxicodependências*, 6 (3): 51-60.
- Ferreira, E. V. (1997). Efeitos socio-demográficos e socio-relacionais sobre o processo de tratamento de toxicómanos. *Toxicodependências*, 3 (7): 55-64.
- Fleck, M.; Leal, O.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1): 19-28.
- Fleck, M.; Leal, O.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida – "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34 (2): 178-183.
- Fleck, M.; Chachamovich, E. & Trantini, C. (2003). Projecto WHOQOL – OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6): 793-799.
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A. & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurements: bibliographic study of patients assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324: 1417-1421.
- Guerra, M. P. (1994). Avaliação da adaptação do ser humano à seropositividade ao vírus HIV. *Análise Psicológica*, 2/3 (XII): 381-388.
- Jenney, E. M. & Campbell, S. (1997). Measuring quality of life. *Archives of Disease in Childhood*, 77: 347-54.
- Kokkevi, A. & Stefanis, C. (1995). Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 36: 329-337.
- Lowinson, J. H. (1997). *Substance abuse: a comprehensive text book*. Baltimore: Williams & Williams.
- Marsden, J.; Gossop, M.; Stewart, D.; Best, D.; Farrell, M.; Lehmann, P.; Edwards, C. & Strong, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile: A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93 (12): 1857-1868.
- McIntyre, T.; Barroso, R. & Lourenço, M. (2002). Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Saúde Mental*, IV, (5): 13-24.
- McIntosh, C. & Ritson, B. (2001). Treating depression complicated by substance misuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7: 357-364.
- Milheiro, J. (2003). *Adão e Eva no deserto... um olhar psicanalítico*. Lisboa: Climepsi.
- Morgan, T. J.; Morgenstern, J.; Blanchard, K. A.; Labouvie, E. & Bux, D. A. (2003). Health-related quality of life for adults participating in outpatient substance abuse treatment. *The American Journal on Addictions*, 12: 198-210.
- Moutagne, M. (2002). Appreciating the user's perspective: listening to the "methadonians". *Substance use and Misuse*, 37 (4): 565-570.
- Muldoon, M. F.; Barger, S. D.; Flory, J. D. & Manuck, S. B. (1998). What are quality of life measurements measuring?. *British Medical Journal*, 316: 542-45.
- Paul, C. & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Platt, J. (1995). Vocational rehabilitation of drug abusers. *Psychological Bulletin*, 117 (3): 416-433.
- Ribeiro, J. L. P. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M.R.D.E. Durá (Coord.), *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.
- Ryan, C. F. & White, J.M. (1996). Health status at entry to methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Addiction*, 91 (1): 39-45.
- Sanders, C.; Egger, M.; Donovan, J.; Tallon, D. & Frankel, S. (1998). Reporting on quality of life in randomised controlled trials: bibliographic study. *British Medical Journal*, 317: 1191-1194.
- Santos Silva, J. A. (2001). As redes sociais e o percurso na toxicodependência. O tratamento como instrumento de reinserção. *Toxicodependências*, 7 (1): 23-34.
- Segre, M. & Ferraz, F.C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31 (5): 538-42.
- Smith, K. W. & Larson, M. J. (2003). Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29 (2): 323-35.
- Snoek, F. J. (2000). Quality of life: a closer look at measuring patients' well-being. *Diabetes Spectrum*, 13: 24-28.
- Soares, A. (2001). Uma proposta integrativa na terapia cognitiva na toxicodependência. *Toxicodependências*, 7 (2): 29-49.
- Soyka, M.; Albus, M.; Immler, B.; Kathmann, N. & Hippus, H. (2001). Psychopathology in dual diagnosis and non-addicted schizophrenics – are there differences? *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 251: 232-238.
- Vaillant, G. E. (1996). As adições ao longo da vida: implicações terapêuticas. In G. Edwards & C. Dare (Coords.), *Psicoterapia e tratamento de adições*. Porto Alegre: Artes Médicas.