

## SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA NO SÍNDROME DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL

Olga Valentim <sup>✉</sup> 1, Célia Santos 2, E José Pais Ribeiro 3

1- ACES Lisboa Norte, UCSP de Benfica, Lisboa, Portugal; -2- Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal; 3- Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

A história do consumo de álcool tornou-se um hábito, um ritual com objetivos de socialização, inspiração e prazer, quase se confundindo com a própria história do homem. Em Portugal, o consumo de álcool está frequentemente associado a acontecimentos desportivos, festas de estudantes, falsas crenças como “*beber um copo de vinho às refeições ajuda o coração*”, entre outros. As bebidas alcoólicas são uma droga lícita e aceite pela sociedade que estimula o seu consumo. No entanto, é frequente omitir os inúmeros malefícios do consumo exagerado de álcool que contribui para a desagregação familiar, perda de produtividade intelectual e no trabalho, e está na origem de inúmeras patologias (Matheus & Pillon, 2004). A sociedade é contraditória, pois, ao mesmo tempo que aceita e estimula o consumo de álcool, é, simultaneamente, preconceituosa classificando o alcoolismo como uma fraqueza moral e não como uma doença crónica que necessita de tratamento adequado.

A ingestão excessiva e habitual de bebidas alcoólicas, ainda que, em pequenas quantidades, mas repetidas ao longo do dia, provoca um estado de alcoolização permanente do organismo e uma intoxicação alcoólica crónica que, se for frequente e prolongada, poderá originar uma situação de dependência. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004) descreve as pessoas com alcoolismo ou Síndrome de Dependência Alcoólica (SDA), como consumidores excessivos cuja dependência do álcool, revela uma perturbação mental identificável, quer uma perturbação que afeta a sua saúde física, as suas relações com os outros e o seu padrão de comportamento social e económico, devendo ser submetidos a tratamento. O Plano Nacional de Saúde 2007-2016 (Ministério da Saúde, 2008) alerta-nos para a problemática da dependência alcoólica, tendo em conta o impacto no bem-estar social, problemas de saúde física e mental e comportamentos de risco, tais como: a violência e o abuso de outras substâncias. O alcoolismo é vivido como uma fonte de grande stresse, pois além de ser uma doença crónica e potencialmente incapacitante, encontra-se também relacionado com o desemprego prolongado, a perda de rede social, problemas familiares entre outras situações que conduzem a pessoa com dependência alcoólica ao isolamento social.

O suporte social tem uma capacidade de reduzir os efeitos nocivos dos agentes geradores de stresse na saúde dos indivíduos. Uma boa perceção do suporte social

---

<sup>✉</sup> - Olga Maria Martins de Sousa Valentim; Rua Alfredo Pimenta, n.º5, Bairro Stª Cruz de Benfica – 1500-031-Lisboa; E-mail – [ommvalentim@gmail.com](mailto:ommvalentim@gmail.com)

proporciona um nível mais elevado de saúde e bem-estar. Vários autores estudaram a natureza e os efeitos protetores do suporte social e a sua relação com o estado de saúde e o bem-estar dos indivíduos (Caplan, 1974; Cobb, 1976; Siqueira, 2008). O conceito de suporte social tem sido utilizado em diversos sentidos. Para Caplan (1974), engloba a totalidade das ligações sociais que prestam apoio informal e formal ao indivíduo, de modo a lidar com os seus problemas e acontecimentos de vida. Também o suporte social tem sido definido como um grupo de indivíduos que prestam apoio de forma a obter uma adaptação mais adequada para enfrentar problemas, desafios e tensões (Martins, 2006; Pais-Ribeiro & Ponte, 2009).

O suporte informal que fornece apoio no dia-a-dia e inclui entre outros: os familiares, os amigos, os vizinhos, a comunidade em geral e os grupos sociais (associações, grupos de autoajuda como Alcoólicos Anónimos [AA] e Al-Anon, igreja, entre outros). O suporte formal abrange as organizações sociais formais (hospitais, serviços de saúde) e os profissionais de saúde. Algumas pessoas não utilizam o suporte formal, procurando por sua vez um suporte informal, como por exemplo, as pessoas com alcoolismo e famílias que vivem situações de dependência alcoólica e que procuram os grupos de autoajuda e não organizações de saúde credenciados para o efeito. Outras não procuram nem aceitam qualquer tipo de suporte, o que nos permite pensar que poderá tratar-se de uma negação da necessidade de ajuda e/ou de uma perceção incorreta da doença. Pais-Ribeiro (1999) distingue suporte social percebido versus suporte social recebido. O suporte social percebido diz respeito ao suporte social que a pessoa percebe como disponível se necessitar dele, como a perceção que o indivíduo tem da adequação do suporte que dispõe e a satisfação com a dimensão social da sua vida. O suporte social recebido refere-se ao suporte social recebido por alguém, como o número de amigos, a frequência e a intensidade de contactos, a existência de amigos íntimos ou de redes sociais. Podemos afirmar que o suporte social poderá ser um grupo de pessoas que estão disponíveis e nas quais podemos confiar, que se preocupam connosco e nos valorizam. Existem várias definições de suporte social, mas todas elas mostram uma relação entre a função das relações sociais, a saúde e bem-estar (Moreira, 2010). Além disso, as definições de suporte social têm por base três aspetos principais, a quantidade (disponibilidade), a qualidade (satisfação do apoio social percebido) e os efeitos indiretos do suporte social proporcionado pelos outros, caracterizados pela diminuição do stresse psicológico induzido pela doença e pela redução do risco problemas fisiológicos e comportamentais (Wills & Fegan, 2001).

As relações sociais nas pessoas com SDA, são por vezes inexistentes ou ficam seriamente afetadas. O diagnóstico da SDA e todo o processo da doença são experienciados, não só pelo doente como também pela sua família, com grande sofrimento, ansiedade, tristeza e angústia. Ao longo da doença e do seu tratamento, a pessoa com SDA vivencia situações stressantes, perdas e sintomas adversos, surgem limitações físicas, sociais e psicológicas, os quais comprometem a sua própria vida, incluindo a satisfação pessoal associada ao seu bem-estar físico, funcional, emocional e social. Contudo, inversamente, uma condição de insucesso ou insatisfação no seu bem-estar ou qualidade de vida pode fazer recorrer ao álcool com a finalidade de diminuir o sofrimento, afetando o tratamento, reabilitação e a QV.

De uma forma geral, vários estudos mostram uma forte correlação entre sobre suporte social e a saúde, tendo o suporte social efeitos mediadores na proteção da saúde (Pais-Ribeiro, 1999). O suporte social é um importante recurso para quem sofre de doença crónica, nomeadamente a SDA, protegendo as pessoas dos efeitos negativos do stresse e promovendo uma maior adesão ao tratamento. Assim, uma boa perceção de suporte social proporciona um nível mais elevado de saúde e bem-estar. Uma melhor

compreensão sobre a satisfação com o apoio social é um valioso contributo para ajudar o utente com alcoolismo e família na adaptação, recuperação e QV.

O objetivo do estudo é avaliar a qualidade de vida, e o suporte social em pessoas com Síndrome de Dependência do Ácool

## MÉTODOS

### *Participantes*

Participaram neste estudo 444 pessoas com dependência alcoólica, com diagnóstico médico realizado há menos de um ano. Os dados foram colhidos numa amostra de conveniência em serviços e/ou consulta de alcoologia em diferentes sub-regiões do País (Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo) e grupos de autoajuda. Os participantes apresentaram uma média de idades de 45 anos (amplitude 21-69;  $DP=9,29$ ) e cerca de oito anos de escolaridade (amplitude 0-19;  $DP= 3,67$ ). Vivem em regime de coabitação, na sua maioria, com uma pessoa (moda=1) estendendo-se entre os que vivem sozinhos e um máximo de quatro pessoas. A maioria dos inquiridos encontrava-se em tratamento ( $n=344$ ; 77,5%), participando a família participava no mesmo ( $n=274$ ; 61,7%). Relativamente à frequência de grupos de autoajuda, 62,8% ( $n=279$ ) dos inquiridos responderam que não frequentam, 36,5% ( $n=162$ ) responderam afirmativamente, e não responderam três pessoas (0,7%). O quadro 1 apresenta as restantes características sociodemográficas e clínicas da amostra.

Quadro 1

Caracterização sociodemográfica e clínica ( $N=444$ )

Variáveis Sociodemográficas	<i>n</i>	%	Variáveis Clínicas	<i>M (DP)</i>	<u>ampl.</u>
<b>Sexo</b>			Idade em que começou a beber (anos)	17,86 (8,11)	4-55
Feminino	76	17,1	Período de diagnóstico (anos)	7,73 (7,17)	1-38
Masculino	362	81,5	Número de internamentos	2,01 (2,46)	0-21
Não respostas ( <i>missing values</i> )	6	1,4	Número de recaídas	1,69 (0,46)	1-2
<b>Estado Civil</b>			Tempo de abstinência (anos)	2,79 (5,96)	0-43
Casado/união de facto	188	42,3	Participação em grupos de autoajuda	2,25 (4,24)	0,02-22
Solteiro	124	27,9			
Divorciado/separado	115	25,9			
Viúvo	6	1,4			
Não respostas ( <i>missing values</i> )	11	2,5			
<b>Situação Profissional</b>					
Desempregado	186	41,9			
Trabalhador	175	39,4			
Reformado	59	13,3			
Outra	18	4,1			
Estudante	3	0,7			
Não respostas ( <i>missing values</i> )	1	0,2			

### *Material*

Questionário de caracterização sociodemográfica, com informação sobre idade, sexo, anos de escolaridade, situação profissional e conjugal; 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 participação da família no tratamento; Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Pais-Ribeiro, 1999), constituída por 15 afirmações que são apresentadas

para autopreenchimento. O participante deve assinalar o grau de concordância com a afirmação, numa escala de *Likert* com cinco posições de 1 - “concordo totalmente”, 2 - “concordo na maior parte”, 3 - “não concordo nem discordo”, 4 - “discordo a maior parte” e 5 - “discordo totalmente”. Estas 15 frases/itens distribuem-se por quatro dimensões ou fatores para medir o suporte social: *satisfação com a amizade*, mede a satisfação com as amizades/amigos (itens 3, 12, 13, 14 e 15); *intimidade (IN)*, mede a percepção da existência de suporte social íntimo (itens 1, 4, 5 e 6); *satisfação com a família*, mede a satisfação com o suporte social familiar existente (itens 9, 10 e 11) e *atividades sociais*, mede a satisfação com as atividades sociais que realiza (itens 2, 7 e 8). A nota final da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A *escala total* original mostra uma consistência interna de 0,85 (Ribeiro, 1999), tendo no estudo atual apresentado um  $\alpha=0,83$ . Pontuações mais altas correspondem a uma percepção de maior suporte social; O Questionário de Estado de Saúde SF-36v<sub>2</sub>, é um dos instrumentos de avaliação da QV/estado de saúde mais utilizado internacionalmente, o qual está validado para a população portuguesa por Ferreira (2000a, 2000b). É um questionário de autoadministração, com um tempo de duração de administração entre cinco e dez minutos, constituído por 36 itens que avaliam a QV ao longo das 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). Os resultados das subescalas e respetivos componentes variam entre 0 e 100, sendo que os resultados mais elevados representam um melhor estado de saúde percebido, ou seja, uma melhor QV nas dimensões avaliadas. Nos estudos de validação do instrumento para a população portuguesa, a consistência interna (alfa de Cronbach) das subescalas situou-se entre os 0,60 e 0,87 e no presente estudo esses valores situam-se entre 0,44 e 0,90.

#### *Procedimento*

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal, natureza descritiva e correlacional. Depois de contactados os autores dos instrumentos e uma vez obtida a autorização por parte das Unidades de Alcoologia, grupos de autoajuda (Alcoólicos Anónimos) e do consentimento informado das participantes, demos início à recolha de dados. Todos os elementos da amostra foram informados dos objetivos do estudo, garantindo a confidencialidade e acesso aos resultados, consoante a Declaração de Helsínquia. Os participantes foram ainda abordados e convidados a participar enquanto se encontravam em internamento e/ou aguardavam consultas de ambulatório. Utilizando o programa informático *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 foi realizada a análise de dados com recurso à estatística paramétrica sempre que nos dois grupos a variável em estudo apresentava distribuição normal e, não paramétrica, sempre que pelo menos um grupo não apresentava distribuição normal (Marôco, 2011). Para o estudo da forma e intensidade da relação entre duas variáveis (ambas métricas), recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson* (Pestana & Gageiro, 2000). Os resultados são considerados significativos para um nível de significância de  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

Da análise do quadro 2, observa-se que os elementos da amostra se encontram, no geral, satisfeitos com o seu suporte social (*escala total*,  $M=46,07$ ;  $DP=10,56$ ). Quanto às subescalas do suporte social (ESSS), a que menos satisfaz, são as atividades sociais ( $M=6,75$ ;  $DP=2,88$ ). Do mesmo modo, os indivíduos da amostra apresentam valores razoáveis de QV para as várias subescalas. Destaca-se a subescala *desempenho emocional* com valores mais elevados de QV ( $M=72,39$ ;  $DP=29,95$ ) e a *vitalidade* com

valores mais baixos de QV ( $M=50,06$ ;  $DP=22,53$ ). Relativamente à perceção da saúde, que inclui não só a saúde atual, como também, a resistência à doença e a aparência saudável consideram-na boa ( $M=56,84$ ;  $DP=20,06$ ).

#### Quadro 2

Variação de resultados, valores de mínimo, máximo, média e desvio padrão para as escalas ESSS e SF-36

Escalas	Nº itens	mín/Máx	M	DP
<b>ESSS</b>				
Satisfação com amizades	5	5 – 25	16,55	4,80
Intimidade	4	4 – 20	12,04	3,61
Satisfação com família	3	3 – 15	10,83	3,60
Atividades sociais	3	3 – 15	6,75	2,88
Escala total	15	15 – 75	46,07	10,56
<b>SF-36</b>				
Função física	10	0-100	69,38	27,29
Desempenho físico	4	0-100	56,73	27,52
Dor corporal	2	0-100	59,11	25,89
Saúde geral	5	0-100	56,84	20,06
Vitalidade	4	0-100	50,06	22,53
Função social	2	0-100	54,51	24,28
Desempenho emocional	3	0-100	72,39	29,95
Saúde mental	5	0-100	50,47	23,40

Para a comparação da satisfação com o suporte social entre os sexos, utilizou-se o teste Mann-Whitney. Os resultados revelaram não haver diferenças estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ) no que se refere à satisfação com o suporte social entre os sexos, em nenhuma das subescalas, nem na *escala total*. Em relação à situação conjugal, foram detetadas diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da situação conjugal e as subescalas, *satisfação com amizades*, ( $\chi^2_{KW}(3)=10,90$ ,  $p=0,012$ ), *intimidade*, ( $\chi^2_{KW}(3)=32,89$ ,  $p<0,0001$ ), *satisfação com família* ( $\chi^2_{KW}(3)=23,25$ ,  $p<0,0001$ ) e *escala total* do ESSS, ( $\chi^2_{KW}(3)=26,71$ ,  $p<0,0001$ ). Não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas da subescala *atividades sociais* (Quadro 3).

Como se observa no quadro 3, os participantes solteiros manifestam menor satisfação com suporte dos amigos, do que os casados ou em união de facto (UFacto). Os casados mostraram estar também mais satisfeitos com o suporte social, em especial o íntimo, do que os solteiros e os divorciados ou separados (Sep). No que diz respeito à subescala *satisfação com a família* observa-se que tantos os solteiros como os divorciados/separados, manifestam menos satisfação com o suporte familiar, do que os casados e os viúvos, sendo estes últimos os que mostram maior satisfação com o suporte familiar. Além disso, verificou-se que os mais satisfeitos com o suporte social total, são os viúvos logo seguidos dos casados/união de facto, e os menos satisfeitos são os solteiros. De notar que os participantes viúvos eram apenas seis.

## Quadro 3

 Resultados do teste de Kruskal-Wallis, para comparação das subescalas do ESSS entre as categorias da situação conjugal ( $N=444$ )

ESSS	Situação conjugal	<i>n</i>	<i>Md</i>	mín /Máx	$\chi^2$	<i>g.L.</i>	<i>p</i>	Comparações múltiplas de Kruskal-Wallis
Satisfação com amizades	Casado/UFacto	169	18,00	5-25	10,90	3	0,01	Casado/união de facto $\neq$ Solteiro ( $p=0,03$ )
	Solteiro	116	16,00	5-25				
	Divorciado/Sep	105	17,00	7-25				
	Viúvo	6	20,50	15-25				
Intimidade	Casado/UFacto	173	13,00	4-20	32,89	3	<0,0001	Casado/união de facto $\neq$ Solteiro ( $p<0,0001$ ) e $\neq$ Divorciado ( $p=0,006$ )
	Solteiro	117	11,00	4-20				
	Divorciado/Sep	109	12,00	4-20				
	Viúvo	6	13,00	12-20				
Satisfação com família	Casado/UFacto	173	12,00	3-15	23,25	3	<0,0001	Solteiro $\neq$ Casado ( $p=0,005$ ) e $\neq$ Viúvo ( $p=0,004$ ) Divorciado $\neq$ Casado ( $p=0,02$ ) e $\neq$ Viúvo ( $p=0,006$ )
	Solteiro	118	10,00	3-15				
	Divorciado/Sep	109	11,00	3-15				
	Viúvo	6	15,00	14-15				
Atividades sociais	Casado/UFacto	177	6,00	3-15	4,70	3	0,19	
	Solteiro	117	6,00	3-15				
	Divorciado/Sep	106	6,00	3-15				
	Viúvo	6	7,00	3-15				
Escala total	Casado/UFacto	154	49,00	26-71	26,71	3	<0,0001	Solteiro $\neq$ Casado ( $p<0,0001$ ) e $\neq$ Viúvo ( $p=0,02$ ) Divorciado $\neq$ Casado ( $p=0,007$ ) e $\neq$ Viúvo ( $p=0,04$ )
	Solteiro	111	43,00	17-61				
	Divorciado/Sep	99	45,00	17-69				
	Viúvo	6	54,00	47-75				

Para avaliar se existia relação entre a situação profissional e a satisfação do suporte social, recorreremos ao teste de Kruskal-Wallis. Os resultados obtidos encontram-se no quadro 4.

Da análise do quadro 4 são visíveis diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da situação profissional relativamente à *satisfação com amizades* ( $\chi^2_{Kw}(4)=14,59, p=0,006$ ), *intimidade* ( $\chi^2_{Kw}(4)=10,42, p=0,03$ ), *satisfação com a família* ( $\chi^2_{Kw}(4)=17,77, p=0,001$ ) e à *escala total* do ESSS ( $\chi^2_{Kw}(4)=22,54, p<0,0001$ ). Os participantes na amostra que se encontravam a trabalhar mostraram uma maior satisfação com as suas amizades e relações íntimas, do que os desempregados. Os estudantes demonstraram menor satisfação com o apoio familiar, comparativamente com os reformados e os trabalhadores. Por outro lado, os trabalhadores com dependência alcoólica têm valores mais elevados de satisfação social total do que os desempregados.

Quadro 4

Resultados do teste de Kruskal-Wallis, para comparação entre as subescalas e *escala total* do ESSS entre as categorias da situação profissional

ESSS	Situação profissional	n	Md	mín/ Máx	$\chi^2$	g.l.	P	Comparações múltiplas de Kruskal-Wallis
Satisfação com amizades	Trabalhador	159	18,00	5-25	14,59	4	0,006	Desempregado $\neq$ Trabalhador ( $p=0,009$ )
	Estudante	3	9,00	7-17				
	Desempregado	168	16,00	5-25				
	Reformado	52	17,00	5-25				
	Outra	17	16,00	10-25				
Intimidade	Trabalhador	163	12,00	4-20	10,42	4	0,03	Desempregado $\neq$ Trabalhador ( $p=0,02$ )
	Estudante	3	12,00	4-14				
	Desempregado	171	12,00	4-20				
	Reformado	55	12,00	4-19				
	Outra	17	12,00	5-19				
Satisfação com família	Trabalhador	164	12,00	3-15	17,77	4	0,001	Estudante $\neq$ Trabalhador ( $p=0,02$ ), $\neq$ Reformado ( $p=0,01$ ) $\neq$ outra situação profissional ( $p=0,02$ )
	Estudante	3	3,00	3-3				
	Desempregado	171	10,00	3-15				
	Reformado	55	12,00	3-15				
	Outra	17	13,00	4-15				
Atividades sociais	Trabalhador	163	7,00	3-15	9,47	4	0,05	
	Estudante	3	4,00	3-15				
	Desempregado	170	6,00	3-15				
	Reformado	56	6,00	3-13				
	Outra	18	6,00	3-12				
Escala total	Trabalhador	146	49,00	17-75	22,54	4	<0,0001	Desempregado $\neq$ Trabalhador ( $p<0,0001$ )
	Estudante	3	38,00	17-39				
	Desempregado	158	44,00	21-64				
	Reformado	50	51,50	18-69				
	Outra	16	44,50	24-66				

Do quadro 5 constam os resultados das correlações de *Pearson* das subescalas da ESSS e *escala total* com a idade, anos de escolaridade, tempo de diagnóstico, número de internamentos e número de recaídas.

Quadro 5

Correlação de *Pearson* entre as subescalas do ESSS e a idade, anos de escolaridade, tempo de dependência alcoólica, com o número de internamentos devido à dependência alcoólica e recaídas ( $N=444$ )

ESSS	Idade	Anos de escolaridade	Tempo de diagnóstico (anos)	Número de vezes de internamento	Número de Recaídas
Satisfação com amizades	0,07	-0,04	0,004	-0,13*	-0,13
Intimidade	0,10*	0,04	0,04	-0,14**	-0,02
Satisfação com família	0,03	-0,11*	-0,02	-0,18**	-0,18**
Atividades sociais	0,08	0,09	-0,01	-0,01	-0,01
Escala total	0,10*	-0,03	0,03	-0,18**	-0,16*

\* Correlações significativas ao nível de significância de 5%. \*\* Correlações significativa ao nível de significância de 1%.

Da análise do quadro 5 pode concluir-se que as pessoas com SDA mais velhas estão mais satisfeitas com a sua intimidade ( $r=0,10$ ,  $p=0,03$ ) e com o seu suporte social total ( $r=0,10$ ,  $p=0,04$ ). Os que têm maior escolaridade estão menos satisfeitos com o seu suporte familiar ( $r=-0,11$ ,  $p=0,02$ ). Por outro lado, um maior número de internamentos conduz a uma menor satisfação com o seu suporte social total ( $r=-0,18$ ,  $p=0,001$ ), assim como, com o suporte familiar ( $r=-0,18$ ,  $p=0,001$ ), das amizades ( $r=-0,13$ ,  $p=0,014$ ) e

intimidade ( $r=-0,14$ ,  $p=0,007$ ). Um maior número de recaídas, implica uma menor satisfação com a família ( $r=-0,18$ ,  $p=0,007$ ) e com o suporte social em geral ( $r=-0,16$ ,  $p=0,030$ ). Investigámos ainda a influência da participação da família no tratamento e ainda o facto das pessoas dependentes de álcool frequentarem ou não grupos de autoajuda na perceção se suporte social.

Quadro 6

Resultados do teste t para duas amostras independentes para comparação entre as subescalas e escala total do ESSS, e a participação da família no tratamento ( $N=444$ )

ESSS	Participação da família no tratamento				t	g.l.	p
	Não		Sim				
	N	M (DP)	N	M (DP)			
Satisfação com amizades	112	16,46 (4,95)	253	16,60 (4,77)	-0,26	363	0,79
Intimidade	113	12,053 (3,89)	258	12,04 (3,60)	0,03	369	0,97
Satisfação com família	115	9,59 (3,99)	258	11,29 (3,29)	-3,99	186,08	<0,0001
Atividades social	115	6,71 (3,10)	258	6,75 (2,82)	-0,11	371	0,91
Escala total	103	44,69 (11,54)	241	46,51 (10,34)	-1,44	342	0,15

Para ambas as análises, aplicámos o teste t para dois grupos independentes. A análise do quadro anterior permite-nos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas, no que respeita à Satisfação com o *suporte familiar*, entre quem foi e quem não foi acompanhado pela família durante o tratamento ( $t_{(186,08)}=-3,99$ ,  $p<0,0001$ ), verificando-se, como seria expectável, que os inquiridos que foram acompanhados pela família apresentam, em média, níveis de satisfação mais elevados (Quadro 6). Quanto ao facto de frequentarem grupos de autoajuda, não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o suporte social em nenhuma das subescalas, nem na *escala total*, entre quem frequentava e quem não frequentava esses grupos ( $p>0,05$ ). Pretendemos ainda conhecer as relações existentes, bem como a força da correlação entre a Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a perceção da Qualidade de Vida (SF-36). Para esta análise, recorreremos ao coeficiente de correlação de *Pearson* entre as subescalas do ESSS e *escala total*, e as subescalas do SF-36 (Quadro 7).

Quadro 7

Correlação de *Pearson* entre as subescalas do SF-36 e as subescalas e *escala total* do ESSS ( $N=444$ )

SF-36	ESSS					
	SA	IN	SF	AS	Total	
Função física	0,07	0,06	-0,09	0,06	0,05	
Desempenho físico	0,14**	0,19**	0,09	0,07	0,18**	
Dor corporal	0,08	0,14**	0,12*	0,14**	0,17**	
Saúde em geral	0,18*	0,13	0,12	0,17*	0,22**	
Vitalidade	0,18**	0,25**	0,21**	0,11*	0,27**	
Função social	0,24**	0,30**	0,29**	0,21**	0,38**	
Desempenho emocional	0,15	0,33**	-0,03	0,08	0,25*	
Saúde mental	0,25**	0,35**	0,25**	0,19**	0,38**	

\*Correlações significativas ao nível de significância de 5%. \*\* Correlações significativa ao nível de significância de 1%. Legenda: SA – *satisfação com amizades*, IN – *intimidade*, SF – *satisfação com família*, AS - *atividades sociais*.

No quadro 7 podemos observar que a Satisfação com o Suporte Social (*escala total*) apresenta correlações estatisticamente significativas, positivas, fracas a moderadas. Decidimos destacar as correlações moderadas. Assim, a Satisfação Social (*escala total*)

correlaciona-se positivamente, com a *vitalidade* ( $r=0,27, p<0,0001$ ), com a *função social* ( $r=0,38, p<0,0001$ ), com o *desempenho emocional* ( $r=0,25, p=0,04$ ) e com a *saúde mental* ( $r=0,38, p<0,0001$ ). Portanto, os participantes que apresentam uma melhor satisfação com o suporte social têm mais energia, realizam as atividades sociais normalmente sem a interferência de problemas físicos ou emocionais, sentindo-se mais felizes. A *satisfação com amizades* correlaciona-se de forma positiva e moderada com a *saúde mental* ( $r=0,25, p<0,0001$ ). Ainda com valores de correlação positivos e moderados, observamos que as pessoas com melhor percepção de apoio no domínio *intimidade*, apresentam mais *vitalidade* ( $r=0,25, p<0,0001$ ), melhor *função social* ( $r=0,30, p<0,0001$ ), melhor *desempenho emocional* ( $r=0,33, p=0,006$ ) e ainda, melhor *saúde mental* ( $r=0,35, p<0,0001$ ). Relativamente à *satisfação familiar*, correlaciona-se de forma positiva e moderada com a *função social* ( $r=0,29, p<0,0001$ ) e com a *saúde mental* ( $r=0,25, p<0,0001$ ).

## DISCUSSÃO

Em termos sociodemográficos, podemos adiantar que estamos perante uma amostra, com uma média de idades próxima dos 45 anos e com baixo nível de escolaridade (mensurado em anos de formação escolar). Grande parte dos inquiridos, são casados ou vivem em união de facto e já não se encontram profissionalmente ativos. São predominantemente do sexo masculino e vivem com o cônjuge. Em termos clínicos, o período de diagnóstico foi realizado, em média há oito anos. O início do consumo de bebidas alcoólicas aconteceu cerca dos 18 anos de idade, ligeiramente superior ao estudo de Balsa (2008) que refere que a maioria dos indivíduos tem o seu primeiro contacto com o álcool na adolescência, entre os 15 e os 17 anos.

O alcoolismo é uma doença crónica progressiva, caracterizada pela perda de controlo sobre o consumo de álcool, com consequências sociais, legais, psicológicas e físicas subsequentes. O apoio social é um importante recurso para quem sofre de uma doença crónica, interferindo favoravelmente na recuperação da doença, na proteção das suas consequências e de situações stressantes (Bolger & Amarel, 2007; Cohen & Lemay, 2007; Serra, 1999). O suporte social mostra-se assim fundamental, ajudando a enfrentar várias situações problemáticas resultantes da doença, tornando-a menos prejudicial para a sua QV. Esse apoio social funciona como fator atenuante do impacto das circunstâncias indutoras de stresse sobre o indivíduo, quando esse apoio está acessível, disponível, responde às necessidades e é considerado suficiente pelo indivíduo.

Os resultados do presente estudo indicam que as pessoas com SDA estão razoavelmente satisfeitos com o seu suporte social, no entanto, o que menos os satisfaz são as *atividades sociais*. De facto, a literatura indica que estas pessoas dedicam uma boa parte do seu tempo na obtenção e ingestão de bebidas alcoólicas, abandonando atividades sociais, ocupacionais ou recreativas (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Alguns estudos mostram diferenças na satisfação com o suporte social em função do sexo sendo, na maioria dos casos, a satisfação das mulheres com o Suporte Social superior à dos homens (Navalhas, 1998; Pais-Ribeiro, 1999; Sollner, et al., 1999). Estes resultados não são concordantes com a amostra em estudo, uma vez que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o suporte social de acordo com o sexo.

Estudos anteriores salientam a importância da satisfação com o suporte social relativamente ao estado conjugal, em concreto, as pessoas casadas ou em união de facto, percebem um melhor suporte social por parte dos familiares (Rodrigues, 2008; Rodrigues & Madeira, 2009). Neste estudo, os casados e os viúvos foram os que se

sentiram mais satisfeitos com o *suporte familiar* e com o suporte social em geral. Relativamente à *satisfação com as amizades* os participantes solteiros mostraram-se menos satisfeitos em relação aos casados. Por outro lado, constatou-se que os casados mostraram-se mais satisfeitos com o suporte social, em especial o íntimo, contando com um maior número de confidentes, comparativamente com os solteiros e os divorciados. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos, que mostram que pessoas casadas ou em união de facto, referem maior suporte social percebido relativamente aos solteiros e aos divorciados/separados (Ornelas, 1994; Thoits, 1995)

O suporte social pode ser um recurso importante para lidar com o stresse, podendo reduzir o isolamento social. Provavelmente os inquiridos solteiros e divorciados, podem experimentar isolamento social, e falta de apoio não só de amigos, como também de pessoas que estejam disponíveis para ouvir as suas preocupações mais íntimas.

Os trabalhadores apresentaram valores mais elevados de satisfação social *total*, mostrando uma maior *satisfação com as suas amizades* e relações íntimas, do que os desempregados. Este resultado pode estar relacionado com o facto percecionarem uma maior quantidade de relações sociais, na realização de papéis, como o caso de trabalhar, dando mais sentido à vida. É fundamental reconhecer e valorizar o papel que o local de trabalho pode desempenhar na ajuda a pessoas com problemas decorrentes da SDA. A estabilidade que um emprego pode oferecer é um fator essencial na recuperação da pessoa com SDA, assim como a satisfação que o convívio com os colegas de trabalho/amigos pode proporcionar.

Os estudantes mostraram-se menos satisfeitos com o apoio familiar comparativamente com os reformados e os trabalhadores. O uso “*binge*” corresponde a episódios de consumo pesado de álcool, que é frequente nos estudantes universitários que geralmente ainda residem em casa de familiares. O alcoolismo é um grave problema de saúde que afeta tanto o indivíduo que é portador da doença como os familiares que o rodeiam, são constantes as discussões que ocorrem no contexto familiar, por não haver um convívio harmonioso e saudável gerando insatisfação familiar (Reinaldo & Pillon, 2008).

As pessoas com SDA mais velhas estão mais satisfeitas com a sua *intimidade* e com o seu suporte social total. Com o tempo, o abuso do álcool provoca inúmeros e graves problemas de saúde. Os indivíduos com mais tempo de dependência alcoólica, podem sentir a necessidade de procurar outras pessoas para desabafar e pedir ajuda. Se encontrarem pessoas disponíveis, nas quais possam confiar e que os compreendam é provável que venham a ter uma melhor perceção do seu suporte social, e neste caso, com o suporte íntimo. Estes resultados assemelham-se a outros estudos que mostram que os adultos de uma faixa etária mais elevada, denotam uma maior perceção de disponibilidade ou satisfação com o apoio social, quando comparadas com as pessoas mais jovens (Allen, 2000; Moraes & Dantas, 2007). Concluimos que as pessoas com SDA mais velhas tendem a procurar com mais frequência o contacto com a família ou com os amigos do que os adultos jovens.

As pessoas com SDA que têm maior escolaridade estão menos satisfeitas com o seu suporte familiar. É possível que em função do nível de conhecimento e experiências diversificadas desenvolvam expectativas e exigências diferentes acerca do suporte familiar. A informação disponível tem demonstrado resultados controversos a respeito da relação dos vínculos sociais e/ou apoio social com a escolaridade. Assim, alguns autores afirmam que as pessoas com menos escolaridade têm menor interação social e, naturalmente, uma menor perceção de apoio social. Outros autores mostram que essas pessoas podem desenvolver padrões mais coesos de apoio social, como forma de

ajustamento às adversidades (House, Landis, & Umberson, 1988; Ramos, 2002; Weyers, et al., 2008).

A família e os amigos constituem fatores relevantes de proteção para aqueles que precisam de enfrentar a doença e conhecer o diagnóstico (Carvalho, Morais, Koller, & Piccinini, 2007; Seidl & Tróccoli, 2006). A sucessão de internamentos e de recaídas, prejudica os relacionamentos com os amigos e/ou a família, sobretudo a percepção do cuidado, disponibilidade e atenção que lhes é prestada. No nosso estudo, verificou-se que um maior número de internamentos e de recaídas provoca menor satisfação com o suporte social e com família.

Habitualmente, o internamento tem uma duração de 2 a 4 semanas e a maior parte dos tratamentos da SDA sugerem a participação da família no processo de recuperação da pessoa no seu sistema familiar. A recuperação é um processo lento, e a recaída pode surgir em qualquer momento. Considerando a recaída como uma fase de crise da doença alcoólica, o suporte familiar pode mostrar-se menos funcional, graças a esta situação de distresse (Sollner et al., 1999). Portanto, a instabilidade do SDA e os seus repetidos internamentos provocam uma diminuição dos apoios familiares e sociais, ficando a pessoa, deste modo, mais desprotegida perante situações stressantes, que podem ocasionar mais recaídas e obviamente, com uma menor percepção de qualidade de vida.

Alguns estudos apontam a família como a maior fonte de suporte social, além de exercer um papel fundamental no bem-estar de seus membros (Carvalho, Morais, Koller, & Piccinini, 2007; Pais-Ribeiro, 1999; Siqueira, 2008). Como é compreensível, as pessoas com SDA que são ou foram acompanhados pela família durante o tratamento, apresentaram em média, níveis de satisfação mais elevados com as relações familiares. Sem qualquer dúvida a família é a primeira base de cuidados do indivíduo e no caso da SDA, enquanto doença crónica a família tem um papel fundamental no sentido de garantir o bem-estar da pessoa doente, a capacidade de resposta às exigências e continuidade do tratamento. A literatura aponta para outras importantes fontes de apoio social, neste caso estamos a referir-nos aos grupos de autoajuda, pois reúnem pessoas com o mesmo objetivo, dificuldades, necessidades para os ajudar a enfrentar os problemas decorrentes do alcoolismo (Alcoólicos Anónimos, 2004; Filzola, Tagliaferro, Andrade, Pavarini, & Ferreira, 2009; Fornazier & Siqueira, 2006; OMS, 2001).

Contrariamente a outros estudos, no presente não foram detetados resultados que indicassem a presença de diferenças significativas no que se refere à satisfação com o suporte social pelo facto dos participantes frequentarem grupos de autoajuda. Relembre-se no entanto que, a maioria dos inquiridos não frequentava grupos de autoajuda, e os que frequentavam faziam-no em média há dois anos ( $\text{ampl.}=0,02-22$ ). A Satisfação com o Suporte Social (*escala total*) registou correlações positivas com a maioria das componentes da Qualidade de Vida. Concluímos que as pessoas que apresentam uma melhor satisfação com o Suporte Social, realizam as atividades sociais normalmente, sem a interferência de problemas físicos ou emocionais e sentem-se também mais felizes. Observamos ainda que as pessoas com SDA que mostraram mais satisfação com a *intimidade*, tinham também uma melhor *função social*, um melhor *desempenho emocional* e uma melhor *saúde mental*.

A SDA pode causar limitações físicas, emocionais e sociais consideráveis, alterando significativamente os padrões de vida. O suporte social produz efeitos benéficos para a saúde tanto ao nível físico como mental, e guarda uma estreita relação com o bem-estar. Em conclusão, o suporte social pode amenizar a relação entre a doença e a qualidade de vida, pois o suporte social proveniente das relações sociais contribui para o ajustamento e desenvolvimento pessoais, tendo também uma ação mediadora relativamente aos efeitos do stress (Serra, 1999; Serra, 2000).

Este estudo pretendeu contribuir para compreender melhor a importância do suporte social e a sua relação com a QV nas pessoas com SDA. Como síntese, podemos concluir que existe, de facto, uma relação entre a satisfação com o suporte social e as várias dimensões da qualidade de vida. Não se detetaram neste estudo diferenças estatisticamente significativas, da percepção da satisfação com o suporte social em função do sexo e da participação dos grupos de autoajuda, tornando-se necessários outros estudos suscetíveis de identificar essa relação. O apoio social foi avaliado uma única vez (estudo transversal), não tendo sido possível captar as influências de algumas situações, tais como o bem-estar psicológico, comorbilidades, problemas jurídicos, familiares entre outros, na percepção de apoio, o que pode constituir uma limitação.

As pesquisas nesta área devem ser incentivadas, nomeadamente com amostras populacionais mais abrangentes, a fim de ampliar as análises das relações entre o apoio social e as variáveis sociodemográficas, bem como estudar a sua influência na qualidade de vida. Seria importante realizar estudos análogos em populações mais específicas, como, por exemplo, adolescentes ou cônjuges que convivam diariamente com o doente alcoólico, assim como, outros grupos de autoajuda, para além dos Alcoólicos Anónimos.

Gostaríamos, pois, de salientar a importância que o suporte social representa para a pessoa com SDA na medida em que esta doença é uma situação geradora de stresse e afeta a QV. Neste contexto é essencial envolver e incluir o suporte social no plano de tratamento com a finalidade de poder enfrentar positivamente as dificuldades do diagnóstico e da recuperação. A intervenção dos técnicos de saúde junto da pessoa com SDA é fundamental para a percepção e reconhecimento da importância do apoio social como forte contributo para a melhoria do seu estado de saúde e QV.

## REFERÊNCIAS

- Alcoólicos Anónimos. (2004). *Alcoólicos Anónimos* (2ª ed). (Escritório de Serviços Gerais de Alcoólicos Anónimos, Trad.). Lisboa: Portugal (Obra original publicada em 1955).
- Allen, D. (2000). Social networks and self-employment. *Journal of Socio-Economics*, 29, 487-501. doi:org/10.1016/S1053-5357(00)00086-X
- Balsa, C. (2008). *Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal, 2007*. Lisboa: IDT, IP.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of Social Support Visibility on Adjustment to Stress-Experimental Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 458-475. doi:10.1037/0022-3514.92.3.458
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.
- Carvalho, F. T., Morais, N. A., Koller, S. H., & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/Aids. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2023-2033. doi:10.1590/S0102-311X2007000900011
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S., & Lemay, E. P. (2007). Why would social networks be linked to affect and health practices?. *Health Psychology*, 26, 410-417. doi:10.1037/0278-6133.26.4.410
- Ferreira, P. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF 36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Ferreira, P. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF36. Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.

- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência. Usos, Abusos e Dependências*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Filzola, C., Tagliaferro, P., Andrade, A., Pavarini, S., & Ferreira, N. (2009). Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58, 181-186. doi:10.1590/S0047-20852009000300007
- Fornazier, M., & Siqueira, M. (2006). Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55, 280-287. doi:10.1590/S0047-20852006000400004
- House, J., Landis, K., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545. doi:10.1126/science.3399889.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Lisboa: ReportNumber.
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Matheus, I. S., & Pillon, S. C. (2004). Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, en el Perú. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 359-368. doi:10.1590/S0104-11692004000700010
- Ministério da Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Moraes, T., & Dantas, R. (2007). Evaluation of social support among surgical cardiac patients: support for nursing care planning. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 323-329. doi:10.1590/S0104-11692007000200020
- Moreira, M. S. (2010). *Stress e Suporte Social em Pais de Crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, Portugal.
- Navalhas, J. (1998). Crise e Suporte Social, Efeitos potenciais do Suporte Social. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, 3, 27-46.
- OMS. (2001). *Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: origens, conceitos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 2-3, 333-339.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17, 547-558.
- Pais-Ribeiro, J., & Ponte, A. C. (2009). Propriedades métricas da versão portuguesa da escala de suporte social domos (MOS social support survey) com idosos. *Psicologia, Saúde & Doença*, 10, 163-174.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo, Lda.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologia*, 7, 156-175. Doi:10.1590/S1517-45222002000100007
- Reinaldo, M., & Pillon, S. (2008). Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 529-534.
- Rodrigues, V. (2008). *Satisfação com o Suporte Social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Rodrigues, V. B., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 390-399.

- Seidl, E., & Tróccoli, B. (2006). Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22, 317 – 326. doi:10.1590/s0102-37722006000300008
- Siqueira, M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13, 381-388. doi:10.1590/S1413-73722008000200021
- Sollner, W., Zschocke, I., Zing-Schir, M., Stein, B., Rumpold, G., Fritsch, P., & Augustin, M. (1999). Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics*, 40, 239-250. doi:10.1016/S0033-3182(99)71241-7
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*, 53-79. doi:org/10.2307/2626957
- Serra, A.V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor.
- Serra, A.V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21, 261-278.
- Weyers, S., Dragano, N., Nöbus, S., Beck, E. M., Stang, A., Möhlenkamp, S., ...Siegrist, J. (2008). Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the Heinz Nixdorf Recall Study. *International Journal for Equity in Health*, 7, 1-7. doi:10.1186/1475-9276-7-13
- WHO. (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Genebra: World Health Organization.
- Wills, T., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Edits.), *Handbook of health psychology* (pp. 209-234). New Jersey: LEA.