



**Universidade de** Departamento de Educação e Psicologia  
**Aveiro**  
**Ano 2018**

**ANA FILIPA  
PIMENTEL DA  
CUNHA BAPTISTA**

**A Saúde Mental dos Toxicodependentes:  
Impacto do Suporte Social**



**ANA FILIPA  
PIMENTEL DA  
CUNHA BAPTISTA**

**A Saúde Mental dos Toxicodependentes:  
Impacto do Suporte Social**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a supervisão científica da Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, e a co-orientação do Doutor Carlos Fernando de Paulo Carona, Investigador da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Dedico este trabalho aos meus pais pelo apoio incondicional, por estarem comigo nos bons e maus momentos, por me transmitirem segurança, pela sua positividade, pelas palavras de força, coragem, incentivo e acima de tudo por fazerem parte da minha vida da forma que fazem e o que representam para mim.

## **O júri**

Presidente

**Doutora Sara Otília Marques Monteiro**

Professora Auxiliar Convidada, do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

**Doutora Cristina Maria Leite Queirós**

Professora Auxiliar, da Universidade do Porto

**Doutora Anabela Maria Sousa Pereira**

Professora Associada com agregação, do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro (Orientadora)

## Agradecimentos

A realização deste trabalho só foi possível graças à ajuda e contributo de um conjunto de pessoas, pelo que gostaria de agradecer especialmente:

Antes de tudo agradeço a DEUS, pela saúde, pela paz e pela perseverança na concretização deste sonho. Também pelo “apoio incondicional” e pela “presença”, sempre presente... por ter abençoado todos os dias da minha vida, por iluminar o meu caminho e me dar forças para seguir sempre em frente;

À minha orientadora, Professora Doutora Anabela Pereira, o meu reconhecimento pela dedicação e disponibilidade que sempre mostrou para orientar e aconselhar de forma sábia. Estou grata de igual modo pela autonomia que me foi concedendo, por ter acreditado no meu sonho e ajudado a torná-lo realidade, o que me permitiu gradualmente acreditar mais em mim e nas minhas capacidades;

Ao meu co-orientador Doutor Carlos Carona pelo apoio, motivação, disponibilidade e contributo neste projeto;

À Dra. Gracinda Martins pelo apoio, carinho, palavras de incentivo e disponibilidade que tem sempre para comigo;

À minha mãe Eduarda e ao meu pai José Manuel, por nunca deixarem de acreditar em mim;

Ao meu irmão José Eduardo pela confiança, dedicação, paciência e força transmitida ao longo de todo o percurso;

Aos meus avós, Eduardo e Maria, de quem tenho muitas saudades, pelos valores que me foram transmitindo, pela força e confiança que sempre depositaram em mim, nunca desistindo de verem realizados os meus sonhos. Também à memória do meu avô José pelo carinho, confiança e força que sempre me transmitiu;

À memória das minhas grandes amigas Maria do Carmo e Ilídia Maria que sempre me transmitiram grandes valores e ideias de vida, acreditando sempre em mim, nunca desistindo de me ver feliz. Recordo-as com imensa saudade...

À Dra. Manuela Fraga, pelo carinho, atenção e disponibilidade que tem sempre para comigo;

À Fernanda Antunes pelo apoio prestado ao longo do projeto, pelo seu envolvimento no mesmo, dedicação, empenho e acima de tudo pela ajuda preciosa e amizade demonstrada;

Às minhas amigas Madalena e Carla, por todo o empenho, pelas palavras de força, coragem, incentivo e com as quais fui ganhando, direta e indiretamente, a força e o ânimo necessários para tornar este sonho real;

Ao meu amigo André pelo apoio prestado, manifestado através da disponibilidade que sempre mostrou em determinados momentos, muito importantes para o meu estado emocional;

À Vanessa pelo apoio e disponibilidade que sempre demonstrou;

A toda a equipa do Centro de Respostas Integradas de Coimbra (CRI) pela abertura e receptividade na realização desta investigação e pelo apoio prestado;

A todos aqueles que não fiz referência, mas que, direta e indiretamente, foram contribuindo para a realização desta Dissertação de Mestrado;

Em especial, aos utentes do CRI pela colaboração na recolha dos dados.

... O meu mais sincero obrigada a todos!

**Palavras-chave**

Suporte social, saúde mental, psicopatologia, toxicodependência.

**Resumo**

Ao longo dos anos, a literatura tem realçado a importância do suporte social e da saúde mental, que vai corroborando a associação positiva entre o suporte social e o bem-estar psicológico e físico, fundamentais para o desenvolvimento psicossocial das pessoas. Com base nestes fundamentos e dada a pertinência da temática, o foco do presente estudo foi analisar o impacto do suporte social na saúde mental (bem-estar psicológico e morbidade psiquiátrica) em sujeitos toxicodependentes.

A amostra utilizada neste estudo foi constituída por 151 sujeitos toxicodependentes, que são utentes do CRI de Coimbra - Centro de Respostas Integradas, 43 mulheres e 108 homens, com idades compreendidas entre os 24 e os 60 anos. O protocolo de investigação incluiu os seguintes instrumentos de recolha de dados: Questionário Sociodemográfico, Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMEP; Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006), Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS; Fachado, Martinez, Villalva, & Pereira, 2007) e Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA; Santana, 1982).

Os resultados do presente estudo mostraram que o suporte social teve um impacto positivo na manutenção do bem-estar psicológico dos sujeitos toxicodependentes, tendo um papel protetor contra o desenvolvimento de perturbações mentais. No entanto, também importa salientar que os motivos das recaídas conduziram ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, dado que o índice de morbidade psiquiátrica aumentou. Outro aspeto que deve ser um alerta, é o facto da medicação mais prescrita para estes sujeitos fazer parte do grupo dos psicofármacos, especificamente, os ansiolíticos e os antidepressivos.

Ao concluirmos, consideramos essencial que a abordagem terapêutica utilizada com indivíduos toxicodependentes envolva, além do tratamento farmacológico, a Entrevista Motivacional (que se baseia no Modelo Transteórico de Motivação de Mudança Intencional de Comportamento de Prochaska e DiClemente), de forma a ajudar as pessoas a reconhecerem e a agirem em prol da mudança.

**keywords**

Social support, mental health, psychopathology, drug addiction.

**abstract**

Over the years, literature has emphasized the importance of social support and mental health, which corroborating the positive association between social support psychological and physical well-being, fundamental for the psychosocial development of people. Based on these grounds and given the pertinence of the theme, the focus of the present study was to analyze the impact of social support on mental health (psychological well-being and psychiatric morbidity) in drug addicts subjects.

The sample used in this study was constituted of 151 drug addicts subjects, who are users of CRI de Coimbra – Integrated Response Center of Coimbra, 43 women and 108 men, with aged between 24 and 60 years. The investigation protocol included the following data collection instruments: Sociodemographic Questionnaire, Measurement Scale of the Manifestation of Psychological Well-being (EMMEP; Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006), Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS; Fachado, Martinez, Villalva, & Pereira, 2007) and Adult Psychiatry Morbidity Questionnaire (QMPA, Santana, 1982).

The results of the present study showed that social support had a positive impact on the maintenance of the psychological well-being of drug addicts individuals, having a protective role against the development of mental disorders. However, it is also important to emphasize that the reasons for the relapses led to the development of psychopathological symptoms, given that the psychiatric morbidity index increased. Another aspect that should be an alert is the fact that the medication more prescribed for these subjects be part of the psychoactive drugs group, specifically, anxiolytics and antidepressants.

In conclusion, we consider it essential that the therapeutic approach used with drug addicts individuals involves, in addition to pharmacological treatment, the Motivational Interview (which is based on the Transtheoric Model of Motivation for Intentional Change of Behavior of Prochaska and DiClemente) in order to help people recognize and to act for change.

## Índice

<b>Índice de Tabelas .....</b>	<b>ii</b>
<b>Lista de Abreviaturas .....</b>	<b>iii</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Métodos.....</b>	<b>8</b>
Participantes .....	8
Instrumentos .....	9
Questionário Sociodemográfico .....	9
Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMEP).....	10
Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) .....	10
Questionário Morbilidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA).....	11
Procedimentos .....	12
Análise de dados .....	12
<b>Resultados.....</b>	<b>13</b>
<b>Discussão e Conclusão .....</b>	<b>20</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>25</b>
<b>Anexos</b>	



## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra.....	9
Tabela 2 – Comportamento de consumo de substâncias psicoativas: consumo e recaída.....	14
Tabela 3 – Comportamento de consumo de substâncias psicoativas: medicação .....	15
Tabela 4 – Comportamento de consumo de substâncias psicoativas e comportamentos de risco .....	16
Tabela 5 – Análise descritiva da EMMBEP, MOS-SSS e QMPA .....	17
Tabela 6 – Análise de diferenças da EMMBEP, MOS-SSS e QMPA dependendo do sexo...18	
Tabela 7 – Análise de variância da EMMBEP, MOS-SSS e QMPA dependendo das habilitações literárias .....	19
Tabela 8 – Correlações entre os motivos da toxicodependência, motivos das recaídas, bem-estar global, apoio social global e índice global de morbidade psiquiátrica .....	20

## Lista de Abreviaturas

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

CRI – Centro de Respostas Integradas

DP – Desvio padrão

EMMBEP – Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico

$F$  – ANOVA

$M$  – Média

$Mo$  – Moda

MOS-SSS – Medical Outcomes Study Social Support Survey

$n$  – número total de sujeitos da amostra

$p$  – valor de significância estatística

QMPA – Questionário Morbilidade Psiquiátrica em Adultos

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

$t$  = Teste  $t$  de Student

## Introdução

### Suporte Social e Saúde Mental

Ao longo dos anos têm sido desenvolvidos vários estudos empíricos sobre o suporte social. O autor Sidney Cobb foi um precursor desta temática, tendo definido o apoio social como a “informação que o sujeito recebe e o leva a acreditar que é querido e amado; estimado e apreciado; e/ou pertencente a uma rede de comunicação e obrigações mútuas” (Cobb, 1976, p. 300). Cobb salienta diferentes tipos de apoio social, tais como o apoio emocional, o apoio de estima, e o apoio que gera um sentimento de pertença. Relativamente ao apoio emocional, as pessoas sentem-se amadas, acarinhadas e protegidas através das relações de confiança; quando as pessoas se sentem valorizadas, reconhecidas é evidente o apoio de estima e finalmente o apoio de pertença a uma rede, onde se verifica uma partilha de informações e experiências dos indivíduos entre si e com os grupos (Cobb, 1976).

A literatura existente sobre o suporte social também tem apontado para duas teorias norteadoras deste processo, destacando-se o “modelo de efeito principal” e o “*buffering model*”. Os autores descrevem o “modelo de efeito principal” e o “*buffering model*” como sendo modelos teóricos. O primeiro modelo considera que os recursos sociais podem originar efeitos benéficos, independentemente da pessoa estar ou não em situações de stresse. O segundo modelo caracteriza o suporte social como protetor, ao moderar as consequências negativas de situações stressantes sobre o bem-estar psicológico e físico (Cohen & Wills, 1985). Em suma, em ambos os modelos, a importância de ter um impacto benéfico ao nível do bem-estar é reconhecida. Deste modo, os autores afirmam que “as funções de suporte são responsivas a eventos stressantes, enquanto a integração de redes sociais opera para manter sentimentos de estabilidade e autoestima, independentemente do nível de stresse. Concluímos que o apoio à integração social e o suporte funcional representam diferentes processos através dos quais os recursos sociais podem influenciar o bem-estar” (Cohen & Wills, 1985, p. 349).

Um dos principais eixos das pesquisas de Thompson, Flood e Goodvin (2006) sobre o apoio social e psicopatologia do desenvolvimento é o que se insere no contexto de relações sociais disfuncionais e isolamento social, proveniente de um apoio social inadequado, pode potencializar o desenvolvimento de problemas psicológicos nas pessoas em geral. Por outro lado, as pessoas que apresentam problemas psicológicos, o suporte social pode constituir um mecanismo para enfrentar estas situações, minimizando as suas dificuldades e problemas,

assim como da sua família. Assim sendo, intervenções preventivas para pessoas e famílias em risco reforçam as diferentes formas de suporte social.

Ao longo dos anos têm sido realizados diversos estudos sobre saúde mental, que vão corroborando a associação positiva entre o suporte social e o bem-estar psicológico e físico, fundamentais para o desenvolvimento biopsicossocial. Assim, compreende-se o papel preponderante que as relações sociais exercem na manutenção do bem-estar psicológico e físico das pessoas (Kawachi & Berkman, 2001; Thoits, 2011), funcionando como um “amortecedor de stresse” (Thoits, 2011). Nesta linha de pensamento, Barrón (1996) destaca dois aspetos influenciadores do suporte social, a nível psicológico e físico: o efeito direto e o efeito amortecedor. O efeito direto está relacionado com o bem-estar, verificando-se um maior apoio social; enquanto o efeito amortecedor ou protetor refere-se ao apoio social como um regulador de vários aspetos que influenciam o bem-estar.

Neste sentido, e de acordo com a World Health Organization (2014, p. 12), a saúde mental é definida como “*a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community*”. Na perspetiva de Alves e Rodrigues (2010, p. 128), “a saúde mental tem sido cada vez mais entendida como um produto de múltiplas e complexas interações, que incluem os fatores biológicos, psicológicos e sociais”.

A literatura tem documentado a relação positiva entre o apoio social e a saúde mental (Fung & Webster, 2018; Vaz Serra, 2005), como se pode confirmar no recente estudo de Fung e Webster (2018), que explorou o efeito mediador do interesse social na relação de apoio social percebida e saúde mental. Os resultados indicaram que as características associadas a interesse social, nomeadamente a preocupação e a cooperação com os outros, são tão importantes para a saúde mental como o número de amigos e a qualidade das suas amizades.

Todavia, e de acordo com a World Health Organization (2014), a saúde mental das pessoas, bem como muitas perturbações psicológicas também são influenciadas pelo ambiente social, económico e físico. Neste âmbito, a investigação de Barrón (1996) salienta que quanto menor for o apoio social, maior será a possibilidade do desenvolvimento de problemas mentais. Sobre esta temática, a literatura refere que há uma influência entre os laços sociais e algumas características de saúde mental, nomeadamente o bem-estar psicológico, as reações de stresse e o sofrimento psicológico (que abrange sintomas

depressivos e de ansiedade). Esta influência é sentida sobretudo pelas mulheres que manifestam um maior sofrimento psicológico, comparativamente aos homens. O mesmo ocorre em mulheres com recursos económicos limitados, podendo desencadear determinada sintomatologia associada a doenças mentais (Kawachi & Berkman, 2001).

Keltner e Kring (1998) também acrescentam que sujeitos com sintomas depressivos tendem a apresentar limitações a nível social, refletindo-se na ausência de redes sociais, na existência de redes sociais pobres e no isolamento social. Kupferberg, Bicks e Hasler (2016) corroboram a ideia ao mencionarem que a depressão pode surgir associada a fatores de risco sociais, a défices sociais e a um funcionamento social precário. Os investigadores destacaram que a recuperação da depressão não deve incluir apenas uma diminuição significativa dos sintomas depressivos, mas também um tratamento que incida na melhoria ao nível da empatia, tomada de decisão social e competências sociais. O que significa que é fundamental integrar nos processos terapêuticos a avaliação do funcionamento social e a análise das redes sociais, intervindo posteriormente neste sentido.

Além dos fatores mencionados, também existem estudos que demonstram que, por exemplo, o consumo de canábis pode aumentar o risco de ocorrência de episódios psicóticos, assim como a probabilidade de desenvolver uma doença psicótica ao longo da vida, acarretando graves limitações ao nível da saúde mental, sendo um alerta sobretudo para os jovens (e.g., Moore et al., 2007).

### **Toxicod dependência e Saúde Mental**

A comunidade científica considera que as drogas são um problema social. Estima-se que mais de 80 milhões de pessoas na União Europeia tenham experimentado drogas ilícitas (Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência, 2017). Segundo o European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (2016), a prevalência da população geral que consome drogas na Europa é de 16%, sendo a canábis a substância mais consumida. Em relação ao género, entre 2011 e 2015 verificou-se um aumento das mulheres na continuidade do consumo de drogas, comparativamente aos homens.

Neste sentido, é importante salientar que as drogas são substâncias psicotrópicas que deterioram a saúde relacional dos indivíduos (Neto, 1996). A toxicod dependência compreende um conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido uso de uma substância.

Nesta linha de pensamento, o conceito de dependência refere-se a uma alteração da função cerebral originada pelo consumo de substâncias psicoativas. Estas substâncias psicoativas vão ter um impacto sobre os processos cerebrais sensoriais e de percepção, afetando as emoções e a motivação (Organização Mundial da Saúde, 2004).

Para se compreender a complexidade do fenómeno da toxicod dependência, iremos começar por caracterizar brevemente os diferentes tipos de drogas consumidas, assim como os principais efeitos psicológicos e fisiológicos das diferentes drogas. As substâncias psicoativas mais comuns podem ser divididas em três grupos, destacando-se os depressores, os estimulantes e os perturbadores. O grupo dos depressores caracteriza-se pela inibição ou diminuição da atividade cerebral, em que o indivíduo sente uma sensação de tranquilidade e relaxamento. A título de exemplo, podemos referir algumas drogas que fazem parte deste grupo, nomeadamente a heroína, o álcool e sedativos / hipnóticos (Organização Mundial da Saúde, 2004). Os estimulantes são um conjunto de substâncias em que os principais efeitos são a estimulação, aumento dos níveis de energia e estados de euforia (Morel, Hervé & Fontaine, 1998). Fazem parte deste grupo a cocaína, a nicotina, anfetaminas e o ecstasy. O grupo das drogas perturbadoras, também conhecidas por alucinogénias, como por exemplo a canábida, LSD e PCP (Organização Mundial da Saúde, 2004) integram um conjunto de substâncias que fragilizam e perturbam o funcionamento do sistema nervoso central (Morel et al., 1998). Por exemplo, Moore e colaboradores (2007) demonstraram no seu estudo que existe uma relação significativa entre o uso de canábida e os sintomas psicóticos, o que inclui perturbações psicóticas incapacitantes. Ainda acrescentam que o consumo de canábida pode aumentar o risco dos jovens desenvolverem uma doença psicótica ao longo da vida.

Em suma, as substâncias psicoativas atuam no cérebro de formas muito distintas, podendo aumentar ou reduzir a atividade dos neurónios. Estas substâncias têm diferentes efeitos ao nível do comportamento e consequentemente diferentes sintomas de abstinência, diferentes taxas de desenvolvimento de tolerância e efeitos diferentes a curto e longo prazo. Porém, as substâncias psicoativas apresentam também algumas semelhanças na forma como afetam determinadas regiões do cérebro (Organização Mundial da Saúde, 2004).

O consumo abusivo de drogas e a toxicod dependência tem crescido ao longo dos últimos anos e são encarados como um grave problema, tendo como consequência o estigma e o preconceito social. Corroborando esta linha de pensamento, a literatura tem demonstrado a existência de elevados níveis de estigmatização relativamente aos toxicod dependentes (Link, Struening, Rahav, Phelan & Nuttbrock, 1997).

O estudo sobre o estigma social tem como marco teórico a obra de Goffman. O autor descreve o estigma como um fenómeno no qual o indivíduo é rejeitado por ter um determinado atributo, sendo desvalorizado pela sociedade (Goffman, 1963). O estigma reduz a pessoa somente a aspetos negativos e pejorativos, e desta forma o indivíduo passa a ser considerado como um ser comum, diminuído e inferiorizado (Goffman, 2004). Assim, Goffman (1961) define três categorias de estigma: “as abominações do corpo”, ou seja, as deformações físicas; “as culpas de carácter individual”, isto é, problemas mentais, vícios e drogas e os “estigmas tribais”, como a raça, religião e nação.

A literatura apresenta alguns estudos científicos que foram desenvolvidos ao longo dos anos e que nos permitem ter uma perceção mais aprofundada desta problemática. No estudo realizado por Calado e Lavado (2010), os autores dedicaram a sua pesquisa a analisar as representações sociais da droga e da toxicodependência junto da população jovem que esteve presente no Rock In Rio, em 2008. Através dos resultados obtidos, os autores concluíram que a representação de “consumidores de drogas” e “toxicodependentes” era bastante diferente para os jovens inquiridos. Para estes jovens os “toxicodependentes” eram vistos de uma forma muito mais negativa e estigmatizada, comparativamente aos “consumidores de drogas”.

Sobre outro ponto de vista, o estudo de Morgan, Reavley, Jorm e Beatson (2017) demonstrou que pessoas com problemas de saúde mental percecionaram comportamentos discriminatórios por partes dos seus familiares e amigos, particularmente ao nível da rejeição social e atitudes de julgamento. Segundo os autores, determinadas experiências de vida têm um potencial de dano ou benefício na rede de suporte social de um indivíduo. Embora as experiências positivas sejam comuns, continua a haver uma necessidade contínua de minorar o estigma das doenças mentais, por exemplo as perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas, de forma a melhorar a compreensão relativa ao apoio de familiares com problemas mentais.

Na perspetiva do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2017), verificou-se diferentes tendências ao nível do consumo de substâncias entre os estudantes. A monitorização do consumo destas substâncias permitiu obter informações relevantes sobre os atuais comportamentos de risco, assim como possíveis tendências no futuro. O Projeto Europeu realizou em 2015 uma recolha de dados. O último inquérito obteve dados sobre o consumo de substâncias entre os estudantes com idades compreendidas entre os 15 e os 16

anos, em 35 países europeus, observando-se que em 24 países houve uma média de 18% de estudantes que afirmaram que já tinham consumido canábis pelo menos uma vez.

Também acrescenta que a canábis é a droga ilícita mais suscetível de ser consumida pelas diferentes faixas etárias. Estima-se que aproximadamente 87,7 milhões de adultos europeus ou 26,3% deste grupo tenha experimentado canábis. Destes, estima-se que 13,9% dos jovens europeus tenham consumido canábis no último ano. Entre os jovens que consumiram canábis no último ano, verificou-se diferenças a nível de género, ou seja, uma proporção de 2 consumidores do sexo masculino para cada 1 do sexo feminino (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência, 2017).

Assim, quando olhamos para a magnitude das dificuldades e problemas associados a dependências e a comportamentos aditivos, para além dos problemas de saúde que possam advir, este está igualmente relacionado com questões comportamentais, relacionais, emocionais e sociais (Caetano & Guadalupe, 2017).

### **O Impacto do Suporte Social e as Manifestações de Bem-Estar**

Alguns estudos têm-se debruçado sobre a relação entre o suporte social e a saúde, podendo definir-se quatro categorias, tais como: o suporte social como protetor de perturbações desencadeadas pelo stresse, a inexistência de suporte social é uma fonte de stresse, a perda do suporte social e o por último o suporte social pode ter efeitos benéficos (Singer & Lord, 1984). Concluindo, as investigações têm revelado que o suporte social pode ter um efeito amortecedor dos impactos do stresse, mas por outro lado pode estar relacionado com a diminuição dos níveis de bem-estar (Dunbar, Ford & Hunt, 1998).

Neste contexto, as redes sociais assumem um papel preponderante. Segundo o autor Sluzki, a rede social pessoal é o conjunto de “todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou que define como diferenciadas da massa anónima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para a sua autoimagem” (Sluzki, 1996, p. 42). Na perspetiva de Alarcão e Sousa (2007, p. 356), as redes socais são “sistemas abertos que, através de um intercâmbio dinâmico entre os seus membros e os elementos de outros grupos sociais, potencializam outros recursos”. Assim, indivíduos com autoestima elevada, com habilidades sociais e aptos a estabelecer relações de proximidade, tendem a utilizar com maior frequência a rede de suporte social (Cohen, 1992). Também importa salientar o contributo de Vaz Serra (2005), que reforça o impacto positivo das forças sociais no bem-



estar do indivíduo, sublinhando ainda que o desenvolvimento de ligações afetivas positivas, potencializa um maior sentimento de autoconfiança, segurança, pertença e sentimentos de utilidade.

A qualidade dos relacionamentos e das interações sociais podem ser afetadas quando se verificam perturbações ao nível da resposta emocional. Neste sentido, uma abordagem de intervenção integrada, envolvendo intervenções psicossociais e psicofarmacológicas, apresentará resultados mais benéficos. O aumento do afeto positivo em pessoas deprimidas, poderá conduzir ao crescimento da atividade social, se os diferentes tipos de intervenções forem utilizados em conjunto (Keltner & Kring, 1998). Cohen (2004) também realça a importância da intervenção em diferentes dimensões do ambiente social, de forma a melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas. Estas dimensões envolvem a disponibilidade de suporte social no seio das redes sociais existentes, permitindo a melhoria de habilidades sociais destas pessoas e o desenvolvimento de laços afetivos mais fortes; aumento da integração social e a minimização da interação social negativa. Da mesma forma, os estudos desenvolvidos por Dalgard, Bjork e Tambs (1995) sugerem que o suporte social protege contra o desenvolvimento de perturbações mentais, quando o indivíduo é exposto a eventos negativos durante a sua vida.

Recentemente, Tough, Siegrist e Fekete (2017) realizaram um interessante estudo que abordou o impacto do ambiente social proximal e os seus efeitos na saúde mental e no bem-estar de adultos com deficiências físicas, dado que podem ter menos oportunidades. Os autores concluíram que as relações sociais desempenham um papel importante na saúde mental e bem-estar destes indivíduos. Apesar dos resultados serem menos consistentes, comparando com a população geral, reforçam que a integração de pessoas com deficiência em redes sociais é essencial, sendo de igual importância fortalecer a qualidade das suas relações interpessoais e adequar o nível/tipo de apoio em função das suas necessidades.

Ao finalizar este enquadramento teórico, conclui-se que o suporte social pode ter diferentes efeitos na saúde mental e no bem-estar psicológico das pessoas. Pode ter um papel protetor contra doenças mentais e um efeito amortecedor em eventos stressantes, mas em contrapartida também pode reduzir os níveis de bem-estar e gerar problemas mentais, tendo-se verificado essencialmente o aparecimento de sintomas depressivos, o que pode conduzir as pessoas ao consumo de drogas e ao posterior desenvolvimento de perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas.

## Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral, analisar o impacto do suporte social na saúde mental (bem-estar psicológico e morbidade psiquiátrica) em sujeitos toxicodependentes. Através dos objetivos específicos pretendemos:

- 1) Caracterizar o comportamento de consumo de substâncias psicoativas dos sujeitos da nossa amostra;
- 2) Caracterizar o suporte social percebido, bem como o nível de bem-estar psicológico e morbidade psiquiátrica;
- 3) Analisar se existem diferenças significativas no suporte social percebido, nível de bem-estar psicológico e morbidade psiquiátrica em função das variáveis sexo, idade, habilitações literárias e recaída;
- 4) Analisar se existem relações entre os motivos da toxicodependência, motivos das recaídas, bem-estar global, apoio social global e índice global de morbidade psiquiátrica.

## Métodos

### Participantes

A seleção dos participantes foi feita segundo a técnica de amostragem não probabilística de conveniência, por ser uma amostra composta por sujeitos que são facilmente atingíveis e que estão presentes num preciso momento e num determinado local (Fortin, 1999).

A amostra utilizada neste estudo foi constituída por 151 sujeitos toxicodependentes, que são utentes do CRI Coimbra - Centro de Respostas Integradas de Coimbra. A amostra é composta maioritariamente por sujeitos do sexo masculino ( $n = 108$ ; 71.5%), com idades compreendidas entre os 24 e os 60 anos ( $M = 42.56$ ,  $DP = 7.91$ ), sendo mais comum terem idades entre inferiores aos 45 anos ( $n = 87$ ; 57.6%).

É mais frequente os sujeitos possuírem habilitações literárias ao nível do ensino básico, que neste estudo abrange do 1º, 2º e 3º ciclo ( $n = 100$ ; 66.2%), e terem empregos estáveis ( $n = 38$ ; 25.2%), empregos precários ( $n = 34$ ; 22.5%) ou serem beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI) ( $n = 33$ ; 21.9%). Ainda verificamos que a maioria dos sujeitos da nossa amostra são solteiros ( $n = 48$ ; 31.8%) ou casados ( $n = 33$ ; 21.9%).

Os dados sociodemográficos podem ser consultados na Tabela 1.

**Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra**

	<i>n</i>	%	Medidas descritivas
<b>Género</b>			
Feminino	43	28.5	
Masculino	108	71.5	<i>Mo</i> : Masculino
Total	151	100.0	
<b>Idade</b>			
< 45 anos	87	57.6	<i>M</i> = 42.56
> 45 anos	64	42.4	<i>DP</i> = 7.91
Total	151	100.0	<i>Mo</i> : > 45 anos
<b>Habilitações literárias</b>			
Ensino básico	100	66.2	
Ensino secundário	35	23.2	
Ensino superior	15	9.9	<i>Mo</i> : Ensino básico
Total	150	99.3	
Ausência de resposta	1	0.7	
Total + ausência de resposta	151	100.0	
<b>Situação profissional</b>			
Emprego estável	38	25.2	
Emprego precário	34	22.5	
Desempregado	22	14.6	
Curso de formação	11	7.3	
Reformado	11	7.3	<i>Mo</i> : Emprego estável
Beneficiário de RSI	33	21.9	
Total	149	98.7	
Ausência de resposta	2	1.3	
Total + ausência de resposta	151	100.0	
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	48	31.8	
Casado	33	21.9	
Divorciado	23	15.2	
Separado	21	13.9	
Viúvo	3	2.0	<i>Mo</i> : Solteiro
União de facto	21	13.9	
Total	149	98.7	
Ausência de resposta	2	1.3	
Total + ausência de resposta	151	100.0	

*n* = número total de sujeitos da amostra; *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *Mo*: moda.

## **Instrumentos**

### *Questionário Sociodemográfico*

O Questionário Sociodemográfico visa a identificação e caracterização sociodemográfica dos sujeitos toxicodependentes, tendo sido realizado exclusivamente para a presente investigação. Este questionário é composto por 24 questões, algumas são de resposta fechada e outras são de resposta aberta.

As questões de cariz mais pessoal envolvem as seguintes variáveis: idade, sexo, habilitações literárias, estado civil e situação profissional. As questões relacionadas com o consumo de substâncias psicoativas abrangem as variáveis: motivos que o levaram à toxicod dependência; há quanto tempo consome drogas; já teve alguma recaída; se sim, quantas vezes; quais os motivos que o levaram à recaída; toma medicação; se sim, qual medicação; há quanto tempo é utente no CRI; no último mês consumiu álcool/drogas; se sim, indique a substância; qual a sua droga de eleição; frequência de consumo; ano de consumo; via de consumo; teve comportamentos de risco nos últimos seis meses: se sim, quais; é portador de patologia infecciosa; se sim, qual; e por fim, já esteve preso.

*Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico* (EMMEP; Massé et al., 1998; versão portuguesa de Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006)

Para avaliar o bem-estar psicológico optou-se por utilizar a EMMBEP. Esta é uma escala de autorresposta com 25 itens que são avaliados de acordo com uma escala de Likert de 5 pontos, que varia desde 1 (nunca) a 5 (quase sempre).

Além de avaliar o bem-estar psicológico através de índice global de bem-estar, também o avalia ao nível de seis fatores: Felicidade (5, 12, 20, 21, 22, 23, 24 e 25), Sociabilidade (13, 14, 15 e 16), Controlo de si e dos acontecimentos (17, 18 e 19), Envolvimento social (9, 10 e 11), Autoestima (1, 2, 3 e 4) e Equilíbrio (6, 7 e 8). O resultado total pode variar entre 25 e 125 e, de acordo com os autores, quanto mais elevada for pontuação, maior é o bem-estar da pessoa.

Os estudos psicométricos efetuados na versão original (Massé et al., 1998) indicaram níveis adequados de consistência interna para o índice global de bem-estar ( $\alpha = 0.93$ ) e para as seis subescalas, uma vez que apresentaram valores de alfa de Cronbach entre 0.71 e 0.85. Os estudos psicométricos efetuados na versão portuguesa (Monteiro et al., 2006) revelaram que o valor de alfa de Cronbach é de 0.93 para o índice global de bem-estar, enquanto nas subescalas os valores variam entre 0.67 e 0.89. No presente estudo também calculamos o alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna da escala. Através da análise psicométrica efetuada, verificamos que o valor de alfa é de 0.97 para o índice global de bem-estar. Já as subescalas apresentaram valores entre 0.83 e 0.93. O que significa que neste estudo tanto o índice global, como as subescalas têm uma consistência interna muito boa (DeVellis, 1991).

*Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS; Sherbourne & Stewart, 1991; versão portuguesa de Fachado, Martinez, Villalva, & Pereira, 2007)

O suporte social percebido foi avaliado através do MOS-SSS. Esta escala é composta por 20 itens que avaliam a disponibilidade percebida do suporte social (ex: “Alguém com quem falar quando precise”; “Alguém que lhe dê conselhos para ajudar a resolver os seus problemas pessoais”).

Trata-se de um questionário multidimensional, sendo que 19 dos itens avaliam aspetos funcionais do suporte social percebido e organizam-se em quatro subescalas: Interação social positiva (7, 11, 14 e 18); Apoio emocional (3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 e 19); Apoio afetivo (6, 10 e 20) e Apoio material (2, 5, 12 e 15) (Fachado et al., 2007). Cada item (à exceção do primeiro, que avalia a dimensão estrutural do apoio social (o número de pessoas próximas do indivíduo) é respondido através de uma escala de Likert que varia de 1 (nunca) a 5 (sempre) pontos.

Os estudos psicométricos da versão portuguesa confirmaram a estrutura original e as boas propriedades psicométricas do MOS-SSS (Fachado et al., 2007). No nosso estudo, também procedemos a um estudo psicométrico da escala, no qual verificamos que o valor do apoio social global é de 0.97, enquanto as subescalas apresentam valores que se situam entre 0.82 e 0.93. Assim, segundo de DeVellis (1991), a consistência interna do MOS-SSS é muito boa.

*Questionário de Morbilidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA; versão portuguesa de Santana, 1982)*

O Questionário de Morbilidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA) é um instrumento de que envolve perguntas sobre queixas psicopatológicas ocorridas no último ano. Foi desenvolvido com base em outros instrumentos – o Questionário de Enfermedad Mental elaborado e testado por pesquisadores da Universidad del Valle da Colombia e o Questionário de Morbilidade desenvolvido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, adaptando-se a linguagem e os seus objetivos.

A versão utilizada na presente investigação contém 42 questões com um tipo de resposta dicotómica (sim/não). A pontuação resulta da soma da pontuação de cada pergunta, sendo que as seis primeiras perguntas com respostas afirmativas têm um valor de 7 (sete) pontos cada uma e as restantes, com respostas afirmativas, valem 1 (um) ponto cada. As respostas negativas contabilizam-se com 0 (zero) pontos cada uma. Relativamente ao ponto de corte utilizado foi 7 (sete). Assim, os sujeitos com pontuação igual ou superior a 7 são considerados suspeitos de Perturbação Mental e abaixo de 7 consideram-se não suspeitos de Perturbação Mental.

No que diz respeito às características psicométricas da escala verificamos que o índice global de morbilidade psiquiátrica indica um valor de alfa de Cronbach de 0.91, o que revela uma consistência interna muito boa (DeVellis, 1991).

## **Procedimentos**

Para garantir a exequibilidade da investigação, procedeu-se ao envio do respetivo pedido de autorização aos Diretores da Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC) (Anexo 1), para a realização do trabalho empírico nos meses de abril e maio de 2018. Deferido o pedido, elaborou-se o consentimento informado dirigido aos participantes (Anexo 2), garantido a absoluta confidencialidade dos dados, bem como o anonimato.

Durante a recolha de dados no CRI de Coimbra – Centro de Respostas Integradas de Coimbra, a investigadora esteve presente e os participantes demoraram em média 30 minutos a responder ao protocolo de investigação que abrangeu os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico (que teve como objetivo recolher características sociodemográficas e sobre o consumo de droga), Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (EMMEP), o Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) e o Questionário Morbilidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA).

## **Análise de Dados**

Para analisar os dados recolhidos recorreu-se ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0. Primeiramente realizaram-se estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão. Também se calculou o teste de Kolmogorov-Smirnov, que indicou que a maioria das variáveis do estudo não mostraram uma distribuição normal. Contudo, uma vez que a amostra apresenta um  $n$  superior a 30 (Pestana & Gajero, 2008), optou-se por realizar testes paramétricos.

Na análise da consistência interna dos instrumentos, consideraram-se os valores de alfa de Cronbach, sendo os mesmos interpretados de acordo com os critérios de DeVellis (1991): entre 0.6 e 0.7: aceitável; entre 0.7 e 0.8: bom; e entre 0.8 e 0.9: muito bom.

A partir de testes  $t$  de Student para amostras independentes testou-se se existiam diferenças estatisticamente significativas no suporte social percebido, níveis de bem-estar psicológico e morbilidade psiquiátrica em função das variáveis sexo, idade e recaída. De seguida, foi realizada uma análise de variância (ANOVA com teste Post-Hoc de Tukey) para

explorar diferenças no suporte social percebido, níveis de bem-estar psicológico e morbidade psiquiátrica, dependendo das habilitações literárias dos sujeitos. Ainda se calculou o Coeficiente de correlação de Pearson para testar eventuais associações entre algumas variáveis do comportamento de consumo, bem-estar global, suporte social global e índice global de morbidade psiquiátrica.

## **Resultados**

Em primeiro, apresentamos um estudo de caracterização do comportamento de consumo de substâncias psicoativas dos sujeitos da nossa amostra (Tabela 2, 3 e 4).

Na Tabela 2 verificamos que o principal motivo que leva as pessoas à toxicodependência é a influência do grupo de amigos ( $n = 31$ ; 20.5%) e outros motivos ( $n = 31$ ; 20.5%), sendo mais frequente o consumo ocorrer há mais de 1 ano ( $n = 146$ ; 96.7%). A maior parte da nossa amostra, ou seja, 144 sujeitos já teve recaídas (95.4%) entre 1 a 9 vezes ( $n = 90$ ; 59.6%), referindo que os principais motivos que desencadeiam a recaída são o desemprego e o conflito familiar ( $n = 45$ ; 29.8%)

**Tabela 2 – Comportamento de consumo de substâncias psicoativas: consumo e recaída**

	<i>n</i>	%	Medidas descritivas
<b>Motivos da toxicodependência</b>			
Desemprego	2	1.3	
Doença física	1	0.7	
Doença psiquiátrica	4	2.6	
Conflito familiar	15	9.9	
Curiosidade	11	7.3	
Grupo de amigos	31	20.5	<i>Mo</i> : Grupo de amigos e Outro
Outro	31	20.5	
Desemprego e grupo de amigos	5	3.3	
Conflito familiar e grupo de amigos	23	15.2	
Curiosidade e grupo de amigos	22	14.6	
Desemprego e conflito familiar	5	3.3	
Total	150	99.3	
Ausência de resposta	1	0.7	
Total + ausência de resposta	151	100.0	
<b>Tempo de consumo</b>			
Mais de 1 mês	2	1.3	
Mais de 6 meses	1	0.7	
Mais de 1 ano	146	96.7	<i>Mo</i> : Mais de 1 ano
Total	149	98.7	
Ausência de resposta	2	1.3	
Total + ausência de resposta	151	100.0	
<b>Recaídas</b>			
Sim	144	95.4	
Não	7	4.6	<i>Mo</i> : Sim
Total	151	100.0	
<b>Frequência das recaídas</b>			
1 a 9 vezes	90	59.6	
10 a 25 vezes	28	18.5	<i>M</i> = 6.32
Total	118	78.1	<i>DP</i> = 5.20
Ausência de resposta	33	21.9	<i>Mo</i> : 1 a 9 vezes
Total + ausência de resposta	151	100.0	
<b>Motivos das recaídas</b>			
Desemprego	5	3.3	
Doença física	1	0.7	
Doença psiquiátrica	4	2.6	
Conflito familiar	11	7.3	
Grupo de amigos	21	13.9	
Outro	19	12.6	<i>Mo</i> : Desemprego e conflito familiar
Desemprego e grupo de amigos	22	14.6	
Conflito familiar e grupo de amigos	11	7.3	
Desemprego e conflito familiar	45	29.8	
Conflito familiar e doença	5	3.3	
Total	144	95.4	
Ausência de resposta	7	4.6	
Total + ausência de resposta	151	100.0	



Ao consultar a Tabela 3, constatamos que grande parte da amostra, 126 sujeitos (83.4%), toma medicação e mais de metade toma psicofármacos ( $n = 57$ ; 20.5%).

**Tabela 3 – Comportamento de consumo de substâncias psicoativas: medicação**

	<i>n</i>	%	Medidas descritivas
<b>Medicação</b>			
Sim	126	83.4	<i>Mo</i> : Sim
Não	25	16.6	
Total	151	100.0	
<b>Qual medicação</b>			
Metadona	20	13.2	<i>Mo</i> : Psicofármacos
Psicofármacos	57	37.7	
Metadona e psicofármacos	20	13.2	
Buprenorfina	8	5.3	
Buprenorfina e psicofármacos	16	10.6	
Analgésicos e psicofármacos	6	4.0	
Total	127	84.1	
Ausência de resposta	24	15.9	
Total + ausência de resposta	151	100.0	

Através da Tabela 4 verificamos que o número de sujeitos que consumiu álcool ou droga no último mês foi semelhante, havendo 72 indivíduos que consumiram (47.7%) e 71 indivíduos que não consumiram (47,0%), constatando-se que a principal substância consumida foi a canábis ( $n = 28$ ; 18.5%).

Ainda no que diz respeito ao consumo de droga, é mais comum este ocorrer semanalmente ( $n = 48$ ; 31.8%), observando-se que mais de metade da nossa amostra consome há mais de 20 anos ( $n = 60$ ; 39.7%), optando por consumi-la fumada ( $n = 96$ ; 63.6%).

Também verificamos que não é frequente existirem comportamentos de risco ( $n = 129$ ; 85.4%), mas quando ocorrem o mais comum é praticarem relações sexuais desprotegidas ( $n = 12$ ; 7.9%).

**Tabela 4 – Comportamento de consumo de substâncias psicoativas e comportamentos de risco**

	<i>n</i>	%	Medidas descritivas
<b>Consumo de álcool ou drogas no último mês</b>			
Sim	72	47.7	
Não	71	47.0	
Total	143	94.7	<i>Mo</i> : Sim
Ausência de resposta	8	5.3	
Total + ausência de resposta	151	100.0	
<b>Qual a substância que consumiu</b>			
Canábis	28	18.5	
Álcool	22	14.6	
Cocaína	18	11.9	<i>Mo</i> : Canábis
Heroína	3	2.0	
Total	71	47.0	
Ausência de resposta	80	53.0	
Total + ausência de resposta	151	100.0	
<b>Frequência de consumo</b>			
Diária	46	30.5	
Semanal	48	31.8	
Ocasional	28	18.5	<i>Mo</i> : Semanal
Total	122	80.8	
Ausência de resposta	29	19.2	
Total + ausência de resposta	151	100.0	
<b>Anos de consumo</b>			
1 a 9 anos	33	21.9	<i>M</i> = 16.65
10 a 19 anos	50	33.1	<i>DP</i> = 8.61
> 20 anos	60	39.7	<i>Mo</i> : > 20 anos
Total	143	94.7	
Ausência de resposta	8	5.3	
Total + ausência de resposta	151	100.0	
<b>Via de consumo</b>			
Injetada	30	19.9	
Snifada	17	11.3	
Fumada	96	63.6	<i>Mo</i> : Fumada
Total	143	94.7	
Ausência de resposta	8	5.3	
Total + ausência de resposta	151	100.0	
<b>Comportamento de risco</b>			
Sim	17	11.3	
Não	129	85.4	
Total	146	96.7	<i>Mo</i> : Não
Ausência de resposta	5	3.3	
Total + ausência de resposta	151	100.0	
<b>Quais os comportamentos de risco</b>			
Relações sexuais desprotegidas	12	7.9	
Partilha de material de injeção	5	3.3	<i>Mo</i> : Relações sexuais desprotegidas
Relações sexuais desprotegidas e partilha de material	2	1.3	
Total	19	12.6	
Ausência de resposta	132	87.4	
Total + ausência de resposta	151	100.0	

Seguidamente, na Tabela 5 apresentamos a análise descritiva dos instrumentos utilizados neste estudo: EMMBEP (bem-estar psicológico), MOS-SSS (suporte social) e QMPA (morbilidade psiquiátrica).

Ao nível do bem-estar psicológico, verificamos que a felicidade é a subescala da EMMBEP mais sentida pelos participantes, apresentando um valor médio superior ( $M = 24.21$ ;  $DP = 5.41$ ).

Relativamente à perceção dos participantes sobre o suporte social, constatamos que as pontuações médias mais elevadas encontram-se no apoio emocional ( $M = 25.6$ ;  $DP = 6.27$ ).

No que concerne ao índice global de morbilidade psiquiátrica, a pontuação média obtida pelos sujeitos da nossa amostra foi de 17.25 ( $DP = 9.24$ ). Tendo em consideração que o intervalo do índice varia entre 0 e 42, observaram-se resultados baixos.

**Tabela 5 – Análise descritiva da EMMBEP, MOS-SSS e QMPA**

	<i>n</i>	<i>Intervalo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
EMMBEP-Felicidade	151	3 – 40	<b>24.21</b>	<b>5.41</b>
EMMBEP-Sociabilidade	151	5 – 20	12.13	2.71
EMMBEP-Controlo de si dos acontecimentos	151	4 – 15	9.00	2.04
EMMBEP-Envolvimento social	151	3 – 15	8.95	2.11
EMMBEP-Autoestima	151	4 – 20	12.68	2.82
EMMBEP-Equilíbrio	151	4 – 15	9.07	2.02
Bem-estar global	151	41 – 125	76.19	15.28
MOS-SSS-Apoio estrutural	144	0 – 100	4.98	9.84
MOS-SSS-Interação social positiva	151	4 – 20	12.75	3.23
MOS-SSS-Apoio emocional	151	8 – 40	<b>25.66</b>	<b>6.27</b>
MOS-SSS-Apoio afetivo	151	2 – 10	6.30	1.64
MOS-SSS-Apoio material	151	4 – 20	12.68	3.27
Apoio social global	151	19 – 95	60.75	14.68
Índice global de morbilidade psiquiátrica	142	0 – 42	<b>17.25</b>	<b>9.25</b>

Para descobrirmos se há diferenças significativas no bem-estar psicológico, apoio social e morbilidade psiquiátrica dependendo do sexo dos participantes, procedemos ao cálculo do teste t de student para amostras independentes (Tabela 6).

Os resultados revelaram que apenas houve uma diferença estatisticamente significativa na subescala envolvimento social da EMMBEP ( $p = 0.01$ ), onde as mulheres obtiveram valores médios superiores ( $M = 9,63$ ;  $DP = 2,09$ ), comparando com os homens ( $M = 8.69$ ;  $DP = 2.07$ ).

Realizamos o mesmo teste para averiguar se existiam diferenças significativas no bem-estar psicológico, apoio social e morbilidade psiquiátrica em função da idade e em função

das recaídas, separadamente. Contudo, em ambas as análises não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, por isso não são apresentadas em tabela.

**Tabela 6 – Análise de diferenças da EMMBEP, MOS-SSS e QMPA dependendo do sexo**

	Sexo				<i>t</i>	<i>p</i>
	Feminino ( <i>n</i> = 43)		Masculino ( <i>n</i> = 108)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
EMMBEP-Felicidade	25.00	5.92	23.90	5.19	1.13	0.26
EMMBEP-Sociabilidade	12.58	3.11	11.94	2.52	1.30	0.19
EMMBEP-Controlo de si dos acontec.	9.42	2.24	8.83	1.94	1.59	0.11
EMMBEP-Envolvimento social	<b>9.63</b>	<b>2.09</b>	8.69	2.07	2.51	<b>0.01</b>
EMMBEP-Autoestima	12.67	2,93	12.69	2,78	-0.02	0.98
EMMBEP-Equilíbrio	9.40	2.02	8.94	2,02	1.23	0.21
Bem-estar global	78.70	17.34	75.19	14.35	1.27	0.20
MOS-SSS-Apoio estrutural	3.67	4.92	5.52	11,24	-1.02	0.30
MOS-SSS-Interação social positiva	12.74	3.55	12.75	3.13	-0,01	0.99
MOS-SSS-Apoio emocional	25.91	6.54	25.96	6.18	0.30	0.76
MOS-SSS-Apoio afetivo	6.26	1.60	6.31	1.67	-0.19	0.84
MOS-SSS-Apoio material	12.77	3.53	12.64	3.18	0.21	0.82
Apoio social global	61.05	15.61	60.63	14.37	0.15	0.87
Índice global de morb. psiquiátrica	18.35	10.44	8.74	0.84	0.92	0.35

*t* = Teste *t* de Student; *p* = valor de significância estatística ( $p < 0.05$ )

Na Tabela 7 apresentamos o estudo que analisou a variância (ANOVA com teste Post-Hoc de Tukey) do bem-estar psicológico, apoio social e morbilidade psiquiátrica em função das habilitações literárias dos sujeitos da nossa amostra.

Os resultados indicaram que no bem-estar psicológico, em concreto, a subescala felicidade ( $p = 0.03$ ;  $M = 26.06$ ;  $DP = 5.37$ ), a subescala sociabilidade ( $p = 0.01$ ;  $M = 13.11$ ;  $DP = 2.98$ ), a subescala controlo de si e dos acontecimentos ( $p = 0.00$ ;  $M = 10.06$ ;  $DP = 2.05$ ), a subescala equilíbrio ( $p = 0.02$ ;  $M = 2.20$ ;  $DP = 9.53$ ) e o bem-estar global ( $p = 0.01$ ;  $M = 16.34$ ;  $DP = 78.80$ ) apresentaram diferenças significativas, sendo que em todas as subescalas e na escala global foram os sujeitos com o ensino secundário que obtiveram pontuações médias superiores. A subescala envolvimento social também revelou um resultado estatisticamente significativo ( $p = 0.03$ ), onde os sujeitos que possuem estudos mais avançados, o ensino superior, mostraram os valores médios mais elevados ( $M = 9.73$ ;  $DP = 1.79$ ).

Ainda verificamos que no apoio social, especificamente o apoio material demonstrou diferenças significativas ( $p = 0.03$ ), no qual os sujeitos com o ensino superior apresentaram as pontuações médias mais elevadas ( $M = 14.27$ ;  $DP = 2.65$ ).

Com base no teste Post-Hoc de Tukey confirmamos que na subescala felicidade as diferenças significativas se situam concretamente entre os sujeitos com o ensino básico e os sujeitos com o ensino secundário ( $p = 0.03$ ), o mesmo ocorre na subescala sociabilidade ( $p = 0.01$ ), na subescala controlo de si e dos acontecimentos ( $p = 0.00$ ), na subescala equilíbrio ( $p = 0.02$ ) e no bem-estar global ( $p = 0.01$ ).

**Tabela 7 – Análise de variância da EMMBEP, MOS-SSS e QMPA dependendo das habilitações literárias**

	Habilitações literárias						F	p
	Ensino básico (n = 100)		Ensino secundário (n = 35)		Ensino superior (n = 15)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
EMMBEP-Felicidade	23.46	5.43	<b>26.06</b>	<b>5.37</b>	25.20	4.52	3.33	<b>0.03</b>
EMMBEP-Sociabilidade	11.66	2.58	<b>13.11</b>	<b>2.98</b>	13.00	2,23	4.77	<b>0.01</b>
EMMBEP-Controlo de si dos acontec.	8.65	1.95	<b>10.06</b>	<b>2.05</b>	9.07	1.79	6.67	<b>0.00</b>
EMMBEP-Envolvimento social	8.64	2.01	9.54	2.38	<b>9.73</b>	<b>1.79</b>	3.57	<b>0.03</b>
EMMBEP-Autoestima	12.45	2.70	13.69	2.92	12.27	2,68	2.83	0.06
EMMBEP-Equilíbrio	8.77	1.91	<b>9.80</b>	<b>2.20</b>	9.53	1.92	3.90	<b>0.02</b>
Bem-estar global	73.84	14.56	<b>82.26</b>	<b>16.34</b>	78.80	13.96	4.34	<b>0.01</b>
MOS-SSS-Apoio estrutural	4.81	11.24	5.85	7.08	4.36	3.87	0.16	0.84
MOS-SSS-Interação social positiva	12.41	3.19	13.49	3.46	13.53	2.64	1.91	0.15
MOS-SSS-Apoio emocional	25.11	6.31	26.83	6.18	27.40	5.35	1.59	0.20
MOS-SSS-Apoio afetivo	6.11	1.55	6.63	1.80	6.93	1.71	2.52	0.08
MOS-SSS-Apoio material	12.27	3.25	13.31	3.24	<b>14.27</b>	<b>2.65</b>	3.33	<b>0.03</b>
Apoio social global	59.15	14.57	63.91	14.99	65.67	12.32	2.30	0.10
Índice global de morb. psiquiátrica	18.03	9.77	15.83	8.22	16.00	7.69	0.88	0.41

F = ANOVA

Seguidamente, na Tabela 8, foram estudadas as associações entre os motivos da toxicod dependência, motivos das recaídas, bem-estar global, apoio social global e índice global de morbilidade psiquiátrica, através do coeficiente de correlação de Pearson<sup>1</sup>.

Assim, constatamos que os motivos da toxicod dependência apresentam uma correlação positiva baixa com os motivos das recaídas ( $r = 0.24$ ). Já os motivos das recaídas têm uma correlação positiva baixa com o índice global de morbilidade psiquiátrica ( $r = 0.25$ ). Observamos também que o bem-estar global estabelece uma correlação positiva moderada com o apoio social global ( $r = 0.69$ ), bem como uma correlação negativa com o índice global de morbilidade psiquiátrica ( $r = -0.25$ ). Ainda identificamos que o apoio social global

<sup>1</sup> Nas correlações muito baixas, o  $\rho$  situa-se abaixo de 0,19; nas correlações baixas o  $\rho$  está entre o 0,20 e 0,39, nas correlações moderadas o  $\rho$  está entre 0,40 e 0,69, considerando-se alta uma correlação que se situe entre 0,70 e 0,89 (Pestana & Gageiro, 2008).

apresenta uma correlação negativa baixa com o índice global de morbidade psiquiátrica ( $r = -0.30$ ).

**Tabela 8 – Correlações entre os motivos da toxicodependência, motivos das recaídas, bem-estar global, apoio social global e índice global de morbidade psiquiátrica**

	Motivos das recaídas	Bem-estar global	Apoio social global	Índice global de morbidade psiquiátrica
Motivos da toxicodependência	<b>0.24**</b>	0.11	0.09	0.01
Motivos das recaídas	-	-0.09	0.02	<b>0.25**</b>
Bem-estar global	-	-	<b>0.69**</b>	<b>-0.25**</b>
Apoio social global	-	-	-	<b>-0.30**</b>
Índice global de morbidade psiquiátrica	-	-	-	-

## Discussão e Conclusão

Como já foi mencionado anteriormente, o presente estudo teve como objetivo geral analisar o impacto do suporte social na saúde mental (bem-estar psicológico e morbidade psiquiátrica) em sujeitos toxicodependentes.

Os resultados evidenciam alguns aspetos relevantes, indicando que o principal motivo que levou as pessoas à toxicodependência foi a influência do grupo de amigos e outros motivos, sendo mais frequente o consumo ocorrer há mais de 1 ano. A maior parte da amostra apresentou recaídas entre 1 a 9 vezes, referindo que os principais motivos que desencadearam a recaída foram o desemprego e os conflitos familiares. Outro aspeto a salientar relaciona-se com o facto dos participantes tomarem medicação. As mais prescritas pertencem ao grupo dos psicofármacos (ansiolíticos e antidepressivos). Referem igualmente que a principal substância consumida no último mês foi a canábica, sendo mais frequente haver um consumo semanal. Observamos que mais de metade da amostra consome há mais de 20 anos, optando por consumi-la fumada. Também verificámos que não é frequente existirem comportamentos de risco, mas quando ocorrem o mais comum é a prática de relações sexuais desprotegidas. Neste âmbito, a literatura vem comprovar os nossos resultados ao referir que os problemas relacionados com as dependências e com os comportamentos aditivos estão interligados com questões comportamentais, emocionais, relacionais e sociais (Caetano & Guadalupe, 2017). O Observatório Europeu da Droga e da

Toxicod dependência (2017) e o European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (2016) acrescentam que a canábis é a droga mais consumida pelas diferentes faixas etárias, sendo que 16% da população consome drogas na Europa, o que corrobora os dados obtidos na nossa amostra. Norcross, Krebs e Prochaska (2011) também salientam que a mudança duradoura de comportamentos disfuncionais deve envolver cinco fases, que ocorrem ao longo do processo de mudança, são eles: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Todos eles são de extrema importância, no entanto destacamos a “manutenção”, dado que é nesta fase que se dá a consolidação da mudança e todos os benefícios que daí advêm. Todavia, após a fase de manutenção pode haver dificuldades de aceitação, continuidade na implementação de estratégias aprendidas durante o tratamento, e prevenção de recaídas. Segundo os autores, a recaída é um fator natural no processo de mudança, o que justifica a existência de recaídas frequentes nos sujeitos toxicod dependentes da nossa amostra (Prochaska, Norcross, & DiClemente, 2013).

No que diz respeito ao suporte social, o apoio emocional foi o mais percebido. Ao nível do bem-estar psicológico constatamos que, apesar das dificuldades, os participantes manifestam sentimentos de felicidade. Também atestamos que o nível de morbidade psiquiátrica é baixo, ou seja, a presença de psicopatologia é reduzida. Nesta linha de pensamento, a literatura apoia os nossos resultados. Por exemplo, Cohen & Wills (1985) ao documentarem a relevância do papel do suporte social destacaram o “buffering model”, caracterizando-o como protetor ao mediar as consequências negativas de eventos stressantes sobre o bem-estar psicológico e físico. Desta forma, a literatura tem evidenciado que o suporte social pode ter um efeito amortecedor dos impactos do stress (Dunbar, Ford & Hunt, 1998). Da mesma forma, os estudos desenvolvidos por Dalgard, Bjork e Tambs (1995) sugerem que o apoio social protege contra o desenvolvimento de perturbações mentais, quando o indivíduo é exposto a eventos negativos durante a sua vida.

Os resultados evidenciaram igualmente que as mulheres, ao nível do bem-estar psicológico, mostraram maior envolvimento social. De acordo com a literatura verifica-se uma influência entre algumas características da saúde mental e os laços sociais, destacando-se o bem-estar psicológico, manifestações perante o stress e sofrimento psicológico, este último abrange sintomatologia ansiosa e depressiva. Esta influência é sentida sobretudo pelas mulheres que tendem a apresentar maior sofrimento psicológico (Kawachi & Berkman, 2001), o que não se verifica no nosso estudo, dado que as mulheres revelaram níveis superiores de bem-estar psicológico.

O presente estudo demonstrou que os sujeitos com o ensino secundário apresentaram níveis superiores de felicidade, de sociabilidade, de controlo de si e dos acontecimentos, de equilíbrio e de bem-estar global. Por outro lado, os participantes que possuem estudos mais avançados, o ensino superior, revelaram maior envolvimento social, percecionando igualmente mais apoio material. Uma vez que há escassez de bibliografia que aborde estes construtos, damos uma hipótese explicativa para este fenómeno, que se baseia na ideia de que os indivíduos com maior nível de escolaridade poderão apresentar características e conhecimentos mais aprofundados, o que despoleta sentimentos de bem-estar psicológico mais elevados, bem como maior perceção de apoio material. Ainda consideramos a hipótese de que sujeitos com baixas habilitações académicas poderão ser mais vulneráveis a situações indutoras de stresse, podendo explicar os resultados do nosso estudo, ou seja, a ausência de diferenças significativas em sujeitos que possuem apenas o ensino básico.

Das análises correlacionais realizadas sublinhamos os seguintes resultados: quanto maiores são os motivos da toxicod dependência, maiores são os motivos das recaídas. Quanto maiores são os motivos das recaídas, maior é o índice global de morbilidade psiquiátrica. Quanto mais elevado é o bem-estar global, maior é o apoio social global. Quanto mais elevado é o bem-estar global e o apoio social global, menor é o índice global de morbilidade psiquiátrica. A literatura corrobora os nossos dados, uma vez que a recaída pode ocorrer durante todo o processo de mudança, o que não significava um retrocesso total. Apesar de “ser um passo em falso”, pode representar uma excelente ferramenta de aprendizagem e autoconhecimento para a mudança (Ferreira-Borges et al., 2004). No que diz respeito à relação entre os motivos das recaídas e a morbilidade psiquiátrica, por exemplo Moore e colaboradores (2007) referenciam que o consumo de canábis pode aumentar o risco de ocorrência de episódios psicóticos, bem como a possibilidade do desenvolvimento de uma doença psicótica posteriormente, envolvendo severas limitações ao nível da saúde mental das pessoas.

A bibliografia encontrada comprova novamente os nossos resultados, sendo clara ao evidenciar o impacto positivo das relações sociais na manutenção do bem-estar psicológico dos sujeitos (Kawachi & Berkman, 2001; Thoits, 2011), promovendo ainda o desenvolvimento de ligações afetivas positivas, um maior sentimento de autoconfiança, segurança, pertença e sentimentos de utilidade (Vaz Serra, 2005), protegendo igualmente contra o desenvolvimento de perturbações mentais, sobretudo quando o indivíduo é confrontado com acontecimentos de vida negativos (Dalgard, et al., 1995).



A parte final desta dissertação remete para as limitações, contributos e sugestões para futuros estudos.

Algumas limitações podem ser apontadas a esta investigação. Uma das quais prende-se com a dificuldade encontrada na pesquisa de bibliografia acerca dos construtos estudados, o que dificultou a comparação dos resultados. Contudo, este aspeto denota a pertinência e importância deste estudo. Outra limitação existente está relacionada com o facto da amostra ter sido recolhida por conveniência, tendo uma dimensão reduzida, o que não permitiu ser representativa da população toxicodependente. Importa referir também a extensão do protocolo de investigação, o que pode ter condicionado alguns dos dados recolhidos (ainda que os valores de consistência interna encontrados não apontem nesse sentido). Este estudo é transversal, motivo pelo qual não se podem realizar conclusões definitivas, sobretudo no que toca ao sentido das correlações (causalidade).

Ainda que no presente estudo tenham sido encontradas limitações, estas permitem realizar um aperfeiçoamento em estudos vindouros, de modo a que certas medidas possam ser ajustadas e melhoradas aquando o estudo de populações toxicodependentes. Assim, consideramos que os resultados oferecem linhas orientadoras importantes para estudos futuros.

A replicação deste estudo em amostras representativas poderá contribuir para um conhecimento mais aprofundado sobre a influência do suporte social na saúde mental de sujeitos toxicodependentes, especificamente se desenvolve sentimentos de bem-estar psicológico ou se desenvolve sintomatologia psicopatológica, permitindo igualmente compreender melhor a forma como se manifestam. Além disso, se acrescentarmos ao presente estudo a metodologia qualitativa, através do uso de uma entrevista estruturada para a avaliação do bem-estar psicológico e morbilidade psiquiátrica, iremos ter uma avaliação mais fidedigna da sua natureza e fenomenologia.

Através dos resultados obtidos nesta investigação, compreendemos que o suporte social teve um impacto positivo na manutenção do bem-estar psicológico dos sujeitos toxicodependentes da nossa amostra, tendo um papel protetor contra o desenvolvimento de perturbações mentais. Contudo, também importa salientar que os motivos das recaídas conduziram os sujeitos a desenvolver sintomas psicopatológicos, dado que o índice de morbilidade psiquiátrica aumentou. Outro aspeto que deve ser referenciado e deve constituir um alerta importante é o facto da medicação mais prescrita para estes sujeitos fazer parte do grupo dos psicofármacos, especificamente, os ansiolíticos e os antidepressivos.

Com base nos resultados acima mencionados, consideramos fundamental que a abordagem terapêutica utilizada com indivíduos toxicodependentes envolva, além do tratamento farmacológico, a Entrevista Motivacional (que se baseia no Modelo Transteórico de Motivação de Mudança Intencional de Comportamento de Prochaska e DiClemente), de forma a ajudar as pessoas a reconhecerem e a agirem em prol da mudança.

Ao finalizar esta dissertação, consideramos que este estudo deu um contributo relevante para a área em estudo, através da abordagem metodológica e das medidas utilizadas, uma vez que aumenta o conhecimento sobre a influência do suporte social na saúde mental de sujeitos toxicodependentes, sendo por isso uma mais-valia para a comunidade científica.

## Referências Bibliográficas

- Alarcão, M., & Sousa, L. (2007). Rede social pessoal: do conceito à avaliação. *Psychologica*, 44, 353-376.
- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes Sociais e Económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 28(2), 127-13.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Caetano, A., & Guadalupe, S. (2017). Rede Social de Pessoas com Consumos Aditivos e Dependências. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 3(1), 14-26.
- Calado, V., & Lavado, E. (2010). Representações sociais da droga e da toxicodependência. Inquérito à população jovem presente no Rock in Rio – Lisboa 2008. *Toxicodependências*, 16(3), 17-27.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Cohen, S. (1992). Stress, social support and disorder. In H. Veiel, & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support. Stress, social support, and disorder* (pp. 109-124). New York: Hemisphere Press.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676- 684.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Dalgard, O.S., Bjork, S., & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 166(1), 29-34.
- DeVellis, F. R. (1991). *Scale development: Theory and applications*. London: Sage Publications.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- European School Survey Project On Alcohol And Other Drugs (2016). *New ESPAD results: teenage drinking and smoking down, but concerns posed by new drugs and new addictive behaviours*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Fachado, A. A., Montes Martinez, A., Villalva, M., & Pereira, M. A. (2007). Adaptação Cultural e Validação da Versão Portuguesa - Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Médica Portuguesa*, 20, 525-533.

- Ferreira-Borges, C., Cunha, H., Carvalho, A., Silva, A., Dias, C., Feijão, F. et al. (2004). *Usos, abusos e dependências: alcoolismo e Toxicodependência*. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de investigação – da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fung, T. Y., & Webster, R. (2018). Perceived Social Support, Social Interest, and Mental Health: Testing a Mediator Model. *The Journal of Individual Psychology*, 74(2), 157-171.
- Goffman, E. (2004). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4ª ed). Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos - LTC Editora.
- Goffman, E. (1961). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Goffman, E. (1963). *Behavior in public places: Notes on the social organization of gatherings*. New York: Free Press.
- Kawachi, I.; Berkman, L. (2001). Social Ties and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(3), 458-467.
- Keltner, D., & Kring, A. M. (1998). Emotion, social function, and psychopathology. *Review of General Psychology*, 3(2), 320-342.
- Kupferberg, A., Bicks, L., & Hasler, G. (2016). Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 69, 313-332.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177-190.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2006). Adaptação Portuguesa da Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico com Estudantes Universitários – EMMBEP. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 66-77.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B., Burke, M., & Lewis, G. (2007). Canábis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370(9584), 319-28.
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Morgan, A. J. Reavley, N. J., Jorm, A. F., & Beatson, R. (2017). Discrimination and support from friends and family members experienced by people with mental health problems:

- findings from an Australian national survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 1395-1403.
- Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroinodependentes: características e evolução de uma amostra*. Lisboa: Universitária Editora.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 143-154.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2017). *Relatório Europeu sobre Drogas: Tendências e evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Organização Mundial da Saúde (2004). *Neurociências: consumo e dependência a substâncias psicoativas*. Genebra: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (5ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (2013). Applying the stages of change. *Psychotherapy in Australia*, 19(2), 10-15.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la practica sistémica*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Singer, J. E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In: A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health (Vol. IV)* (pp. 269-278). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Thompson, R., Flood, M., & Goodvin, R. (2006). Social Support and Developmental Psychopathology. In: J. Gross (Ed.), *Developmental Psychopathology* (pp. 1- 37). New York: Wiley.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161.
- Tough, H., Siegrist, J., & Fekete, C. (2017). Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health*, 17(414), 2-18.
- Vaz Serra, A. (2005). *O Stress na Vida de Todos os Dias (3 ed.)*. Coimbra: Brochado.
- World Health Organization (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Genebra: WHO Library Cataloguing in Publication Data.

## **ANEXOS**

Exmo. Senhor Diretor Clínico Regional  
da Direção de Intervenção nos Comportamentos Aditivos  
e nas Dependências de Coimbra  
Dr.º. Rocha Almeida

**ASSUNTO:** Pedido de colaboração para investigação com vista à elaboração de dissertação de mestrado em Psicologia Clínica

Ana Filipa Pimentel da Cunha Baptista, frequento o 2º ano de mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica na Universidade de Aveiro e estou a elaborar a dissertação de mestrado, sob orientação da Professora Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira.

No âmbito deste projeto de investigação sobre o tema “*A Saúde Mental dos Toxicodependentes*”.

O objetivo da presente investigação é estudar a recaída e o impacto do suporte social relacionando com a saúde mental no toxicopendente.

A investigação em causa está desenhada de forma a cumprir e respeitar o código de ética do Psicólogo no que respeita aos processos de Investigação. Neste sentido, a colaboração dos participantes é voluntária, pressupõe a assinatura de um consentimento informado no qual são explicitados os objetivos do estudo, os termos da colaboração dos participantes e a confidencialidade e anonimato no tratamento dos dados.

Neste sentido venho requerer a vossa colaboração para a realização desta investigação na Direção de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências de Coimbra – Centro de Respostas Integradas.

Acrescentando ainda, sob compromisso de honra, que o funcionamento da instituição não será posto em causa, sendo o protocolo aplicado de acordo com as instruções do vosso serviço, de forma a garantir o normal exercício da instituição.

Quanto aos procedimentos prevê-se que a aplicação seja feita num único momento, de acordo com a disponibilidade dos participantes e do serviço, e prevê-se que tenha a duração de 15/20 minutos. A recolha de dados pretende-se que seja realizada entre os meses de Abril a Maio de 2018.

De forma a clarificar os procedimentos de recolha de informação, envio uma breve descrição dos instrumentos a usar na investigação.

Encontro-me disponível para prestar informações adicionais, através do e-mail filipacunhabaptista@ua.pt ou do telefone 916499775.

Solicito a Vossa Excelência a sua melhor atenção e colaboração para a concretização deste estudo.

Grata pela disponibilidade e atenção,

Com os melhores cumprimentos e consideração,

---

(Ana Filipa Pimentel da Cunha Baptista)

Coimbra, 5 de Março de 2018



## **BREVE DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS**

Segue em anexo um exemplar dos instrumentos que servirão à recolha de informação:

**Anexo 1** – Questionário de caracterização (Sócio-Demográfico);

**Anexo 2** – Escala de medida de Manifestação de Bem-Estar Psicológico (Escala de Bem-Estar Geral) – Massé et.al, 1998; versão Portuguesa: Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006;

**Anexo 3** – Questionário MOSS-SS (Suporte Social) - Sherbourne, Stewart, 1992; Versão portuguesa: A. Fachado, A. Martinez, C. Villaalva, M. Pereira (2007);

**Anexo 4** – Questionário Morbilidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA) – (Santana, 1982; versão portuguesa: Carrinho & Pereira, 2009).

## CONSENTIMENTO INFORMADO

A estudante do Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade de Aveiro, Ana Filipa Pimentel da Cunha Baptista, com o nº mecanográfico 71612, e CC nº11961828, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, da Universidade de Aveiro e a co-orientação do Doutor Carlos Fernando de Paulo Carona, da Universidade de Coimbra, está a realizar questionários a utentes da Equipa Terapêutica de Coimbra (ET de Coimbra) no âmbito da Dissertação de Mestrado.

Será garantido o absoluto sigilo dos dados, bem como o anonimato.

As respostas dadas serão analisadas do ponto de vista da Análise de Conteúdo, categorização e análise quantitativa e qualitativa das categorias de respostas, e não das respostas individuais.

Assim, para os devidos efeitos, declaro que li o presente Consentimento Informado, fui esclarecida(o) sobre as minhas dúvidas, e que autorizo a Mestranda Ana Filipa Baptista a registar as minhas respostas às questões que me serão colocadas na entrevista (que não se referem a aspectos pessoais e privados).

Mais declaro que o registo das respostas será feito diretamente no questionário apresentado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO 1

### Questionário de caracterização

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: Feminino  Masculino

Habilitações literárias: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

#### Estado civil:

Solteiro  casado  divorciado  separado  viúvo  união de facto

#### Situação profissional:

Emprego estável  Emprego precário  Desempregado  Curso de formação   
Reformado  Beneficiário de RSI

#### Quais os motivos que o levaram à situação de toxicodependência?

Desemprego  Doença Física  Doença Psiquiátrica  Conflito Familiar   
Curiosidade  Grupo de amigos  Outro

Há quanto tempo consome drogas? \_\_\_\_\_

>1 mês  <6 Meses  >6 meses  > 1 ano

#### Já teve alguma recaída?

Sim  Não

Se sim, quantas vezes \_\_\_\_\_

#### Quais os motivos que o levaram à recaída?

Desemprego  Doença Física  Doença Psiquiátrica  Conflito Familiar   
Grupo de amigos  Outro

#### Toma medicação?

Sim  Não

Se sim, indique qual por favor: \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo é que é utente no CAT?**

>1 mês          <6 Meses          >6 meses          > 1 ano

**No último mês teve consumos de álcool/drogas?**

Sim           Não

Se sim, indique a substância: \_\_\_\_\_

Qual a sua droga de eleição? (a que mais gosta) \_\_\_\_\_

**Frequência de consumo:**

Diária           Semanal           Ocasional

Anos de consumo: \_\_\_\_\_ Via de consumo: \_\_\_\_\_

**Teve comportamentos de risco nos últimos seis meses?**

Sim           Não

Se sim, indique quais:

Relações sexuais desprotegidas           Partilha de material de injeção

**Frequenta consultas?**

Sim           Não

Se sim, indique quais:

Alcoologia           Toxicodependência           Psiquiatria           Psicologia           Outra

**É portador de patologia Infecciosa?**

Sim           Não           Desconhecido

Se sim, indique qual:

Hepatite C           Hepatite B           Tuberculose           HIV/Sida

**Já esteve preso?**

Sim           Não

## ANEXO 2

### ESCALA DE MEDIDA DE MANIFESTAÇÃO DE BEM ESTAR PSICOLÓGICO

Massé et.al, 1998; versão Portufuesa: Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006

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

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

#### DURANTE O ÚLTIMO MÊS

	Nunca	Raramente	Algumas	Frequentemente	Quase sempre
	vezes				
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. Senti-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 actividades familiares, pessoais e profissionais	1	2	3	4	5
9. Tive objectivos e ambições	1	2	3	4	5
10. Tive curiosidade e interesse em todo o tipo de coisas	1	2	3	4	5
11. Envolvi-me em vários projectos.	1	2	3	4	5
12. Senti-me bem a divertir-me, a fazer desporto e a participar em todas as minhas actividades e passatempos preferidos.	1	2	3	4	5
13. Ri-me com facilidade.	1	2	3	4	5
14. Tive um grande sentido 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 forma.	1	2	3	4	5

## ANEXO 3

### QUESTIONÁRIO MOS-SSS

Sherbourne, Stewart, 1992; Versão portuguesa: A. Fachado, A. Martinez, C. Villaalva, M. Pereira (2007)

#### Instruções:

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

As seguintes questões fazem referência ao apoio ou ajuda de que dispõe:

1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem?  
(Pessoas com as que está à vontade e pode falar de todo o que quiser)

\_\_\_\_\_

Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa?

Assinale com um círculo um dos números de cada fila:

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Quase sempre			5 Sempre	
			1	2	3	4	5
1. Alguém que o ajude, se tiver que estar de cama							
2. Tem com quem falar quando precisa							
3. Alguém que lhe dê conselhos se tiver problemas							
4. Alguém que o leve ao médico quando necessita							
5. Alguém que lhe dê sinais de carinhos, amor ou afetos							
6. Alguém com quem passar um bom bocado							
7. Alguém que lhe dê uma informação e o ajude a entender uma situação							
8. Alguém em quem confiar ou com quem falar de si próprio e das suas preocupações							
9. Alguém que lhe dê um abraço							
10. Alguém com quem poder relaxar							
11. Alguém para preparar as suas refeições se não as pode fazer							
12. Alguém cujo conselho deseje							
13. Alguém com quem fazer coisas que o ajudem a esquecer os seus problemas							
14. Alguém que o ajude nas tarefas diárias se ficar doente							
15. Alguém com quem falar dos seus medos e problemas mais íntimos							
16. Alguém que lhe dê conselhos para ajudar a resolver os seus problemas pessoais							
17. Alguém para se divertir							
18. Alguém que compreenda os seus problemas							
19. Alguém a quem amar e o faça sentir-se querido							

## ANEXO 4

### Questionário Morbilidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA) (Santana, 1982; Versão Portuguesa Carrinho & Pereira, 2009)

Marque com X a alternativa que mais se aproxima do que lhe ocorreu no último ano.

	SIM	NÃO
1. Recebe tratamento para nervosismo ou doença mental?		
2. Já utilizou ou usa actualmente remédio para dormir ou acalmar os nervos?		
3. Bebe exageradamente?		
4. Sofre de ataques, caindo no chão e agredindo-se a si mesmo?		
5. Sofre de acessos de loucura?		
6. Não consegue trabalhar por nervosismo ou doença mental?		
7. Tem dificuldades para dormir?		
8. Sofre de nervosismo ou está sempre ansioso?		
9. Tem com frequência crises de irritação?		
10. Fica agressivo, explode com facilidade?		
11. Queixa-se de palpitação ou aperto no coração?		
12. Queixa-se de zumbidos no ouvido e pressão na cabeça?		
13. Sente dores ou pontadas frequentes na cabeça?		
14. Sente fraqueza nas pernas, dores nos nervos?		
15. Sente tremores ou frieza nas mãos?		
16. Sente bolo na garganta, ou ardor no estômago?		
17. Preocupa-se muito com doenças? Queixa-se sempre?		
18. Já ficou sem poder falar ou ver?		
19. Já sofreu algum ataque depois de um susto ou contrariedade?		
20. Tem medo excessivo de certas coisas ou lugares, como do escuro ou de lugares fechados ou de alguns bichos?		
21. Tem mania exagerada de limpeza ou arrumação?		
22. Após fechar as portas, verifica várias vezes se estão bem fechadas?		
23. Fica períodos tristes, com desânimo?		
24. Às vezes fica parado, chorando muito?		
25. Sofre de falta de apetite?		
26. Já pensou em dar um fim à vida?		
27. Já ficou descontrolado, fora de si como se estivesse a enlouquecer?		
28. Queixa-se de ouvir vozes ou ver coisas que os outros não vêem?		
29. Fica fechado no quarto sem querer ver ninguém?		
30. Às vezes fica muito tempo numa posição estranha?		
31. Sente que está a ser controlado por telepatia, por rádio ou por espírito?		
32. Acha-se perseguido, que lhe querem fazer mal?		
33. Fala coisas sem sentido?		
34. Fala ou ri sozinho?		
35. Fica períodos exageradamente alegre sem saber porquê?		
36. Fica andando muito, cantando, ou falando sem parar?		
37. Tem dificuldade de aprender, lembrar ou entender as coisas?		
38. Já lhe aconteceu ficar sem falar, caminhar e deixar de reconhecer as pessoas?		
39. Tem dificuldades para frequentar todos os dias o trabalho?		
40. Consome drogas?		
41. Embriaga-se ao menos uma vez por semana?		
42. Bebe diariamente?		