

QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL: EXPLORANDO ABORDAGENS DE INTERVENÇÃO

Olga Maria Sousa Valentim¹;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), CIDNUR, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-2900-3972>

Lídia Susana Mendes Moutinho²;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), CIDNUR, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-5076-0612>

Paulo Rosário Carvalho Seabra³;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), CIDNUR, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-8296-1021>

Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino⁴;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), CIDNUR, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-0328-7804>

Paulo Renato Costa Figueiredo⁵;

Instituto Universitário Atlântica, Barcarena, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-8340-9316>

Cristina Maria Moura de Sousa⁶;

Instituto Universitário Atlântica, Barcarena, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-2822-4853>

Tânia Sofia Pereira Correia⁷.

Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto politécnico de Viseu (ESSV-IPV), Viseu, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-8160-5698>

RESUMO: Nos últimos anos, cresceu o interesse na avaliação da Qualidade de Vida (QV), especialmente em relação à Perturbação do Uso do Álcool (PUA) e suas repercussões na saúde pública. Este estudo quantitativo e descritivo analisou as inter-relações entre fatores como Representação cognitiva e Emocional da Doença, Satisfação com o Suporte social e Vulnerabilidade ao Stresse em pessoas com PUA. Os resultados destacaram a importância desses fatores na QV, indicando que a perceção cognitiva e emocional da PUA, satisfação com suporte social e vulnerabilidade ao stresse devem ser consideradas em estratégias de intervenção em enfermagem. O estudo também enfatizou a complexidade das intervenções necessárias para melhorar a QV de pessoas com PUA, ressaltando a influência da família. Recomendou-se uma abordagem sistémica e multidisciplinar para intervenções futuras, contribuindo para o desenvolvimento de um modelo de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida. Transtorno do abuso de álcool. Enfermagem de saúde mental.

QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH ALCOHOL USE DISORDER: EXPLORING INTERVENTION APPROACHES

ABSTRACT: In recent years, there has been a growing interest in assessing Quality of Life (QoL), particularly concerning Alcohol Use Disorder (AUD) and its implications for public health. This quantitative and descriptive study examined the interrelations among factors such as Cognitive and Emotional Representation of the Disease, Satisfaction with Social Support, and Vulnerability to Stress in individuals with AUD. The results underscored the significance of these factors in QoL, indicating that the cognitive and emotional perception of AUD, satisfaction with social support, and vulnerability to stress should be considered in nursing intervention strategies. The study also emphasized the complexity of interventions needed to enhance the QoL of individuals with AUD, highlighting the influence of family. A systemic and multidisciplinary approach for future interventions was recommended, contributing to the development of a nursing model.

KEY WORDS: Quality of life. Alcohol Abuse Disorder. Mental health nursing.

INTRODUÇÃO

O álcool, é uma substância reconhecida desde a antiguidade, destacando-se como uma das poucas drogas psicotrópicas cujo uso é socialmente tolerado e, em alguns casos, até encorajado. O seu consumo, ao longo da história, tem sido associado à procura de um “outro estado mental” como meio de enfrentar angústias e sofrimento. O consumo excessivo e regular de álcool, mesmo em pequenas quantidades ao longo do dia, mantém uma alcoolização constante do organismo, podendo levar à intoxicação alcoólica crónica e, se persistente, à dependência. Essa prática varia entre países e grupos populacionais, influenciando as taxas de problemas relacionados com o álcool e exigindo adaptações nas políticas (OMS, 2018).

A estimativa de 2019 do consumo de álcool *per capita* no mundo, expresso em litros de álcool puro por pessoa com 15 anos ou mais, foi de 5,8 litros, revelando uma redução de 5 % em relação a 2010 (OMS, 2018). A Região Europeia da OMS destaca-se pelos mais elevados índices de consumo de álcool *per capita*, contribuindo para 3 milhões de mortes anuais (5,3 % do total) e impactando negativamente a saúde de milhões de pessoas. O uso nocivo do álcool representa 5,1 % da carga global de doenças, sendo o principal fator de risco para mortalidade prematura e incapacidade entre os 15 e 49 anos (DESPACHO n.º 13227/2023)

Em Portugal, os dados de 2021 apontam para um consumo médio de 10,4 litros de álcool *per capita*, posicionando o país como o 12º na Organização Europeia de Cooperação Económica e o 11º na União Europeia em termos de consumo mais elevado (ORGANISATION

FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT [OECD], 2023; SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS [SICAD], 2023). O V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022 - realizado na população de 15-74 anos residente em Portugal, revelou-se que 37 % dos consumidores atuais de substâncias psicoativas em Portugal têm um consumo diário de álcool. As práticas de consumo, como *binge drinking* e embriaguez severa, afetam 10 % e 7 % da população entre 15 e 74 anos, respectivamente. Padrões abusivos ou dependentes de álcool atingem 3,1 % da população, especialmente entre os homens e em faixas etárias específicas, como o consumo de risco elevado entre 15-24 anos e 25-34 anos, e o aumento da dependência entre 35-44 anos e 45-54 anos (SICAD, 2023).

É essencial não subestimar as complicações decorrentes do consumo de álcool. O impacto abrangente desse hábito na saúde mundial é notável, sendo reconhecido como um fator causal em mais de 200 doenças e traumas. Este panorama abarca condições como cancro, doenças cardiovasculares, suicídio, disfunções hepáticas, acidentes rodoviários, violência e doenças infetocontagiosas, incluindo tuberculose e VIH/SIDA (OMS, 2018; TEIXEIRA *et al.*, 2023).

Em 2019, cerca de 4 % da população portuguesa enfrentou perturbações relacionadas ao consumo de álcool e drogas, conforme dados da OCDE (OCDE, 2023). Em Portugal, no período entre 2017 e 2022, apesar do aumento da abstinência na população geral (15-74 anos), não houve melhorias significativas na maioria dos indicadores de consumo de álcool. Nos últimos dois anos, observou-se um aumento nas prevalências de problemas relacionados ao consumo de álcool em comparação com o período pré-pandémico da COVID-19. Houve um agravamento nos índices de mortalidade, sendo que os óbitos atribuíveis ao álcool alcançaram os níveis mais elevados em 2020 e 2021. Além disso, as vítimas fatais de acidentes de trânsito sob a influência do álcool aumentaram em 2021 e 2022 (SICAD, 2023). Ao aprofundar a análise para o contexto português, é interessante examinar os anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura (YLLs - Years of Life Lost) no período de 2009 a 2019. Destaca-se uma redução significativa de 11,7 % associada ao consumo de álcool durante esse intervalo de tempo (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE [DGS], 2022). Porém é imperativo reconhecer a relevância dessas estatísticas em relação à PUA no contexto nacional e global para fundamentar estratégias eficazes de saúde pública.

Ao longo da história, a PUA foi inicialmente interpretada de forma moralista, sendo considerada um vício ou falta de caráter. Contudo, atualmente, essa perspectiva evoluiu, reconhecendo-a como uma doença crônica, complexa e multifatorial, frequentemente diagnosticada tardiamente devido à sua natureza insidiosa (VALENTIM, *et al.* 2021). A pessoa com PUA, apresenta sintomas que incluem restrição na escolha de bebidas alcoólicas, destaque no comportamento e procura pela bebida, aumento da tolerância, sintomas de abstinência, consumo repetitivo para aliviar tais sintomas, desejo intenso (*craving*) e reinstalação da síndrome pós-abstinência (TEIXEIRA, *et al.*, 2023). A PUA está intrinsecamente ligada a problemas de saúde física, psicológica, social, profissional e familiar.

Não afeta apenas o indivíduo que enfrenta a dependência do álcool, ela estende-se por toda a estrutura familiar, interferindo nas responsabilidades quotidianas e desencadeando níveis elevados de stresse (VALENTIM, *et al.* 2021). Essa condição resulta em efeitos prejudiciais na Qualidade de Vida (QV) da pessoa que enfrenta a PUA. (OLICKAL, *et al.* 2021; REDWOOD, *et al.* 2024; VALENTIM, *et al.* 2021).

Compreender o impacto da dependência alcoólica na QV é crucial, sendo a forma como as pessoas enfrentam a condição, aderindo ou não ao tratamento, um elemento central. O modelo de autorregulação do comportamento de Leventhal enfatiza a relevância das crenças individuais na adaptação à doença, influenciando decisões como a procura de ajuda, participação em grupos de autoajuda, aceitação do tratamento e sua eficácia (LEVENTHAL *et al.*, 2003; MARTIN *et al.* 2022). A compreensão abrangente do contexto da pessoa com PUA destaca a importância da percepção do suporte social, fortemente ligada à QV (VALENTIM *et al.*, 2016), e da vulnerabilidade ao stresse, que é influenciada pela avaliação cognitiva do evento e pelas estratégias de enfrentamento (VAZ-SERRA, 2007). Estes elementos fundamentais não só moldam a experiência global da pessoa afetada pela PUA, mas também ressaltam a complexidade envolvida na gestão dessa condição.

Apesar da centralidade da QV, é preocupante observar uma lacuna significativa em estudos sobre a QV de pessoas com dependência alcoólica, especialmente em contextos específicos como o de Portugal (CASSWELL *et al.*, 2011). O propósito deste estudo é, portanto, preencher essa lacuna, explorando a relação intrincada entre a representação cognitiva da doença, satisfação com o suporte social, vulnerabilidade ao stresse e QV em pessoas com PUA.

O emprego do modelo de autorregulação do comportamento de doença revela-se fundamental para compreender o complexo panorama do comportamento em saúde na PUA (LEVENTHAL *et al.*, 2003). Nesse contexto, o presente estudo pretende contribuir para o desenvolvimento de intervenções em enfermagem direcionadas à melhoria da QV de indivíduos com PUA, reconhecendo a necessidade de abordagens integradas e holísticas para lidar com os desafios apresentados por essa condição.

Este estudo tem como objetivos: a) Descrever a Representação Cognitiva e Emocional da Doença, a Satisfação com o Suporte Social, a Vulnerabilidade ao stresse e a QV em pessoas com PUA; b) Analisar as inter-relações entre a Representação Cognitiva e Emocional da Doença, a Satisfação com o Suporte Social, a Vulnerabilidade ao stresse e a QV.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal e correlacional, com uma amostragem de conveniência de 444 pessoas com PUA. A seleção ocorreu em cinco instituições com serviços de alcoologia e grupos de autoajuda (Alcoólicos Anónimos) em Portugal. A colheita de dados ocorreu durante internamentos, consultas de seguimento e/ou grupos de autoajuda. Tivemos como critérios de inclusão da amostra: a) Idade igual ou superior a 18 anos; b) Diagnóstico

clínico de PUA há pelo menos um ano; c) Capacidade de leitura e compreensão em língua portuguesa; d) Abstinência no mínimo de uma semana.

Material: Para avaliar os constructos teóricos, escolhemos instrumentos já existentes, traduzidos e validados para a população portuguesa. Os questionários utilizados consistiam numa parte, desenvolvida pelos pesquisadores, visando colher dados sociodemográficos e clínicos (variáveis secundárias) e outra que compreendia escalas de avaliação para medir as variáveis principais:

- a) Questionário sociodemográfico, com informação sobre a idade, sexo, anos de escolaridade, situação profissional e conjugal.
- b) Questionário de dados clínicos, com informação sobre a idade em que começou a beber, tempo/duração da dependência alcoólica, número de internamentos e de recaídas, assim como, frequência de grupos de autoajuda e, se está ou esteve em tratamento.
- c) Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) (FIGUEIRAS & ALVES, 2007): está dividido em 3 secções, visando mapear 9 dimensões para compreender a representação cognitiva e emocional de indivíduos com PUA. A primeira aborda a identidade da doença (14 itens), avaliada em uma escala dicotómica (sim ou não). A segunda secção inclui 38 itens em sete subescalas, como duração, consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência da doença, duração cíclica e representação emocional. A última secção avalia as causas da doença (18 itens). As respostas são dadas em uma escala tipo Likert de cinco pontos.
- d) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (PAIS-RIBEIRO, 1999): questionário de autopreenchimento, composto por 15 itens e quatro subescalas em escala Likert de cinco posições (1 - “concordo totalmente” a 5 - “discordo totalmente”), avalia a satisfação com o suporte social. As subescalas incluem a avaliação da satisfação com amigos, intimidade, família e atividades sociais. Valores mais elevados indicam maior perceção de suporte social.
- e) Questionário de Vulnerabilidade ao Stresse (23QVS) (VAZ-SERRA, 2000): escala unidimensional tipo Likert com 23 questões, avalia a vulnerabilidade ao stresse psicológico (VPS) em cinco classes de resposta (0 - “concordo em absoluto” a 4 “discordo em absoluto”). As pontuações variam de 0 a 4, refletindo aspectos negativos. Essa escala apresenta sete fatores para definir o perfil de vulnerabilidade ao stresse como perfeccionismo, intolerância à frustração, inibição, dependência funcional, carência de apoio social, condições adversas de vida, dramatização da existência, subjugação, privação de afeto e rejeição. Pontuações mais altas indicam maior vulnerabilidade ao stresse. VSP é classificada com pontuações ≥ 43 na escala total.
- f) Escala de Percepção do Estado de Saúde (SF-36v2) (FERREIRA, 2000a, 2000b): questionário amplamente utilizado para avaliar a QV e o estado de saúde. Este questionário contém 36 itens que abrangem oito dimensões do estado de saúde: função física (10 itens), desempenho físico (4 itens), dor corporal (2 itens), saúde em geral (5

itens), vitalidade (4 itens), função social (2 itens), desempenho emocional (3 itens) e saúde mental (5 itens). As respostas tipo Likert nas subescalas e componentes variam de 0 a 100, onde pontuações mais altas indicam um melhor estado de saúde percebida.

Procedimento: Após autorização das Unidades de Alcoologia, grupos de autoajuda (Alcoólicos Anónimos) e autores das escalas, além do consentimento informado dos participantes, aplicamos os questionários, respeitando as normas éticas da declaração de Helsínquia. A análise foi realizada com recurso ao IBM SPSS®, versão 29.0, utilizando métodos exploratórios e descritivos. No estudo da relação entre variáveis métricas, empregamos o coeficiente de correlação de Pearson, considerando significância para $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Quanto à caracterização sociodemográfica, a maioria dos indivíduos com PUA era do sexo masculino (81,5 %), já não estava ativa (59,3 %), composta por pessoas casadas ou em união de facto (42,3 %) baixo nível de escolaridade ($M = 8$ anos, $DP = 3,67$) e com uma média de idade de 45 anos ($DP = 9,29$).

Do ponto de vista clínico, a média do período de diagnóstico de dependência, era de 8 anos ($DP = 7,14$), e duas recaídas ($DP = 0,46$). A maioria estava em tratamento e abstinente (88,3 %), com uma média de cerca de três anos de abstinência ($DP = 5,96$). Em relação à comorbilidade, 38,1 % das pessoas com PUA mencionaram outros problemas de saúde, sendo as doenças hepáticas, cardiovasculares e mentais as mais referidas. Além disso, 55,6 % tinham um familiar também com dependência de álcool, muitas vezes diretos, como pai ou mãe. Os motivos para o consumo excessivo de álcool percebidos pelos participantes foram variados, destacando-se o stresse, influência de companhias/ambientes, estado emocional e problemas familiares. Surpreendentemente, a maioria não conseguiu associar recaídas a eventos específicos. Por outro lado, a maioria acredita que a abstinência é mantida pela força de vontade, um bom ambiente familiar/apoio, rede de amizades, apoio técnico e adesão/gestão do tratamento.

Quanto à Representação Cognitiva e Emocional da Doença, as pessoas com PUA: a) Percebem uma identidade moderada da doença, associando-a principalmente a sintomas como fadiga, ansiedade e tremores; b) Descrevem-na como crónica e constante, com variações periódicas, manifestando uma percepção negativa das suas consequências na vida própria e nos relacionamentos próximos; c) Acreditam ter algum controlo pessoal sobre a doença, embora a compreensão da mesma seja limitada; d) Demonstram uma componente emocional negativa, experimentando sentimentos de depressão, ansiedade, raiva e medo; e) Apontam as causas da doença, principalmente, para os aspetos psicológicos, como stresse, problemas familiares e estado emocional (Tabela1).

Tabela 1 – Variação de resultados, mínimo, máximo, média, desvio padrão e *score* médio das subescalas do IPQ-R – Pessoas com PUA

IPQ-R	N.º itens	Mín./Máx.	<u>M</u>	<u>DP</u>	Score médio (<u>M</u> / n.º itens)
Identidade	16	0-16	8,91	4,40	*
Duração (aguda/crónica)	6	6-30	20,68	5,32	3,45
Consequências	6	6-30	24,15	4,61	4,03
Controlo pessoal	6	6-30	23,46	3,77	3,91
Controlo de tratamento	5	5-25	19,99	3,29	4,00
Coerência da doença	5	5-25	13,22	3,98	2,64
Duração (cíclica)	4	4-20	13,78	3,53	3,45
Representação emocional	6	6-30	22,28	4,94	3,71
Fatores de risco genérico	9	9-45	24,75	8,14	2,75
Aspetos psicológicos	4	4-20	14,87	3,24	3,72
Aspetos pessoais	2	2-10	7,07	1,85	3,54
Hereditariedade e Exc. Trabalho	2	2-10	5,82	1,88	2,91

Nota: Escala de medida (*Likert*) varia entre 1 e 5. * Não é apresentado “*score* médio” uma vez que se trata de uma escala dicotómica.

No que concerne à satisfação com o suporte social, as pessoas com PUA revelaram uma satisfação razoável, sendo mais expressiva em relação ao suporte familiar. Entretanto, a satisfação em atividades sociais foi considerada menor, indicando uma área potencial para melhorias no apoio social (Tabela 2).

Tabela 2 - Variação de resultados, valores de mínimo, máximo, média, desvio padrão e *score* médio para as subescalas e escala total ESSS - Pessoas com PUA

ESSS	N.º itens	Mín./Máx.	<u>M</u>	<u>DP</u>	Score médio (<u>M</u> / n.º itens)
Satisfação com amizades	5	5 - 25	16,55	4,80	3,31
Intimidade	4	4 - 20	12,04	3,61	3,01
Satisfação com a família	3	3 - 15	10,83	3,60	3,61
Atividades sociais	3	3 - 15	6,75	2,88	2,25
Escala total	15	15 - 75	46,07	10,56	3,07

Nota: Escala de medida (*Likert*) varia entre 1 e 5.

Quanto à vulnerabilidade ao stresse, 80,2 % das pessoas com PUA apresentam valores elevados, associados ao perfeccionismo, intolerância à frustração e subjugação (Tabela 3).

Tabela 3 - Variação de resultados, valores de mínimo, máximo, média, desvio padrão e *score* médio para as subescalas e escala global do 23QVS - Pessoas com PUA

23QVS	N.º Itens	Mín./Máx.	<u>M</u>	<u>DP</u>	Score médio (<u>M</u> / n.º itens)
Perfeccionismo e intolerância à frustração	6	0-24	14,06	4,60	2,34
Inibição e dependência funcional	5	0-20	6,59	3,83	1,32
Carência de apoio social	2	0-8	2,61	1,92	1,31

Condições de vida adversas	2	0-8	3,73	2,42	1,87
Dramatização da existência	3	0-12	6,32	2,34	2,11
Subjugação	3	0-12	7,19	3,19	2,40
Deprivação de afeto e rejeição	3	0-12	4,04	2,56	1,35
Escala global	23	0-92	39,92	13,13	1,74

Nota: Escala de medida (*Likert*) varia entre 0 e 4.

Ao analisar a QV, observa-se que, embora as pessoas com PUA apresentem valores razoáveis, existem distinções importantes. O desempenho emocional é percebido com valores mais elevados, sugerindo resiliência e bem-estar emocional positivos, mas a vitalidade e a saúde mental têm valores mais baixos, indicando áreas específicas que podem exigir atenção (Tabela 4).

Tabela 4 - Variação de resultados, valores de mínimo, máximo, média e desvio padrão do SF-36 – Pessoas com PUA

SF-36	Nº itens	<i>n</i>	Mín./Máx.	M	DP
Função física	10	390	0-100	69,38	27,29
Desempenho físico	4	389	0-100	56,73	27,52
Dor corporal	2	412	0-100	59,11	25,89
Saúde geral	5	219	0-100	56,84	20,06
Vitalidade	4	394	0-100	50,06	22,53
Função social	2	371	0-100	54,51	24,28
Desempenho emocional	3	67	0-100	72,39	29,95
Saúde mental	5	391	0-100	50,47	23,40

No sentido de conhecer as relações existentes entre a QV e a representação cognitiva e emocional da PUA, a satisfação com o suporte social, e a vulnerabilidade ao stresse, calculámos a correlação de *Pearson*. Da análise da matriz de correlações observou-se que, indivíduos com melhor percepção da QV apresentam: a) Pior identidade da PUA com menos sintomas relacionados com a PUA; b) Duração menos cíclica, sugerindo menos recaídas; c) Representação emocional menos negativa; d) Maior compreensão da PUA; e) Maior controlo pessoal e de tratamento; f) Melhor satisfação com o suporte social; g) Menor vulnerabilidade ao stresse.

Esses resultados mostram uma complexa interconexão entre fatores que influenciam a percepção de QV em pessoas com PUA, fornecendo conhecimentos valiosos para abordagens mais eficazes no tratamento e suporte.

DISCUSSÃO

As pessoas com PUA apresentaram uma identidade moderada da doença, com divergências na percepção dos sintomas. As comorbilidades entre dependência alcoólica e outras condições de saúde como distúrbios hepáticos, doenças cardiovasculares, perturbações mentais e gastrointestinais, poderão influenciar o conhecimento sobre os

sintomas específicos da PUA (RODRIGUES *et al.* 2014).

A falta de conhecimento sobre as consequências da PUA é ressaltada no estudo. Os participantes, conforme mencionado por RALSTON *et al.* (2013), referem não experimentar doenças físicas decorrentes do consumo de álcool, podendo essa percepção estar influenciada por estratégias de evitação para minimizar ou esquivar-se de confrontar problemas.

O estudo, mencionando autores como VALENTIM (2021) e TEIXEIRA *et al.* (2023), destaca a visão da dependência alcoólica como uma doença crônica, com fases de recaída e remissão. Uma análise aprofundada é realizada sobre a influência significativa de representações sociais, experiências passadas, informações midiáticas e aspectos culturais na percepção da doença. Esses elementos moldam as representações da PUA, impactando comportamentos e procura de tratamento, conforme discutido por OGDEN (2004) e LEVENTHAL *et al.* (2003). No que diz respeito às atribuições causais, há uma ênfase em fatores psicológicos, como stresse, estado emocional, problemas familiares e atitude mental, corroborando com estudos anteriores (FIGUEIRAS 2007).

Os resultados do estudo, vão ao encontro de HANDI, *et al.* (2017), onde destacam que pessoas com PUA estão razoavelmente satisfeitas com o seu suporte social, com maior destaque para a satisfação com amigos e familiares, considerados fatores cruciais de proteção. No entanto, há insatisfação significativa em relação a atividades sociais e intimidade, levantando questões sobre o possível isolamento de membros familiares, incapazes de discutir aspectos íntimos, alegrias, frustrações e preocupações, conforme observado também por LAGO DA SILVA SENA (2019).

A constatação de que a maioria dos participantes com PUA (80,2 %) é vulnerável ao stresse, com exceção da inibição e dependência funcional, carência de apoio social, privação de afeto e rejeição, sugere uma limitada capacidade de adaptação às adversidades. Esses resultados revelam que esses indivíduos enfrentam desafios consideráveis em áreas como resolução de problemas, suporte social e autoavaliação positiva (HANDI, *et al.* 2017; VALENTIM, *et al.*, 2016).

Os resultados indicam que, apesar das implicações associadas à doença alcoólica, as pessoas com PUA demonstram uma razoável percepção de sua QV. Essa percepção pode ser influenciada pela resistência e negação do problema, levando os indivíduos a optar pelo caminho menos doloroso do conflito (LEE 2023).

AQV abrange diversas dimensões, incluindo representações da doença, preconceitos, crenças, convicções pessoais, emoções, sintomas e tratamentos (PAIS-RIBEIRO, 2009). Salientamos o facto da percepção de um maior controlo sobre a PUA, de uma melhor compreensão da mesma e de uma representação emocional menos negativa estarem associados a uma melhor percepção da QV, o que poderá favorecer a adesão ao regime terapêutico. Conforme observado por KAPTEIN *et al.* (2007), a percepção de controle sobre a doença e uma maior autoeficácia, particularmente em situações emocionais estáveis, estão relacionadas a resultados mais positivos.

Fatores etiológicos, como fatores de risco genéricos e aspectos psicológicos, relacionam-se com uma pior percepção da QV, alinhando-se a estudos anteriores que destacam a ligação entre percepção da doença e QV (KAPTEIN *et al.*, 2007; LEE, 2023).

A vulnerabilidade ao stresse em pessoas com PUA está associada a uma percepção mais negativa da QV, em linha com estudos sobre outras condições de saúde. Estes resultados estão de acordo com o trabalho de TEIXEIRA *et al.* (2020), onde se mostra a existência de uma relação inversa entre a vulnerabilidade ao stresse e a QV do doente com PUA.

Os conceitos de vulnerabilidade e resiliência estão entrelaçados (ASSIS *et al.* 2006), destacando a importância do desenvolvimento de resiliência para a adaptação e melhoria da QV em pessoas com PUA, o que é corroborado por TEIXEIRA, *et al.* (2020) ao referirem que nas pessoas com PUA o tempo de abstinência se correlaciona positivamente com a QV e negativamente com a vulnerabilidade ao stress. A satisfação com o suporte social correlaciona-se positivamente com várias componentes da QV, indicando que um suporte social mais robusto está associado a uma melhor percepção geral da QV, desempenhando um papel facilitador no ajustamento e desenvolvimento pessoal (VAZ-SERRA, 2007). O suporte social é apontado como sendo um fator protetor em relação ao uso de álcool (JODIS, *et al.*, 2023).

IMPLICAÇÕES PARA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM NA PUA

O modelo de autorregulação de LEVENTHAL (2003) é um processo dinâmico em que as fases de interpretação, adaptação e avaliação se inter-relacionam para manter o equilíbrio. A aplicação desse modelo neste estudo sobre a PUA oferece uma oportunidade valiosa para explorar percepções individuais, estratégias de *coping* e adaptação, fornecendo uma base sólida para intervenções mais direcionadas e eficazes.

Os resultados do estudo revelam um déficit de conhecimento dos participantes sobre a PUA, atribuindo a causa a fatores externos, como stresse e problemas familiares, o que reduz a responsabilidade pessoal. A representação emocional negativa, expressando ansiedade e tristeza, pode facilitar o consumo de álcool, indicando estratégias de *coping* de evitamento que podem prejudicar a adaptação à PUA.

Na fase de adaptação, destaca-se a satisfação com o suporte social, especialmente o suporte familiar, como um fator protetor para comportamentos adaptativos. A vulnerabilidade ao stresse, caracterizada por menor capacidade de confrontar e resolver problemas, juntamente com uma fraca capacidade de adaptação a novas situações, são observadas como fatores de risco. O estudo destaca ainda o perfeccionismo, fraca tolerância à frustração e a subjugação como traços relevantes, indicando uma dedicação excessiva às solicitações alheias em detrimento das próprias necessidades. Na fase de avaliação, os participantes referem uma QV razoável, mas com uma pior percepção em relação à vitalidade e à saúde mental.

Com base nos resultados do estudo e no modelo de autorregulação do comportamento de doença (LEVENTHAL, 2003), propomos uma abordagem sistémica com intervenções de natureza: a) Psicoeducativa (promover conhecimento sobre a PUA, sinais de alerta, e tratamento, assim como desenvolver estratégias de resolução de problemas); b) Cognitivo-comportamental (reestruturar crenças não adaptativas; desenvolver estratégias de *coping*); c) Avaliação ao longo da intervenção e em sessões de seguimento para prevenir recaídas); d) Incentivo à Participação em Grupos de Autoajuda como forma de apoio social.

Essas recomendações visam fornecer uma intervenção personalizada, capacitando os indivíduos com PUA a gerir a sua condição de maneira mais eficaz. Além disso, promovem uma abordagem holística para o bem-estar e a qualidade de vida, reconhecendo a importância de considerar diversos aspectos do indivíduo no processo de tratamento.

CONCLUSÃO

Os resultados destacam a inter-relação entre variáveis como a perceção cognitiva e emocional da PUA, a satisfação com o suporte social e a vulnerabilidade ao stresse, reforçando a importância desses fatores para a QV das pessoas com PUA. Essas considerações devem orientar a elaboração de estratégias de intervenção em enfermagem, alinhadas com o modelo de autorregulação. Além disso, é fundamental as intervenções estarem integradas numa abordagem sistémica, adotando uma perspetiva multidimensional e multidisciplinar. Isso implica não apenas abordar os aspetos individuais da PUA, mas também compreender o contexto familiar, reconhecendo o papel essencial desempenhado pela dinâmica familiar no bem-estar dos afetados.

É essencial aprofundar a pesquisa nesta área, sugerindo estudos futuros, como a continuação do presente estudo, pesquisas longitudinais e quasi-experimentais com intervenções pré-definidas. Essas abordagens enriquecerão a compreensão da PUA e oferecerão conhecimentos valiosos para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes e personalizadas.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académico e pessoal.

REFERÊNCIAS

CASSWELL, *et al.* Alcohol's harm to others: reduced wellbeing and health status for those with heavy drinkers in their lives. **Addiction**, v.106, p.1087–1094, 2011. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03361.x>.

DESPACHO n.º 13227/2023 de 27 de dezembro de 2023. **Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, Horizonte 2030**. Diário da República n.º 248/2023, II Série. Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS). **Plano Nacional de Saúde 2021-2030**. Saúde

sustentável: de tod@os para tod@s. Lisboa: DGS. 2022

FERREIRA, P. L. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. **Acta Médica Portuguesa**, v.13, p.55-66, 2000a.

FERREIRA, P. L. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. **Acta Médica Portuguesa**, v.13, p.119-127, 2000b.

FIGUEIRAS, M. J.; Alves, N. C. Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. **Psychology and Health**, v.22, p.143-158, 2007. <https://doi.org/10.1080/14768320600774462>.

HANDI T., *et al.* The correlation of social support with mental health: a meta analysis. **Eletronic Physician**, v.9, p.5212-5222, 2017.

JODIS, C. A., *et al.* Social Support as a Protective Factor for Alcohol Use Disorders: Results from a Nationally Representative Family History Study. **Alcohol & Alcoholism**, v.58, p.60–67, 2023. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agac059>

KAPTEIN, A., *et al.* Quality of life in couples living with Huntington's disease: the role of patients' and partners' illness perceptions. **Quality of Life Research**, v.16, p.793–801, 2007. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9194-4>.

LAGO DA SILVA SENA, E. *et al.* Percepção de familiares sobre a reabilitação psicossocial de alcoolistas. **Revista Cubana de Enfermería**, v.35, e1851, 2019

LEE, J. Alcohol Consumption and Quality of Life in Middle-aged Men. **International Journal of High Risk Behaviors & Addiction**, v.12, p.1–7, 2023. <https://doi.org/10.5812/ijhrba-132404>

LEVENTHAL, H., *et al.* The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. Cameron, & H. Leventhal (Eds.), **The self-regulation of health and behaviour** (pp.42-65). London: Routledge. 2003

MARTIN S., *et al.* The common sense model of illness self-regulation: a conceptual review and proposed extended model, **Health Psychology Review**, v.16, p.347-377,2022. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1878050>

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) **Health at a Glance 2023: OECD Indicators**. Paris: OECD Publishing, 2023.

OGDEN, J. **Psicologia da Saúde** (2.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores. 2004.

OLICKAL, J. J., *et al.* Association of alcohol use with quality of life (QoL): A community based study from Puducherry, India. **Clinical Epidemiology and Global Health**, v.10, p.100697, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100697>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a situação mundial do álcool e da saúde**, Genebra: OMS, 2018.

PAIS-RIBEIRO, J. **A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde**. In: J.P. Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). Bem-Estar e Qualidade de Vida (pp.31-49). Alcochete: Textiverso, 2009.

PAIS-RIBEIRO, J. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). **Análise Psicológica**, v.18, p.547-558, 1999.

RALSTON, T. *et al.* The influence of depressed mood on action tendencies toward alcohol:

The moderational role of drinking motives. **Addictive Behaviors**, v.38, p.2810-2816, 2013. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.07.013>.

REDWOOD, L., *et al.* Alcohol consumption and health-related quality of life in regional, rural and metropolitan Australia: analysis of cross-sectional data from the Community Health and Rural/Regional Medicine (CHARM) study. **Quality of Life Research**, v.33, p.349–360, 2024. <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03522-x>

RODRIGUES, P. *et al.* Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: Relação com comportamentos de risco e stress. **Análise Psicológica**, v.32, p.453-466, 2014. <https://doi.org/1014417/ap.32.3.789>.

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS SICAD (SICAD). **Relatório Anual 2022 – A Situação do País em Matéria de Álcool**. Lisboa: SICAD, 2023.

TEIXEIRA J, *et al.* Stress Vulnerability and Quality of Life in Alcohol use Disorders (AUD). **Journal of Yoga, Physical Therapy, and Rehabilitation**, v.5, p.1075, 2020. <https://doi.org/10.29011/2577-0756.001075>

TEIXEIRA, J., *et al.* **Álcool: Teoria e Clínica**, Lidel, 2023. ISBN 978-989-752-808-8,

VALENTIM O., *et al.* **Suporte social e qualidade de vida na síndrome de dependência de álcool**. Atas 10º congresso nacional de psicologia na saúde. 2016. ISBN-978-989-98855-0-9.

VALENTIM, O., *et al.* **Doença alcoólica: contributos para a sua compreensão e intervenção**. In Vasco Calado (Org). **Comportamentos aditivos. Perspetivas e desafios**. Lisboa: SICAD, 2021. ISBN: 978-989-53221-1-4.

VAZ-SERRA, A. Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23QVS. **Psiquiatria Clínica**, v.21, p.279-308, 2000.

VAZ-SERRA, A. **O stress na vida de todos os dias** (3.^a ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2007.