



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico na terapêutica de substituição com metadona e buprenorfina no Centro de Respostas Integradas de Castelo branco

Ana Carolina Feliciano Teixeira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Luís Maia

Covilhã, Outubro de 2014

Dissertação de Mestrado
realizada sob orientação do
Prof. Doutor Luís Maia
apresentado à Universidade da
Beira Interior para a obtenção
do Grau de Mestre em
Psicologia, registado na DGES
sob o 9463

Em homenagem à minha Estrelinha!

Agradecimentos

A presente investigação resulta do empenho e dedicação da sua realizadora, mas também de um conjunto de esforços que tornaram real e possível a sua concretização. Assim, o meu muito obrigada!

Ao Professor Doutor Luís Maia, orientador científico desta investigação, pelo acompanhamento e auxílio prestado durante este último ano.

À minha mãe que, por todo o esforço, por toda a paciência, por todo o apoio e por todas as dificuldades ultrapassadas, conseguiu tornar o meu sonho realidade.

Ao meu pai que, mesmo longe, esteve sempre tão perto para me apoiar e acompanhar nesta caminhada.

A toda a família, sem exceção, por estarem presentes incondicionalmente e por viverem este momento com a mesma alegria que eu.

Ao João, ao Miguel, à Joana e à Tânia, pela preciosa ajuda na revisão desta dissertação, pelo grande apoio nesta caminhada e, acima de tudo, pela verdadeira amizade.

Aos meus colegas e amigos, em especial aos que partilharam comigo estes últimos cinco anos, fazendo com que cada momento da vida académica seja lembrado com saudade.

Um especial agradecimento à Tatiana, que me acompanhou desde o início nesta Universidade, pelo seu apoio, pelo seu incentivo, pela disponibilidade, e pelas partilhas do seu conhecimento. Juntas, ergueremos o troféu!

A todos os Professores que ao longo dos últimos cinco anos me transmitiram conhecimentos e contribuíram para o meu crescimento pessoal e académico.

A toda a equipa do CRI de Castelo Branco que me acompanhou na cedência de questionários, bem como aos seus respetivos utentes pela sua disponibilidade que dispensaram, essencial para a realização desta investigação.

Um especial agradecimento à Equipa de Tratamento da Covilhã que me acompanhou ao longo deste percurso, pela ajuda, empenho, disponibilidade, experiências partilhadas e confiança depositada.

Resumo

O principal objetivo deste estudo (exploratório) prendeu-se com a investigação do nível de Qualidade de Vida e de Bem-Estar Psicológico, em sujeitos dependentes de opiáceos, que atualmente frequentem um programa de terapêutica de substituição, por metadona ou buprenorfina. Ambas as terapêuticas de substituição permitem que o heroíno-dependente cesse os consumos ou reduza os riscos, de forma a promover o uso controlado da substância, conseguindo assim passar de hábitos de consumo perniciosos ao uso com menos riscos.

No decorrer desta investigação valorizaram-se alguns aspetos sociodemográficos dos participantes da nossa amostra, nomeadamente: género, idade, estado civil, local (meio) de residência, número de elementos do agregado familiar, nível de ensino, situação profissional, substâncias com que iniciou os consumos, ambiente do primeiro consumo, o facto de estar acompanhado ou não no primeiro consumo, motivos para cessar os consumos, tratamento farmacológico atual e, finalmente, tratamento psicossocial. Esta investigação consistiu na aplicação no questionário de autorresposta, sendo ele constituído pela seção dos dados sociodemográficos, o World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-Bref) e a Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP). Assim, contou-se com uma amostra de 55 participantes, maioritariamente do género masculino, com uma faixa etária entre os 25 e os 63 anos e com uma idade média de 40,98 anos. Uma parte significativa da amostra concluiu o ensino obrigatório, atualmente encontra-se empregada, reside em meio urbano, é solteira, iniciou os consumos com THC, num ambiente desprotegido e acompanhada; No que concerne aos consumos atuais, mais de metade da amostra menciona consumir mais que uma substância (politoxicomania), cessou os consumos devido a problemas pessoais, familiares e financeiros, atualmente encontra-se num programa de metadona e frequenta tratamentos de foro psicossocial.

Palavras-chave

Toxicodependência, Heroíno-dependente, Terapêuticas de Substituição, Qualidade de Vida, Bem-Estar Psicológico, WHOQOL-Bref, EMMBEP, Castelo Branco.

Abstract

The main objective of this (exploratory) study was related to the investigation of the level of Quality of Life and Psychological Well-Being in opioid dependency subjects who currently attend a program of replacement for methadone or buprenorphine therapy. Both therapeutic substitution allow heroin's dependent to cease consumption or reduce the risks in order to promote the use of the controlled substance, thereby achieving the passage of harmful consumption habits to less risk usage.

During this research some sociodemographic characteristics of the participants in our sample were appreciated, namely: gender, age, marital status, type of residence, number of household members, education level, employment status, substances with which one started consumption, the first consumer environment, the fact of being together or not at first use, reasons for ceasing consumption, current pharmacological treatment and, finally, psychosocial treatment. This research was the application of the questionnaire "autorresposta", which was composed of the section of demographic data and the World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-Bref) and the Scale for Measuring Expression of Psychological Well-Being (EMMBEP). Thus, the sample comprised 55 participants, mostly males, with an age range between 25 and 63 year old and with an average age of 40.98 years. A significant part of the sample that completed the compulsory education is currently employed, resides in urban areas, is single, began with THC consumption accompanied in a unprotected environment; Regarding the current consumption, more than half of the sample mentions consume more than one substance (politoxicomania), ceased consumption due to personal financial and family problems and currently are on a methadone program and attends the psychosocial treatments.

Keywords

Addiction Heroin's dependent, Therapeutic Substitution, Quality of Life, Psychological Well-Being, WHOQOL-Bref, EMMBEP, Castelo Branco.

Índice

Agradecimentos	v
Abstract	ix
Índice	xi
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Acrónimos	xvii
Introdução	1
Estado da Arte	3
Capítulo I. Enquadramento Teórico	5
1.1. Drogas e dependências	6
1.1.1. Definição de conceitos. Drogas vs Substâncias Psicoativas	6
1.1.2. Dependência de Substâncias versus Abuso de Substâncias	7
1.1.3. Toxicodependência vs Tóxico(mania)	9
1.1.4. Síndrome de abstinência	10
1.1.5. Recaída	11
1.2. Abordagem às terapêuticas de substituição	11
1.2.1. Metadona	13
1.2.2. Buprenorfina	14
1.3. Motivação para o tratamento	15
1.3.1. Entrevista Motivacional	15
1.3.2. Modelo Transteórico e Estádios de Mudança	16
1.4. Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico	19
1.5. Estudos realizados no mesmo âmbito	20
Estudo Empírico	39
Capítulo II. Metodologia	41

2.1. Apresentação do Estudo	41
2.1.1 Objetivos e Variáveis do Estudo	41
2.1.2. Desenho da Investigação	42
2.2. Participantes	42
2.2.1. Descrição da amostra	43
2.3. Instrumentos	49
2.3.1. Questionário Sociodemográfico	49
2.3.2. Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico	50
2.3.3. WHOQOL-Bref	50
2.3.4. Fiabilidade dos Instrumentos, Cálculo da Aderência à Normalidade e Coeficiente de Pearson	51
2.4. Procedimentos	52
2.5. Análise Estatística	53
2.5.1. EMMBEP	54
2.5.2. WHOQOL-Bref	62
Capítulo III. Resultados	71
3.1. Análise descritiva dos instrumentos	71
Capítulo IV. Discussão	73
Capítulo V. Conclusões. Limitações ao Estudo e Propostas Futuras	81
Referências Bibliográficas	85
ANEXOS	93
Anexo I - Questionário de avaliação	95

Lista de Tabelas

Tabela 1: Descrição dos estádios motivacionais do modelo de Prochaska e DiClement.	17
Tabela 2: Estatística descritiva da amostra segundo a Idade	43
Tabela 3: Estatística descritiva da amostra segundo o Género	44
Tabela 4: Estatística descritiva da amostra segundo o Nível de Ensino	44
Tabela 5: Estatística descritiva da amostra segundo a Situação Profissional	44
Tabela 6: Estatística descritiva da amostra segundo ao Local (meio) da Residência	45
Tabela 7: Estatística descritiva da amostra segundo o Estado Civil	45
Tabela 8: Estatística descritiva da amostra segundo a Constituição do Agregado Familiar	45
Tabela 9: Estatística descritiva da amostra segundo o Nível de Ensino	46
Tabela 10: Estatística descritiva da amostra segundo a Idade do Primeiro Consumo	46
Tabela 11: Estatística descritiva da amostra segundo a Substância de Início	46
Tabela 12: Estatística descritiva da amostra segundo o Ambiente do Primeiro Consumo	47
Tabela 13: Estatística descritiva da amostra segundo o Acompanhamento/não no Primeiro Consumo	47
Tabela 14: Estatística descritiva da amostra segundo as Substâncias dos Consumos Regulares	47
Tabela 15: Estatística descritiva da amostra segundo os Motivos para Cessar os Consumos	48
Tabela 16: Estatística descritiva da amostra segundo o Tratamento Farmacológico Atual	48
Tabela 17: Estatística descritiva da amostra segundo o Tratamento Psicossocial	49
Tabela 18: Estatística descritiva e valores de Alpha de Cronbach dos instrumentos EMMBEP e WHOQOL-Bref	51
Tabela 19: Coeficiente da correlação de Pearson para a associação entre a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e o Bem-Estar Psicológico (EMMBEP)	52
Tabela 20: T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Género	54
Tabela 21: T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Fase da Idade	55
Tabela 22: Qui-quadrado comparando a mediana do Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Estado Civil	56
Tabela 23: T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Local (meio) de Residência	56
Tabela 24: T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Agregado Familiar	57
Tabela 25: T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Nível de Ensino	57

Tabela 26: T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Situação Profissional	58
Tabela 27: T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Idade do Primeiro	58
Tabela 28: Qui-quadrado comparando a mediana do Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Substância de Início dos Consumos	59
Tabela 29: T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Ambiente do Primeiro Consumo	59
Tabela 30: T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Acompanhamento / Não no Primeiro Consumo	60
Tabela 31: T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Substância dos Consumos Regulares	60
Tabela 32: Qui-quadrado comparando a mediana do Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Motivos para Cessar os Consumos	61
Tabela 33: T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Tratamento Farmacológico Atual	61
Tabela 34: T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Tratamento Psicossocial	62
Tabela 35: T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Género	63
Tabela 36: T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Fase da Idade	63
Tabela 37: Qui-quadrado comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Estado Civil	64
Tabela 38: T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Local (meio) de Residência	64
Tabela 39: T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Agregado Familiar	65
Tabela 40: T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Nível de Ensi	65
Tabela 41: T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Situação Profissional	65
Tabela 42: T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Idade do Primeiro Consumo	66
Tabela 43: Qui-quadrado comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Substância de Início dos Consumos	67
Tabela 44: T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Ambiente do Primeiro Consumo	67
Tabela 45: T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Acompanhamento/não no Primeiro Consumo	68
Tabela 46: T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Substância dos Consumos Regulares	68
Tabela 47: Qui-quadrado comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Motivos para Cessar os Consumos	69
Tabela 48: T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Tratamento Farmacológico	69

Tabela 49: T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Tratamento Biopsicossocial	70
Tabela 50: Estatística descritiva da amostra segundo a nota global da EMMBEP	71
Tabela 51: Estatística descritiva da amostra segundo as dimensões da EMMBEP	71
Tabela 52: Estatística descritiva da amostra segundo a nota global do WHOQOL-Bref	72
Tabela 53: Estatística descritiva da amostra segundo as dimensões do WHOQOL-Bref	72

Lista de Acrónimos

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
BEP	Bem-Estar Psicológico
CRI	Centro de Respostas Integradas
EMMBEP	Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico
ET	Equipa de Tratamento
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
t	t-Student / t-test
THC	Tetrahydrocannabinoides
UBI	Universidade da Beira Interior
ULS	Unidade Local de Saúde
WHOQOL-Bref	World Health Organization Quality of Life - Bref
X²	Qui-quadrado

Introdução

Segundo a OMS (2011), a toxicodependência consiste “num conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido uso de uma substância e que incluem tipicamente um forte desejo de tomar a droga, dificuldades em controlar o seu uso, persistindo no seu uso apesar das suas consequências nefastas, uma maior prioridade dada ao uso da droga do que a outras atividades e obrigações, tolerância aumentada, e às vezes um estado de privação física” (referido por Gomes, 2011). Esta é atualmente uma das maiores problemáticas que a sociedade enfrenta, sendo por isso fulcral o desenvolvimento de intervenções terapêuticas eficazes (Barradas, 2008).

Devido às dificuldades em cessar os consumos de opiáceos, os seus dependentes tendem a procurar ajuda farmacológica (terapêutica de substituição) para que possam ultrapassar esta fase sem sintomas de abstinência e a conhecida ressaca. Neste estudo, as terapêuticas de substituição opiácea alvo de investigação são a metadona e a buprenorfina. Estas devem ser administradas periodicamente e na dose adequada, de modo a suprimirem o sofrimento físico provocado pela privação de heroína e pela necessidade física de a consumir, reduzindo simultaneamente o mal estar psicológico (SICAD, 2013).

No âmbito da toxicodependência existe uma vasta literatura acerca do tema, ainda assim, é escassa a literatura que referencia a qualidade de vida e o bem-estar psicológico relacionados com as terapêuticas de substituição. Neste sentido, a escolha do tema prendeu-se à necessidade de investigar algo de novo, na problemática das dependências de aditivos.

A presente investigação foi estruturada com base em duas partes distintas e cinco capítulos, onde a primeira parte é relativa à revisão do estado da arte e a segunda parte integra a apresentação do estudo empírico.

O primeiro capítulo encontra-se organizado de forma a dar resposta aos conceitos explorados neste estudo, no qual primeiramente são abordados os conceitos de drogas e dependências assinalando a definição de ambos e o que cada um implica. Num segundo momento, aborda-se as terapêuticas de substituição (metadona e buprenorfina), através de uma breve caracterização de cada uma delas. De seguida, enfatiza-se a motivação para o tratamento, mais concretamente a entrevista motivacional e o modelo transteórico com os respetivos estádios de mudança. Posto isto, é feita uma descrição das variáveis alvo de estudo, a qualidade de vida e o bem-estar psicológico. Por fim, apresentar-se-ão posteriormente alguns estudos realizados no âmbito da problemática que nos propomos a investigar.

O segundo capítulo abarca essencialmente a exposição detalhada do estudo empírico, no qual é descrita a apresentação do estudo, dos objetivos e variáveis de estudo e é elaborado o

desenho da investigação. Ainda neste capítulo, descrevem-se os participantes e é feita a descrição da amostra. Os instrumentos selecionados para a presente investigação também serão abordados neste segundo capítulo. Posteriormente fazer-se-à uma descrição dos procedimentos a utilizar e apresentar-se-à a análise estatística. A análise estatística será dividida pelos dois instrumentos de avaliação (EMMBEP e WHOQOL-Bref).

Já no que diz respeito ao terceiro capítulo, este recai sobre uma breve descrição dos resultados obtidos, assimilando quais os dados estatisticamente significativos e relacionando as variáveis descritas.

O quarto capítulo é alusivo à discussão que faz referencia aos dados obtidos corroborados, explicados ou refutados pela literatura.

Num último momento, o quinto capítulo aborda as conclusões retiradas do presente estudo, bem como as principais limitações do mesmo e apresenta algumas propostas futuras.

I PARTE

Estado da Arte

Capítulo I. Enquadramento Teórico

A toxicodependência tem sido apontada como um dos maiores problemas que as sociedades atuais enfrentam, realçando-se a importância do desenvolvimento de intervenções terapêuticas eficazes (Barradas, 2008).

Ao longo dos tempos têm sido criadas algumas condições favoráveis aos tratamentos de recuperação de pacientes consumidores de substâncias psicoativas. Um dos avanços das últimas décadas é ao nível dos psicofármacos que atuam no Sistema Nervoso Central (SNC), como por exemplo as Benzodiazepinas. Todavia, existem estudos em vários grupos de indivíduos, que defendem as intervenções ao nível psicossocial a fim de contribuir para uma melhor motivação e adesão ao tratamento.

A dependência de substâncias é reconhecida na comunidade científica como sendo uma condição médica ao invés de um problema comportamental. Contudo, nas sociedades e na política existe uma conotação de fraqueza moral, do comportamento irresponsável ou mesmo de intenção criminosa. Esta última conotação, observa-se nas atitudes e argumentos de comportamento dos agentes (Uchtenhagen, 2010).

O tratamento da dependência de substâncias deve respeitar os valores sociais individuais e, na concepção e implementação de abordagens terapêuticas, evitar negligência, bem como coação indevida. A evidência empírica sobre o que pode ser alcançado, por quem e em que circunstâncias, é a base do tratamento, de acordo com os princípios da ética, consequentes, dos direitos humanos e da ética médica em geral. Além disso, a política de saúde é para minimizar os fatores de risco e as consequências negativas da dependência química (Uchtenhagen, 2010).

Os estudos sobre os consumidores de drogas são importantes para conhecer as necessidades de apoio psicossocial e melhorar a gestão de toxicidade percebida (Préau et al., 2007).

Alguns investigadores defendem que após o início do tratamento de manutenção com metadona e com acompanhamento em serviço de ambulatório, a Qualidade de Vida (QV) pode ser usada para projetar apoio centrado na pessoa, relevante para a vida pessoal de um indivíduo (De Maeyer, Van Nieuwenhuizen, Bongers, Broekaert, & Vanderplasschen, 2013). Identificar os principais aspectos do vício, bem como, investigar e tratar a dependência integram, igualmente, um complemento à terapêutica, promovendo uma recuperação estável dos indivíduos (Hser & Anglin, 2011).

1.1. Drogas e dependências

1.1.1. Definição de conceitos. Drogas vs Substâncias Psicoativas

A definição de droga tem sido uma tarefa difícil e não consensual entre os vários autores (Viana, 2011a). O conceito de consumo nocivo é definido na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS) como um padrão de consumo de substâncias psicoativas que leva a consequências nefastas para a saúde. O termo *dependência* baseia-se numa compulsão interna, no controle de sintomas de abstinência física, e no desenvolvimento da tolerância e da negligência progressiva. A dependência substituiu o termo *vício*, que, no entanto, ainda é usado na linguagem quotidiana (Backmund Suchttherapie; Munique 1999, ou Götz: Moderne Suchtmedizin; Stuttgart / New York, 1998 referido por (Michels & Stöver, 2012).

Uma substância diz-se psicoativa quando, após ser absorvida, altera o funcionamento mental do consumidor, por interferir nos mecanismos bioquímicos cerebrais. Atualmente, e cada vez mais, conhecem-se imensas substâncias que podem provocar efeitos psicoativos. Por si só, as substâncias psicoativas não são boas nem más, porém o efeito destas no indivíduo depende do uso que é feito das mesmas (Patrício, 2009).

Estas substâncias, vulgarmente designadas de droga, induzem alterações ao nível do SNC (Patrício, 2009). O consumo tende a perturbar o raciocínio e a lucidez no julgamento das situações, afetando desta forma a saúde e o desenvolvimento físico, que irá prejudicar o desempenho e a produtividade dos indivíduos (Barata & Papoila, 2008).

Existem largas centenas de substâncias que podem funcionar como droga, podendo ser estas naturais ou artificiais, assim como, legais ou ilegais (Patrício, 2006).

Por norma, associa-se droga às substâncias ilícitas, no entanto, é fulcral que se perceba a distinção entre ambas. Drogas são substâncias psicoativas que provocam danos e não produzem benefício algum para a saúde do Homem e devido ao dano que podem causar, muitas destas não se encontram legalizadas, porém não há substâncias inofensivas. O seu uso envolve riscos e o excesso envolve riscos acrescidos, porém todas têm uma característica comum, o facto de todas modificarem a atividade cerebral. Ao nível do SNC, são diversos os efeitos que podem causar, nomeadamente: efeitos inebriantes, euforizantes, sedativos/calmanes/hipnóticos, delirantes, estimulantes, ansiedade, entre outros (Patrício, 2006).

Muitos dos sintomas da abstinência da nicotina são semelhantes aos de outras síndromes de abstinência de drogas. A privação da nicotina pode não produzir consequências médicas,

todavia a ansiedade é uma emoção característica desta circunstância (Hughes, Higgins, & Bickel, 1994); (Stahl, 2008).

É de extrema importância estar ciente dos riscos do uso das substâncias psicoativas, sendo que usadas indevidamente causam problemas não apenas a quem consome, mas também aos que convivem com o consumidor e à sociedade em geral. De facto, quem vive com consumidores de uma determinada substância psicoativa e não aceita, vivencia um conjunto de situações negativas que geram sofrimento e causam sequelas (Patrício, 2006).

1.1.2. Dependência de Substâncias versus Abuso de Substâncias

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2002), DSM-IV, define Dependência de Substâncias como um padrão desadaptativo que leva a um déficit ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por 3 (ou mais) dos seguintes pontos abaixo citados, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:

- 1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
 - (a) necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
 - (b) diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.
- 2) Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:
 - (a) síndrome de abstinência característica da substância (recorrer ao critério A e B para abstinência de substâncias específicas);
 - (b) a mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
- 3) A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.
- 4) Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.
- 5) É despendida grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção (por exemplo, visitar vários médicos ou conduzir para longas distâncias) e utilização da substância (por exemplo, fumar em cadeia) e à recuperação dos seus efeitos.
- 6) É abandonada ou diminuída a participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância.
- 7) A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância (por exemplo, utilização de cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína, ou manutenção do consumo de álcool apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste).

Especificar se:

- Com Dependência Fisiológica: evidência de tolerância ou abstinência (isto é, presença do item 1 ou 2).
- Sem Dependência Fisiológica: sem evidência de tolerância ou abstinência (isto é, ausência do item 1 ou 2).

Especificadores da evolução:

- Remissão Total Precoce: este especificador é utilizado se, pelo menos durante 1 mês, mas menos de 12 meses, não tiver sido preenchido qualquer critério de Dependência ou Abuso.
- Remissão Parcial Precoce: este especificador é utilizado se, durante pelo menos 1 mês, mas menos de 12 meses, tiverem sido preenchidos um ou mais critérios de Dependência ou Abuso (mas não tiverem sido preenchidos todos os critérios de Dependência).
- Remissão Total Mantida: este especificador é utilizado se não tiver sido preenchido nenhum dos critérios de Dependência ou Abuso, em qualquer altura, durante um período de 12 meses ou mais.
- Remissão Parcial Mantida: este especificador é utilizado se não tiver sido preenchidos por completo os critérios de Dependência, por um período de 12 meses ou mais, tendo no entanto sido preenchidos um ou mais critérios de Dependência ou Abuso.

Os especificadores seguintes aplicam-se aos sujeitos que estão a realizar terapia agonista (Stahl, 2008) ou que se encontram em ambiente controlado.

- Em Terapia Agonista: utiliza-se se o sujeito está a realizar medicação agonista prescrita, por exemplo metadona, e não tiverem sido preenchidos os critérios de Dependência ou Abuso para aquela classe de medicamentos, durante, pelo menos, o último mês (excepto tolerância ou abstinência ao agonista). Esta categoria também se aplica aos sujeitos tratados para a dependência com um agonista parcial ou um agonista/antagonista (APA, 2002).
- Em Ambiente Controlado: utiliza-se se o sujeito se encontra num ambiente em que o acesso ao álcool e outras substâncias é proibido e quando não tiverem sido preenchidos os critérios de Dependência ou Abuso durante, pelo menos, o último mês (APA, 2002). Exemplos destes ambientes são as prisões estritamente vigiadas e livres de drogas, as comunidades terapêuticas ou as unidades hospitalares fechadas.

Quanto ao Abuso de Substâncias, o DSM-IV define um padrão desadaptativo da utilização de substâncias que leva a um déficit ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por um (ou mais) dos seguintes pontos, ocorrendo durante um período de 12 meses:

- 1) utilização recorrente de uma substância resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo, ausências repetidas ou fraco desempenho profissional relacionado com a utilização de substâncias, suspensões ou expulsões escolares relacionadas com a substância; negligência das crianças ou deveres domésticos);
- 2) utilização recorrente da substância em situações em que tal se torna fisicamente perigoso (por exemplo, guiar um automóvel ou trabalhar com máquinas quando diminuído pela utilização da substância);
- 3) problemas legais recorrentes, relacionados com a substância (por exemplo, prisões por comportamentos desordeiros relacionados com a substância);
- 4) continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por exemplo, discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; lutas físicas).

B. Os sintomas nunca preencheram os critérios de Dependência de Substâncias, para esta classe de substâncias.

1.1.3. Toxicodependência vs Tóxico(mania)

Segundo a OMS (2011), a toxicodependência consiste “num conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido uso de uma substância e que incluem tipicamente um forte desejo de tomar a droga, dificuldades em controlar o seu uso, persistindo no seu uso apesar das suas consequências nefastas, uma maior prioridade dada ao uso da droga do que a outras atividades e obrigações, tolerância aumentada, e às vezes um estado de privação física” (cit. in Gomes, 2011).

O abuso de drogas, tal como outros comportamentos de risco para o bem-estar biopsicossocial do indivíduo, não se restringe a relações causais explícitas. A etiologia da toxicodependência é antes multifatorial e complexa, podendo surgir num determinado momento em que se conjugam uma constelação de aspetos de natureza biológica, psicológica, social e cultural (Abraão, 1999).

Os toxicodependentes, apesar de terem algumas características em comum, diferem imenso uns dos outros no que concerne às suas estruturas de personalidade, à presença/não de

psicopatologias associadas, e de que tipo, ao grau de severidade do problema, às doenças físicas aliadas, aos problemas sociais, entre outros aspetos. Estas divergências fazem com que sejam necessários diferentes tratamentos para cada caso (Jacques, 2001; Ferreira, 2004 referido por Gomes, 2011).

No que concerne à noção de “toxicómano” e de “drogado” está surgido em meados do século XIX, nos Estados Unidos da América (EUA). Em 1910, surgiu o termo tóxico(mania) - paixão, fixação, loucura - e, durante várias décadas, situou-se unicamente no campo do interdito; toxicómano era o termo que caracterizava os indivíduos que consumiam drogas ilícitas, independentemente da substância, do modo e via de administração, das doses e frequências, do contexto, entre outros (Castro, 2004).

Em finais da década de 60, o termo toxicomania foi substituído pela OMS por farmacod dependência ou dependência, e em simultâneo, tornaram-se cada vez mais conhecidos os comportamentos de dependência sem produto, isto é, o jogo patológico, cleptomania - furto compulsivo - (Grant & Odlaug, 2008), parafilias - sexualidade caracterizada por impulsos sexuais muito intensos e recorrentes - (DSM-IV), perturbações do comportamento alimentar, entre outros (Castro, 2004).

Mais tarde, foram substituídos os conceitos de toxicomania e farmacod dependência, em alguns meios científicos pelo conceito de “adição”. Atualmente, o consenso internacional tende a reunir a comunidade científica em torno de três comportamentos distintos: uso, abuso e dependência, que independentemente do comportamento que o sujeito adote e apesar das múltiplas razões para o realizar, sabe-se que o intuito primordial é o da procura de prazer (Castro, 2004).

1.1.4. Síndrome de abstinência

A abstinência pode ser definida como sendo uma reação sensivelmente nociva ou desagradável, resultante de uma intervenção relacionada com o uso de uma substância ou um medicamento. Pode ainda ser definida como a alteração do regime de dosagem ou retirada do produto (Edwards & Aronson, 2000).

A abstinência em pacientes consumidores de “marijuana” leva a aumentos significativos de ansiedade, irritabilidade, tensão física, sintomas físicos e diminuição do humor e do apetite durante a retirada da substância. Estes sintomas são mais pronunciados durante os primeiros 10 dias de abstinência, no entanto, existem estudos que demonstraram que os sintomas estão presentes durante 28 dias de abstinência da substância (Kouri & Pope Jr, 2000).

O DSM-IV define Abstinência de Substâncias do seguinte modo:

- A. Desenvolvimento de uma síndrome específica da substância, devido à cessação (ou redução) na utilização prolongada e “maciça” de uma substância.
- B. O síndrome, específica da substância, causa sofrimento ou déficit clinicamente significativos no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes.
- C. Os sintomas não são devidos a um estado físico geral nem a outra perturbação mental.

1.1.5. Recaída

As recaídas, são efetivamente o melhor revelador da natureza da dependência psicológica. Independentemente do modelo de tratamento, é consensual que nenhum programa terapêutico tem poderes suficientes para garantir que não ocorra risco de recaída. Na realidade, dificilmente se cessa o consumo de drogas de um modo definitivo (Torres & Lito, 2008).

A desabituação dos consumos, correspondente à fase inicial de qualquer programa terapêutico, destina-se a desativar a dependência física, mas deixa intatos os deficits de personalidade que estiveram na origem dos comportamentos toxicodependentes. Eles persistem e, associados às alterações produzidas no cérebro pelas substâncias psicoativas, contribuem para as recaídas, sempre que a dependência psicológica entra em ação (Torres & Lito, 2008). A prevenção de uma recaída pode estar associada à prescrição de fármacos que atuam no SNC, melhorando o estado psicológico do paciente; apesar deste facto o uso de benzodiazepinas por um período prolongado também pode causar dependência - segundo alguns autores, mais que quatro semanas - (Nordon & Hübner, 2009).

A ideia de que o tratamento deve ser entendido como um processo onde irão ocorrer múltiplos episódios de recaída, permite que esta seja refletida como algo normal que deve ser entendida e prevenida, melhorando a resposta dos utentes antes dos episódios de crise e reduzindo assim a frequência, duração e gravidade das recaídas (Pérez et al., 2008).

A ausência de consumos, designada de abstinência, só por si, não é suficiente para concluir que o síndrome de dependência desapareceu. É crucial que se aprenda a lidar com a dependência psicológica, e não apenas a eliminar a dependência física (Torres & Lito, 2008).

1.2. Abordagem às terapêuticas de substituição

Ao longo desta investigação aquando da referência das terapêuticas de substituição, estas referem-se exclusivamente ao programa de tratamento com opióides. Estes programas de

tratamento utilizam fármacos de substituição opiácea - metadona ou buprenorfina - que, administrados periodicamente e na dose adequada, suprimem o sofrimento físico provocado pela falta de heroína e a necessidade física de a consumir, reduzindo simultaneamente o mal estar psicológico (SICAD, 2013).

A aplicação de uma determinada terapêutica de substituição acarreta desde logo o estudo e a avaliação do caso clínico em contexto individual/sócio-familiar. Assim, deve-se oferecer ao toxicodependente o tratamento que melhor se ajusta às suas características, sendo estas de natureza psicológica, familiar e social (Sousa, 1998).

Ao escutarem o toxicodependente, os técnicos de saúde, sentem desde logo o seu grau de sofrimento, bem como o desejo de ruptura com uma dependência e a esperança de trazer de novo a si e aos que lhe estão próximos a estabilidade de outrora. As perdas revelam-se bastante significativas e a retoma de ganhos complicada (Sousa, 1998).

A intervenção junto de equipas multidisciplinares obriga a que todos os intervenientes estejam em consonância na elaboração de um plano terapêutico e que faça sentido quer em termos diagnósticos, quer em expectativas daqueles que recebem cuidados adequados (Sousa, 1998). Por outro lado, tendo por base alguns estudos, o consumo excessivo de psicofármacos é um problema de saúde pública. Assim, torna-se necessário, identificar os casos e melhorar o acompanhamento destes doentes pelo médico assistente (Câmara, Rocha, & Balteiro, 2011). Desta forma, não é fácil arranjar a melhor opção no sentido de atingir a eficácia do tratamento em relação a todos os elementos (Sousa, 1998). Considerando os relatos de vários investigadores, não há consenso sobre o resultado mais adequado a considerar na determinação da eficácia das intervenções comportamentais e farmacológicas, em indivíduos dependentes de substâncias, e acerca dos métodos mais adequados, para avaliar os resultados esperados (Donovan et al., 2012).

De um modo geral, os programas de substituição objetivam reduzir os danos físicos (especialmente no que diz respeito às doenças infecciosas), psicológicos (nomeadamente os fatores de stress) e sociais (diminuição dos fatores de marginalização). Concomitantemente procuram ajudar os utentes a adquirir autonomia, progredindo nas suas condições de vida e de saúde, com base na estabilização dos fatores psicossociais, implicando assim o aumento da inserção social (Magalhães, 2008). A utilização de programas de manutenção, sejam estes por agonistas ou antagonistas, depende da circunstância temporal e psicossocial de cada indivíduo. Estes são atribuídos segundo a pertinência circunstancial - saúde física e psíquica - de cada sujeito, com base num programa terapêutico que lhe faça sentido, seja em termos práticos e imediatos, seja na resolução do seu problema (Sousa, 1998).

Fatores como a preferência do utente e a necessidade de autonomia são favorecidos pela utilização da buprenorfina; por outro lado o benefício com uma ligação institucional e a dificuldade financeira sobressaem pelo uso da metadona, uma vez que, a metadona é gratuita, contrariamente à buprenorfina que tem custos associados. Todos estes fatores têm de ser considerados aquando da seleção da terapêutica de substituição mais indicada para cada utente (Costa, Pombo & Barbosa, 2008).

Para muitos pacientes os programas de substituição são interpretados como algo que os irá salvar, permitindo-lhes resignar a heroína sem terem de passar pelo síndrome de abstinência e prevenindo, futuramente, quaisquer sentimentos de angústia e vazio (Magalhães, 2008).

1.2.1. Metadona

A metadona é uma droga sintética, de longa ação (com duração entre 24 a 36 horas) que foi utilizada pela primeira vez no tratamento de manutenção da dependência de drogas nos Estados Unidos, na década de 60 (Drug Policy Alliance, 2006). Em Portugal é utilizada desde 1978 (Sousa, 1998).

Independentemente do seu fabricante o ingrediente ativo é sempre o mesmo - cloridrato de metadona. A metadona é um agonista e atua de forma idêntica aos opióides/opiáceos, sendo indicada no tratamento dos dependentes de heroína ou outros opiáceos (Drug Policy Alliance, 2006).

Como suporte ao processo terapêutico dos heroínodedependentes, a substituição da heroína pela metadona, quando acompanhada por outras intervenções psicossociais, tem vindo a revelar-se como uma estratégia e um modelo adequado (Sousa, 1998; Godinho et. al, 2007).

A metadona não é a cura para a dependência de opiáceos, mas sim um tratamento que revela eficácia quando tomado de forma adequada. Quando tomada em doses adequadas a metadona não cria euforia, sedação ou efeitos analgésicos (Drug Policy Alliance, 2006).

Esta é administrada por via oral em diferentes formas, que incluem: tablete, sendo que cada uma contém 40mg de metadona dissolvida em água; pó, também este dissolvido em água; e líquida, sendo as dosagens necessárias dispensadas por uma bomba de medição automatizada (Drug Policy Alliance, 2006).

A metadona difere da heroína e de outros opiáceos, como por exemplo a morfina, pelo seu efeito mais duradouro, sendo que o corpo metaboliza a metadona de uma forma diferente da heroína ou da morfina; O tempo de duração da metadona difere entre os indivíduos, no entanto, é mais duradouro que os opiáceos (Drug Policy Alliance, 2006).

1.2.2. Buprenorfina

À substituição com metadona juntou-se a buprenorfina, um opiáceo sintético que é denominado de “agonista parcial do receptor opiáceo” (apenas produz um efeito parcial quando se liga a receptores opiáceos nas células nervosas do cérebro). Esta pode ser usada como uma medicação de desabitação de curto ou longo prazo ou até mesmo indefinidamente como uma medicação de manutenção. Os riscos de recaída aparentam ser semelhantes em relação à terapêutica de substituição com metadona (West et al., 2000 referido por Costa, Pombo & Barbosa, 2008; Drug Policy Alliance, 2006; Schering-Plough Farma, s.d.; Schering-Plough Farma, 2007).

A buprenorfina apresenta efeitos secundários como obstipação, sonolência, suores e cefaleias. Esta atua como um opiáceo e é prescrita como Suboxone ou Subutex (marcas registadas de dois medicamentos para o tratamento da dependência de opiáceos), sendo por regra tomada diariamente, na forma de comprimidos sublinguais - colocados debaixo da língua até à sua dissolução - (Drug Policy Alliance, 2006; Schering-Plough Farma, s.d.). Estes fármacos destinam-se a ser utilizados em adultos e adolescentes a partir dos 15 anos de idade e que tenham concordado em ser submetidos a tratamento da toxicod dependência (Schering-Plough Farma, 2007).

Apenas o Subutex ativa parcialmente o sistema opiáceo o que significa que altas doses deste têm efeitos mais suaves do que elevadas doses de heroína e de metadona; a privação aguda de subutex pode ser mais suave do que a privação aguda de heroína e de metadona; só por si, este substituto é menos susceptível de provocar uma overdose comparativamente com a heroína ou a metadona. Este apresenta-se sob a forma de comprimidos de buprenorfina na qual a sua base ativa é o cloridrato de buprenorfina, e são doseados a 8mg, 2mg e 0,4mg. A dose de tratamento de Subutex é adaptada em função das necessidades de cada pessoa e atualmente é comercializado em genérico, este conhecido por Buprenorfina (Schering-Plough Farma, s.d.).

Devido ao facto de os comprimidos de buprenorfina (Subutex ou genérico) serem desviados para uso abusivo por toxicod dependentes que os dissolviam para injetar a solução restante, surgiu o Suboxone que para além da buprenorfina contém na sua base ativa a naloxona - antagonista opiáceo que contraria os efeitos dos opiáceos -. A adição da naloxona ajuda a prevenir o uso abusivo do medicamento, uma vez que, quando injetada, esta substância contraria os efeitos dos opiáceos, provocando sintomas de abstinência agudos no doente. Há que realçar que o Suboxone apenas se distingue do Subutex se for injetado, uma vez que a naloxona não é absorvida por via sublingual, atuando apenas quando injetada. O Suboxone é comercializado em doses de 2mg ou 8mg de buprenorfina e 0,5mg ou 2mg de naloxona (sob a

forma de cloridrato de naloxona di-hidratado), ou seja, comprimidos de 2mg/0,5mg e 8mg/2mg (Drug Policy Alliance, 2006; Schering-Plough Farma, 2007).

1.3. Motivação para o tratamento

Motivação deriva etimologicamente do latim *movere*, que significa “mover”. Assim sendo, motivação é tudo aquilo que é susceptível de mover o indivíduo, de o levar a agir para atingir algo - o objetivo -, e de lhe produzir um comportamento orientado. Na área das dependências, o conceito de motivação, tem vindo a receber uma enorme atenção. Esta deve-se especialmente ao facto de que abandonar o uso de uma substância está ligado a um conjunto de comportamentos aos quais a motivação se encontra vinculada (Rodrigues et al., 2011).

A motivação é um ingrediente fulcral na terapia dos dependentes de substâncias psicoativas, não apenas por ser tratar de um elemento que desencadeia o tratamento, mas também por ser o foco do processo terapêutico (Janeiro, 2007).

A relevância do estado motivacional no começo do tratamento de dependência de substâncias psicoativas, não se traduz por um conceito que seja reconhecido desde há muitos anos. Ainda assim, estudos recentes têm vindo a demonstrar que a motivação é um forte preditor da retenção no tratamento (Joe, Simpson & Broome, 2001 referido por Rodrigues, 2009). Desta forma, a motivação contém um papel de destaque no tratamento das dependências, através da sua influência na procura, no compromisso e na manutenção do tratamento, interferindo de forma significativa na concretização de mudanças comportamentais a longo prazo (Rodrigues, 2009).

Neste sentido, apresentar-se-á uma abordagem centrada nos aspetos cognitivo-comportamentais da motivação para o tratamento aliada aos princípios da entrevista motivacional, e que adota como referencial teórico o modelo transteórico.

1.3.1. Entrevista Motivacional

Segundo Miller & Rollnick (1999) a função de motivar cabe ao terapeuta, ou seja, este tem o papel de ampliar a probabilidade do utente desenvolver comportamentos específicos com o intuito de mudar (referido por Janeiro, 2007). Assim, há um vasto leque de princípios que determinam o estilo da entrevista motivacional, sendo estes: expressar empatia, criar discrepâncias, evitar o confronto, lidar com a resistência e fomentar a auto-eficácia (Janeiro, 2007; Rodrigues, 2011).

Por definição, a entrevista motivacional, é uma intervenção breve, que evita o confronto - não confrontativa -, e define uma abordagem focada na mudança de comportamentos (Janeiro, 2007; Rodrigues, 2011).

No que concerne às técnicas utilizadas na entrevista motivacional, há dois grupos de técnicas segundo a definição estratégica, as que são utilizadas para construir a motivação no sentido da mudança e as que possibilitam o fortalecimento do compromisso para a mudança (Janeiro, 2007).

Nas técnicas de motivação para a mudança incluem-se a realização de perguntas abertas, a escuta reflexiva, apoiar, resumir e evocar frases auto-motivacionais. As quatro primeiras técnicas constituem um conjunto integrado que visa o acréscimo da disparidade e por essa via mobiliza a pessoa para a ação. Relativamente às frases auto-motivacionais, estas para além de serem estimuladas pela utilização das primeiras técnicas, aumentam também a discrepância entre os objetivos da pessoa e as consequências do comportamento problema da mesma; as frases auto-motivacionais distinguem-se das demais, pelo facto de abrangerem elementos de reconhecimento do problema, expressão de preocupação, intenção de mudar e otimismo acerca da mudança (Janeiro, 2007).

Quanto às técnicas que permitem fortalecer o compromisso para a mudança, estas são usadas na fase da preparação para a ação e permitem: recapitular, com o intuito de sublinhar os motivos que podem levar a pessoa à mudança sem menosprezar a possível ambivalência; efetuar questões chave direcionadas para o futuro e que possibilitem prever e ponderar acerca da mudança; facultar informação objetiva e preferencialmente quando solicitada; e finalmente, negociar um plano que inclua metas, várias opções relativas à mudança e que possa ser iniciado logo no momento (Janeiro, 2007).

Em suma, a entrevista motivacional por si só não é uma intervenção terapêutica, porém permite que o sujeito se organize e se mobilize para uma mudança terapêutica (Janeiro, 2007).

1.3.2. Modelo Transteórico e Estádios de Mudança

O seguinte modelo integra o tratamento e prevenção das adições, no qual o conceito de mudança abarca uma perspetiva em desenvolvimento, concomitantemente com a prevenção de explicações estáticas acerca do que aparenta ser um processo ativo de adição e recuperação (Oliveira et al., 2003 referido por Rodrigues, 2009).

Naturalmente, o Modelo Transteórico não se trata de “uma simples combinação ou mistura, mas uma teoria emergente, que seja mais do que a soma de suas partes e que leve a novas direções de pesquisa e de prática” (Prochaska, 1995, p. 406 referido por Rodrigues, 2009). O principal pressuposto deste modelo de mudança incide no facto de que as auto-mudanças bem sucedidas dependem da aplicação de estratégias adequadas (Prochaska et al., 1992 referido por Rodrigues, 2009).

Quanto aos estádios de mudança (tabela 1), estes relatam atitudes, intenções e comportamentos sobre a mesma (Prochaska & DiClemente referido por Connors, Donovan & DiClemente, 2001 referido por Janeiro, 2007) e esta refere-se a comportamentos alvo (Connors, Donovan & DiClemente, 2001 referido por Janeiro, 2007), os quais o indivíduo opta por alterar de modo voluntário e não coercivo (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992 referido por Janeiro, 2007).

A noção de estádios remete-nos para a ideia de que a mudança ocorre ao longo do tempo, segundo estádios caracterizados por padrões de distintos designados por Pré-Contemplanção, Contemplanção, Preparação ou Determinação, Ação e Manutenção (Yoshida, 2002 referido por Rodrigues, 2009).

A mudança vai sucedendo ao longo do tempo em diferentes estádios que exprimem sobretudo a consciência do problema e a predisposição do sujeito para enfrentá-lo. O processo de mudança pode ocorrer de forma cíclica ou em espiral, permitindo aos sujeitos progredir ou regredir sem ordenação lógica, não sendo obrigatória uma passagem linear por todos os estádios contemplados no modelo (Rodrigues, 2009).

Contrariamente a outras abordagens que incidem mais nas influências sociais ou biológicas do comportamento, o Modelo Transteórico foca-se preferencialmente na mudança intencional, isto é, no processo de tomada de decisão do sujeito. O modelo em causa encontra-se fundamentado no princípio de que a mudança comportamental ocorre ao longo de um processo, em que os sujeitos passam por distintos níveis de motivação para a mudança. Estes níveis estariam representados por estádios, que traduzem a dimensão temporal do modelo e permitem a compreensão de mudanças particulares, intenções e reais comportamentos que podem ocorrer (Szupszynski & Oliveira, 2008 referido por Rodrigues, 2009).

Tabela 1:

Descrição dos estádios motivacionais do modelo de Prochaska e DiClemente.

Pré-contemplanção	- Os indivíduos não consideram a mudança e não pretendem modificar o seu comportamento; - É frequente que o individuo ainda não tenha consciência do
--------------------------	---

problema ou desconheça as consequências a curto, médio e longo prazo do seu comportamento;

- Os Pré-Contempladores dificilmente procuram ajuda para iniciar o seu processo de mudança e quando o fazem, por regra são impelidos por terceiros.

Contemplação	<ul style="list-style-type: none">- Fase em que o sujeito já tem consciência de que há um problema e que começa a percebê-lo como motivo de preocupação;- No que concerne ao consumo de substâncias, nesta fase começa-se a ponderar a possibilidade de cessar ou reduzir o consumo num futuro próximo;- A ambivalência é a principal característica dos Contempladores, pois apesar da grande vontade de mudar, há momentos de ansiedade e dúvida que acabam por enfraquecer a força motivacional.
Preparação ou Determinação	<ul style="list-style-type: none">- Esta etapa caracteriza-se por pequenas alterações nos comportamentos aditivos;- Este estágio é marcado pela capacidade de planeamento e pelo aumento da consciencialização do problema;- Aqui o indivíduo compromete-se a realizar um maior esforço orientado para a mudança;- No que respeita ao consumo de substâncias os consumos podem manter-se, porém já há intenção de reduzir ou cessar os consumos num futuro próximo.
Ação	<ul style="list-style-type: none">- Aqui os indivíduos iniciam explicitamente a alteração dos seus comportamentos problema;- Trata-se de um período que exige imensa dedicação e disponibilização de energia pessoal;- Pode durar até 6 meses;- Os indivíduos que pretendem efetivamente mudar os seus comportamentos problema, tendem a alterar ativamente os seus hábitos comportamentais e o ambiente que os rodeia;- As mudanças realizadas neste estágio são mais amplas e significativas, apresentando maior visibilidade em comparação às realizadas nos estádios anteriores.
Manutenção	<ul style="list-style-type: none">- O grande objetivo deste último estágio traduz-se por manter as mudanças comportamentais e estabilizar o comportamento em foco;- Este estágio está inerente a todo um processo contínuo de prevenção da recaída e desenvolvimento de estratégias de coping.

Adaptado de Pérez et. al, 2008 & Rodrigues, 2009.

1.4. Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico

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 saúde ou de enfermidade”. Esta afirmação indica-nos que um dos papéis fulcrais da promoção para a saúde deveria consistir em melhorar ativamente a qualidade de vida e o bem-estar, e não meramente prevenir a doença (Bennett & Murphy, 1997 referido por Escudeiro, Lamachã, Freitas & Silva, 2006).

Efetivamente, diversos estudos têm vindo a demonstrar que é mais importante saber como os indivíduos sentem o impacto da sua condição física na sua vida, do que propriamente detetar a presença ou ausência de sintomas somáticos. É neste jogo entre os elementos internos e externos das vivências pessoais, no encontro entre o objetivo e o subjetivo, que surge o conceito de qualidade de vida.

A qualidade de vida é um conceito multidimensional que mede a saúde social, mental e física (Escudeiro, Lamachã, Freitas & Silva, 2006). Segundo a OMS, a qualidade de vida representa a “perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e relações sociais.” (WHOQOL GROUP, 1994 referido por Fleck et.al, 1999, p.20 referido por Escudeiro, Lamachã, Freitas & Silva, 2006).

Esta tem vindo a ser 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 e forma física (Bennett & Murphy, 1997; Snoek, 2000 referido por Escudeiro, Lamachã, Freitas & Silva, 2006), sendo que é significativamente influenciada pelas ordens psiquiátricas (McIntyre, Barroso & Lourenço, 2002; Smith & Larson, 2003 referido por Escudeiro, Lamachã, Freitas & Silva, 2006).

A análise desta dimensão nos toxicodependentes é de extrema importância, devido à reconhecida perturbação que o consumo de substâncias psicoativas implica na maioria das situações, e que se traduz em termos físicos, emocionais e sociais.

No que concerne à toxicoddependência, os distintos programas terapêuticos tendem a ser analisados consoante os parâmetros dicotómicos referentes à abstinência/consumo de substâncias, numa conceptualização do sujeito que só o identifica pelo seu comportamento face às drogas, descurando outras variáveis da sua vivência pessoal e social (Escudeiro, Lamachã, Freitas & Silva, 2006).

Assim, a análise da qualidade de vida nos toxicodependentes permite: julgar dimensões físicas e mentais, alargar o contexto de avaliação da eficácia dos tratamentos, bem como auxiliar na definição de estratégias de intervenção (Brogly, Mercier, Bruneau, Palepu & Franco, 2003; Morgan, Morgenstern, Blanchard & Bux, 2003; Smith & Larson, 2003 referido por Escudeiro, Lamachã, Freitas & Silva, 2006).

Outro elemento fundamental nesta investigação prende-se com a medida do bem-estar psicológico dos utentes da amostra recolhida, ou seja, a presença/ausência de sintomas psicopatológicos, dado 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 referido por McIntyre et al., 2002, p.14 referido por Escudeiro, Lamachã, Freitas & Silva, 2006).

Considera-se, de uma forma especial, que o bem-estar abrange o funcionamento psicológico ótimo do indivíduo (Deci & Ryan, 2008), ainda assim, ao longo da investigação deste constructo tem sido questionável a de uma experiência ótima ou uma boa vida.

A concepção de bem-estar integra-se no constructo de saúde mental, sendo uma condição fundamental para a mesma (Galinha, 2008).

O bem-estar psicológico (BEP) é um construto baseado na teoria psicológica relativo ao funcionamento positivo ou ótimo. Este é constituído por um leque de características que constituem a sua essência, nomeadamente: possuir uma atitude positiva em relação a si mesmo e aceitar múltiplos aspectos de sua personalidade (autoaceitação); possuir relacionamentos acolhedores, seguros, íntimos e satisfatórios com outras pessoas (relações positivas com outros); ser autodeterminado, independente, avaliar experiências pessoais segundo critérios próprios (autonomia); ter competência em manejar o ambiente para satisfazer necessidades e valores pessoais (domínio sobre o ambiente); ter senso de direção, propósito e objetivos na vida (propósito na vida); perceber um contínuo desenvolvimento pessoal e estar aberto a novas experiências (crescimento pessoal) (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008 referido por Machado & Bandeira, 2012).

1.5. Estudos realizados no mesmo âmbito

Através do seu trabalho com uma amostra de toxicodependentes do CAT de Vila Nova de Gaia, Escudeiro, Lamachã, Freitas e Silva (2006), concluíram que a percepção de qualidade

de vida aumenta proporcionalmente com o bem-estar emocional. Relativamente às diferentes variáveis sociodemográficas estudadas, constataram que a que se revela de maior significância é a situação laboral, na qual os participantes que se encontram integrados profissionalmente, apresentam melhores níveis de bem-estar e avaliam de forma mais positiva a qualidade de vida, comparativamente com os sujeitos desempregados. Verificaram ainda que a integração dos toxicodependentes nos programas terapêuticos é fulcral na melhoria da percepção que estes apresentam face à sua qualidade de vida, independentemente da abordagem clínica.

Gomes (2011), estudou a qualidade de vida, psicopatologia e programas terapêuticos na toxicodependência, numa amostra de 47 utentes do CRI de Braga. Com base nesta investigação, os resultados obtidos por Gomes demonstram que há uma correlação muito estreita entre a QV e a psicopatologia ($R = -.58$, $p = 0,000$) na toxicodependência. Encontraram ainda algumas diferenças significativas na QV e na psicopatologia dos utentes inseridos em diferentes programas terapêuticos (metadona e buprenorfina). Neste estudo verificou-se ainda que a abstinência era fulcral para o sucesso no tratamento, não sendo o tempo de tratamento, por si só, suficiente para melhorar a qualidade de vida e a psicopatologia destes utentes.

Na investigação de Neto (2008), objetivou-se o estudo da sintomatologia psicopatológica entre a população toxicodependente, numa amostra de 120 consumidores problemáticos de drogas, em tratamento de substituição opiácea, subdividida em dois grupos: 60 participantes em programa de metadona e 60 participantes em programa de buprenorfina. Após o estudo concluíram que quando comparados os dois grupos, os resultados demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à variável idade ($p = 0,022$) com média superior para o grupo da metadona ($M = 35,90$; $SD = 7,239$). Concluíram ainda que o BSI revelou diferenças significativas entre os dois subgrupos nas dimensões sensibilidade interpessoal e hostilidade, com médias superiores para o grupo que se está no programa de de buprenorfina

Apóstolo (1999), através da sua investigação com consumidores de heroína e de não consumidores de heroína nem de outras substâncias “duras”, na região do centro, concluiu que os consumidores de heroína apresentam níveis de bem-estar psicológico mais baixos relativamente aos que não consomem.

Iglésias e Carvalho (2010) procuraram investigar os hábitos de saúde e os estilos de vida dos toxicodependentes, no âmbito da sua investigação. A sua amostra foi constituída por 80 participantes que frequentam programas de substituição opiácea (metadona ou buprenorfina) e concluíram que a maioria dos participantes é fumadora, notando-se apenas uma diminuição significativa na média de cigarros fumados por dia; a percentagem de utentes com hábitos

alcoólicos é menor que a dos utentes sem esses mesmos hábitos, tanto antes como após o tratamento de substituição opiácea; verificaram ainda um aumento significativo nos valores percentuais entre o sono repousante antes e após o início do tratamento.

Viana (2011) procurou na sua investigação, compreender a forma como os toxicodependentes percebem a sua qualidade de vida, que estratégias de *coping* utilizam e que níveis de ansiedade/depressão revelam. Este estudo foi realizado em 49 toxicodependentes, que frequentavam dois distintos de terapêutica de substituição (metadona e buprenorfina). No final, verificou-se que não existem diferenças significativas ao nível da ansiedade e depressão, qualidade de vida e estratégias de *coping*, na terapêutica de substituição com buprenorfina e metadona.

II PARTE

Estudo Empírico

Capítulo II. Metodologia

O desenho metodológico desta investigação compreende as seguintes etapas:

- Pesquisa bibliográfica.
- Recolha de dados, através do preenchimento de dois instrumentos de avaliação, por questionário de autorresposta, com dados sociodemográficos - WHOQOL-BREF e Escala de Medida de Manifestação de Bem-estar Psicológico - EMMBEP.
- Representação escrita analítica.

2.1. Apresentação do Estudo

O presente estudo circunscreve-se no domínio da Psicologia Clínica e da Saúde, nomeadamente na área da toxicodependência e tem como finalidade refletir e avaliar os níveis de qualidade de vida e bem-estar psicológico nos heroíno-dependentes que se encontram em tratamento de substituição opiácea, por metadona ou buprenorfina.

2.1.1 Objetivos e Variáveis do Estudo

Os objetivos gerais deste estudo são investigar a existência de uma relação entre a qualidade de vida e o bem-estar psicológico percebida pelos utentes do CRI de Castelo Branco.

Especificamente, este estudo pretende dar resposta aos seguintes objetivos:

- Investigar se existem e quais os níveis de qualidade de vida e bem-estar psicológico que os heroíno-dependentes atualmente abstinentes apresentam;
- Verificar se existe divergência ou convergência no que respeita à qualidade de vida e ao bem-estar psicológico nas diferentes terapêuticas de substituição (metadona e buprenorfina);
- Perceber se existem e quais as diferenças entre os níveis de qualidade de vida e bem-estar psicológico nos heroíno-dependentes, que atualmente se encontram sem consumos, consoante as variáveis sociodemográficas;
- Explorar as relações existentes entre as variáveis em estudo, qualidade de vida e bem-estar psicológico.

Relativamente às variáveis em estudo é possível enumerar as seguintes:

- EMMBEP (variável Bem-Estar Psicológico),
- WHOQOL-Bref (variável Qualidade de Vida),

- Género,
- Idade,
- Estado Civil,
- Local (meio) de Residência,
- Agregado Familiar,
- Nível de Ensino,
- Situação Profissional,
- Idade do Primeiro Consumo,
- Substância do Primeiro Consumo,
- Ambiente do Primeiro Consumo,
- Acompanhamento ou não,
- Substância(s) dos Consumos Regulares,
- Motivos para Cessar os Consumos,
- Tratamento Farmacológico Atual,
- Tratamento Psicossocial.

2.1.2. Desenho da Investigação

Este estudo orientou-se de acordo com uma opção metodológica baseada numa abordagem de análise quantitativa, que de uma forma geral pretende explicar e prever um fenómeno através da medida de variáveis e pela análise numérica, recorrendo aos testes e procedimentos estatísticos (Balnaves & Caputi, 2001).

Devido ao carácter exploratório do presente estudo, optou-se pela exclusão de hipóteses, uma vez que estas iriam limitar os resultados, não permitindo uma exploração aberta dos mesmos. Os estudos desta natureza procuram a familiarização com um determinado assunto, que se encontra ainda pouco explorado, permitindo assim a conceção de novas ideias e de novas relações entre os elementos que o compõem, a fim de obter um aprofundamento posterior (Gil, 1999; Severino, 2000).

Trata-se de um estudo de cariz observacional e cross-sectional (transversal), uma vez que a amostra foi recolhida num momento único, isto é, houve apenas um momento de recolha de dados (Pestana & Gageiro, 2008).

2.2. Participantes

Ao debruçarmo-nos nos objetivos e desenho no nosso estudo, optou-se por seleccionar dependentes de heroína, que frequentem terapêuticas de substituição por metadona ou

buprenorfina e, que se encontrem abstinentes da substância de eleição à pelo menos um mês, sendo estes os critérios de inclusão desta investigação.

No que concerne à amostra presente nesta investigação, esta é classificada como não probabilística e por conveniência, uma vez que se acederam aos utentes do CRI de Castelo Branco que demonstraram interesse e disponibilidade para participar no estudo.

2.2.1. Descrição da amostra

Há que realçar que na Equipa de Tratamento (ET) da Covilhã, no período da recolha da amostra, estavam em tratamento com metadona 50 utentes e com buprenorfina 48 utente, num total de 98 utentes. Na ET de Castelo Branco, no mesmo espaço de tempo, estavam 65 utentes com metadona e 63 utentes com tratamento de buprenorfina, num total de 128 utentes. Assim sendo, em tratamento de substituição opiácea, estavam 226 indivíduos, no Centro de Respostas Integradas (CRI) de Castelo Branco.

A amostra é constituída por 55 utentes () do CRI de Castelo Branco, subdivididos entre a ET de Castelo Branco (n= 12), o equivalente a cerca de 9,5% dos utentes e a ET da Covilhã (n= 43), o equivalente a aproximadamente 44% dos utentes. O CRI de Castelo Branco abrange 12 concelhos, entras as quais: Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Mação, Oleiros, Penamacor, Proença-a-Nova, Sertã, Vila de Rei e Vila Velha de Rodão (correspondentes à Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULS)) Belmonte, Covilhã e Fundão (correspondentes ao Agrupamento e Centro de Saúde da Cova da Beira (ACES)).

Desta forma, perante a população apresentada e descrita, neste estudo a amostra de conveniência é constituída por 55 sujeitos abstinentes, que atualmente se encontram num programa de substituição opiácea - metadona ou buprenorfina. Com base na análise da Tabela 2, é possível averiguar que a faixa etária da amostra varia entre os 25 anos e os 63 anos, com uma média de idade de $M= 40,98$ anos e um desvio padrão de $SD= 8,321$.

Tabela 2:

Estatística descritiva da amostra segundo a Idade

N	55
Média	40,98
Desvio-padrão	8,321
Mínimo	25
Máximo	63

A análise da Tabela 5 indica-nos que a amostra, no que concerne ao género, é constituída por 5 mulheres (9,1%) e 50 homens (90,9%), verificando-se no total 55 sujeitos (100%).

Tabela 3:

Estatística descritiva da amostra segundo o Género

	N	%
Feminino	5	90,9
Masculino	50	9,1
Total	55	100

Verifica-se, através da tabela 4, que a amostra, referente ao Nível de Ensino, é constituída por 55 pessoas (100%), sendo que 32 sujeitos (58,2%) concluíram o ensino obrigatório e 23 sujeitos (41,8%) não concluíram o mesmo.

Tabela 4:

Estatística descritiva da amostra segundo o Nível de Ensino

	N	%
Ensino Obrigatório	32	58,2
Ensino Não Obrigatório	23	41,8
Total	55	100

Com base na Tabela 5 é possível apuramos que a amostra, no que concerne à Situação Profissional, é constituída por 30 indivíduos (54,5%) que se encontram ativos a nível profissional e por 25 (45,5) sujeitos que estão inativos, num total de 55 participantes (100).

Tabela 5:

Estatística descritiva da amostra segundo a Situação Profissional

	N	%
Ativo	30	54,5
Inativo	25	45,5
Total	55	100

Com a apreciação da Tabela 6 é possível verificar que a amostra, no que diz respeito ao Local (meio) de Residência, é constituída por 19 sujeitos (34,5%) que residem em meio rural e por 36 (65,5%) indivíduos que têm residência em meio urbano, verificando-se assim um total de 55 participantes (100%).

Tabela 6:

Estatística descritiva da amostra segundo ao Local (meio) da Residência

	N	%
Meio urbano	36	65,5
Meio rural	19	34,5
Total	55	100

Relativamente ao Estado Civil, a tabela 7 permite-nos averiguar que a amostra é constituída por 36 indivíduos solteiros (65,5%), 9 sujeitos casados/unidos de facto (16,4%) e 10 participantes divorciados (18,2%), dando um total de 55 participantes (100%).

Tabela 7:

Estatística descritiva da amostra segundo o Estado Civil

	N	%
Solteiro	36	65,5
Casado/Unido de facto	9	16,4
Divorciado	10	18,2
Total	55	100

Com base na Tabela 8, sabe-se que a amostra é composta por 11 participantes que residem sozinhos (20%) e por 38 indivíduos cujo agregado familiar é composto por mais que um elemento (69,1%), verificando-se assim um total de 49 indivíduos (89,1%).

Tabela 8:

Estatística descritiva da amostra segundo a Constituição do Agregado Familiar

	N	%
Sozinho	11	20
Acompanhado	38	69,1
Total	49	89,1

Através da Tabela 9, podemos verificar que a amostra é constituída por 32 elementos (58,2%) que concluíram o ensino obrigatório e, por 23 sujeitos (41,8%) que não concluíram o mesmo, num total de 55 participantes (100%).

Tabela 9:

Estadística descritiva da amostra segundo o Nível de Ensino

	N	%
Ensino Obrigatório (concluído)	32	58,2
Ensino Obrigatório (não concluído)	23	41,8
Total	55	100

Verifica-se, através da Tabela 10, que a amostra, referente à idade do primeiro consumo varia entre os 8 anos e os 39 anos, com uma média de idade de $M= 17,5094$ anos e um desvio padrão de $SD= 5,49693$.

Tabela 10:

Estadística descritiva da amostra segundo a Idade do Primeiro Consumo

N	55
Média	17,5094
Desvio-padrão	5,49693
Mínimo	8
Máximo	39

No que concerne à Substância de início, a Tabela 11, indica-nos que a amostra é constituída por 46 sujeitos que iniciaram com os consumos com tetrahydrocannabinoides - THC - (83,6%), 2 indivíduos com cocaína (3,6%), 6 participantes com heroína (10,9%) e, finalmente, 1 elemento com depressoras do sistema nervoso central - SNC - (1,8%), com um total de 55 participantes.

Tabela 11:

Estadística descritiva da amostra segundo a Substância de Início

	N	%
THC	46	83,6
Cocaína	2	3,6
Heroína	6	10,9
Depressoras do SNC	1	1,8
Total	55	100

A décima segunda tabela, permite-nos observar que a amostra, no que toca à variável Ambiente do Primeiro Consumo, é constituída por 19 sujeitos (34,5%) que iniciaram os

consumos num ambiente protegido e por 36 indivíduos (65,5%) que deram início aos consumos num ambiente desprotegido, verificando-se no total 55 sujeitos (100%).

Tabela 12:

Estadística descritiva da amostra segundo o Ambiente do Primeiro Consumo

	N	%
Ambiente Protegido	19	34,5
Ambiente Desprotegido	36	65,5
Total	55	100

Com base na análise da Tabela 12 é possível averiguar que a amostra encontrava-se maioritariamente acompanhada, 52 participantes (94,5%), e que apenas 3 indivíduos (5,5%) se encontravam sozinhos no momento do Primeiro Consumo, fazendo um total de 55 sujeitos (100%).

Tabela 13:

Estadística descritiva da amostra segundo o Acompanhamento/não no Primeiro Consumo

	N	%
Sozinho	3	5,5
Acompanhado	52	94,5
Total	55	100

Quanto à variável Substâncias dos Consumos Regulares, a Tabela 14 permite-nos averiguar que 21 participantes (38,2%) apenas consomem heroína e que 34 participantes (61,8%) para além da heroína consomem outras substâncias (politoxicomano), num total de 55 sujeitos (100%).

Tabela 14:

Estadística descritiva da amostra segundo as Substâncias dos Consumos Regulares

	N	%
Heroína	21	38,2
Politoxicomania	34	61,8
Total	55	100

No que concerne aos Motivos para Cessar os Consumos, a décima quinta tabela indica-nos que: 29 indivíduos (52,7%) cessaram os consumos devido a problemas pessoais, familiares e financeiros, 7 elementos (12,7%) cessaram os consumos por problemas de saúde e 15 elementos (27,3%) cessaram os consumos devido a problemas de foro sociolaborais e judiciais, dando um total de 51 participantes (92,7%).

Tabela 15:

Estatística descritiva da amostra segundo os Motivos para Cessar os Consumos

	N	%
Problemas Pessoais, Familiares e Financeiros	29	52,7
Problemas de Saúde	7	12,7
Problemas Sociolaborais e Judiciais	15	27,3
Total	51	92,7

Com a apreciação da Tabela 16 é possível constatar que a amostra, no que diz respeito ao Tratamento Farmacológico Atual, é constituída por 29 participantes (52,7%) que se encontram com metadona e 26 pessoas (47,3%) que se encontram com buprenorfina, com um total de 55 indivíduos (100%).

Tabela 16:

Estatística descritiva da amostra segundo o Tratamento Farmacológico Atual

	N	%
Metadona	29	52,7
Buprenorfina	26	47,3
Total	55	100

No que se refere às duas últimas variáveis sociodemográficas, o Tratamento Psicossocial, a Tabela 17 permite-nos verificar que a maior parte da amostra - 39 sujeitos (70,9%) - afirmam ter acompanhamento psicossocial e por isso combinação terapêutica, enquanto 16 elementos (29,1%) referem não ter esse mesmo acompanhamento e respetiva combinação, dando um total de 55 indivíduos (100%).

Tabela 17:

Estatística descritiva da amostra segundo o Tratamento Psicossocial

	N	%
Sim	39	70,9
Não	16	29,1
Total	55	100

2.3. Instrumentos

O critério utilizado para a seleção dos instrumentos baseou-se na natureza dos fenómenos que se pretendiam estudar, optando-se pelo seguinte protocolo: Questionário Sociodemográfico, Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (adaptada à população portuguesa por S. Monteiro, J. Tavares, A. Pereira, 2006) e, finalmente, WHOQOL-Bref (adaptada à população portuguesa por C. Canavarro, A. Serra, M. Simões, S. Gameiro, M. Quartilho, D. Rijo, C. Carona & T. Paredes, 2006).

2.3.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico foi elaborado pela investigadora, sendo constituído pelas seguintes variáveis: idade, género (masculino e feminino), nível de ensino (1º Ciclo, 2º Ciclo, 3º Ciclo, ensino secundário, ensino superior), Profissão (resposta aberta), residência (meio rural, meio urbano), estado civil (solteiro(a), casado(a)/unido(a) de facto, divorciado(a), viúvo(a)), na eventualidade de ser solteiro, se namora (sim ou não), número de elementos do agregado familiar, idade do primeiro consumo, com que substância iniciou os consumos, ocasiões do primeiro consumo (festa, escola, casa, discoteca), no primeiro consumo encontrava-se (sozinho(a) ou acompanhado(a)), o que o/a levou a experimentar (resposta aberta), com que idade iniciou os consumos regulares, que substâncias consumia (resposta aberta), com que frequência consumida (resposta aberta), quando foi o seu último consumo (resposta aberta), qual o motivo que o levar a cessar os consumos (resposta aberta), é a primeira tentativa para cessar com os consumos (sim ou não), se não, quando decidiu cessar pela primeira vez os consumos (referindo o mês e ano), se não, quantas tentativas já efetuou para cessar os consumos (incluindo esta), se não, qual/quais o(s) motivo(s) que pensa estarem subjacente(s) à(s) recaída(s) (resposta aberta), se não, utilizou algum tratamento de substituição (sim ou não), se sim, qual/quais (metadona, subutex, suboxone, buprenorfina (genérico do subutex)) e a que tipo de tratamento(s) se encontra atualmente submetido(a) (metadona, subutex, suboxone, seguimento com técnico(s): consultas de psicologia, serviço social, medicina). A constituição do Questionário Sociodemográfico prendeu-se com o facto de as variáveis interferirem, a priori, na Qualidade de Vida e no Bem-Estar Psicológico dos

indivíduos abstinentes que se encontram em tratamento de substituição (metadona e buprenorfina).

2.3.2. Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico

uma escala de resposta tipo likert de 5 pontos, que vai desde Nunca (1) a Quase sempre (5), constituída por um total de 25 itens, dividida em seis subescalas: autoestima (4 itens), equilíbrio (4 itens), envolvimento social (4 itens), sociabilidade (4 itens), controlo de si e dos acontecimentos (4 itens) e felicidade (5 itens) (Monteiro, Tavares & Pereira, 2012).

Quanto mais elevado for o total obtido, fornecido pelo somatório das pontuações de todos os itens, maior será o bem-estar psicológico percebido (Monteiro, Tavares & Pereira, 2012).

A EMMBEP tem vindo a ser aplicada em vários tipos de estudos, nomeadamente para estudos de avaliação da Qualidade de vida, Bem-Estar Psicológico e Estratégias de Coping no tratamento de substituição com metadona e buprenorfina (Viana, 2011b).

Para o presente estudo optou-se por seleccionar a EMMBEP devido à sua fácil e rápida aplicação e interpretação por parte dos participantes desta investigação.

2.3.3. WHOQOL-Bref

Segundo o princípio de que a qualidade de vida se trata de um conceito multidimensional e na tentativa de conceber um instrumento transcultural para uso internacional, a OMS desenvolveu em 1991 o WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument -, com base num projeto colaborativo multicêntrico (Escudeiro, Lamachã, Freitas & Silva, 2006).

A versão original inclui 100 questões, formuladas numa escala de resposta do tipo Likert, que mede a intensidade (de nada a extremamente), a capacidade (de nada a completamente), a frequência (de nunca a sempre) e a avaliação (de muito insatisfeito a muito satisfeito / de muito mau a muito bom) de acordo com 6 domínios, sendo estes: 1) físico; 2) psicológico; 3) nível de independência; 4) relações sociais; 5) ambiente e 6) aspetos espirituais/religião/crenças pessoais (Escudeiro, Lamachã, Freitas & Silva, 2006).

A necessidade de instrumentos breves, mas com características psicométricas satisfatórias, levou ao desenvolvimento de uma versão abreviada deste, designada por WHOQOL-Bref. Este é composto por 26 questões, tendo preservado 4 dos 6 domínios da versão original: 1) físico; 2) psicológico; 3) relações sociais e 4) meio ambiente. Relativamente à confiabilidade teste-

reteste e à validade discriminante o teste apresentou características satisfatórias (Fleck et al., 2000 referido por Escudeiro, Lamachã, Freitas & Silva, 2006).

Os fatores que contribuíram para a seleção deste instrumento para esta investigação incidem na fácil aplicação, no facto de possuir uma linguagem clara e de ser uma versão breve, uma vez que os participantes deste estudo são maioritariamente pessoas fragilizadas (Ribeiro, 2002 referido por Escudeiro, Lamachã, Freitas & Silva, 2006) e com baixos níveis de literacia.

2.3.4. Fiabilidade dos Instrumentos, Cálculo da Aderência à Normalidade e Coeficiente de Pearson

Para medir a fidelidade dos instrumentos utilizou-se o Coeficiente de Alfa (Alfa de Cronbach's).

Assim, o coeficiente de fidelidade da EMMBEP para a escala total de 25 itens, apresenta o seguinte valor $\alpha = 0,936$, sendo revelador de uma excelente consistência interna dos itens. O inventário total tem uma média de $M = 85,38$ e um desvio padrão de $SD = 16,363$.

Quanto ao WHOQOL-Bref, total da escala dos 26 itens, é de $\alpha = 0,930$, sendo também revelador de uma excelente consistência interna dos itens. A escala total tem uma média de $M = 86,35$ e um desvio padrão de $SD = 28,47$ (Tabela 18).

Tabela 18:

Estadística descritiva e valores de Alfa de Cronbach dos instrumentos EMMBEP e WHOQOL-Bref

	Média	Desvio-padrão	Alfa de Cronbach's
EMMBEP	85,38	16,363	0,936
WHOQOL-Bref	86,35	15,814	0,930

Procedemos de seguida ao cálculo do Kolmogorov-Smirnov (KS), a fim de testar a aderência à normalidade e, após o cálculo da estatística mencionada concluímos que o presente estudo seguia uma distribuição normal, onde os níveis de significância apresentados foram de 0,025. Desta forma, recorreremos à utilização de testes paramétricos.

Por fim, a tabela 19, permite-nos averiguar a existência de correlações estatisticamente significativas entre os valores obtidos na EMMBEP (variável Bem-Estar Psicológico) e no WHOQOL-Bref (variável Qualidade de Vida). Os valores apresentados indicam-nos que temos uma correlação moderada, positiva e que existem diferenças estatisticamente significativas na relação de ambas ($r = 0,624$; $p = 0,000$).

Tabela 19:

Coeficiente da correlação de Pearson para a associação entre a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e o Bem-Estar Psicológico (EMMBEP)

	EMMBEP
WHOQOL-Bref	0,624 ***

*** P<0,001

2.4. Procedimentos

Primordialmente, e indispensavelmente esta investigação recaiu numa breve revisão da literatura existente, com o intuito de apurar o que já tinha sido contemplado em estudos existentes neste âmbito e quais as principais carências atuais. No âmbito da toxicodependência já foram realizados imensos estudos, todavia verificámos que são escassas as referências no seio das terapêuticas de substituição, aquando de relacionadas com a qualidade de vida e o bem-estar psicológico, sendo estas variáveis de extrema importância para o sucesso terapêutico na problemática das dependências.

Posteriormente tentou-se estabelecer e clarificar os principais objetivos do presente estudo, bem como procurou-se selecionar os instrumentos de avaliação mais indicados para a finalidade desta investigação.

Para a realização da nossa investigação, foi solicitada a autorização da Professora Maria Cristina Canavarro e do Professor Adriano Vaz Serra, autores da versão portuguesa do instrumento WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life - Bref), e da Professora Sara Monteiro, do Professor José Tavares e da Professora Anabela Pereira, responsáveis pela tradução e adaptação da versão original da Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique (EMMBEP) para o contexto português, para a utilização dos respetivos questionários; que após ser fornecida, através de correio eletrónico, autorizaram a utilização dos mesmo no decorrer do presente estudo.

De seguida procedeu-se à construção do questionário a aplicar.

Seguidamente o projeto de investigação foi presente ao Diretor Clínico do CRI de Castelo Branco, sob a forma de um pedido de autorização formal. Para o efeito, foram apresentados os objetivos e as condições necessárias para a aplicação dos dados recolhidos, com vista a garantir o cumprimento das normas éticas de investigação clínica, a responsabilidade científica e profissional, o respeito pelos direitos humanos e pela dignidade da pessoa, a salvaguarda dos interesses do participante e a reputação da instituição em que é realizada a investigação.

Após a disponibilização de uma lista com os utentes ativos a frequentar o serviço em tratamento de substituição opiácea, estes foram convidados a participar na investigação.

Após a construção do questionário a aplicar, explicitado anteriormente, foi aplicado um pré-teste (constituído por 10 questionários) de forma a garantir que todos os itens estavam perceptíveis e passíveis de ser compreendidos por todos os participantes do presente estudo. Uma vez que os questionários cumpriam os requisitos procedemos à entrega dos restantes questionários.

A aplicação dos questionários decorreu durante 6 meses (entre os meses de outubro de 2013 e março de 2014) e recorreu-se a uma amostra de conveniência.

Os participantes participaram voluntariamente e, apenas após uma breve explicação acerca dos objetivos do estudo, decidiram se pretendiam efetivamente participar. Após o consentimento informado, o questionário foi entregue aos utentes e, no final, após a entrega de todos os questionários estes foram numerados, assegurando uma vez mais os princípios éticos, a confidencialidade e o anonimato. Os participantes foram instruídos no sentido de completarem os instrumentos, estando a investigadora presente para esclarecer alguma dúvida, bem como auxiliar no preenchimento se necessário.

Finalmente, todos os dados foram inseridos numa base de dados de um programa estatístico (SPSS), onde dados foram tratados utilizando apenas os números atribuídos a cada questionário.

2.5. Análise Estatística

No que concerne à análise estatística, foi possível identificar três momentos distintos. Num primeiro momento, foi realizada a estatística descritiva, no que respeita à descrição e caracterização da amostra do presente estudo. Esta engloba um conjunto de medidas de tendência central, tais como média, mediana, desvio-padrão (SD), números mínimos e máximos.

Posteriormente foi realizada a estatística inferencial e, com base nesta, efetuaram-se diferentes testes que nos permitiram retirar conclusões acerca da população-alvo (Martins, 2011). Iniciou-se com o cálculo do Coeficiente de Cronbach a fim de avaliar a consistência interna dos nossos instrumentos (Maroco, 2007), o qual pode oscilar entre 0 e 1, sendo que os valores inferiores a 0,6 são considerados inadmissíveis, entre 0,6 e 0,7 a consistência é considerada razoável, entre 0,7 e 0,8 é considerada boa, entre 0,8 e 0,9 a consistência interna é considerada como muito boa e, por último, valores superiores a 0,9 são avaliados como uma consistência excelente (Pallant, 2007). De seguida, procedemos ao cálculo do

Kolmogorov-Smirnov, com a finalidade de analisar a normalidade, bem como a distribuição da nossa amostra. Através do cálculo do KS é possível escolher entre os testes de natureza paramétrica (distribuições que seguem a normalidade) ou de natureza não paramétrica (distribuições que não seguem a normalidade). Procedemos ainda ao cálculo do Coeficiente de Pearson, a fim de avaliámos o grau de associação entre variáveis quantitativas, na distribuição normal (Maroco, 2007). Segundo a literatura, a correlação é fraca quando se encontra entre os valores 0 e 0,3; associação moderada entre 0,3 e 0,7; associação forte para valores entre 0,7 e 1; associação perfeita quando se obtém o valor 1 (DeVellis, 1991; Murteira, 1993; Poeschl (2006).

Num último momento, utilizámos os testes estatísticos convenientes para o relacionamento das variáveis sociodemográficas com o bem-estar psicológico e a qualidade de vida, que apresentamos de seguida.

2.5.1. EMMBEP

Relativamente ao relacionamento das variáveis sociodemográficas com a EMMBEP, foram utilizados os seguintes testes: T-Student - teste paramétrico - e Qui-Quadrado - teste não paramétrico -.

- Género e EMMBEP

A comparação das médias da variável Bem-Estar Psicológico (variável EMMBEP que abrange a soma dos valores brutos de todos os itens que compõem o inventário) no género - masculino e feminino - foi avaliada pelo teste paramétrico T-Student. De acordo com a Tabela 20 na nossa amostra, os homens apresentam um nível de Bem-Estar Psicológico superior ao das mulheres, sendo a média de $M= 85,82$ e $M= 84,60$ (apesar de tantos os homens como as mulheres apresentarem valores de BEP inferiores à mediana), respetivamente, e o desvio padrão correspondente a $SD= 16,969$ e $SD= 10,714$, respetivamente, não sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($t(53)= 0,157$; $p= 0,876^*$).

Tabela 20:

T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Género

Género	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Masculino	50	85,82	16,969	2,400
Feminino	5	84,60	10,714	4,792

Nota de probabilidade: * $P<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

- Fase da Idade e EMMBEP

Da relação entre a fase da idade e a EMMBEP foi possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($t(53) = 0,482$; $p = 0,632^*$). Com base na Tabela 21, verificamos ainda que em ambas as fases os valores são inferiores à mediana do BEP. Ainda assim, os participantes que se encontram no início e desenvolvimento da vida ativa (com idades compreendidas entre os 25 e os 45 anos de idade) apresentam um melhor bem-estar psicológico ($M = 86,46$), comparativamente com os elementos que se encontram na consolidação e término na vida ativa (com idades compreendidas entre os 46 e os 63 anos de idade) ($M = 84,17$).

Tabela 21:

T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Fase da Idade

Fase da Idade	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Início e Desenvolvimento da Vida Ativa	37	86,46	18,399	3,025
Consolidação e Término da Vida Ativa	18	84,17	11,693	2,756

Nota de probabilidade: * $P < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

- Estado Civil e EMMBEP

Relativamente à relação entre o estado civil e a EMMBEP, dos sujeitos que apresentam indicadores de menor BEP, 16 são solteiros, 6 casados/unidos de fato e apenas 4 divorciados. Por sua vez, dos sujeitos com maior BEP, 20 são casados, 6 divorciados e 3 casados/unidos de fato. Ainda assim, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 1,686$; $p = 0,430^*$), ver Tabela 22.

Tabela 22:

Qui-quadrado comparando a mediana do Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Estado Civil

	Estado Civil			Total
	Solteiro	Casado/Unido de facto	Divorciado	
MEDIANA BEP				
BEP inf. à mediana de 90	16	6	4	26
BEP =/sup. à mediana de 90	20	3	6	29
Total	36	9	10	55

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Local (meio) de Residência e EMMBEP

A significância da diferença de médias entre a EMMBEP (nota dos valores brutos de todos os itens) com o Local (meio) de Residência, meio rural versus meio urbano foi avaliada com o teste t-Student. Tanto as pessoas que residem em meio rural (M= 86,53) como as que residem em meio urbano (M= 85,28) apresentam menor Bem-Estar Psicológico, todavia quem reside em meio rural apresenta uma tendência maior para o Bem-Estar Psicológico, como podemos verificar, na Tabela 23. Ainda assim, as diferenças observadas entre a variável BEP nos dois grupos não são estatisticamente significativas ($t(53) = 0,792$; $p = 0,792^*$).

Tabela 23:

T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Local (meio) de Residência

Residência	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Meio Rural	19	86,53	18,368	4,214
Meio Urbano	36	85,28	15,568	2,595

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Agregado Familiar e EMMBEP

A significância da diferença de médias entre a EMMBEP (nota dos valores brutos de todos os itens) com agregado familiar foi avaliada com o teste t-Student. Assim, foi possível de verificar que os indivíduos que residem sozinhos (M= 87,32) como os que residem acompanhados (M= 86,29) apresentam menor BEP, como se pode ver na tabela 24. Todavia, as diferenças observadas entre a variável BEP nos dois grupos não são estatisticamente significativas ($t(47) = 0,279$; $p = 0,782^*$).

Tabela 24:

T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Agregado Familiar

Agregado Familiar	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Sozinho	11	87,32	15,012	4,526
Acompanhado	38	86,29	16,268	2,639

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Nível de Ensino e EMMBEP

Através do t-Student, Tabela 25, foi possível avaliar a significância da diferença de médias entre a EMMBEP (nota total dos valores brutos de todos os itens) com o nível de ensino - ensino obrigatório (concluído) versus ensino obrigatório (não concluído). Deste modo, podemos verificar que tantos os participantes que não concluíram o ensino obrigatório (M= 84,94) como os que concluíram (M= 86,78) apresentam menor Bem-Estar Psicológico. Ainda assim, os que sujeitos que têm o ensino obrigatório finalizado apresentam uma maior tendência para melhor BEP, uma vez que se encontram mais próximos do valor mediano que classifica o melhor Bem-Estar Psicológico. De acordo com o t-Studente não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável BEP nos dois grupos ($t(53) = -0,408$; $p = 0,685^*$).

Tabela 25:

T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Nível de Ensino

Nível de Ensino	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Obrigatório (não concluído)	32	84,94	17,298	3,058
Obrigatório (concluído)	23	86,78	15,454	3,222

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Situação Profissional e EMMBEP

As diferenças médias da EMMBEP (variável da nota bruta) nos grupos da variável Situação Profissional, ativos versus inativo, foram avaliadas através do t-Student, Tabela 26. Desta forma, os que se encontram ativos apresentam maiores indicadores de QD (M= 86,43) comparativamente com os sujeitos que se encontram inativos em termos profissionais (M= 84,84). Ainda assim, pode-se concluir que as diferenças observadas entre a EMMBEP nos dois grupos não são estatisticamente significativas ($t(53) = 0,355$; $p = 0,724^*$).

Tabela 26:

T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Situação Profissional

Situação Profissional	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Ativo	30	86,43	17,651	3,223
Inativo	25	84,84	15,146	3,029

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Idade do Primeiro Consumo e EMMBEP

Com o intuito avaliativo das diferenças das médias da EMMBEP (variável da nota bruta) nos grupos da variável Idade do Primeiro Consumo (adolescente versus adulto) recorreu-se ao t-Student. Desta forma, através da análise da Tabela 27, podemos verificar que os indivíduos que iniciaram os consumos após os 18 anos de idade, apresentam uma média superior (M = 89,53) de Bem-Estar Psicológico com um desvio padrão de SD= 10,812, comparativamente com os que iniciaram os consumos na adolescência (M = 84,86) e um desvio padrão de SD= 17,266. Todavia, as diferenças observadas entre a EMMBEP e os dois grupos não são estatisticamente significativas (t(51)= -1,021; p= 0,312*).

Tabela 27:

T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Idade do Primeiro

Idade do Primeiro Consumo	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Adolescente	36	84,86	17,266	2,878
Adulto	17	89,53	10,812	2,622

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Substância com que Iniciou os Consumos e EMMBEP

Relativamente à análise da substância de início dos consumos com o WHOQOL-Bref verificámos que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 1,188$; p= 0,756*). Como podemos verificar na Tabela 28, a maioria dos participantes iniciaram os consumos com THC, o correspondente a 46 indivíduos, de seguida surge a heroína com 6 sujeitos que iniciaram os consumos com esta substância, 2 elementos começaram com cocaína e, apenas 1 participante começou com depressores do SNC (álcool). É de salientar que a maioria dos participantes apresenta bons índices de qualidade de vida (29 participantes).

Tabela 28:

Qui-quadrado comparando a mediana do Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Substância de Início dos Consumos

		Substâncias de Início dos Consumos				Total
		THC	Cocaína	Heroína	Depressores do SNC	
MEDIANA	BEP inf. à mediana de 90	21	1	3	1	26
	BEP =/sup à mediana de 90	25	1	3	0	29
Total		46	2	6	1	55

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Ambiente do Primeiro Consumo e EMMBEP

A significância da diferença de médias entre a EMMBEP (nota dos valores brutos de todos os itens) com ambiente do primeiro consumo foi avaliada com o teste t-Student. Assim, foi possível de verificar (tabela 29) que tanto os indivíduos que começaram os consumos num ambiente protegido (M= 79,53) como os que começaram num ambiente desprotegido (M= 88,97) apresentam menor BEP, sendo que os participantes que começaram num ambiente desprotegido têm uma maior tendência para um maior BEP, devido à proximidade que apresentam à mediana. As diferenças observadas entre a variável BEP nos dois grupos são estatisticamente significativas (t(53)= -2,090; p= 0,041*).

Tabela 29:

T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Ambiente do Primeiro Consumo

Ambiente	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Protegido	19	79,53	19,859	4,556
Desprotegido	36	88,97	13,488	2,248

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Acompanhado/não no Primeiro Consumo e EMMBEP

A significância da diferença de médias entre a EMMBEP (nota dos valores brutos de todos os itens) com o facto dos participantes se encontrarem ou não acompanhados no momento do primeiro consumo foi avaliada com o teste t-Student. Assim, foi possível de verificar que os indivíduos que iniciaram os consumos sozinhos (M= 85,33) como os que deram início aos consumos de substâncias psicoativas acompanhados (M= 85,73) apresentam menor BEP,

Tabela 30. Contudo, as diferenças observadas entre a variável BEP nos dois grupos não são estatisticamente significativas ($t(53) = -0,40$; $p = 0,968^*$).

Tabela 30:

T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Acompanhamento / Não no Primeiro Consumo

Acompanhado/não	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Sozinho	3	85,33	26,539	15,322
Acompanhado	52	85,73	16,067	2,228

Nota de probabilidade: * $P < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

- Substância dos Consumos Regulares e EMMBEP

A diferença das médias da EMMBEP (variável da nota bruta global) nos grupos da variável substância dos consumos regulares, heroína versus politoxicomania, foi avaliada através do T-test, Tabela 31. Assim sendo, os consumidores de heroína apresentam, em média, um maior Bem-Estar Psicológico $M = 88,67$, comparativamente com os politoxicomanos $M = 83,88$, com um desvio padrão de $SD = 14,350$ e de $SD = 17,546$, respetivamente. Ainda assim, não existem diferenças estatisticamente significativas ($t(53) = 1,050$; $p = 0,298^*$).

Tabela 31:

T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Substância dos Consumos Regulares

Substância Consumos Regulares	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Heroína	21	88,67	14,350	3,132
Politoxicomania	34	83,88	17,546	3,009

Nota de probabilidade: * $P < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

- Motivos para cessar os consumos e EMMBEP

No que concerne à análise entre motivos para cessar os consumos e a EMMBEP verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ($\chi^2 = 0,603$; $p = 0,740^*$). Os dados da tabela 32, revelam que os principais motivos que levaram os participantes a cessar os consumos foram de foro pessoal, familiar e financeiro (29 participantes), de seguida os problemas sociolaborais e judiciais (15 indivíduos) e, finalmente, os problema de saúde (7 sujeitos). A maioria dos participantes apresenta níveis

de bem-estar psicológico iguais ou superiores à mediana, o que nos indica que apresentam um bom bem-estar psicológico.

Tabela 32:

Qui-quadrado comparando a mediana do Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Motivos para Cessar os Consumos

		Motivo para Cessar os Consumos			Total
		Problemas Pessoais, Familiares e Financeiros	Problemas de Saúde	Problemas Sociolaborais e Judiciais	
MEDIANA BEP	BEP inf. à mediana de 90	15	3	6	24
	BEP =/sup. à mediana de 90	14	4	9	27
Total		29	7	15	51

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Tratamento Farmacológico Atual e EMMBEP

A verificação de existência de significância entre a variável EMMBEP (que abrange a pontuação bruta de todos os itens que constituem a Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico) com o fato de ter tratamento farmacológico atual com metadona ou buprenorfina, foi possível de verificar com base na análise do output do teste t-Student, Tabela 33. Segundo esta, é possível verificar que os sujeitos com tratamento farmacológico de metadona possuem, em média, menor Bem-Estar Psicológico (M= 84,55) comparativamente com o grupo que se encontra em tratamento farmacológico de buprenorfina (M= 87,00), sendo o desvio padrão de SD= 18,335 e de SD= 14,255, respetivamente. Todavia, de acordo com o teste utilizado, as diferenças observadas entre a EMMBEP nos dois grupos não são estatisticamente significativas (t(53)= -0,548; p= 0,586*).

Tabela 33:

T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Tratamento Farmacológico Atual

Tratamento Farmacológico	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Metadona	29	84,55	18,335	4,405
Buprenorfina	26	87,00	14,255	2,796

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Tratamento Psicossocial e EMMBEP

Na Tabela 34, verificamos que quando se avalia a diferença de médias entre o ter ou o não ter tratamento Psicossocial e a nota bruta do teste do Bem-Estar Psicológico, verifica-se que para os que apresentam tratamento psicossocial a média no BEP é de $M= 88,49$ com um desvio padrão de $SD= 17,735$ e para os sujeitos que não apresentam tratamento psicossocial a média no BEP é de $M= 78,94$ com um desvio padrão de $SD= 10,292$, sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($t(53)= 2,012$; $p= 0,049^*$).

Tabela 34:

T-test comparando o Bem-Estar Psicológico com a variável sociodemográfica: Tratamento Psicossocial

Tratamento Psicossocial	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Sim	39	88,49	17,735	2,840
Não	16	78,94	10,292	2,573

Nota de probabilidade: * $P<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

2.5.2. WHOQOL-Bref

No que concerne ao relacionamento das variáveis sociodemográficas com o WHOQOL-Bref, foram novamente utilizados testes T-Student - teste paramétrico - e Qui-Quadrado - teste não paramétrico -.

- Género e WHOQOL-Bref

Com o intuito de avaliar a diferença das médias do WHOQOL-Bref (variável da nota bruta global) nos grupos da variável género, utilizou-se o T-Student. Desta forma foi possível constatar que o género masculino apresenta maiores indicadores de Qualidade de Vida ($M= 84,10$) quando comparado com o género feminino ($M= 83,40$). No entanto, as diferenças observadas entre o WHOQOL-Bref e os dois grupos não são estatisticamente significativas ($t(53)= 0,048$; $p= 0,962^*$), Tabela 35.

Tabela 35:

T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Gênero

Gênero	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Masculino	50	86,56	16,564	2,343
Feminino	5	86,20	4,550	2,035

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Fase da Idade e WHOQOL-Bref

No que concerne à fase da idade do participante e o WHOQOL-Bref verificamos que há uma tendência para as diferenças serem estatisticamente significativas ($t(53) = 1,906$; $p = 0,062^*$). Através da Tabela 36, verificamos que os participantes que estão no início e desenvolvimento da vida ativa estão muito próximos da mediana da QV (90), ainda assim encontram-se abaixo desta. Estes participantes têm melhores indicadores de qualidade de vida ($M = 89,30$), comparativamente com os que se encontram na consolidação e término da vida ativa ($M = 80,83$).

Tabela 36:

T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Fase da Idade

Fase da Idade	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Início e Desenvolvimento da Vida Ativa	37	89,30	15,561	2,558
Consolidação e Término da Vida Ativa	18	80,83	15,229	3,589

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Estado Civil e WHOQOL-Bref

Relativamente à relação entre o estado civil e o WHOQOL-Bref, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 1,664$; $p = 0,435^*$). Com base na Tabela 37, verificamos que 36 participantes são solteiros, 10 divorciados e 9 casados ou unidos de fato. Verificamos ainda que a maioria dos participantes (29 elementos) apresenta bons índices de qualidade de vida.

Tabela 37:

Qui-quadrado comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Estado Civil

		Estado Civil			Total
		Solteiro	Casado/Unido de Fato	Divorciado	
MEDIANA QDV	QDV inf. à mediana de 86	19	4	3	26
	QDV =/sup. à mediana de 86	17	5	7	29
	Total	36	9	10	55

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Local (meio) de Residência e WHOQOL-Bref

A significância da diferença de médias entre o WHOQOL-Bref (nota dos valores brutos de todos os itens) com o Local (meio) de Residência, meio rural versus meio urbano foi avaliada com o teste t-Student. Tanto as pessoas que residem em meio rural (M= 85,68) como as que residem em meio urbano (M= 86,97) apresentam menor Bem-Estar Psicológico, todavia quem reside em meio urbano apresenta uma maior tendência para o Bem-Estar Psicológico, como podemos verificar, na Tabela 38. Ainda assim, as diferenças observadas entre a variável BEP nos dois grupos não são estatisticamente significativas (t(53)= -0,285; p= 0,777*).

Tabela 38:

T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Local (meio) de Residência

Residência	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Meio Rural	19	85,68	14,678	3,367
Meio Urbano	36	86,97	16,587	2,764

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Agregado Familiar e WHOQOL-Bref

O T-test permitiu-nos avaliar a significância da diferença de médias entre o WHOQOL-Bref (nota dos valores brutos de todos os itens) com agregado familiar. Segundo a Tabela 39, os indivíduos que residem sozinhos (M= 85,82) apresentam menor qualidade de vida comparativamente com os que residem acompanhados (M= 87,13) que revelam maior QV. No entanto, as diferenças observadas entre a variável BEP nos dois grupos não são estatisticamente significativas (t(47)= -0,243; p= 0,809*).

Tabela 39:

T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Agregado Familiar

Agregado Familiar	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Sozinho	11	85,82	16,714	5,040
Acompanhado	38	87,13	15,553	2,523

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Nível de Ensino e WHOQOL-Bref

Através do t-Student foi possível avaliar a significância da diferença de médias entre o WHOQOL-Bref (nota total dos valores brutos de todos os itens) com o nível de ensino - ensino obrigatório (não concluído) versus ensino obrigatório (concluído). Deste modo, podemos verificar que tantos os participantes que não concluíram o ensino obrigatório (M= 82,25) tem uma menor QV comparativamente com os indivíduos que concluíram (M= 92,28). Sendo que quem não findou o ensino obrigatório apresenta uma qualidade de vida inferior à mediana (menor QV) e os que findaram têm um QV superior à mediana (maior QV). De acordo com o t-Studente existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável WHOQOL-Bref nos dois grupos (t(53)= -2,473; p= 0,017*), Tabela 40.

Tabela 40:

T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Nível de Ensino

Nível de Ensino	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Obrigatório (não concluído)	32	82,25	14,653	2,590
Obrigatório (concluído)	23	92,48	15,771	3,288

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Situação Profissional e WHOQOL-Bref

As diferenças médias do WHOQOL-Bref (variável da nota bruta) nos grupos da variável Situação Profissional, ativos versus inativo, foram avaliadas através do t-Student. Desta forma, os que se encontram ativos apresentam maiores indicadores de QD (M= 89,23) comparativamente com os sujeitos que se encontram inativos em termos profissionais (M= 83,28). No entanto, pode-se concluir que as diferenças observadas entre o WHOQOL-Bref nos dois grupos não são estatisticamente significativas (t(53)= 1,401; p= 0,167*), Tabela 41.

Tabela 41:

T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Situação Profissional

Situação Profissional	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Ativo	30	89,23	15,353	2,803
Inativo	25	83,28	16,084	3,217

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Idade do Primeiro Consumo e WHOQOL-Bref

Com o intuito avaliativo das diferenças das médias do WHOQOL-Bref (variável da nota bruta) nos grupos da variável Idade do Primeiro Consumo (adolescente versus adulto) recorreu-se ao t-Student. Desta forma, através da análise da Tabela 42, podemos verificar que os indivíduos que iniciaram os consumos após os 18 anos de idade, apresentam uma média superior ($M = 87,35$) de Qualidade de Vida com um desvio padrão de $SD = 13,024$, comparativamente com os que iniciaram os consumos na adolescência ($M = 86,81$) e um desvio padrão de $SD = 16,816$. Todavia, as diferenças observadas entre o WHOQOL-Bref e os dois grupos não são estatisticamente significativas ($t(51) = -0,118$; $p = 0,906^*$).

Tabela 42:

T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Idade do Primeiro Consumo

Idade Primeiro Consumo	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Adolescente	36	86,81	16,816	2,803
Adulto	17	87,35	13,024	3,159

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Substância de Início dos Consumos e WHOQOL-Bref

Relativamente à análise da substância de início dos consumos com o WHOQOL-Bref verificámos que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 1,188$; $p = 0,756^*$). Como podemos verificar na Tabela 43, a maioria dos participantes iniciaram os consumos com THC, o correspondente a 46 indivíduos, de seguida surge a heroína com 6 sujeitos que iniciaram os consumos com esta substância, 2 elementos começaram com cocaína e, apenas 1 participante começou com depressores do SNC (álcool). É de salientar que a maioria dos participantes apresenta bons índices de qualidade de vida (29 participantes).

Tabela 43:

Qui-quadrado comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Substância de Início dos Consumos

		Substâncias de Início dos Consumos				Total
		THC	Cocaína	Heroína	Depressores do SNC	
MEDIANA	QDV inf. à mediana de 86	21	1	3	1	26
	QDV =/sup à mediana de 86	25	1	3	0	29
Total		46	2	6	1	55

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Ambiente do Primeiro Consumo e WHOQOL-Bref

A significância da diferença de médias entre o WHOQOL-Bref (nota dos valores brutos de todos os itens) com o ambiente do primeiro consumo (protegido versus desprotegido) foi avaliada com o teste T-test. Como é possível de observar na Tabela 44, os participantes que iniciaram os consumos num ambiente protegido (M= 85,05) apresentam menor média e menor QV que os que deram inicio aos consumos de substâncias psicoativas em ambientes desprotegidos (M= 87,31) - melhor QV. Ainda assim, as diferenças observadas entre a variável qualidade de vida nos dois grupos não são estatisticamente significativas (t(53)= -0,498; p= 0,620*).

Tabela 44:

T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Ambiente do Primeiro Consumo

Ambiente	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Protegido	19	85,05	17,112	3,926
Desprotegido	36	87,31	15,300	2,550

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Acompanhamento/não no Primeiro Consumo e WHOQOL-Bref

A Tabela 45 permite-nos verificar a significância da diferença de médias entre o WHOQOL-Bref (nota dos valores brutos de todos os itens) com o facto dos participantes se encontrarem ou não acompanhados no momento do primeiro consumo e foi avaliada com o teste t-Student. Assim, observamos que os indivíduos que iniciaram os consumos sozinhos (M= 81,67) apresentam menor QV e os que iniciaram os consumos de substâncias psicoativas

acompanhados (M= 86,81) apresentam maior qualidade de vida. No que concerne às diferenças observadas entre a variável QV nos dois grupos, estas não são estatisticamente significativas ($t(53) = -0,543$; $p = 0,589^*$).

Tabela 45:

T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Acompanhamento/não no Primeiro Consumo

Acompanhamento/não	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Sozinho	3	81,67	7,572	4,372
Acompanhado	52	86,81	16,172	2,243

Nota de probabilidade: * $P < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

- Substância dos Consumos Regulares e WHOQOL-Bref

A verificação de existência de significância entre a variável WHOQOL-Bref (que abrange a pontuação bruta de todos os itens que constituem o WHOQOL-Bref) com o facto de a substância dos consumos regulares ser heroína ou mais que uma substância, foi possível através da análise dos outputs do teste t-Student. Assim, a Tabela 46, permite-nos verificar que os politoxicómanos possuem, em média, menor qualidade de vida (M= 83,29) comparativamente com o grupo que é fiel à heroína (M= 91,76). Então, de acordo com o teste utilizado, as diferenças observadas entre o WHOQOL-Bref nos dois grupos são estatisticamente significativas ($t(53) = 1,979$; $p = 0,053^*$).

Tabela 46:

T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Substância dos Consumos Regulares

Substância Regular	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Heroína	21	91,76	14,394	3,141
Politoxicomania	34	83,29	16,005	2,745

Nota de probabilidade: * $P < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

- Motivos para Cessar os Consumos e WHOQOL-Bref

No que concerne à análise entre motivos para cessar os consumos e o WHOQOL-Bref verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ($\chi^2 = 2,820$; $p = 0,244^*$). Os dados da Tabela 47, revelam que os principais motivos que levaram os participantes a cessar os consumos foram de foro pessoal, familiar e financeiro (29 participantes), de seguida os problemas sociolaborais e judiciais (15 indivíduos) e,

finalmente, os problema de saúde (7 sujeitos). A maioria dos participantes (27 indivíduos) apresenta níveis de qualidade de vida iguais ou superiores à mediana, sendo estes indicadores de uma boa qualidade de vida.

Tabela 47:

Qui-quadrado comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Motivos para Cessar os Consumos

		Motivo para Cessar os Consumos			Total
		Problemas Pessoais, Familiares e Financeiros	Problemas de Saúde	Problemas Sociolaborais e Judiciais	
MEDIANA QDV	QDV inf. à mediana de 86	14	5	5	24
	QDV =/sup. à mediana de 86	15	2	10	27
Total		29	7	15	51

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Tratamento Farmacológico e WHOQOL-Bref

A verificação de existência de significância entre a variável WHOQOL-Bref (que abrange a pontuação bruta de todos os itens que constituem o WHOQOL-Bref) com o facto de ter tratamento farmacológico atual com metadona ou buprenorfina, foi possível de verificar com base na análise do output do teste t-Student, Tabela 48. Segundo esta, é possível verificar que os sujeitos com tratamento farmacológico de metadona possuem, em média, menor qualidade de vida (M= 84,31) comparativamente com o grupo que se encontra em tratamento farmacológico de buprenorfina (M= 89,00), sendo o desvio padrão de SD= 14,273 e de SD= 17,346, respetivamente. Todavia, de acordo com o teste utilizado, as diferenças observadas entre o WHOQOL-Bref nos dois grupos não são estatisticamente significativas (t(53)= -1,099; p= 0,277*).

Tabela 48:

T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Tratamento Farmacológico

Tratamento Farmacológico	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Metadona	29	84,31	14,273	2,650
Buprenorfina	26	89,00	17,346	3,402

Nota de probabilidade: * P<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

- Tratamento Psicossocial e WHOQOL-Bref

Na Tabela 49, verificamos que quando se avalia a diferença de médias entre o ter ou o não ter tratamento Psicossocial e a nota bruta do teste do WHOQOL-Bref, verifica-se que os que apresentam tratamento psicossocial têm uma média de QV superior ($M= 88,87$, com um desvio padrão de $SD= 16,760$) aos sujeitos que não apresentam tratamento psicossocial a média na QV é de $M= 80,81$ com um desvio padrão de $SD = 11,878$, não sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($t(53)= 1,747$; $p= 0,086^*$).

Tabela 49:

T-test comparando a Qualidade de Vida com a variável sociodemográfica: Tratamento Biopsicossocial

Tratamento Psicossocial	N	Média	Desvio-padrão	Erro padrão da média
Sim	39	88,87	16,760	2,684
Não	16	80,81	11,878	2,970

Nota de probabilidade: * $P<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Capítulo III. Resultados

O conjunto das informações obtidas nos questionários foi analisado no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 22, onde podemos realizar vários testes e obter os respectivos resultados.

3.1. Análise descritiva dos instrumentos

No que se refere à Escala de Medida de Manifestação de Bem-Psicológico (EMMBEP), contabilizaram-se 55 questionários completos e preenchidos corretamente, o correspondente ao número total da amostra.

A amostra referente à Escala de Medida de Manifestação de Bem-Psicológico (variável EMMBEP global) é constituída por 55 sujeitos, oscilando as pontuações entre 33 e 116, com um valor médio de $M = 85,71$ e um desvio-padrão correspondente de $SD = 16,429$, como é possível de verificar na Tabela 50.

Tabela 50:

Estadística descritiva da amostra segundo a nota global da EMMBEP

N	55
Média	85,71
Desvio-padrão	16,429
Mínimo	33
Máximo	116

Devido à inexistência de pontos de corte, considerou-se pertinente a definição dos mesmos através do cálculo da mediana (90). Assim sendo, tendo por base a pontuação global da EMMBEP, a amostra, no que concerne à variável EMMBEP - Tabela 51- é constituída por 26 sujeitos (47,3%) com níveis de Bem-Estar Psicológico inferiores e 29 participantes (52,7%) com maior Bem-Estar Psicológico, verificando-se então um total de 55 indivíduos (100%).

Tabela 51

:Estadística descritiva da amostra segundo as dimensões da EMMBEP

	N	%
Menor Bem-Estar Psicológico	26	47,3
Maior Bem-Estar Psicológico	29	52,7
Total	55	100

Relativamente ao World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-Bref), foi possível contabilizar a totalidade dos questionários, uma vez que todos se encontravam completos e preenchidos de forma correta, sendo assim um total de 55 questionários.

No que concerne ao WHOQOL-Bref (variável global), a amostra é composta por 55 sujeitos, apresenta um valor médio de $M = 84,04$ e um desvio-padrão correspondente de $SD = 12,488$, variando as pontuações entre 56 e 114, conforme a Tabela 52.

Tabela 52:

Estadística descritiva da amostra segundo a nota global do WHOQOL-Bref

N	55
Média	84,04
Desvio-padrão	12,488
Mínimo	56
Máximo	114

De modo a classificar o Qualidade de Vida e, devido à inexistência de ponto de corte, optou-se por efetuar o cálculo da mediana (86). Deste modo, tendo por base a pontuação global da EMMBEP, a amostra, no que diz respeito à variável EMMBEP, Tabela 53, é constituída por 22 participantes (40%) com baixos níveis de Qualidade de Vida e por 33 elementos (60%) com melhores níveis de Qualidade de Vida, num total de 55 sujeitos (100%).

Tabela 53:

Estadística descritiva da amostra segundo as dimensões do WHOQOL-Bref

	N	%
Menor Qualidade de Vida	22	40
Maior Qualidade de Vida	33	60
Total	55	100

Capítulo IV. Discussão

A presente investigação teve como objetivo primordial avaliar a qualidade de vida e o bem-estar psicológico em heroínodedependentes, que se encontrem abstinentes (no mínimo um mês) e em terapêuticas de substituição com metadona ou buprenorfina.

Os resultados apresentados demonstram que algumas situações estão em conformidade com a literatura existente, enquanto outros não, ainda assim é necessária a confrontação dos mesmos com o que existe em termos bibliográficos de modo a que possamos efetuar uma profunda compreensão das conclusões encontradas.

Tendo em conta os objetivos definidos e os resultados obtidos, conclui-se que existem distintos padrões de Qualidade de Vida e de Bem-Estar Psicológico segundo as variáveis sociodemográficas, todavia isso não ocorreu com todas as variáveis que foram alvo de estudo.

Procuramos num primeiro momento verificar a existência de uma possível relação entre as variáveis em estudo - qualidade de vida e bem-estar psicológico - e verificámos que quando uma aumenta a outra aumenta proporcionalmente.

Da análise da primeira variável, o Género, verificou-se que houve uma grande discrepância entre o género masculino e feminino, sendo a nossa amostra essencialmente masculina (90,9%). Gomes (2011) encontra resultados consistentes com os nossos, onde os participantes do estudo são maioritariamente masculinos (89,4%). No estudo de Azenha e Ramos (2009) a distribuição de homens e mulheres é igualmente idêntica à do nosso estudo, na qual os autores relatam uma relação de 9 para 1, isto é, 90% de homens para 10% de mulheres. Luty & Arokiadass (2008) também apresentam resultados similares ao do presente estudo, sendo a distribuição de 80% do género masculino para 20% do género feminino, numa amostra com características idênticas. No estudo de Negreiros (2003) os resultados são uma vez mais consistentes com os nossos - 90% da amostra do género masculino.

Na presente investigação verificámos ainda que relativamente à variável BEP, tanto o género feminino ($M = 84,60$) como o masculino ($M = 85,82$) apresenta valores inferiores à mediana de 90, o que significa que a nossa amostra tem um menor nível de bem-estar psicológico em ambos os géneros. No que concerne à variável QV, quer o género feminino ($M = 86,20$) quer o masculino ($M = 86,56$) apresenta valores superiores à mediana de 86, isto é, os participantes da nossa amostra apresentam uma boa qualidade de vida.

Abordando outra variável sociodemográfica analisada no capítulo transato, a Idade, percebemos que no âmbito do presente estudo, a média da idade obtida ronda os 40,98 anos

(SD = 8,321). No estudo de Gomes (2011) a média de idade é de 37,96 anos (SD = 8,40), sendo bastante próxima da média da idade obtida na atual investigação. Em contrapartida, no estudo de Negreiros (2003), a média de idades ($M = 31,18$) é cerca de 9 anos mais baixa que na nossa investigação.

Relativamente à idade há que salientar que por conveniência metodológica esta foi dividida em dois grupos, sendo que o primeiro grupo abrange os participantes que no momento da avaliação tinham idades compreendidas entre os 25 e os 45 anos de idade; este grupo foi designado por início e desenvolvimento da vida adulta. O segundo grupo inclui os indivíduos que estavam entre os 46 e os 63 anos; designado de consolidação e término da vida ativa. Esta divisão (idade categorizada) foi feita para que fosse possível uma melhor compreensão da fase da vida em que o participante se encontrava, no momento da recolha da avaliação.

Assim sendo, verificámos que na variável BEP tanto os participantes que se encontram no início e desenvolvimento da vida ativa ($M = 86,46$) como os que se encontram na consolidação e fim da mesma ($M = 84,17$) apresentam baixos níveis de bem-estar psicológico (mediana de 90); por sua vez, os níveis de QV são superiores à mediana de 86, na fase de início e desenvolvimento da vida ativa ($M = 89,30$), já na fase de consolidação e fim da mesma ($M = 80,30$) os níveis de qualidade de vida são inferiores aos valores da mediana.

No que concerne à variável Estado Civil, 65,5% da nossa amostra é solteira, 16,5% é casada ou unida de facto e 18,2% divorciada. Os resultados obtidos para o estado civil, aproximam-se dos resultados de Viana (2011), que são também na sua maioria solteiros. Há ainda outras investigações que vão de encontro aos nossos resultados, em que uma grande percentagem dos indivíduos é solteira (57.4%), e uma pequena percentagem dos participantes casados ou que se encontrem em união de facto (19.1%). Os nossos resultados divergem um pouco da maioria das investigações, em que a percentagem de divorciados aparece muito menor (raramente acima dos 10%, ou quando acima, ligeiramente acima) (Zoccali et al., 2007).

Da análise do BEP pudemos verificar que dos participantes que apresentem uma boa perceção de bem-estar psicológico ($n = 29$), a maioria é casada ($n = 20$), alguns são divorciados ($n = 6$) e poucos encontram-se casados/unidos de fato ($n = 3$). Dos que têm uma menor perceção de qualidade de vida ($n = 26$), a maioria é encontra-se novamente solteira ($n = 16$), porém estão alguns casados/unidos de fato ($n = 6$) e poucos estão divorciados ($n = 4$); da análise da QV verificámos que a maioria dos participantes apresenta bons níveis de qualidade de vida ($n = 29$), na qual a maior parte dos sujeitos estão solteiros ($n = 17$), alguns divorciados ($n = 7$) e poucos elementos casados/unidos de fato ($n = 5$). Dos elementos que apresentam uma menor perceção de qualidade de vida, grande parte são novamente solteiros ($n = 19$), alguns casados/unidos de fato ($n = 4$) e poucos divorciados ($n = 3$).

Relativamente ao Local (meio) de Residência, na presente investigação, a maioria dos participantes reside no meio urbano (65,5%) e, apenas 34,5% da nossa amostra habita em meio rural.

Na relação do local (meio de residência) com a variável BEP, pudemos verificar que tanto os indivíduos que residem em meio urbano ($M = 85,28$) como os que residem em meio rural ($M = 86,53$) apresentam baixos níveis de bem-estar psicológico (mediana de 90); quanto à variável QV, os indivíduos que residem em meio rural ($M = 85,68$) apresentam baixos níveis da mesma (mediana de 86), comparativamente com os que residem em meio urbano ($M = 86,97$).

No que respeita ao número de elementos do agregado familiar, a maior parte dos nossos participantes residem acompanhados (69,10%) e uma pequena minoria reside sozinha (20%), num total de 49 inqueridos (89,10%). O agregado familiar da nossa amostra é na sua maioria constituído 2 ou 3 elementos. No estudo de Gomes (2011), também apenas uma pequena minoria vive a sós (19,1%), percentagem que se encontra muito próxima dos resultados que obtivemos nesta variável sociodemográfica. Gomes (2011) obteve ainda uma percentagem bastante alta (68,1%) de participantes que estão financeiramente independentes, contrariamente à investigação de Teixeira e Ricou (2008), que obteve uma percentagem muito inferior (30,8%).

Mais uma vez, por conveniência metodológica, dividimos os participantes que residem sozinhos dos que residem acompanhados por um agregado familiar superior a dois elementos. Verificámos que relativamente à variável BEP, os indivíduos que residem sozinhos ($M = 87,32$) como os que residem acompanhados, com pelo menos um elemento ($M = 86,29$) apresentam baixos níveis de bem-estar psicológico (mediana de 90). No que concerne à variável QV, os sujeitos que residem sozinhos ($M = 85,82$) têm menores níveis de qualidade de vida (mediana de 86), comparativamente com os que residem acompanhados ($M = 87,13$), que já apresentam uma boa qualidade de vida.

Quanto ao Nível de Ensino, na investigação presente, a amostra apresenta um panorama de Bem-Estar Psicológico idêntico segundo ter o ensino obrigatório concluído ou não (menor BEP). Em contrapartida, o Nível de Ensino, quando comparado com a Qualidade de Vida apresenta diferentes cenários, sendo que os participantes que não concluíram o ensino obrigatório apresentam um nível de QV inferior à mediana enquanto os que concluíram o ensino obrigatório têm um nível de QV acima da mediana. Na nossa amostra, 58,2% dos sujeitos concluíram o ensino obri

uma grande percentagem de indivíduos com escolaridade inferior ao 9ºano (80,8%).

Quanto à variável Situação Profissional, podemos concluir que mais de metade da nossa amostra encontra-se profissionalmente ativa (54,5%). Escudeiro e colaboradores (2006) obtiveram resultados próximos dos nossos, sendo que na sua investigação, 57% dos participantes encontravam-se ocupados a nível profissional. Já no estudo de Azenha e Ramos (2009), o número que sujeitos a trabalhar é relativamente próximo (46,2%) do nosso resultado mas, ainda assim, equivale a uma minoria da amostra recolhida. Em contrapartida, o nosso resultado não vai de encontro aos resultados obtidos no estudo de Gomes (2011), sendo que na investigação deste autor de 27,7%.

A Situação Profissional quando analisada com a variável BEP, permite-nos verificar que tanto os participantes que se encontram profissionalmente ativos ($M = 86,43$), como os que estão profissionalmente inativos ($M = 84,84$) apresentam baixos níveis de bem-estar psicológico (mediana de 90); quando analisada com a variável QV, podemos verificar que os indivíduos que estão profissionalmente ativos ($M = 89,23$) apresentam melhores níveis de bem-estar psicológico (mediana de 86), comparativamente com os que estão inativos ($M = 83,28$).

Em média, a idade do primeiro consumo de substâncias psicoativas, obtida na nossa amostra foi de 17,5 anos.

Novamente por conveniência metodológica, a idade do primeiro consumo de substâncias psicoativas foi dividida em duas etapas: até aos 18 anos, adolescente; idade igual ou superior a 18 anos, adulto.

Desta forma, tivemos oportunidade de verificar que quanto à variável BEP, tantos os participantes que iniciaram os consumos na adolescência ($M = 88,54$), como os que iniciaram já na idade adulta ($M = 88,25$) têm uma baixa perceção de bem-estar psicológico (mediana de 90); quanto à variável QV, tanto os sujeitos que deram início aos consumos de substâncias psicoativas na adolescência ($M = 86,81$), como os que iniciaram na idade adulta ($M = 87,35$) apresentam uma boa perceção de qualidade de vida (mediana de 86).

No que respeita à nona variável sociodemográfica alvo de estudo - Substância com que iniciou os consumos -, 83,6% dos participantes menciona que a primeira substância psicoativa que consumiu foram derivados do THC, 10,9% mencionam ter começado os consumos com heroína, 3,6% com cocaína e 1,8% com substâncias depressoras do SNC. Outros estudos referem que, a *cannabis* surgiu como a primeira droga usada por consumidores (Edwards & Aronson, 2000), em média aos 15 anos. O *ecstasy* foi a primeira droga além do *cannabis*, mas já com média de idade 19 anos (Cruz, Machado, & Fernandes, 2010).

Dos participantes da presente investigação, 29 elementos apresentam uma boa perceção de BEP, nas quais 25 sujeitos iniciaram os consumos com derivados de THC, 3 indivíduos com

heroína e, apenas 1 participante com cocaína. Dos que apresentam uma baixa percepção de bem-estar psicológico, 21 elementos iniciaram também como THC, 3 elementos com heroína, e apenas 1 indivíduo com cocaína e outro sujeito com depressores do SNC, nomeadamente o álcool. Quanto à percepção da variável QV, 29 elementos têm uma boa percepção da mesma, na qual 25 sujeitos começaram os consumos de substâncias psicoativas com THC, 3 participantes com heroína e apenas um elemento com cocaína. Em contrapartida, dos 26 participantes que têm uma menor percepção de qualidade de vida, 21 começou novamente os consumos com derivados de THC, 3 com heroína, 1 com cocaína e outro elemento com depressores do SNC.

No que concerne ao ambiente de consumo consideramos: ambiente protegido versus ambiente desprotegido. Após a análise estatística, verificámos que mais de metade da nossa amostra (65,5%) iniciou os consumos num ambiente desprotegido e, apenas alguns participantes (34,5%) começaram com os consumos num ambiente protegido.

Relativamente à análise da variável BEP, verificámos que quer os participantes que iniciaram os consumos num ambiente protegido ($M= 79,53$), como os que começaram num ambiente desprotegido ($M= 88,97$), apresentam baixos níveis de bem-estar psicológico (mediana de 90). Por sua vez, no que respeita à variável QV, os sujeitos que começaram os consumos num ambiente protegido ($M= 85,05$) têm menor qualidade de vida (mediana de 86), comparativamente com os que começaram num ambiente desprotegido ($M= 87,31$), que já apresentam uma boa qualidade de vida.

Da análise relativa ao acompanhamento ou não no momento do primeiro consumo, uma grande percentagem na amostra recolhida (94,5%) revela estar acompanhada e, em contrapartida, apenas alguns participantes (5,5%) mencionam experimentar sozinhos. Contextos sociais e contextuais interagem como influenciadores de consumo de substâncias (Salgueiro, 2013). A influência da companhia é geralmente uma das principais causas do comportamento de drogas na adolescência (Bauman & Ennett, 1996).

Tanto os indivíduos que começaram a consumir substâncias psicoativas acompanhados ($M = 85,73$), como os que começaram sozinhos ($M= 85,33$) têm uma menor percepção de bem-estar psicológico (mediana de 90). Por outro lado, os participantes que começaram acompanhados (86,81) percebem melhor a qualidade de vida (mediana de 86), quando comparados com os que começaram sozinhos ($M= 81,67$), que têm uma baixa percepção desta mesma variável alvo de estudo.

No que respeita às Substâncias dos Consumos Regulares, verificámos que mais de metade da nossa amostra (61,8%) para além da substância de eleição (heroína) consumos outras

substâncias psicoativas, especialmente: THC e cocaína; enquanto uma minoria dos participantes (38,2%) é consumidor exclusivo de heroína.

Da análise da variável BEP, verificámos que quer os politoxicomanos ($M = 83,88$), como os consumidores exclusivos da heroína ($M = 88,67$) apresentam uma baixa perceção de bem-estar psicológico (mediana de 90). Em contrapartida, os politoxicomanos ($M = 83,29$) percecionam uma baixa qualidade de vida (mediana de 86), comparativamente com os fiéis de heroína ($M = 91,76$) que já têm uma boa perceção da mesma. Quanto à variável QV, pudemos verificar que os politoxicomanos ($M = 83,29$) têm uma menor perceção de qualidade de vida, comparativamente com os consumidores de heroína ($M = 91,76$), que têm uma boa perceção da mesma variável em estudo.

Relativamente aos motivos para cessar os consumos, 52,7% dos inquiridos referem que os principais motivos foram os problemas pessoais, familiares e financeiros, 27,3% os problemas sociolaborais e judiciais e, 12,7% os problemas de saúde. Seria fulcral conhecer as vivências das experiências dos consumidores, uma vez que estas trariam informação importante para evitar padrões de consumo problemático (Cruz et al., 2010). Claramente que existe um leque de fatores sociodemográficos que contribui imenso para que os indivíduos cessem o consumo de substâncias psicoativas, na qual a família tem um papel de extrema importância, bem como os aspetos financeiros do indivíduo.

No que comporta à análise da variável BEP, prevalecem os participantes com melhores níveis de bem-estar psicológico ($n = 27$), da qual a maioria destes participantes cessou os consumos devido a problemas de foro pessoal, familiar e financeiro ($n = 14$), de seguida devido a problemas de teor sociolaborais e judiciais ($n = 9$) e posteriormente devido a problemas de saúde ($n = 4$). Dos participantes que manifestam uma menor perceção de BEP ($n = 24$), a maioria cessou os consumos uma vez mais devido a problemas pessoais, familiares e financeiros ($n = 15$), posteriormente devido a problemas sociolaborais e judiciais ($n = 6$) e, por último, devido a problemas de saúde ($n = 3$). Por sua vez, da análise da variável QV, tivemos oportunidade de verificar que prevalecem de novo os participantes que apresentam uma melhor perceção de qualidade de vida ($n = 27$), e destes elementos, 15 cessaram os consumos por problemas pessoais, familiares e financeiros, 10 por problemas sociolaborais e judiciais e, por último, 2 por problemas de saúde. Dos 24 indivíduos que têm uma menor perceção de QV, 14 cessaram os consumos devido a problemas pessoais, familiares e financeiros; 5 devido a problemas de saúde e, outros 5, devido a problemas sociolaborais e judiciais.

O tratamento farmacológico atual dos utentes abstinentes é com metadona ou buprenorfina. Dos resultados descritivos, 29 indivíduos (52,7%) faz tratamento com metadona e 26 (47,3%) com buprenorfina. O tratamento com buprenorfina tem sido avaliado em ensaios clínicos

como uma alternativa à metadona para tratamento da dependência de opiáceos. Algumas investigações não encontraram diferença entre metadona e buprenorfina, com exceção de um único resultado que indica mais sedação entre os usuários de metadona (Mattick, Kimber, Breen, & Davoli, 2014). A melhoria da atenção (domínios cognitivos) pode facilitar a reabilitação de pacientes dependentes de drogas (Soyka et al., 2008).

No presente estudo, verificámos que na variável BEP, tantos os sujeitos que se encontram em tratamento farmacológico com metadona ($M = 84,55$) como os que se encontram em tratamento com buprenorfina ($M = 87,00$) apresentam baixos níveis de bem-estar psicológico (mediana de 90). Quanto à variável QV, os participantes que tomam metadona ($M = 84,31$) apresenta baixos níveis de qualidade de vida (mediana de 86), enquanto os participantes que tomam buprenorfina ($M = 89,00$) apresentam melhores níveis da mesma variável em estudo. A melhor QV dos utentes que tomam buprenorfina pode estar associada ao fato destes terem uma maior liberdade da toma do fármaco, uma vez que os participantes que se encontram inseridos no programa de metadona têm de ir diariamente ou semanalmente à sua equipa de tratamento para obterem o fármaco. Apesar da metadona ser gratuita para o utente, existe um maior controlo da mesma por parte da equipa de enfermagem. Por sua vez, a buprenorfina tem um custo monetário para o indivíduo, todavia existe um menor controlo na sua administração, sendo por isso necessário que algum familiar ou amigo esteja envolvido neste processo.

Mais de metade dos inqueridos (70,9%) faz combinação terapêutica, entre o tratamento farmacológico e o tratamento psicossocial, e uma pequena parte dos inqueridos (29,1%) faz apenas tratamento farmacológico, com metadona ou buprenorfina.

Em relação ao último resultado, centrado na variável que mede a existência ou não de acompanhamento psicossocial, podemos afirmar que a nossa amostra apresentou um menor bem-estar psicológico (mediana de 90), quer nos sujeitos que têm tratamento psicossocial ($M = 88,49$) quer nos que não têm ($M = 78,94$); e apresentou uma maior perceção de qualidade de vida (mediana de 86) por parte dos participantes que se encontram com tratamento psicossocial ($M = 88,87$), comparativamente com os sujeitos que estão unicamente submetidos ao tratamento farmacológico ($M = 80,81$), apresentando estes uma menor QV. A maior perceção de qualidade de vida por parte dos participantes que têm combinação terapêutica (tratamento farmacológico com tratamento psicossocial) poderá estar relacionada com o fato do participantes terem um acompanhamento multidisciplinar (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social), permitindo ao utente um acompanhamento em todas as suas necessidades, evitando desta forma qualquer tipo de fragilidade. Na vertente psicológica, o tratamento baseado na psicoterapia de apoio, em utentes com terapêutica com metadona ou

buprenorfina, monitoriza a depressão, ansiedade e saúde psicológica geral ao longo da abstinência de substâncias psicoativas (Solowij, Grenyer, Chesher, & Lewis, 1995).

De uma forma global, a maior parte (60%) da amostra da presente investigação tem uma boa perceção de qualidade de vida.

No estudo de Escudeiro, Lamachã, Freitas e Silva (2006) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao género e à idade do participante, todavia, no que respeita à variável idade de início do consumo aparenta haver uma relação indireta com a qualidade das relações sociais; isto é, à medida que o indivíduo tem mais anos de consumo, a perceção das qualidades das relações sociais diminui. Ainda neste estudo, há diferenças estatísticas na perceção da qualidade de vida entre os sujeitos consumidores e não consumidores de substâncias psicoativas, a que não é alheia a elevada taxa de indivíduos que, mesmo integrados em programas de tratamento, mantêm os consumos de opiáceos, apresentando níveis de qualidade de vida inferiores nos domínios físico e psicológico. Nesta investigação concluíram ainda que os participantes que se encontram ativos profissionalmente, quando comparados com os participantes inativos, apresentam uma maior qualidade de vida em todos os domínios. Verificaram ainda que na generalidade dos domínios, os participantes que foram alvo de avaliação numa primeira consulta apresentam níveis de qualidade de vida inferiores àqueles que já se encontram inseridos num determinado programa terapêutico, o que vai de encontro ao estudo de Morgan et al. (2003).

De um modo geral, a maioria da nossa amostra (52,7%) percebe um bom nível de bem-estar psicológico. O BEP em utentes com tratamento de substituição opiácea é essencial para o sucesso individual (Donovan et al., 2012).

Segundo Apóstolo (2002), os indivíduos que apresentam níveis de bem-estar psicológico mais baixos são aqueles que têm uma maior tendência para a adição; ou por outro lado, talvez seja a complexidade que reveste a conduta aditiva, a responsável pelos baixos níveis de bem-estar psicológico apresentados pelos consumidores.

Capítulo V. Conclusões. Limitações ao Estudo e Propostas Futuras

A toxicodependência, na sociedade contemporânea surge como um grave problema de saúde. Efetivamente, cada vez mais a toxicodependência é uma problemática preocupante, quer a nível clínico quer social. Devido a diversos fatores, os dependentes de heroína procuram cessar os consumos. Tendo em conta as dificuldades inerentes ao cessar deste opiáceo, os seus dependentes tendem a procurar ajuda farmacológica (terapêutica de substituição) para que possam ultrapassar esta fase sem sintomas de abstinência e a conhecida ressaca. A qualidade de vida e o bem-estar psicológico são dois ingredientes fulcrais neste processo de abstinência. A felicidade individual torna uma pessoa capaz de ultrapassar as adversidades da vida, melhorando, por si própria, a qualidade de vida em geral, o seu bem-estar (Salgueiro, 2013).

Desta forma, acreditamos ter sido uma boa aposta e escolha do tema, tendo em consideração que existe uma vasta literatura acerca da toxicodependência, porém é escassa a literatura que faz referência à qualidade de vida e ao bem-estar psicológico relacionados com as terapêuticas de substituição.

A amostra do presente estudo foi constituída por 55 utentes do CRI de Castelo Branco, na qual 12 participantes (21,82%) pertenciam à ET de Castelo branco e 43 elementos (78,18%) pertenciam à ET da Covilhã. Todos os participantes estavam abstinente de opiáceos, nomeadamente a heroína, por um período de tempo igual ou superior a 30 dias (1 mês).

Apresentam-se de seguida, os principais resultados obtidos:

- No momento da avaliação, a média da idade dos participantes rondava os 40,98 anos, tendo o elemento mais novo da nossa amostra 25 anos e o mais velho 63 anos;
- A maioria dos participantes (90,9%) são do género masculino e, uma pequena minoria (9,1%), do género feminino;
- Mais de metade da amostra concluiu o ensino obrigatório (58,2%);
- Quanto à situação profissional, verificou-se que 54,5% da amostra estava ativo e apenas 45,5% inativo;
- Relativamente ao local (meio) de residência, a maioria dos participantes (65,5%) residem em meio urbano e, poucos elementos (34,5%) residem em meio rural;
- No que respeita ao estado civil, 65,5% dos sujeitos inqueridos são solteiros, 18,2% divorciados e, apenas 16,4% são casados/unidos de fato;

- Quanto à constituição do agregado familiar, num total de 89,1% de respostas, 69,10% dos participantes revela que reside acompanhado por um ou mais elementos e, 20% menciona residir sozinho;
- No que concerne ao nível de ensino, a maioria dos inqueridos (58,2%) concluiu o ensino obrigatório;
- A média da idade do primeiro consumo dos nossos participantes ronda os 17 anos e meio de idade, sendo que o participante que iniciou os consumos mais novo, tinha na altura 8 anos, e o mais velho, 39 anos;
- Dos inqueridos, 83,6% iniciou os consumos com THC, 10,9% com heroína, 3,6% com cocaína e, apenas 1,8% com depressoires do SNC;
- Os primeiros consumos foram maioritariamente num ambiente desprotegido (65,5%);
- No momento do primeiro consumo 94,5% dos participantes estavam acompanhados e, apenas 5,5% estavam sozinhos;
- No que respeita às substâncias dos consumos regulares, 61,8% dos inqueridos são politoxicomanos e, 38,2% consomem somente heroína;
- Os problemas pessoais, familiares e financeiros (52,7%) são os principais motivos que levaram os inqueridos a cessar os hábitos de consumos, de seguida os problemas sociolaborais e judiciais (27,3%) e, por último, os problemas de saúde (12,7%);
- Da nossa amostra, 52,7% atualmente frequente um programa de substituição opiácea por metadona e, 47,3% da amostra por buprenorfina;
- Relativamente à combinação terapêutica, 70,9% dos inqueridos encontra-se em tratamento farmacológico e psicossocial e, apenas 29,1% apenas frequenta o tratamento farmacológico.
- Quanto às variáveis qualidade de vida e bem-estar psicológico, verificámos que no geral, a população apresenta melhores níveis de qualidade de vida, comparativamente com o bem-estar psicológico;
- Dos inqueridos, 52,7% apresentou um maior bem-estar psicológico e, 47,3% um menor BEP, num total de 100%. A mediana do BEP é de 90 valores e a média das respostas dos participantes foi de $M= 84,04$;
- Na variável qualidade de vida, 60% dos participantes apresenta uma maior qualidade de vida e, 40% uma menor qualidade de vida, num total de 100%. A mediana da QV é de 86 valores e a média das respostas dos inqueridos é de $M= 84,04$.

Através desta investigação foi-nos possível de verificar que há medida que a qualidade de vida aumenta nos indivíduos, o bem-estar psicológico aumenta também.

Como limitação generalizável à maioria dos estudos, mesmo considerando-se que a amostra deste estudo um número considerável e significativo dos utentes em tratamento se substituição, no período da recolha da amostra, esta poderá não ser representativa do CRI de

Castelo Branco. A nossa amostra caracteriza apenas uma ínfima parte de todos os utentes que se encontram submetidos a este tipo de tratamento, sendo que desta forma poderá não ser generalizável nem representará com segurança todos os sujeitos.

A natureza da amostra pode ser considerada outra limitação deste estudo, isto é, a diferenciação inter-sujeitos, pois cada utente possui uma vivência distinta do outro. O fato dos participantes da nossa amostra terem diferentes níveis de escolaridade, diferentes anos de consumos de substâncias psicoativas, bem como a grande diferença dos períodos de abstinência podem ser obstáculos para a presente investigação, podendo ainda condicionar a interpretação e os resultados obtidos.

Acrescenta-se a desejabilidade social, uma vez que em algum momento da recolha de informação, os nossos participantes possam ter-se sentido compelidos a responder da forma que julguem ser a mais adequada e não a que realmente sentiam.

Por fim, as comorbilidades associadas aos dependentes de substância psicoativas, podem ter levado a enviesamentos nas interpretações dos questionários, todavia, foi feito um esforço acrescido nesse sentido, tentando sempre esclarecer e simplificar ao máximo as questões. De forma a colmatar as dificuldades assinaladas e decorrentes da presente investigação, seria benéfico que no futuro houvesse possibilidade de continuação do estudo, tendo em consideração uma amostra superior à apresentada (para evitar a generalização da amostra).

Para além disso, seria de total pertinência e utilidade alargar o estudo à população portuguesa. Estudar as mesmas variáveis numa amostra nacional seria muito rico para uma melhor compreensão do bem-estar psicológico e da qualidade de vida no nosso país.

Referências Bibliográficas

- Abraão, I. (1999). *Fatores de risco e fatores protetores para as toxicodependências: uma breve revisão. Toxicodependências*, 5(2), 3-11.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, (4º) (DSM-IV-TR). Lisboa: Climepsi.
- Andrade, N. & Pereira, M. G. (2012). Preditores da qualidade de vida em fumadores e abstinentes. *Temas em Psicologia*, 20(2), 399-412.
- APA. (2002). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Edição/reimpressão: 2002: de American Psychiatric Association.
- Apóstolo, J. (2002). Vinculação-Intimidade e Bem-Estar Psicológico em Consumidores de Heroína: Estudo Comparativo Entre Consumidores e Não Consumidores. *Interações*. -ISSN 0873-0725. - N° 2.
- Arvilommi, P., Suominen, K., Mantere, O., Leppämäki, S., Valtonen, H. & Isometsä, E. (2014). Predictors of adherence to psychopharmacological and psychosocial treatment in bipolar I or II disorders-an 18-month prospective study. *Journal of affective disorders*, 155, 110-117.
- Azenha, S. & Ramos, S. (2009). *Caracterização de Uma População em Seguimento Ambulatório no CAT de Braga - Estudo retrospectivo. Toxicodependências*, 7,(1), 41-50.
- Balnaves, M. & Caputi, P. (2001). *Introduction to Quantitative Research Methods: An Investigative Approach*. London: SAGE publications.
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 19(1-2), 267-277.
- Barata, M. G. & Papoila, A. L. (2008). Consumo de drogas na marinha portuguesa: estudo de prevalência. *Toxicodependências*, 14(3), 59-65.
- Barkhof, E. Meijer, CJ, de Sonnevile, LMJ, Linszen, DH, & de Haan, L. (2012). Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia-a review of the past decade. *European Psychiatry*, 27(1), 9-18.

- Barradas, A. (2008). *Fatores influentes na permanência dos toxicodependentes em programas terapêuticos do desafio jovem: um estudo de caso*. [Dissertação de mestrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa. Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/939/1/17751_ulsd_dep.17435_Dissertacao.pdf.
- Bauman, Karl E, & Ennett, Susan T. (1996). On the importance of peer influence for adolescent drug use: commonly neglected considerations. *Addiction*, 91(2), 185-198.
- Brener, L., Hoppel, W., Hoppel, C., Resnick, I. & Treloar, C. (2010). Perceptions of discriminatory treatment by staff as predictors of drug treatment completion: utility of a mixed methods approach. *Drug and Alcohol Review*, 29(5), 491-497.
- Câmara, H., Rocha, C. & Balteiro, J. (2011). Grau de conhecimento e consumo de psicofármacos dos alunos da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29, 173-179.
- Castro, M. (2004). *Do prazer à dependência*. *Toxicodependências*, 10(3), 49-56.
- Castro, M. I. P. (2004). *Do prazer à dependência*. *Toxicodependências*, Lisboa, 0, 3, 49-56.
- Costa, N., Pombo, S. & Barbosa, F. (2008). A propósito da avaliação clínica numa consulta de toxicodependências. *Toxicodependências*, 14(3), 25-34.
- Cruz, O., Machado, C. & Fernandes, L. (2010). *Consumo “Não Problemático” de Drogas Ilícitas: Experiências e Estratégias de Gestão dos Consumos numa Amostra Portuguesa*. Paper presented at the Actas do VII simpósio nacional de investigação em psicologia.
- De Maeyer, J., Van Nieuwenhuizen, C., Bongers, I., Broekaert, E. & Vanderplasschen, W. (2013). Profiles of quality of life in opiate-dependent individuals after starting methadone treatment: A latent class analysis. *International Journal of Drug Policy*, 24, 342-350.
- Deci, E. & Ryan, R. (2008). *Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction*. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 1-11.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

- Donovan, D. M., Bigelow, G. E., Brigham, G. S., Carroll, K. M., Cohen, J., Gardin, J. G., . . . Lindblad, R. (2012). Primary outcome indices in illicit drug dependence treatment research: systematic approach to selection and measurement of drug use end-points in clinical trials. *Addiction*, *107*(4), 694-708.
- Drug Policy Alliance (2006). About methadone and bupernorphine (2^a ed.). USA: Drug Policy Alliance.
- Edwards, I. R. & Aronson, J. K. (2000). Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. *The Lancet*, *356*(9237), 1255-1259.
- Escudeiro, R., Lamachã, S., Freitas, A. & Silva, H. (2006). Qualidade de Vida e Toxicodependência. *Toxicodependências*, *12*(3), 65-78.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5^aEd.). São Paulo: Editora Atlas.
- Godinho, J., Marques, R., Gonçalves, N. & Vultos, J. (2007). Avaliação de uma população sem abrigo a residir num centro de acolhimento, e integrada em programa de manutenção com metadona. *Toxicodependências*, *13*(1), 3-10.
- Gomes, D. F. (2011). *Qualidade de Vida, Psicopatologia e Programas Terapêuticos na Toxicodependência: Um estudo realizado no CRI de Braga*. Universidade Católica Portuguesa.
- Grant, J. & Odlaug, B. (2008). Cleptomania: características clínicas e tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (online), *30*, S11-S15. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s1/art02.pdf>.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*, 1152.
- Hser, Y. & Anglin, M. D. (2011). Addiction treatment and recovery careers. *Addiction recovery management*, 9-29.
- Hughes, J. R., Higgins, S. T. & Bickel, W. K. (1994). Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes: similarities and dissimilarities. *Addiction*, *89*(11), 1461-1470.
- Iglésias, C. & Carvalho, E. (2010). *Hábitos de saúde e estilos de vida dos toxicodependentes em tratamento*. Marinha Grande: Centro de resposta integradas de Leiria.

- Janeiro, L. (2007). Motivação para o tratamento. Estratégias psicoterapêuticas no tratamento da toxicod dependência. *Toxicod dependências*, 13(1), 49-58.
- Kouri, Elena M, & Pope Jr, Harrison G. (2000). Abstinence symptoms during withdrawal from chronic marijuana use. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 8(4), 483.
- Laudet, A. B. & White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(1), 51-59.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of psychology*.
- Likert, R. (1967). The method of constructing and attitude scale. *Methods and Trchniques in Business Research*, 54.
- Luty, J. & Arokiadass, S. (2008). Satisfaction with life and opioid dependence. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3, (2).
- Machado, W.L. & Bandeira, D.R. (2012). *Psychological well-being: definition, assessment and principal correlates*. Federal do Rio Grande do Sul: Instituto de Psicologia.
- Magalhães, L. (2008). Perspetivas psicodinâmicas no tratamento do toxicod dependente. *Toxicod dependências*, 14(3), 67-81.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C. & Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane database of systematic reviews*, 2.
- Michels, I. I. & Stöver, H. (2012). Harm reduction-from a conceptual framework to practical experience: The example of Germany. *Substance use & misuse*, 47(8-9), 910-922.
- Monteiro, S., Tavares, J. & Pereira, A. (2012). Adaptação portuguesa da escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico com estudantes universitários - EMMBEP. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 66-77.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2006). Estudo das características psicométricas da Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar. In I. Leal, J. L. Ribeiro, & S. N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida* (53-58). Lisboa: ISPA Edições.

- Moreno, D.H. (1998). Psicofármacos e direção. *Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo*.
- Murteira, B. J. F. (1993). *Análise exploratória de dado: Estatística Descritiva*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Negreiros, J. (2003). Prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em cinco cidades portuguesas. *Toxicoddependências, 9(2)*, 3-22.
- Nordon, D.G., & Hübner, CVK. (2009). Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. *Diagn. Tratamento, 14(2)*, 66-69.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual- A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows third edition*. England: McGraw Hill Companies.
- Patrício, L. (2002). *Droga: para que se saiba*. Porto: Figueirinhas.
- Patrício, L. (2006). *Droga: aprender para prevenir*. Lisboa: Dias Patrício, Psiquiatria e Medicina Lda.
- Patrício, L. (2009). *Tratamento da dependência de heroína | A manutenção opióide*. Lisboa: Dias Patrício, Psiquiatria e Medicina Lda.
- Patrício, L. (2009). *Tratamento da Dependência de Heroína-A Manutenção Opióide: Lisboa*. Edição: Dias Patrício, Psiquiatria e Medicina Lda.
- Pérez, E., Hermida, J., Fernández, L., González, M., Villa, R. & Gradolí, V. (2008). *Guía Clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol: Barcelona.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (5ª Ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Poeschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em psicologia. Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Préau, M., Protopopescu, C., Spire, B., Sobel, A., Dellamonica, P., Moatti, J. & Carrieri, M. (2007). Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV-infected. *Drug and alcohol dependence, 86(2)*, 175-182.
- Rodrigues, A. et al., (2011). A eficácia da entrevista motivacional na redução do consumo abusivo de álcool, na pessoa adulta - Revisão sistemática da literatura. *Toxicoddependências, 17(3)*, 37-46.

- Rodrigues, M. (2009). *Estádios de motivação para o tratamento na dependência alcoólica - percursos individuais e género*. [Dissertação de mestrado]. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Retirado de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1364/2/dm_martarodrigues.pdf.
- Salgueiro, T. R. C. (2013). *UC/FPCE*. Universidade de Coimbra.
- Schering-Plough (2007). *Guia do doente: apoio ao tratamento da sua dependência opiácea*. Lisboa: Schering-Plough.
- Schering-Plough (s.d.). *Guia de tratamento*. Lisboa: Schering-Plough.
- 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.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) (2013). *Rede de referência/articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) (2013). *Rede de referência/articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Severino, A. J. (2000). *Metodologia do Trabalho científico*. São Paulo: Cortez.
- Solowij, N., Grenyer, B., Chesher, G. & Lewis, J. (1995). Biopsychosocial changes associated with cessation of cannabis use: a single case study of acute and chronic cognitive effects, withdrawal and treatment. *Life Sciences*, 56(23), 2127-2134.
- Sousa, A. (1998). Modelo interativo de tratamento no processo psicoterapêutico da terapia familiar/abordagem sistémica. *Toxicodependências*, Ano 5, (2), 3-11.
- Soyka, M., Lieb, M., Kagerer, S., Zingg, C., Koller, G., Lehnert, P., . . . Hennig-Fast, K. (2008). Cognitive functioning during methadone and buprenorphine treatment: results of a randomized clinical trial. *Journal of clinical psychopharmacology*, 28(6), 699-703.
- Stahl, S. M. (2008). *sicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas*.

- Teixeira, C. & Ricou, M. (2008). Volição em toxicodependentes que frequentam a unidade de desabilitação norte pela primeira vez e em indivíduos reincidentes. *Toxicodependências*, 14(2), 25-35.
- Tkacz, J., Severt, J., Cacciola, J. & Ruetsch, C. (2012). Compliance with Buprenorphine Medication-Assisted Treatment and Relapse to Opioid Use. *The American Journal on Addictions*, 21(1), 55-62.
- Torres, A. & Lito, A. (2008). *Consumos de drogas: Dor, Prazer e Dependências*. Lisboa: Fim de Século.
- Tyrer, P., Rutherford, D. & Huggett, T. (1981). Benzodiazepine withdrawal symptoms and propranolol. *The Lancet*, 317(8219), 520-522.
- Uchtenhagen, A. (2010). Treatment of substance dependence. *Ethics in Psychiatry*, 381-400.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Viana, S. (2011). *Qualidade de vida, bem-estar psicológico e estratégias de coping no tratamento de substituição com metadona e buprenorfina*. [Dissertação de mestrado]. Braga: Universidade do Minho. Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/17855/1/S%C3%ADlvia%20Ariana%20Gon%C7alves%20Viana.pdf>.

ANEXOS

Anexo I - Questionário de avaliação



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Covilhã | Portugal



Departamento de
Psicologia e Educação

“Qualidade de vida e bem-estar na terapêutica de substituição com metadona e buprenorfina no CRI de Castelo branco”

Esta investigação tem como principal objetivo estudar e analisar a possível relação entre a Qualidade de Vida e o Bem-Estar Psicológico nas diferentes terapêuticas de substituição: metadona e buprenorfina, em utentes abstinentes do CRI de Castelo Branco.

Neste sentido, gostaria de contar com a sua colaboração para a recolha de dados, através do preenchimento de dois instrumentos de avaliação: o WHOQOL-Bref e a Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMBEP).

Por favor, dê a sua opinião pessoal da forma mais honesta possível. Não existem respostas certas ou erradas, todas as opiniões são válidas e igualmente legítimas. É muito importante que responda a todas as questões e pela ordem a que são apresentadas. Em caso de dúvida, dê a resposta que mais se identifica com a sua forma de pensar/agir.

O questionário é breve, demorando cerca de 10min a ser completado. As informações recolhidas apenas serão utilizadas para esta investigação, e os dados são totalmente confidenciais.

Na eventualidade de ter alguma dúvida ou de pretender informação adicional acerca desta investigação, pode contactar-me através do seguinte e-mail: carolinateixeira@live.com.pt.

Muito obrigada pela sua disponibilidade e colaboração!

Questionário Sociodemográfico

1. Idade: ___ anos.
2. Género:
Masculino: ___ Feminino: ___
3. Nível de ensino
1º Ciclo: ___
2º Ciclo: ___
3º Ciclo: ___
Ensino secundário: ___
Ensino superior: ___
4. Profissão: _____
5. Residência:
Meio rural: ___ Meio urbano: ___
6. Estado civil:
Solteiro(a): ___
Casado (a)/ Unido (a) de facto: ___
Divorciado (a): ___
Viúvo (a): ___
- 6.1. Se é solteiro (a), namora?
Sim ___ Não ___
7. Número de elementos do agregado familiar: ___
8. Idade do primeiro consumo? ___ anos.
- 8.1. Com que substância começou os consumos? _____
- 8.2. Ocasão(ões) do primeiro consumo?
Festa ___
Escola ___
Casa ___
Discoteca ___
- 8.3. No primeiro consumo encontrava-se:
Sozinho(a) ___
Acompanhado(a) ___
- 8.4. O que o/a levou a experimentar?

9. Com que idade iniciou os consumos regulares? ___ anos.
- 9.1. Que substância(s) consumia?

- 9.2. Com que frequência consumia?

9. Quando foi o seu último consumo?

- 9.2. Qual o motivo que o/a levou a cessar os consumos?

- 9.3. É a primeira tentativa que faz para acabar com os consumos?

Sim ___ Não ___

9.3.1. **Se não**, quando decidiu cessar pela primeira vez os consumos (refira o mês e o ano)? _____

9.3.2. **Se não**, quantas tentativas já fez para cessar os consumos (incluindo esta)? ___

9.3.3. **Se não**, qual/quais o(s) motivo(s) que pensa estarem subjacente(s) à(s) recaída(s)?

9.3.4. **Se não**, utilizou algum tratamento de substituição?

Sim ___ Não ___

Se sim, qual?

Metadona ___ Subutex ___ Suboxone ___

10. A que tipo de tratamento(s) se encontra atualmente submetido(a)?

Metadona ___ Subutex ___ Suboxone ___

Seguimento com técnico(s): consultas de psicologia, serviço social, medicina ___

**ESCALA DE MEDIDA DE MANIFESTAÇÃO
DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO**

(Adaptada à população portuguesa por Sara Monteiro, José Tavares e Anabela Pereira, 2006)

Instruções: Por favor responda a cada uma das seguintes afirmações de acordo com a escala fornecida.

DURANTE O ÚLTIMO MÊS

		Nunca	Rara- mente	Algumas vezes	Frequente- mente	Quase Sempre
1	Senti-me confiante.	1	2	3	4	5
2	Senti que os outros gostavam de mim e me apreciavam.	1	2	3	4	5
3	Sinto-me satisfeito com o que fui capaz de alcançar, senti-me orgulhoso de mim próprio.	1	2	3	4	5
4	Senti-me útil.	1	2	3	4	5
5	Senti-me emocionalmente equilibrado.	1	2	3	4	5
6	Fui igual a mim próprio, natural em todas as circunstâncias.	1	2	3	4	5
7	Vivi a um ritmo normal, não tendo cometido excessos.	1	2	3	4	5
8	A minha vida foi bem equilibrada entre as minhas atividades familiares, pessoais e académicas.	1	2	3	4	5
9	Tive objetivos e ambições.	1	2	3	4	5
10	Tive curiosidade e interesse em todo o tipo de coisas.	1	2	3	4	5
11	Envolvei-me em vários projetos.	1	2	3	4	5
12	Senti-me bem a divertir-me, a fazer desporto e a participar em todas as minhas atividades e passatempos preferidos.	1	2	3	4	5
13	Ri-me com facilidade.	1	2	3	4	5

14	Tive um grande sentimento de humor, tendo feito os meus amigos rir facilmente.	1	2	3	4	5
15	Fui capaz de estar concentrado e ouvir os meus amigos.	1	2	3	4	5
16	Relacionei-me facilmente com as pessoas à minha volta.	1	2	3	4	5
17	Estive capaz de enfrentar situações difíceis de uma forma positiva.	1	2	3	4	5
18	Perante situações complexas, fui capaz de as resolver com clareza.	1	2	3	4	5
19	Fui capaz de encontrar resposta para os meus problemas sem preocupações.	1	2	3	4	5
20	Estive bastante calmo.	1	2	3	4	5
21	Tive a impressão de realmente gostar e viver a vida ao máximo.	1	2	3	4	5
22	Senti-me bem, em paz comigo próprio.	1	2	3	4	5
23	Achei a vida excitante e quis aproveitar cada momento dela.	1	2	3	4	5
24	A minha moral esteve boa.	1	2	3	4	5
25	Senti-me saudável e em boa forma.	1	2	3	4	5

WHOQOL-Bref

(Adaptada à população portuguesa por C. Canavarro, A. Serra, M. Simões, S. Gameiro, M. Quartilho, D. Rijo, C. Carona & T. Paredes, 2006)

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5