

4 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL EM CONSUMIDORES DE DROGAS: QUE RELAÇÃO?

| Paulo Seabra¹; José Amendoeira²; Luís Sá³ |

RESUMO

A forma como cada pessoa que consome drogas vive no dia-a-dia é algo que deve ser particularmente percebido pelos técnicos de saúde, pois assim, estarão melhor preparados para cuidar. Por vezes, a prévia construção por parte dos técnicos, que os consumidores de drogas têm baixa qualidade de vida e pouca saúde mental, pode afastá-los dos seus objetivos de percepção do outro. Importa portanto, visitar estes conceitos subjetivos e avaliar a forma como cada um percebe e auto avalia o seu estado em determinado momento. Analisamos a relação entre, a percepção da Qualidade de Vida e Saúde mental numa amostra aleatória sistemática de 180 dependentes de opiáceos, integrados num programa de manutenção com metadona e que aceitaram responder às questões formuladas a partir de dois instrumentos. Utilizamos um instrumento que nos permite avaliar a auto percepção da Qualidade de vida - Escala de avaliação da qualidade de vida nos consumidores de substâncias em programa de substituição com metadona (Pacheco, Murcho, & Jesus, 2005) e outro que nos permite avaliar a Saúde mental - MHI-5 (Mental Health Inventory 5) (Ribeiro, 2001). É um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, com uma abordagem transversal. A população é essencialmente masculina (n=132, 73,3%), com uma média de idade 41.06 (dp=7,58), em termos de escolaridade 31 (17,2%) tinham mais que o 9º ano, situação laboral 55 (30,6%) estavam empregados, 128 (71,1%) mantêm consumos de substâncias e 153 (85%) apresentam algum tipo de comorbilidades. O resultado apurado na amostra, para a Qualidade de Vida foi Md= 67 (P58-73) o que equivale a 76,8% numa escala que admite um intervalo de 21-84 e para a Saúde Mental foi Md=19 (P15,2-23) o que equivale a 53,52% numa escala que admite um intervalo de 5-30. Utilizando o teste de Spearman obtivemos uma correlação positiva moderadamente significativa (r=,342; p<0.001). Podemos concluir que esta população consumidora de drogas apresenta valores positivos de qualidade de vida e saúde mental e os que percebem melhor qualidade de vida tem melhor saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida; Saúde mental; Enfermagem; Resultados em saúde

ABSTRACT

The way each addict lives in day to day life, is something that should be particularly perceived by caregivers because they will be better prepared to care for. Sometimes the prior construction by the health technicians that drug users have poor quality of life and poor mental health can remove them from their perception of the other goals. Therefore, we must revisit these subjective concepts and evaluate how each one perceived and self assess their status in determining time. We analyzed the relationship between quality of life and mental health perception, in a systematic random sample of 180 opiate addicts, integrated into a methadone maintenance program and accepted to answer formulated question from two instruments. We use a tool that allows us to evaluate the quality of life self perception - Quality of life evaluation in drug addicts in methadone substitution program scale (Pacheco, Murcho, & Jesus, 2005) and the mental health assessment - MHI-5 (Mental Health Inventory 5) (J Ribeiro, 2001). It is a quantitative, descriptive, and correlational cross-sectional study.

The mostly population male (n = 132, 73.3%), with a mean age of 41.06 (SD = 7.58), in terms of education 31 (17.2%) had more than 9 years, employment status 55 (30.6%) were employed, 128 (71.1%) maintain drug consumption and 153 (85%) have some type of comorbidities. The Quality of life result was Md = 67 (P58-73) the equivalent to 76.8% on a scale with a range of 21-84 and Mental Health was Md = 19 (P15,2 -23) equivalent to 53.52% on a scale with a range of 5-30. Using the Spearman test a moderately positive significant correlation was obtained (r = 0.342, p < 0.001).

We conclude that this drug addict population has quality of life and mental health positive values and those who have a better quality of life perception have better mental health.

KEYWORDS: Quality of life; Mental health; Nursing; Health outcomes

1 Doutorando em Enfermagem na UCP; Professor Assistente; Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa; CIIS (Centre for Interdisciplinary Research in Health, UCP), pauloseabra@ics.lisboa.ucp.pt

2 Professor Coordenador, Instituto Politécnico de Santarém; CIIS (Centre for Interdisciplinary Research in Health, UCP), jose.amendoeira@essaude.ipsantarem.pt

3 Professor Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde – UCP; CIIS (Centre for Interdisciplinary Research in Health, UCP), lsa@porto.ucp.pt

Submetido em 20/02/13 – Aceite em 31/05/13

Citação: Seabra, P., Amendoeira, J. & Sá, L. (2013). Qualidade de Vida e Saúde Mental em Consumidores de Drogas: Que Relação?. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (9), 21-28

INTRODUÇÃO

A reflexão e aprofundamento dos estudos relacionados com a qualidade dos cuidados de saúde tiveram particular contributo, com os estudos iniciados no final do século passado, sobre a efetividade do papel dos profissionais nos resultados em saúde obtidos pelas pessoas. Procura-se aprofundar o conhecimento sobre alguns fatores que efetivamente se relacionam com a forma como as pessoas vivem o seu dia-a-dia. Estes dados, relacionados com a saúde das pessoas, podem ser avaliados através da relação entre alguns determinantes e a qualidade de vida (QV) (Doran D., 2011).

Ao direcionarmos a nossa atenção aos consumidores de drogas, deparamos com uma população caracterizada por aspetos particulares, por dificuldades na sua vivência social e familiar, por sofrimento emocional e com uma forma de vida geradora de “inquietação de consciências” na população não consumidora, e que por tudo isto, requer mais pesquisa sobre a forma como percebem a sua vida para além dos indicadores mais tradicionais como a abstinência e o abandono de determinados comportamentos (Escudeiro, Lamachã, Freitas, & Silva, 2006). A população consumidora de drogas que recorre aos serviços de assistência especializada apresenta características que se foram alterando. Apresentam-se mais velhos, com mais e diferentes necessidades em saúde (Cook, Epperson, & al., 2005; Beynon, McVeigh, & Roe, 2007; Roe & Beynon, 2010). Estudos longitudinais demonstram uma natureza crónica desta doença (Torrens, 2008; Conway, Levy, & Vanyukov, 2010; Nyamathi, Nandy, Greengold, & al., 2010).

A principal substância consumida por esta população (em Portugal) continua a ser a heroína (maioritariamente numa perspetiva de policonsumos) e a resposta terapêutica mais desenvolvida é uma abordagem psicossocial, de matriz multidisciplinar, conjuntamente com a intervenção medicamentosa com cloridrato de metadona (IDT, 2012).

O envelhecimento desta população traz consigo a preocupação com as suas morbilidades e comorbidades, que sabemos ser superior à população em geral (Roe & Beynon, 2010) e com os seus problemas sociais. Os fatores determinantes encontrados, para as necessidades em saúde nas faixas etárias mais elevadas são: o policonsumo, as comorbidades e os fatores relacionados com o envelhecimento. Estes condicionam também as intervenções dos técnicos de saúde (Seabra & Sá, 2011). As comorbidades físicas e psíquicas (presentes em 70% da população) são responsáveis pelo aumento das incapacidades associadas ao consumo de drogas (Machado & Klein, 2005; Almeida & Vieira, 2005; Nyamathi,

Shoptaw, Cohen, & al., 2010) e consequentemente pela diminuição da sua QV.

Na literatura, verificamos que ao estarem integrados nos centros de tratamento e nos programas medicamentosos, os doentes melhoram a sua QV (Pacheco, Murcho, & Jesus, 2005; Astal, Salvany, Buenaventura, Tato, & Torrens, 2008; Murcho & Pereira, 2011; IDT, 2012). Mas, definir QV não é tarefa simples. O conceito é ambíguo, lato, volúvel e difere de cultura para cultura, de época para época, de pessoa para pessoa e até num mesmo individuo se modifica com o decorrer do tempo (Leal, 2008). O constructo teórico dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida provém maioritariamente do referencial teórico da organização mundial de saúde (WHOQOL, 1995). No entanto, têm sido desenvolvidas escalas de avaliação de QV agregando indivíduos que apresentem o mesmo diagnóstico médico, como estratégia para a comparabilidade.

Uma particularidade nesta população, quando se faz a reflexão sobre alguns indicadores, é que nem sempre a redução dos consumos corresponde a mais QV. As melhorias podem ser significativas apenas depois de algum tempo e para muitos, os consumos não interferem na sua QV (Ashton, 2003).

Podemos definir QV como a perceção única e pessoal, marcada por muitos fatores interrelacionados, como a situação socioeconómica, o clima político, os fatores ambientais, a habitação, a educação, o emprego, entre outros. Os cuidados de saúde não podem alterar os fatores que contribuem para a qualidade de vida, mas estes inevitavelmente afetam o estado de saúde (WHOQOL, 1995). QV relacionada com a saúde é um subconjunto dos aspetos de QV, relacionados na existência individual, com o domínio da saúde.

Quando aprofundamos a definição de Saúde Mental (SM), encontramos outro conceito subjetivo. Relaciona-se com a QV cognitiva, emocional e com a ausência de doença mental. Inclui a capacidade para apreciar a vida e proporciona um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica (Sá, 2010). Ao analisarmos o sentido dos conceitos QV e SM (enquanto conceito com duas dimensões, incluindo o bem estar) percebemos a necessidades de serem incluídos na funcionalidade de cada pessoa, numa variedade de áreas como a sua saúde física, qualidade de auto manutenção, qualidade do desempenho das suas atividades, estado intelectual, atividade social, atitudes com o mundo e com ele próprio e estado emocional (Doran D., 2011). Alguns estudos, têm contribuído para conhecimento da relação entre a SM e a QV em consumidores de droga, embora, poucos estudos apresentem a intensidade dessa relação, o aprofundamento da relação entre diferentes

domínios dessa mesma relação e normalmente os consumidores são avaliados no momento da admissão, não ponderando nos estudos, o tempo de permanência nesses programas como um fator estabilizador para estes dois estados. (Escudeiro, Lamachã, Freitas, & Silva, 2006; Astal, Salvany, Buenaventura, Tato, & Torrens, 2008; Torrens, 2008).

É na sequência desta reflexão, que surge o presente trabalho que tem como objetivos, analisar a relação entre a QV e a SM de pessoas dependentes de opiáceos, integradas num programa de manutenção com metadona, aprofundar a relação entre diferentes dimensões destes dois conceitos, verificar se os valores encontrados nesta população diferem de outras populações estudadas.

Como pergunta de investigação: Qual a relação entre a SM e a QV em pessoas dependentes de opiáceos, integradas em programa de manutenção com metadona?

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Para dar resposta aos objetivos deste trabalho, desenvolvemos um estudo quantitativo, de tipo descritivo, transversal e correlacional.

Participantes

Utilizou-se uma amostra probabilística aleatória sistemática, realizada durante o atendimento nos programas medicamentosos. A amostragem decorria a partir do momento em que o investigador estivesse presente numa abordagem n+2 ou seja, era apenas solicitada a participação a todos os utentes que se apresentassem nesta sequência.

Foram participantes os que reuniam os seguintes critérios:

- a) Maioridade.
- b) Integrado em programa de manutenção opiácea com metadona, há pelo menos 1 mês.

A amostra foi constituída por 180 utentes que aceitaram participar, em 3 locais diferentes de atendimento (Equipas de Tratamento), na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Instrumentos

a) Questionário de Identificação – Permitiu a obtenção de dados sociodemográficos, dados clínicos e comportamentais, relacionados com o consumo de drogas.

Optamos por instrumentos adequados à população e já testados e validados para a população portuguesa, com o objetivo da comparação de dados (Torrens, 2008).

- MHI-5 (Mental Health Inventory 5) (Ribeiro J. P., 2001)

O MHI5 é um questionário de autorresposta, desenvolvido para investigação epidemiológica, visando avaliar a Saúde Mental numa perspetiva que inclui dimensões positivas e negativas. O MHI5 avalia a ansiedade, a depressão, a perda de controlo emocional/comportamental e bem-estar psicológico, com utilização já efetivada com populações dependentes de drogas (Cotralha, 2007; Nyamathi, Nandy, Greengold, & al., 2010). Apresenta 5 itens (agrupados em 2 dimensões, distress e bem estar) sendo os sujeitos convidados a assinalarem o seu estado numa escala de Likert de 6 pontos. A cotação da escala é obtida pelo somatório dos itens (2 itens com a cotação invertida). Níveis mais elevados no somatório correspondem a melhor saúde mental (5-30). Está validado para a população portuguesa (Ribeiro J. P., 2011).

No estudo de validação para a população portuguesa, foi obtido um Alfa de Cronbach de 0.80.

- Escala de avaliação da qualidade de vida nos consumidores de substâncias em programa de substituição com metadona (Pacheco, Murcho, & Jesus, 2005)

O questionário apoia-se na perceção de QV tal como é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). É um instrumento que perspetiva a saúde envolvendo as dimensões afetivas e cognitivas. Relaciona-se com os aportes positivos da promoção da saúde e da prevenção da doença, englobando a saúde física, mental, social e a satisfação das necessidades humanas (Pacheco, Murcho, & Jesus, 2005).

É composto por duas subescalas. A subescala relativa aos “fatores da situação sócio familiar e económica” e aos “fatores da situação satisfação pessoal”. É constituído por 21 itens em que os sujeitos atribuem a concordância numa escala Likert de 4 pontos. Valores mais elevados correspondem a melhor QV (21-84).

No estudo de validação para a população portuguesa em 2005 (n=236), foi obtido um Alfa de Cronbach de 0.88 e num estudo mais recente (n=308) 0.93 (Murcho & Pereira, 2011). Estudos com idêntica população e metodologia.

Procedimentos

Atendendo ao funcionamento das próprias equipas, a aplicação dos questionários a todos os doentes que aceitavam participar e a quem eram explicados os objetivos do estudo, foi realizada pelo investigador. Isto permitiu a ausência de não respostas. Aos doentes era dada garantida de confidencialidade e pedido que assinassem o consentimento informado.

O estudo teve parecer positivo da Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica

Portuguesa. Obtivemos a autorização dos autores para a utilização dos instrumentos de avaliação. O acesso ao campo foi autorizado pelo Concelho Diretivo do Instituto da Droga e Toxicoddependência, I.P.

Os dados referentes a cada escala e subescala foram calculados seguindo as recomendações dos autores. De seguida, elaboramos uma base de dados e introduzimos todos os dados para tratamento estatístico (SPSS 19).

Procedimento Estatístico

Determinamos a utilização de estatística não paramétrica pois as variáveis em estudo são ordinais e os dados apresentaram-se com uma curva não normal com o teste Kolmogorov-Smirnov (Marôco, 2011). Por se tratar de um estudo correlacional, calculamos o coeficiente de correlação de Spearman. Consideramos estatisticamente significativos os testes que tinham articulado um valor de $p \leq 0.05$.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

A amostra obtida para análise ficou constituída por 180 pessoas (60 em cada equipa).

Caraterização da amostra (dados mais relevantes):

- Género masculino $n = 132$ (73.3%); Género feminino $n = 48$ (26.7%).
- Média de idades 41.06 ($dp = 7,58$), com um intervalo 24-68.
- Escolaridade: 3 (1.7%) $\leq 4^{\circ}$ ano; 25 (13,95%) completaram o 4^o ano; 63 (35%) completaram 6^o ano; 58 (32,2%) completaram o 9^o ano; 26 (14.4%) completaram o 12^o ano; 5 (2.8%) completaram o ensino superior.
- Estado civil: Solteiro 100 (55.6%); casados 18 (10%); União de facto 36 (20%); Divorciado 22 (12.2%); viúvo 4 (2.2%).
- Filhos: Sim 95 (52.8%); Não 85 (47.2%).
- Situação laboral: Empregado 55 (30.6%); desempregado 87 (48.3%); Trabalho esporádico 17 (9.4%); Reformado 17 (9.4%); Formação subsidiada 4 (2.2%).
- Consumos: Hipóteses múltiplas - 25 (13.9%) consome heroína; 46 (25.6%) consome estimulantes; 52 (28.9%) cannabis; 55 (30.6%) álcool; 33 (18.3%) benzodiazepinas.
- Sem consumos: 52 utentes (28.9% do total da amostra) não têm consumos.
- Comorbilidades: HIV+ 45 (25%); HCV 106 (58.9%); Com pelo menos uma perturbação mental 43 (23.9%); Doenças físicas (exceto infeções víricas) 80 (44.4%).
- Sem comorbilidades: 27 (15%).
- Média de idade de início de consumos: 18.2 ($dp = 5,5$)

- Média de anos de consumo: 16.7 ($dp = 7.6$).
- Média de tempo de programa: 52,8 meses ($dp = 43,3$)
- Dose de metadona: 74,1 mg ($dp = 41,1$)

Análise dos Instrumentos

No que se refere a análise dos instrumentos (quadro 1), podemos considerar que no nosso estudo demonstraram uma boa consistência interna (Marôco, 2011).

	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
QV	,885	,890	21
SM	,880	,880	5

Quadro 1 - Consistência interna

Qualidade de Vida

Analisando o quadro 2, que reporta para a análise descritiva da nossa amostra, verificamos que a mediana encontrada foi 67 numa escala com intervalo de 21-84. O fator com mais peso no valor total foi QV situação sociofamiliar e económica, com uma mediana de 37 podendo ter um intervalo de 11-44 e com menos peso o fator QV fatores de satisfação pessoal, com 29,5 podendo ter um intervalo de 10-40.

	QV Valores absolutos da escala	QV situação sociofamiliar e económica	QV fatores de satisfação pessoal
Média	64,58	35,62	28,95
Mediana	67,00	37,00	29,50
Percentis	25	58,00	32,00
	75	73,00	40,75
			25,00
			33,00

Quadro 2 - Valores da Escala e subescalas QV

Na análise do quadro 3, verificamos que 95% da amostra apresenta valores a partir dos quais a QV é boa. O ponto de corte na escala total é 42. Na subescala fatores da situação sócio familiar e económica o ponto de corte é 22 e na subescala fatores de satisfação pessoal é 20.

		Frequência	Porcentagem
Valores obtidos	21-42	9	5,0
	43-84	171	95,0
	Total	180	100,00

Quadro 3 - Diferenciação da amostra em termos de QV

Saúde Mental

Para a variável SM e ainda reportando à análise descritiva da nossa amostra, verificamos que a mediana encontrada foi 19, numa escala com intervalo de 5-30 (maior valor, melhor SM). O fator com mais peso no valor total foi SM Distress, com uma mediana de 13 podendo ter um intervalo de 3-18 e com menos peso o fator SM bem-estar, com 6 podendo ter um intervalo de 2-12 (quadro 4)

	MHI 5 Valores absolutos da escala	MHI5 Distress	MHI5 Bem-estar
Média	18,48	12,22	6,26
Mediana	19,00	13,00	6,00
Percentis	25	15,25	10,00
	75	23,00	15,00

Quadro 4 - Valores da escala e subescalas MHI5

Na análise do quadro 5, verificamos que 55,6% da amostra apresenta valores de bem-estar psicológico. O ponto de corte na escala total é fixado nos 52%.

Quadro 5 - Diferenciação da amostra em termos de SM

		Frequência	Porcentagem
Valores obtidos	0 – 52%	80	44,4
	53 -100%	100	55,6
	Total	180	100,0

Legenda - Valores de intervalo convertidos em percentagens, segundo o critério do autor da adaptação $100 * (x-5)/25$.

Seguidamente estes dados foram agrupados, distinguindo pela média de idades (41) a amostra em 2 grupos (quadro 6) O valor de QV é mais elevado nos que têm a idade <41 embora estatisticamente não significativa ($U=0.605$; $p \geq 0.05$) e o valor de SM é igualmente mais elevado nos <41 embora estatisticamente não significativa ($U=0.125$; $p \geq 0.05$)

MHI 5 valores absolutos da escala	<41	Média	19,02
	>= 41	Média	17,87
QV Valores absolutos da escala	<41	Média	65,04
	>= 41	Média	64,06

Quadro 6 - Valores da amostra por faixas etárias

Realizamos a avaliação da correlação entre a QV e SM (quadro 7) e encontrou-se uma correlação positiva em que podemos afirmar com um grau de confiança de 99%, que há relação significativa entre estas 2 variáveis.

		MHI 5 valores absolutos da escala	QV Valores absolutos da escala
Spearman's rho	MHI 5 valores	Correlação	1,000
		Sig.(2-tail.)	.
	QV	Correlação	,342**
		Sig.(2-tail.)	,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Quadro 7 - Correlação de Spearman entre a QV e a SM (n=180)

O resultado obtido nesta análise, indica que quanto maior a SM, maior é a QV nas pessoas consumidoras de drogas, em programa de metadona. Têm uma associação linear moderada $r^2 = 0.116$ (11,6 % da variação da QV é explicada pela Saúde Mental).

No quadro 8 avaliamos a relação entre as diferentes subescalas da QV e as subescalas da SM. Os dados confirmam que a correlação interna entre as subescalas de cada instrumento é forte. No que se refere a relação entre as subescalas dos dois instrumentos, a correlação mais forte é entre a subescala QV-Satisfação pessoal e a MHI5 – Bem-estar psicológico.

Na relação da subescala MHI5 distress com as subescalas da QV, verifica-se que há maior relação com a subescala situação sócio familiar e económica do que com a subescala bem-estar.

		QV Sit. Sóc. Fam. e Eco.	QV Sat. Pes	MHI5 Distress	MHI5 Bem-estar
Spearman's rho	QV Sit. Sóc. Fam. e Eco.	Correlação	1,000	,744**	,265**
		Sig(2-tail)	.	,000	,000
	QV Satisfação Pessoal	Correlação	,744**	1,000	,239**
		Sig(2-tail)	,000	.	,001
	MHI5 Distress	Correlação	,265**	,239**	1,000
		Sig(2-tail)	,000	,001	.
	MHI5 Bem-estar	Correlação	,332**	,345**	,713**
		Sig(2-tail)	,000	,000	,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Quadro 8 - Relação entre as diferentes subescalas

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Dos dados que emergiram desta análise, destaca-se claramente a percentagem de utentes que apresentaram bons níveis de QV. Esta análise, que deve ter em consideração que sua interpretação parte de um instrumento específico para avaliar a QV em utentes em programa de metadona, tem obrigatoriamente que ser olhada comparativamente a outras amostras semelhantes e avaliadas com o mesmo instrumento. A comparação com a QV percebida e mensurada com outros instrumentos parece-nos igualmente pertinente.

Se concordamos que os consumidores de drogas têm uma QV e uma SM, inferior a população em geral, são relevantes estes dados que corroboram que os programas de metadona melhoram a qualidade de vida dos utentes (Faggiano, Vigna-Taglianti, & al., 2008; Go, Dykeman, Santos, & Muxlow, 2011; OEDT, 2012).

Os utentes apresentam em média 16,7 anos de consumo e apresentam uma média de 4,4 anos de permanência nos programas. Se relacionarmos estes dados, com a dose média do fármaco prescrito, que está de acordo com as guidelines internacionais (Faggiano, Vigna-Taglianti, & al., 2008), podemos considerar que estes programas longos, na perspetiva crónica da doença, e a prescrição adequada, contribuem para uma boa SM e uma melhor QV. A amostra caracteriza-se por ter uma média de idades superior à população abrangida pelas unidades especializadas, a nível nacional, em que a média se fixou nos últimos dados disponíveis nos 39 anos (IDT, 2012). Tem valores significativos de desemprego (48.3%), de comorbilidades (85%) e de policonsumos (71,1%). Há evidência que menor QV e menor SM associam-se às recaídas e manutenção de consumos (Almeida & Vieira, 2005; Torrens, 2008; Go, Dykeman, Santos, & Muxlow, 2011). Neste estudo e atendendo ao primeiro objetivo, os valores positivos encontrados, devem ser ainda analisados, relacionando com a percentagem de 28.9% de utentes que não consome, o que reforça os dados positivos extraídos. Podemos colocar a hipótese que os que não consomem contribuem para os bons resultados. Outra evidência, é a percentagem superior dos que têm QV positiva, comparando com a percentagem dos que não consomem, e que reflete que muitos que consomem auto percebem uma boa qualidade de vida. Podemos colocar a hipótese que a capacidade de gerir o impacto dos consumos pode ser mediada por outras variáveis. Observamos valores mais elevados na QV e na SM na população mais jovem, o que vem de acordo com a literatura (Wilson, Macintosh, & Getty, 2007) embora, a diferença não tenha significância estatística. Consideramos que os dados poderão corroborar outros estudos que têm demonstrado o efeito positivo e modelador da SM na percepção da QV da população em geral e em particular nos consumidores de droga (Cotralha, 2007). Destacamos como contributo para o conhecimento deste fenómeno, o que emerge do segundo objetivo. A dimensão da satisfação pessoal na construção do auto-conceito de QV relaciona-se positivamente com o bem-estar psicológico e a relação significativa entre o distress e a situação sócio familiar e económica, indica esta, como um fator de aumento do distress. Da análise dos dados face ao terceiro objetivo deste estudo, os valores obtidos de SM e QV são significativamente superiores aos avaliados em populações de consumidores de heroína antes da entrada num qualquer programa (Astal, Salvany, Buenaventura, Tato, & Torrens, 2008) e superior a populações já em programa de metadona (Murcho & Pereira, 2011).

Os dados obtidos no estudo corroboram achados anteriores. No que se refere a utilização deste instrumento de avaliação da QV, a consistência interna no nosso estudo ($\alpha = 0.88$) foi inferior à encontrada por um dos autores num estudo desenvolvido em 2011 na região do Algarve ($\alpha = 0.93$), com 308 utentes (Murcho & Pereira, 2011). A média obtida no nosso estudo $M = 64.58$ ($Sd = 11.41$) é superior a encontrada no referido estudo $M = 61.11$ ($Sd = 12.97$). Encontramos uma diferença nos valores obtidos nas subescalas: Situação sociofamiliar e económica na nossa amostra $M = 35.62$ e no estudo referido $M = 32.46$; Satisfação pessoal, no nosso estudo $M = 28.95$ e no estudo referido 28,59. Em toda a escala assim como nas subescalas, a amostra situa-se em média acima do ponto de corte. Destaca-se nestes dados, que a situação sociofamiliar e económica melhor percebida na nossa amostra pode ser fator determinante para encontrarmos melhores resultados em todas as subescalas.

Comparamos as outras variáveis em estudo para encontrar eventuais respostas aos valores superiores encontrados na nossa amostra. Os utentes da nossa amostra são mais velhos ($M = 41.06$ versus 36,27), Obtivemos a participação igualmente dominante do género masculino embora em menor percentagem (73,3% versus 77,9%); uma menor percentagem de solteiros (55.6% versus 57,5%) e maior de casados/união de facto (30% versus 29,2%); Uma igual percentagem nos utentes que têm filhos (52%); Uma maior percentagem de utentes com o 9º ano (32,2% versus 30,7%); Maior percentagem de desempregados (48.3% versus 41%); Menor tempo de programa (4,4 anos versus 5,6); Maior idade para o início dos consumos de substâncias (18,2 anos versus 15).

O contributo dos programas de metadona para a SM e a QV, deve ser refletido ainda noutra perspetiva. Encontramos uma população que maioritariamente reconhece melhor QV, quando comparada com a percentagem que reconhece uma boa SM. Noutros estudos, a estabilização nos programas, revela mais contributo na melhoria da SM e escassas melhorias na QV, mas por influência de outras variáveis (Xiao, Wu, Luo, & Wei, 2010).

Podemos igualmente reconhecer a importância destes programas quando temos evidência que a população consumidora de substâncias, tem menor SM que a população em geral (Cotralha, 2007) e também porque os doentes com indicação para este tipo de programas, têm eles mesmo à partida, condições físicas mais precárias e mais comorbilidades psiquiátrica (Escudeiro, Lamachã, Freitas, & Silva, 2006).

CONCLUSÃO

Neste estudo, analisamos a relação entre a QV, a SM e os fatores estruturais dos próprios utentes. É um contributo para a perceção destes resultados em saúde, na população consumidora de drogas, até pela sua amostra aleatória que reforça a fiabilidade, ao contrário de outras amostras por conveniência.

Os resultados deste estudo apontam para o reforço da conceção de parte da comunidade científica e dos intervenientes nos cuidados de saúde com esta população, que os utentes incluídos nestes programas melhoram a sua QV, a sua SM, autonomizam-se, e finalmente, a maioria cria condições para perspetivar a sua vida futura com mais satisfação e maior concretização dos seus objetivos. Esta afirmação relaciona-se com alguns indicadores sociodemográficos e clínicos (emprego, ausência de consumos, tempo de integração num programa terapêutico) e com os valores obtidos principalmente ao nível da QV.

A reestruturação que estes programas permitem às pessoas, torna possível que a maioria da amostra apresente resultados significativos em termos da sua perceção de QV, até porque o instrumento usado avalia a mudança face à sua QV anterior à entrada no programa. A evolução registada permite a avaliação subjacente de um contributo importante deste tipo de programas na melhoria da QV.

Os dados reforçam que a satisfação pessoal tem uma relação significativa com a sensação de bem-estar e que o distress está associado à situação sócio familiar.

A aproximação dos resultados em termos de SM, à população não consumidora e a consequente manifestação de uma QV satisfatória, permite suportar a conceção do seu contributo para essa mesma QV. Permite estimular a reflexão sobre os fatores de resiliência relacionados com uma boa QV. A resiliência e a adaptação social devem ser ponderadas com os dados obtidos: baixa escolaridade, alta taxa de desemprego, comorbilidades, poli-consumos.

Outro aspeto a necessitar de aprofundamento é o facto que esta amostra que apresenta melhores resultados em termos de QV é mais velha que a amostra assumida como comparativa, que encontramos noutra estudo. Será a idade um fator protetor? Este dado deve ser melhor aprofundado, até pelo envelhecimento da população consumidora que acede aos centros de atendimento. Mais investigação é requerida para aprofundar o contributo das intervenções dos profissionais na obtenção destes resultados, assim como a influência das variáveis estruturais das próprias unidades de saúde. Sugere-se a realização de um estudo semelhante com consumidores

de drogas, integrados em programas de tratamento, sem a prescrição de opiáceos de manutenção.

Uma última reflexão prende-se com o momento social económico e político que o país atravessa, em que o desemprego atinge proporções muito acentuadas. Sabemos que na população em estudo (que apresentou mais 7% de desemprego que o outro estudo que serviu para comparação, embora noutra região do país e há dois anos atrás) este dado é preocupante, pela desorganização que provoca na QV e na SM e pela dificuldade acrescida que esta população tem para regressar ao mercado de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, D., & Vieira, C. (2005). Toxicodependência e comorbilidade psiquiátrica - sintomatologia do eixo I e perturbações da personalidade. *Psiquiatria Clínica*. (HUC, Ed.) *Psiquiatria Clínica*.

Ashton, M. (2003). *Burged: quality of life and addiction treatment*. Obtido em 30 de 11 de 2010, de www.fead.org.uk: <http://www.fead.org.uk/docs/Burged%20latest.pdf>

Astal, M., Salvany, A., Buenaventura, C., Tato, J., & Torrens, M. (2008). Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Substance Use & Misuse* (43), pp. 612-632.

Beynon, B., McVeigh, J., & Roe, B. (2007). Problematic drug use, ageing and older people: trends in the age of drug users in north-west England. *Ageing and Society*, 27, pp. 799-810.

Conway, K., Levy, J., & Vanyukov, M. (2010). Measuring addiction propensity and severity: The need for a new instrument. *Drug and Alcohol Dependence*, 111, pp. 4-12.

Cook, L., Epperson, L., & al., e. (2005). Determining the need for Gender-Specific Chemical Dependence Treatment: Assessment of Treatment variables. *The American Journal on Addiction*.

Cotralha, N. R. (2007). *Adaptação psicológica à gradidez em mulheres toxicodependentes*. Lisboa: Dinalivro.

Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes, the state of the science* (2ª Edição ed.). Jones & Bartlett Learning LCC.

Escudeiro, R., Lamachã, S., Freitas, A., & Silva, H. (2006). Qualidade de vida e toxicodependência. *Toxicodependências*, 12, pp. 65-78.

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, & al., e. (2008). Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. Obtido em 20 de 1 de 2010, de [Cochrane](http://www.cochrane.org): <http://www.cochrane.org>

Go, F., Dykeman, M., Santos, J., & Muxlow, J. (2011). Supporting clients on methadone maintenance. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (18), pp. 17-27.

IDT. (2012). Relatório Anual 2011. A Situação do país em matéria de droga e toxicod dependências. IDT, Departamento de Monitorização, Formação e Relações Internacionais Núcleo de Estatística / Núcleo de Publicações e Documentação. Lisboa: IDT. IP.

Leal, C. (2008). Reavaliar o conceito de qualidade de vida. Dissertação de mestrado, Universidade dos Açores.

Machado, P., & Klein, J. (2005). Monitorização dos resultados terapêuticos no contexto de tratamento das toxicod dependências. (U. d. Centro de Investigação em Psicologia, Ed.) *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 1, pp. 19-29.

Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistic (5ª ed.)*. Pero Pinheiro: Report Number.

Murcho, N., & Pereira, P. (Fevereiro de 2011). A qualidade de vida dos doentes toxicod dependentes em programas de substituição com metadona no Algarve: Um estudo comparativo da sua situação em 2003 e 2008. *Revista de Investigação em Enfermagem*, pp. 57-64.

Nyamathi, A., Nandy, K., Greengold, B., & al., e. (2010). Effectiveness of Intervention on Improvement of Drug. *Journal of Addictive Diseases*, 30 (1), pp. 6-16.

Nyamathi, A., Shoptaw, S., Cohen, A., & al., e. (2010). Effect of motivational interviewing on reduction alcohol use. *Drug and Alcohol Dependence* (107), pp. 23-30.

OEDT. (2012). Relatório Anual 2012. Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência. Lisboa: Serviço das Publicações da União Europeia.

Pacheco, J., Murcho, N., & Jesus, S. (2005). Escala de avaliação da qualidade de vida nos consumidores de substâncias em programa de substituição com metadona. In M. Palomo, Á. Carreño, & I. P. Huelva (Ed.), *Prevenção das toxicod dependências - 1º congresso ibérico Stopdrogas* (pp. 135 -146). Beja.

Ribeiro, J. P. (2011). *Inventário de Saúde Mental (1ª ed.)*. Lisboa: Placebo.

Ribeiro, J. P. (2001). Mental health inventory: Um estudo de adaptação á população Portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), pp. 77-99.

Roe, B., & Beynon, C. (2010). Experiences of drug use and ageing: health, quality of life, relationship and service implications. *Journal of Advanced Nursing*. 66(9), 9, pp. 1968-1979.

Sá, L. (2010). Saúde mental versus doença mental. In C. Sequeira, L. Sá, & 989-96144 (Ed.), *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental* (pp. 15-18). Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Seabra, P., & Sá, L. (Julho de 2011). Factores determinantes para as necessidades em saúde das pessoas consumidoras de drogas. Uma revisão bibliográfica. (SPESM, Ed.) *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.

Torrens, M. (2008). Quality of life as a means of assessing outcome in opioid dependence treatment. (Pacini, Ed.) *Heroin addiction & related clinical problems*, 12 (1), pp. 33-36.

WHOQOL. (1995). The World health organization quality life assessment: position paper from the WHO. . WHOQOL Group, Social Sciences and Medicine.

Wilson, K., Macintosh, J., & Getty, G. (2007). Tapping a tie: successful partnerships in managing addicts with methadone. *Issues in mental health nursing* (28), pp. 977-996.

Xiao, L., Wu, Z., Luo, W., & Wei, X. (2010). Quality of Life of Outpatients in Methadone Maintenance. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 1.