



Universidade Atlântica

Escola Superior de Saúde Atlântica

IV Curso de Licenciatura em Enfermagem

Trabalho de Monografia

**Intervenção do enfermeiro face às
necessidades de saúde do cliente nos
Centros de Atendimento a
Toxicodependentes na Delegação
Regional de Lisboa e Vale do Tejo.**

Autoras:

Susana Cristina Cabaço Venâncio

Susana Evangelista Ribeiro

Orientadora:

Enfermeira Leonor Carvalho

Barcarena, Maio 2008



Universidade Atlântica

Escola Superior de Saúde Atlântica

IV Curso de Licenciatura em Enfermagem

Trabalho de Monografia

**Intervenção do enfermeiro face às
necessidades de saúde do cliente nos
Centros de Atendimento a
Toxicodependentes na Delegação
Regional de Lisboa e Vale do Tejo.**

Monografia realizado no âmbito do 4º Curso de Licenciatura de
Enfermagem para obtenção do grau académico de licenciatura em
Enfermagem.

Autoras:

Susana Cristina Venâncio

Susana Evangelista Ribeiro

Orientadora:

Enfermeira Leonor Carvalho

Barcarena, Maio 2008

IDT (2007):

*“... do pedido de ajuda ao regresso à autonomia,
percorre-se o caminho do tratamento, numa parceria de responsabilidade mútua
entre os que são capazes de prestar ajuda e aqueles que dela necessitam...”*

Agradecimentos

Um agradecimento especial, á Enfermeira Leonor Carvalho, pela sua disponibilidade sempre demonstrada, orientação, apoio, incentivo sempre presente para a realização deste trabalho e por ter acreditado em nós.

À Enfermeira Paula Santos, pela pronta disponibilidade, interesse demonstrado ao longo da realização do estudo, que sem ela, não teria sido possível...

Aos Enfermeiros que gentilmente colaboraram na recolha de dados e sem os quais a mesma não teria sido possível, o nosso muito obrigada!

Por fim, agradecemos às nossas amigas que sempre nos apoiaram na realização deste estudo, em especial à Vanessa...

Da Susana Ribeiro às pessoas que adoro muito e que me adoram...

À minha mãe ao meu pai, à minha irmã e restante família, pelo apoio e incentivo e compreensão nos momentos mais difíceis, que me deram ao longo da minha vida...

Ao Ricardo por toda a compreensão, ajuda, amizade e amor demonstrados...

Às amigas e amigos que estiveram sempre presentes...

Ao “quinteto fantástico” por toda amizade....

E, por fim, à Susana...sem ela isto não seria possível...

A todos muito obrigada por sempre acreditarem que isto fosse possível...

Da Susana Venâncio às pessoas que mais amo...

Aos meus pais e avós, pelo apoio, incentivo e compreensão que sempre tiveram em todos os momentos...

A ti João Pedro pela paciência, apoio e ajuda nos momentos mais difíceis e pelo amor que sempre demonstras...

Ao “quinteto fantástico” por toda amizade...

E como não podia deixar de ser, à Susana, por toda amizade compreensão e ajuda nos piores momentos e que sem ela a realização deste estudo não seria possível...

A todos muito obrigada por tudo...

Por fim, a todos que directa ou indirectamente contribuíram para a realização deste estudo...

Lista de Siglas

CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes

CRID's – Centros Regionais Integrados

DRLVT – Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo

E.U.A. – Estados Unidos da América

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

PSM – Programa de Substituição com Metadona

SPTT – Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência

THC – Tetrahydrocannabinol

RESUMO

Este trabalho surge no âmbito do 4º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica, inserido na disciplina de Investigação em Enfermagem, e tem como tema “A Intervenção do Enfermeiro Face às Necessidades de Saúde do Cliente dos CAT’s da Delegação de Lisboa e Vale do Tejo”.

O objectivo geral deste estudo é conhecer a intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do cliente dos CAT’s da Delegação de Lisboa e Vale do Tejo, e a questão de investigação é: Qual a intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do cliente dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes?

Ambas demonstrávamos interesse em conhecer melhor a problemática bio-psico-social, que envolve a toxicodependência e as intervenções de enfermagem perante as necessidades das pessoas toxicodependentes, e porque esta área foi pouco abordada ao longo do curso de enfermagem.

O estudo insere-se no paradigma de investigação qualitativa, os dados foram colhidos através de uma entrevista utilizando a técnica de “*Focus Group*”, a um grupo constituído por 8 enfermeiros prestadores de cuidados nos Centros de Atendimento a Toxicodependentes da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo.

Os dados obtidos foram tratados através da técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin.

Após o tratamento dos dados fornecidos pelos participantes concluímos que, as intervenções de enfermagem face às necessidades de saúde dos clientes dos CAT’s são as seguintes: o acolhimento, a avaliação das necessidades de saúde, o encaminhamento do cliente para os diversos técnicos de saúde, acompanhamento individual/familiar e consequente diminuição da sua ansiedade, programas (administração de metadona/buprenorfina, redução de danos e rastreios), articulação com instituições e com a equipa e finalmente a prevenção e promoção da saúde, nas seguintes áreas: saúde da mulher e da criança, gravidez e amamentação e prevenção primária.

Relativamente à componente mais relevante para o exercício da profissão de enfermagem, os entrevistados, consideraram que é fundamental existir uma interligação entre a componente técnica, teórica e relacional, para uma boa prestação de cuidados.

Foram também referidas algumas dificuldades sentidas pelos enfermeiros no exercício da sua função e as respectivas estratégias para as superar. Por fim, os enfermeiros salientaram a importância da formação específica nesta temática ao longo da carreira de enfermagem.

RESUME

This piece of work appears in the 4-º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica, concerning the subject in Nursing Investigation. We think it's very important to achieve the subject's objectives, in order to be aware of the bio-psico-social problems about toxicodependents.

The overall objective of this study is to ascertain the involvement of nurses meet the health needs of the customer of the CAT's of Delegação de Lisboa e Vale do Tejo, and the question of research, is: What's intervention nurse meet the health needs of the client Attention to the Centers for Substance abusers?

Both demonstrávamos interest in learning more about issues bio-psycho-social, involving drug addiction and the interventions of nursing before the needs of people addicted, and because this area has been little discussed during the course of nursing.

The study falls within the paradigm of qualitative research, data were collected through an interview using the technique of "Focus Group", a group formed by 8 nurses providers of care in the Odvisniki Care Centers of the Delegação de Lisboa e Vale do Tejo

The data were treated by the technique of analysis of content, according Bardin.

After processing of data provided by the participants concluded that the interventions of nursing meet the health needs of the customers of CAT's are:

The host, needs assessment, health, the routing of client to the various technical, health, monitoring individual / family and consequent decline in their anxiety, programs (Administration of methadone / buprenorphine, reduction of damage and screening), in conjunction with institutions with the team and ultimately the prevention and health promotion, in the following areas: health of women and children, pregnancy and breastfeeding and primary prevention.

On the component most relevant to the exercise of the profession of nursing, the respondents considered that it is essential there is an interconnection between the technical, theoretical and relational, for a good provision of care.

Were also mentioned some difficulties experienced by nurses in the exercise of their function and their strategies to overcome.

Finally, the nurses stressed the importance of specific training in this theme throughout the career of nursing.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE TABELAS	IX
ÍNDICE DE QUADROS	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XI
1.INTRODUÇÃO	1
2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
2.1. A ENFERMAGEM	4
2.1.1. <i>Breve perspectiva histórica</i>	4
2.1.2. <i>Definições de Enfermagem</i>	6
2.2. NECESSIDADES DE SAÚDE	6
2.3. RELAÇÃO DE AJUDA	9
2.3.1. <i>Objectivos da Relação de Ajuda</i>	9
2.3.2. <i>Atitudes da Relação de Ajuda</i>	10
2.4. A TOXICODEPENDÊNCIA	12
2.4.1. <i>Perspectivas históricas sobre a toxicodependência</i>	12
2.4.2. <i>Cuidar em Toxicodependência</i>	15
2.5. SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS	16
2.5.1. <i>Perspectivas histórica das substâncias psicoactivas</i>	16
2.5.2. <i>Definição de substâncias psicoactivas</i>	17
2.5.3. <i>Dependência de substâncias psicoactivas</i>	17
2.5.4. <i>Principais substâncias psicoactivas</i>	18
2.6. TRATAMENTO	22
2.6.1. <i>Tratamento com Agonistas opiáceos</i>	23
2.7. UNIDADES DE TRATAMENTO	25
2.7.1. <i>Centros de Atendimento ao Toxicodependente (CAT's)</i>	25
3.METODOLOGIA	27
3.1. PARADIGMA E TIPO DE ESTUDO	27
3.2. POPULAÇÃO ALVO /AMOSTRA	28
3.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	29
3.3.1. <i>Definição de “Focus groups”</i>	30
3.4. MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	33
3.4.1. <i>Análise de Conteúdo</i>	33
3.5. IMPLICAÇÕES ÉTICAS	34

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	37
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	37
4.2. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	40
4.2.1. <i>Categoria Intervenções de Enfermagem.....</i>	<i>41</i>
4.2.2. <i>Categoria Componentes mais relevantes.....</i>	<i>55</i>
4.2.3. <i>Categoria Dificuldades sentidas.....</i>	<i>60</i>
4.2.4. <i>Categoria Estratégias.....</i>	<i>70</i>
4.2.5. <i>Categoria final: competências.....</i>	<i>75</i>
5. CONCLUSÃO	76
6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	80
7. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO.....	81
8. SUGESTÕES DO ESTUDO	82
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
10. APÊNDICES.....	87
APÊNDICE A: CRONOGRAMA.....	88
APÊNDICE B: CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	90
APÊNDICE C: CARTA EXPLICATIVA PARA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO	92
APÊNDICE D: TERMO PARA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO	96
APÊNDICE E: QUESTIONÁRIO PARA A CARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES.	99
APÊNDICE F: COLHEITA DE DADOS.....	103
APÊNDICE G: AGRADECIMENTOS	132
APÊNDICE H: QUADRO DE CATEGORIAS.....	134
ANEXOS	137
ANEXO 1: LEI DE BASES DA SAÚDE.....	138
ANEXO 2: DECRETO-LEI N.º 7/97 DE 8 DE MARÇO DO DIÁRIO DA REPUBLICA	141

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da população segundo a idade	37
Tabela 2: Distribuição da população segundo o género	38
Tabela 3: Distribuição da população segundo a formação profissional	38
Tabela 4: Distribuição da população segundo a sua categoria profissional de desempenhado na instituição	39

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Descrição numérica das Categorias, Sub-Categorias, Unidades de Contexto e Unidades de Registo.	41
Quadro 2: Categoria Intervenções de Enfermagem e suas subcategorias e Unidades de Contexto	41
Quadro 3: Subcategoria: Acolhimento	42
Quadro 4: Subcategoria: Necessidades de Saúde	43
Quadro 5: Subcategoria Encaminhamento	44
Quadro 6: Subcategoria: Acompanhamento.....	46
Quadro 7: Subcategoria Programas	49
Quadro 8: Subcategoria: Articulação	52
Quadro 9: Subcategoria: Prevenção e promoção da saúde.....	54
Quadro 10: Categoria Componentes mais relevantes e suas subcategorias e unidades de contexto	55
Quadro 11: Subcategoria: Componente Teórica	56
Quadro 12: Subcategoria componente técnica	57
Quadro 13: Subcategoria Componente relacional	59
Quadro 14: Descrição da categoria Dificuldades sentida, e suas subcategorias	60
Quadro 15: Subcategoria Atendimento	62
Quadro 16: Subcategoria Centros de saúde	64
Quadro 17: Subcategoria: Desmotivação	66
Quadro 18: Subcategoria: Políticas de Saúde.....	67
Quadro 19: Subcategoria: população carenciada economicamente	69
Quadro 20: Descrição da categoria Estratégias sentidas e suas respectivas Subcategorias	70
Quadro 21: Subcategoria: Trabalho de equipa	71
Quadro 22: Subcategoria Contactos com instituições	73
Quadro 23: Subcategoria Competências.....	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da população segundo a idade	37
Gráfico 2: Distribuição da população segundo o género.....	38
Gráfico 3: Distribuição da população segundo a Formação profissional.....	39
Gráfico 4: Distribuição da população segundo o cargo de desempenho na instituição .	39

1.INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do 4º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica, inserido na disciplina de Investigação em Enfermagem.

Como refere Polit, et al (2001): “...a pesquisa é a investigação sistemática que usa métodos para responder às questões ou resolver os problemas. A meta final da pesquisa é desenvolver, refinar e expandir um corpo de conhecimentos...cada vez mais é essencial que a enfermagem adopte a prática baseada na evidência de modo a poder fundamentar as suas decisões, acções e intervenções...”. (p.20)

A pesquisa em enfermagem é fundamental para que se possa estabelecer uma base científica de conhecimento para a prática.

O tema que nós escolhemos para a realização da monografia tem como título “Intervenção do Enfermeiro Face às Necessidades de Saúde do Cliente dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo”.

Achámos importante abordar este tema, visto que, ambas demonstrávamos interesse em conhecer melhor a problemática bio-psico-social que envolve as intervenções de enfermagem perante as necessidades das pessoas toxicodependentes, pois enquanto alunas e futuras profissionais de saúde temos interesse em compreender a intervenção dos enfermeiros nos CAT’s e as funções que desempenham para além da administração da metadona. Visto que a intervenção do enfermeiro é primordial na recuperação do toxicodependente, o que nos motivou para a realização de um trabalho de investigação nesta área, visto também que é uma área pouco desenvolvida no currículo escolar.

A razão que nos incentivou a escolher os CAT’s como local para a nossa colheita de dados, foi o facto de querermos estudar a intervenção dos enfermeiros fora do âmbito hospitalar.

O CAT é uma instituição estatal, tutelada pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), onde são prestados cuidados globais a pessoas toxicodependentes e aos seus familiares, individualmente ou em grupo, através de uma abordagem holística.

A toxicodependência é um dos flagelos da nossa sociedade, sendo esta um alerta para se reflectir sobre estruturas, fisiológicas, valores e comportamentos em que assenta

e oferece. É um dos mais frequentes fenómenos generalizados de uma sociedade cada vez mais desintegrada e despersonalizada, que distancia o homem de si mesmo e dos seus semelhantes.

A toxicodependência não é uma circunstância de acaso nem uma doença congénita ou contagiosa, ninguém nasce dependente, nem fica dependente de um dia para o outro. As diferentes situações causais, as múltiplas experiências e vivências entrecruzam-se, a tal ponto, que as pessoas viciadas não vêem outra saída possível senão tornar-se dependentes. Embora as drogas, só por si, não constituam um problema, o simples facto de existirem e de produzirem um determinado tipo de sensações vai ser determinante para o risco de dependência.

Para podermos cuidar um indivíduo toxicodependente é preciso, antes de mais, centrarmo-nos na pessoa e nas suas necessidades.

O único estudo encontrado, que abordasse esta temática, foi realizado por alunas do 2º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica, com o seguinte tema: “Expectativas Face ao Programa de Substituição com Metadona e Avaliação do Papel do Enfermeiro”, em que concluíram que “... *os enfermeiros mais novos e com maior formação académica, ao classificarem melhor o seu papel no PSM, estão mais despertos para os aspectos da relação durante a prestação de cuidados de enfermagem. Parece também ser os aspectos da relação o que os utentes mais procuram quando recebem cuidados de enfermagem.*”

Relativamente à nossa questão de investigação esta é de nível 1 e permite-nos analisar o fenómeno em estudo, tendo em conta o domínio deste trabalho de investigação:

Qual a intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do cliente nos Centros de Atendimento a Toxicodependentes?

A realização deste trabalho de investigação tem como objectivo:

- Conhecer a intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do cliente dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes da Delegação de Lisboa e Vale do Tejo.

A metodologia que adoptamos é de abordagem qualitativa e o tipo de estudo é descritivo/exploratório, sendo a recolha de dados efectuada, por entrevista, através do método designado por “*focus group*”, e o seu tratamento pela técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin.

A população-alvo deste estudo é representada pelos enfermeiros que prestam cuidados directos nos CAT's e nas áreas da delegação de Lisboa e Vale do Tejo, sendo a amostra constituída por oito elementos.

A técnica de amostragem escolhida é não-probabilística, e a amostra é caracterizada por ser intencional.

Este trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: introdução, enquadramento teórico, metodologia, análise e interpretação dos resultados, conclusão, implicações, limitações e sugestões do estudo e por fim as referências bibliográficas.

Para a elaboração deste trabalho, optámos pelas normas propostas por Azevedo (2006) e pelos modelos teóricos propostos por Fortin (1999) e Polit, et al (2004).

2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os temas que são abordados neste capítulo resultam de uma revisão metódica e organizada da literatura existente, bem como da sua análise crítica, que consideramos ser de particular importância para a compreensão deste trabalho de investigação.

Tremblay (citado por Fortin 1999) sobre este assunto diz que:

“...o enquadramento teórico ou revisão da literatura é um texto que resume nele vários outros sobre um assunto preciso estabelecendo ligações entre eles e expondo a problemática comum.”. (p.40)

É um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação, e deve possibilitar ao investigador a compreensão do estado actual dos conhecimentos relativos a um determinado problema de investigação, contextualizando quer teórica, quer conceptualmente.

Ao pesquisarmos trabalhos sobre a área em estudo, adquirimos uma perspectiva dos estudos existentes e qual o método mais adequado para alcançarmos as bases da nossa investigação, esta fase de conceptualização reveste-se, portanto, duma grande importância visto que ela fornece à investigação as suas bases, a sua perspectiva e sua força. (Fortin, 1999)

2.1. A Enfermagem

Não é possível compreender a enfermagem e o cuidar da actualidade, sem que se faça uma análise retrospectiva das suas origens para compreender as influências que acompanharam o seu desenvolvimento científico.

2.1.1. Breve perspectiva histórica

Desde que surgiu a vida humana pode-se afirmar que surgiu a enfermagem e concretamente os seus cuidados. Sendo o mais antigo dos “deveres” impostos às mulheres nas sociedades humanas. Desde o início da humanidade até à idade média era a mulher que tinha a responsabilidade de satisfazer as necessidades vitais à sobrevivência dos grupos e em algumas situações a responsabilidade de cura.

Durante milhares de anos, a prestação de cuidados não pertenciam a um ofício, muito menos se podia designar como uma profissão. Contudo estes cuidados pertenciam, “...a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida, em relação à vida do grupo.” (p.27). Os cuidados aos doentes eram executados por mulheres consagradas como as virgens ou viúvas. (Collière, 1999)

Estes conceitos têm vindo constantemente a moldar-se em função das necessidades da sociedade, tendo uma evolução histórica mais acentuada nos dois últimos séculos.

Também Collière (1999), diz-nos que:

“...a caridade era a principal referência de enfermagem e consistia em pôr o amor, a generosidade e o sentido fraterno nas relações com os desprotegidos. A enfermeira era vista como um “anjo de caridade”. Este espírito de missão a que estava associada a prestação de cuidados leva a que seja prestado por pessoas ligadas à religião. A enfermagem religiosa era concebida como um trabalho artesanal, uma arte manual, um voto religioso ao serviço do bem próprio.”. (p. 28)

O desenvolvimento das ciências médicas, o avanço tecnológico e científico no século XIX, permitiu que a enfermagem alargasse o seu papel para dar respostas a estes novos conhecimentos, surgindo assim, a enfermagem moderna.

Na opinião de Collière (1999):

“Na história de enfermagem, Florence Nightingale foi a primeira pessoa a definir este conceito, sendo-lhe atribuído o título de fundadora da Enfermagem Moderna, em que a mesma defendia uma filosofia que incluía cuidados globais, afirmando que as enfermeiras deviam cuidar da pessoa no seu todo e não apenas na doença...”. (p.7)

Na década de 60 esta corrente desenvolve-se a ponto de dar origem ao plano de cuidados e de se tornar uma das bases de elaboração do novo programa de estudos de enfermagem.

Contudo, Collière (1999), diz-nos que E.U.A. e com a entrada da enfermagem no ensino superior começam a surgir várias teóricas de enfermagem, e posteriormente na Europa em que se começa a delinear a enfermagem na sua vertente científica.

2.1.2. Definições de Enfermagem

Podemos verificar que desde os tempos mais remotos até à actualidade, as concepções de enfermagem têm sofrido algumas alterações, mas todas as definições, têm por base o homem como ser bio-psico-social e são fundamentadas por uma filosofia humanista.

Segundo Tomey et al (2004), “...no início do século XX, a enfermagem não era nem uma disciplina académica nem uma profissão...”. (p.15)

Na opinião de Bolander et al (1998), “...a definição de enfermagem mais citada, atribuída a Nightingale é o de colocar o doente na melhor condição para que a natureza possa agir sobre ele.”. (p.7)

Aos enfermeiros tem sido exigido uma preparação, cada vez maior, uma aquisição de um corpo de conhecimentos através de métodos científicos, sofrendo actualizações constantes, com a finalidade de uma prestação de cuidados mais qualificada, ou seja, uma maior eficácia e eficiência.

2.2. Necessidades de Saúde

Todos os indivíduos têm necessidades de saúde que têm que ser satisfeitas para a sua sobrevivência. Estas necessidades podem ser físicas ou psicológicas.

A satisfação de uma necessidade deve-se primordialmente ao desenvolvimento harmonioso daquilo que necessitamos. Deste modo, ao responder favoravelmente a uma necessidade de saúde estamos a permitir uma boa prestação de cuidados.

As necessidades básicas unem os indivíduos porque todos partilhamos as mesmas necessidades, a importância destas depende do valor que lhe é atribuído por cada um de nós. Sendo este influenciado por expectativas pessoais, sociais, pela saúde física e nível de desenvolvimento psicofisiológico. (Bolander, 1998)

Abraham Maslow (citado por Bolander, 1998) refere que:

“...foi um dos primeiros psicólogos a desenvolver a teoria das necessidades humanas. Criou a pirâmide das necessidades básicas, organizada hierarquicamente com cinco níveis de necessidades básicas, em que a de nível mais baixo devem ser satisfeitas antes das necessidades de nível mais alto... As cinco níveis de necessidades são: Necessidades Fisiológicas ... Necessidades de Segurança ... Necessidades de pertença e amo ... Necessidade de estima ... Necessidades de auto – realização ...” (p.312)

De acordo com Maslow (citado por Bolander, 1998), as necessidades fisiológicas constituem a sobrevivência do indivíduo, as de segurança constituem a procura de protecção contra a ameaça ou privação, a fuga e o perigo. As necessidades sociais incluem a necessidade de associação, de participação, de aceitação por parte dos companheiros, as de estima envolve a auto apreciação, a autoconfiança, a necessidade de aprovação social e de respeito, de status, prestígio e consideração.

Por fim, as necessidades de auto realização são as mais elevadas, é a necessidade humana de nos compreendemos a nós próprios.

Abraham Maslow (citado por Bolander, 1998) também afirmou que:

“...necessidades mais básicas ... devem ser satisfeitas para a pessoa continuar a viver, as necessidades mais elevadas adquirem igualmente um valor de sobrevivência – facto que os profissionais de saúde muitas vezes esquecem...” (p.312)

Quando estas necessidades não são satisfeitas pode ocorrer um desequilíbrio no organismo o que pode colocar em risco a sobrevivência do indivíduo.

Ainda segundo o mesmo autor, os enfermeiros intervêm auxiliando as pessoas que necessitam de satisfazer as suas necessidades e conseqüentemente a resolver os seus problemas. Para que os indivíduos possam alcançar um estado de independência e tornarem-se mais autónomos, para que o seu estado de bem-estar seja atingido.

Os modelos teóricos de enfermagem têm como principal objectivo proporcionar os conhecimentos necessários para aumentar a capacidade dos enfermeiros, promovendo assim a sua autonomia, o que leva ao aperfeiçoamento da prática.

Existem vários modelos teóricos fundamentais para a prática de enfermagem, mas será referenciado apenas o modelo teórico de Virgínia Henderson e o de Jean Watson.

O modelo de Henderson aborda a saúde, as necessidades básicas, a independência do cliente na satisfação das suas necessidades e o papel de auxílio desempenhado pela enfermeira em todos estes processos. Este modelo pertence à categoria dos modelos de desenvolvimento e apoia-se em teorias sociológicas e existenciais. Precisa o papel autónomo da enfermeira e descreve o cliente como agente da sua própria saúde. (Berger, 1995)

Na opinião de Henderson (referenciado por Berger, 1995), a saúde é própria de um ser realizado e representa um estado de unidade entre o corpo e o espírito. Trata-se de uma abordagem global, em que o ser humano é considerado um ser completo e bem integrado no seu meio.

Segundo Tomey et al (2004):

“...o papel essencial da enfermeira consiste em ajudar o individuo doente ou são, a manter ou a recuperar a saúde (ou assisti-lo nos seus últimos momentos) através da execução de tarefas que ele executaria sozinho se tivesse a força, a vontade, ou se possuísse os conhecimentos necessários, e em executar essas funções de forma a ajudá-lo a reconquistar a sua independência o mais rapidamente possível.” (p.15)

Segundo Berger (1995):

“...as necessidades de Virgínia Henderson são as seguintes: Respirar; Comer e beber; Eliminar; Movimentar-se e manter uma postura correcta; Dormir e repousar; Vestir-se e despir-se; Manter uma temperatura corporal dentro dos limites considerados normais; Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos; Evitar os perigos; Comunicar com os semelhantes; Agir segundo as suas crenças e valores; Ocupar-se com vista à sua realização; Recrear-se; Aprender...” (p.12)

O modelo conceptual de Virgínia Henderson permite não só identificar os problemas de saúde, mas situar a intervenção e avaliar, de igual modo todos os comportamentos possíveis de estabelecer as soluções adequadas. (Berger, 1995)

O modelo teórico de Jean Watson é o modelo mais utilizado na prestação de cuidados nos CAT's.

Esta autora, para reduzir a dicotomia entre a teoria e a prática de enfermagem propôs uma filosofia e uma ciência de cuidados.

Segundo Watson (citado por Tomey et al, 2004) os enfermeiros desenvolvem promoções de saúde através de acções de prevenção, ou seja, é da competência de enfermagem a promoção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados. É necessário um tratamento holístico do indivíduo para uma melhor prestação de cuidados.

Watson (citado por Tomey, et al, 2004):

“...ênfatiza os cuidados mas vai buscar a perspectiva existencial fenomenológica à psicologia e às humanidades e apresenta a enfermagem como uma ciência humana...” (p. 22)

Esta autora contribui para a enfermagem através da sensibilização dos praticantes individuais para aspectos e cuidados humanistas.

2.3. Relação de Ajuda

De uma forma geral, a palavra “relação” entende-se pela presença de elos de ligação ou contactos, de uma forma de coexistência.

No domínio da relação de ajuda, a expressão “estar em relação” tem um sentido mais profundo que na linguagem corrente. Nesta expressão, a palavra “estar” engloba não só a presença física do enfermeiro próximo da pessoa a quem se presta cuidados, mas também de todo o seu ser, não se limitando a desempenhar um papel ou a executar uma tarefa.

Lazure (1994) afirma que o enfermeiro:

“...quando está com o indivíduo em relação de ajuda precisa ter profunda consciência ou seja, deve aproveitar o direito de professar as suas próprias convicções morais e religiosas, ou seja, ausência de toda e qualquer coação externa em matéria de moral ou religião, do contacto com aquele que ele incita a prosseguir no crescimento pessoal e na busca de soluções, devido ao seu alto nível de empenhamento e mantendo o respeito...” (p.13)

Se existem palavras que dão sentido à enfermagem, ajudar é sem dúvida uma delas. Para que o enfermeiro possa ajudar a pessoa que necessita de cuidados deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que, essa pessoa, independentemente da natureza do seu problema de saúde é o único que possui os recursos básicos para o resolver. A partir deste ponto compete ao enfermeiro oferecer os meios complementares que permitam à pessoa descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar, para resolver o seu problema. (Berger, 1995)

2.3.1. Objectivos da Relação de Ajuda

Um dos principais objectivos da relação de ajuda, é permitir o desenvolvimento das capacidades do indivíduo e sua família, de forma a torná-los competentes e capazes de utilizar os recursos afectivos, físicos, sociais e económicos disponíveis.

Para Berger (1995) é através da relação de ajuda que o enfermeiro deve ajudar o cliente que precisa de cuidados a colocar a sua dificuldade em palavras a fim de que este possa sentir-se como um interveniente activo na sua própria situação, aceitando a dor ou as dificuldades de uma situação com mais serenidade. O indivíduo deve aceitar o seu

problema com maior clareza, de maneira mais realista, nas suas justas proporções, e modificar as suas perspectivas sobre o assunto, em caso de necessidade.

Expressar os seus sentimentos, as suas opiniões e necessidades, mesmo sendo negativos, para que em seguida seja capaz de se aceitar tal como é e desenvolver uma auto-imagem mais positiva.

2.3.2. Atitudes da Relação de Ajuda

Para ser possível estabelecer uma relação de ajuda o enfermeiro deve ser receptivo ao outro e estar muito atento aos seus próprios sentimentos e reacções, demonstrando atitudes fundamentais, como a capacidade de: escuta, de ser empático, de respeitar, de ser congruente e ser claro. (Berger, 1995)

A capacidade de escuta tem a finalidade de compreender a realidade psico -emotiva do cliente. É uma atitude de sensibilidade, disponibilidade e receptividade, originando a emissão de uma resposta por parte do enfermeiro. Através da escuta o enfermeiro permite que a pessoa compreenda as suas próprias dificuldades e encontre em si próprio os recursos que não tem estado a utilizar.

Lazure (1994) refere que:

“...todo o ser humano tem necessidade de se sentir importante aos olhos dos outros. O estado de vulnerabilidade provocado por um problema de saúde aumenta de tal forma na pessoa esta necessidade que só uma escuta atenta, por parte do enfermeiro, a pode satisfazer.”. (p.20)

Berger (1995) refere que a relação de ajuda a escuta é uma capacidade, um instrumento essencial, que o enfermeiro deve desenvolver, pois é a única via de acesso à compreensão das pessoas que precisam dos seus cuidados.

A capacidade de ser empático é primordial para que se estabeleça uma relação de ajuda com sucesso. Quando se manifesta empatia sentem-se as emoções do outro e simultaneamente compreende-se a dinâmica do seu comportamento.

Para que exista empatia o enfermeiro deverá perceber o lugar do outro, o que permite o conhecimento do problema para posteriormente desenvolver estratégias que permitam entender o toxicodependente. É benéfica não só para o toxicodependente mas também para o enfermeiro a quem leva a riqueza de uma experiência humana partilhada.

Respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa singularidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória. (Berger, 1995)

Para que a relação de ajuda progrida é fundamental que exista respeito por parte do enfermeiro pela pessoa a quem presta cuidados.

Conforme Lazure (1994) refere:

“...todo o ser humano é digno de respeito independentemente de quais sejam os seus valores. O enfermeiro tem que respeitar a pessoa a quem presta cuidados para que este se sinta amado e consiga evoluir para se tornar autónomo.”. (p.22)

A capacidade de ser congruente é uma característica da pessoa emocionalmente sã, pois possibilita que no indivíduo haja concordância entre o que ele vive interiormente e que não se iniba de o demonstrar durante as suas interacções.

Na opinião de Lazure (1994):

“...a concordância entre o que se vive interiormente e a expressão dessa vivência, permite ao utente aperceber-se de que o enfermeiro é uma pessoa de confiança, segura, sincera, incidindo positivamente na qualidade da relação.”. (p.24)

Na opinião de Berger (1995) a capacidade de clareza é de grande utilidade na relação, permite que o enfermeiro mantenha uma comunicação clara e eficaz com o cliente a quem presta cuidados. Permite examinar os problemas individualmente sem os omitir e deformatar, de modo a regularizar todas as ambiguidades bem como precisar os aspectos obscuros.

É importante que o enfermeiro incentive o cliente a clarificar todos os aspectos dos seus problemas para que este consiga viver da forma mais autónoma possível.

2.4. A Toxicodependência

A toxicodependência constitui, sem dúvida, um dos mais graves problemas da nossa sociedade. Os meios encontrados para a combater, porém, estão muito longe de terem atingido a eficácia desejável.

Poderá ou não haver habituação, sendo que o mesmo indivíduo poderá ser dependente de mais de uma droga.

Os estudos apontam para a existência de cada vez mais toxicodependentes em Portugal. O que até há pouco tempo era um fenómeno localizado a grandes centros e a regiões litorais, actualmente estende-se a quase todas as vilas e aldeias do nosso país.

A formação dos profissionais de saúde na matéria terá seguramente melhorado no decurso destes últimos anos, mas as carências são ainda muitas.

Deve entender-se que a toxicodependência é encarada pela classe dos profissionais de saúde actualmente como uma doença, com intervenções a nível da prevenção primária, secundária e terciária visando não só o indivíduo mas a sociedade em geral. Assim, tem havido uma preocupação crescente em sensibilizar toda a sociedade para um problema individual e também social, procurando uma mudança de atitudes face à toxicodependência, promovendo a aceitação do toxicodependente livre de estigmas e preconceitos.

2.4.1. Perspectivas históricas sobre a toxicodependência

O Homem sempre usou substâncias psicoactivas (drogas) de forma diversificada e culturalmente integrada, aliás, não parece que tenha havido alguma sociedade em que os homens não tivessem à sua disposição “*substâncias que permitissem modificar o humor*”, as percepções e os estados de consciência. (Morel, 1998, p.40).

Daquilo que se sabe, e pelo que Rosa et al (2000) menciona, também não parece que o uso destas substâncias tenha sido completamente livre, mas, pelo contrário foram sempre regulamentadas, através de rituais religiosos, práticas médicas ou rituais sociais.

A história do uso de drogas não prescritas por médicos têm milhares de anos, desde então, as drogas têm exercido um papel significativo em todas as culturas.

A mais antiga utilização de substâncias psicoactivas, parece remontar a cerca de 5000 a.C. Essa época, consumia-se essencialmente a *cannabis* ou *cânhamo indiano*. O ópio e os seus derivados “alegravam” os habitantes das populações lacustres Suíças desde 2500 a.C.

Na ideia de Staruss (1973) (citado por Rosa et al, 2000):

”... a droga esteve intimamente ligada à vida de todos os povos desde a alvorada da humanidade. Os modos de consumo, as razões desses consumos variam consoante o período histórico e o lugar onde ocorrem.” (p.16)

O uso de drogas na civilização ocidental difundiu-se a partir do século XIX, em particular na Europa que dispunha já de informações abundantes sobre estupefacientes como o ópio e a *cannabis*.

Nesta mesma linha de pensamento Rosa et al (2000) refere que:

“...o ópio era a droga mítica por excelência (sendo ainda hoje), adquirindo esse invencível prestígio através de uma dupla realidade: produto de luxo, constituiu durante muito tempo o prazer de elites; por outro lado, enquanto menos ofensivos, menos prejudicial para o corpo do que os seus derivados, foi considerado durante muito tempo como medicamento para o pensamento, como um “fermento” do espírito criador...” (p.17)

O ópio era assim considerada uma droga positiva, uma “droga intelectual”. Nesta altura o uso estava limitado a um tipo de população muito restrito como o meio intelectual como os poetas os artistas e o mundo dos médicos.

Até ao início do século XIX, o uso e abuso de opiáceos não era ilegal nem socialmente estigmatizado.

É em pleno século XIX que é isolado o alcalóide do ópio ao qual foi dado o nome de “morfina”, em honra de Morfeu – Deus Grego dos sonhos.

A segunda guerra vem marcar o fim de um ciclo de drogas naturais e semi-sintéticas. A necessidade de anestésicos para os feridos e estimulantes para os exércitos, contribui para um aumento do consumo dos estupefacientes. Cada uma das guerras foi seguida por uma vaga de consumos de drogas duras nos adultos, mas sem que isso se tenha colocado como um problema da sociedade.

É por volta dos anos de 1950 e 1960 que as drogas em geral e especialmente a heroína difundem-se de forma desmesurada no mundo contemporâneo, marcado por um declínio dos valores tradicionais e da religião, factores estes aliados ao progressivo aumento da duração da adolescência, e ao declínio dos “geradores” de imagens identificatórias para o adolescente. (Rosa et al, 2000)

Nesta altura os E.U.A. tornam-se o país que determina todas as novas modas de uso e abuso de drogas e os fenómenos sociais concomitantes. O consumo foi reactivado como moda em vários países ocidentais, surgindo assim as toxicodependências contemporâneas (juvenis), num momento histórico marcado por uma revolução cultural protagonizada pela juventude, associada a um declínio das religiões e dos valores tradicionais.

Segundo Nowlis (1990) (citado por Rosa et al, 2000);

“...a revolução revestiu-se de importantes contornos sociais, políticos e culturais. Foram os anos da paz e amor (peace and love), do pop, do movimento hippie, de Maio de 1968, da Beat Generation, anos que tiveram muito significado para os adultos das décadas de 80, 90, pais dos adolescentes actuais.” (p.15)

Nesta época, o consumo de determinadas drogas correspondia a uma filosofia de vida que fazia abertamente a apologia do prazer e este era maioritariamente associada ao consumo de drogas.

Segundo Rosa et al (2000):

“...a toxicomania de substâncias psicoactivas e outras, aparece-nos, sensivelmente a partir de meadas dos anos 70, como um dado permanente com o qual é preciso contar e aprender a viver, como um fenómeno de sociedade, mas com características muito diferentes daquelas que originalmente apresentava.” (p.21)

Progressivamente o início do consumo dos indivíduos foi diminuindo de idade, e actualmente a motivação dos jovens, são pouco ou nada intelectualizadas.

O êxtase, a embriaguez intelectual dos velhos tempos, tornaram-se oficialmente no divertimento actual. O consumo já não é intelectualizado, já não se pode falar de um desejo, mas sim de uma necessidade ou dependência latente.

A toxicodependência tornou-se num grave problema de saúde, social, económico e político à escala internacional.

2.4.2. Cuidar em Toxicodependência

A essência da enfermagem é, sem dúvida, o cuidar que é tudo aquilo considerado necessário à melhoria do bem-estar do indivíduo, garantindo a satisfação das necessidades de saúde indispensáveis à vida.

O cuidar é necessário para a prática da enfermagem, hoje e no futuro, e a profissão ao progredir torna-se necessário a capacidade para um novo modelo de enfermagem. (Watson, 2002)

Referente ao mesmo autor, o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem.

O cuidar constitui a prática por excelência da actuação dos enfermeiros, permitindo afirmar a sua identidade como profissão com saberes próprios.

Para cuidar de uma pessoa toxicodependente não basta administrar-lhe um agonista opiáceo, é preciso também ver se ele tem meios para continuar a combater a dependência, se ele sabe como fazer, até que ponto a dependência o transtorna a nível psicológico e afectivo. E isto é possível através da relação de ajuda entre enfermeiro – toxicodependente, para que o enfermeiro possa conhecer melhor o cliente, ou pelo menos, entendê-lo melhor para o ajudar a criar estratégias adequadas para a resolução dos seus problemas.

Para que se possa estabelecer uma relação de ajuda entre enfermeiro - toxicodependente é fundamental a comunicação, ou seja, é através da comunicação que se estabelece a relação terapêutica e dela depende o sucesso de todo o processo de tratamento do toxicodependente.

Segundo Soares (1990):

“...a enfermagem tem como máxima preservar a vida do doente utilizando todos os meios técnicos ao seu alcance para manter a homeostasia bio-psico-social do ser humano em todos os seus aspectos. ... Por vezes os meios técnicos não bastam, são insuficientes ou não surtem efeito e ainda temos de contar com o nosso auxílio humano. Para este auxílio ser completo temos de nos basear num dos princípios científicos da enfermagem, a comunicação.” (p.111)

A comunicação define-se como um elo social, que nos permite interagir uns com os outros de forma a estabelecer relações, assumindo assim um papel fundamental em enfermagem.

Assim sendo podemos afirmar que a comunicação está presente sempre que duas pessoas se encontram directa ou indirectamente para transferir informação.

2.5. Substâncias Psicoactivas

Neste subcapítulo, iremos abordar teoricamente algumas das substâncias psicoactivas mais consumidas e que afectam os indivíduos toxicodependentes.

2.5.1. Perspectivas histórica das substâncias psicoactivas

Embora o uso de drogas faça hoje parte do nosso ambiente e se apresente como um dos grandes problemas da nossa sociedade, também foi, na história da humanidade, uma preocupação quotidiana.

Segundo Angel, et al (2002):

“...das oitocentas e mil plantas que constituem o mundo vegetal, umas sessenta eram conhecidas pelos primeiros homens devido aos seus poderes...o ser humano sempre procurou fugir de condição natural quotidiana, aplicaram substâncias que aliviassem os seus males ou que proporcionassem prazer, o homem primitivo mostrou-se portador de uma certa sabedoria, como se uma fronteira separasse o possível do perigoso.”
(p.26)

O consumo de substâncias que contêm a capacidade de alterar estados de consciência e modificar o comportamento parece ser um fenómeno universal da humanidade.

Problemas relacionados com o abuso de certas substâncias narcóticas ocorrem desde o fim do século passado onde já eram alvo da preocupação internacional. Nessa época, porém, o número de substâncias disponíveis com potencial para uso problemático era bem menor. Contudo o fenómeno disseminou-se no mundo inteiro predominando nos países industrializados.

Na actualidade, convive-se com um crescimento significativo no consumo de substâncias psicoactivas cada vez em idades mais precoces. O desenvolvimento de substâncias novas e vias de administração alternativas, favoreceu o aumento dos efeitos e incrementou o potencial de desenvolvimento de dependência.

2.5.2. Definição de substâncias psicoactivas

A palavra droga deriva do neerlandês “droog”, que significa seco e é um termo que abrange um conjunto de substâncias psicotrópicas, ou seja substâncias que alteram a mente, a vontade, o discernimento e podem causar dependência.

Segundo Nowlis (1990):

“...a droga é toda a substância que, pela sua natureza química, afecta a estrutura e o funcionamento do organismo vivo quando em contacto com ele.” (p.20)

Já Mangado (1997):

”...denomina tóxico ou droga como toda a substância que ao ser introduzida no organismo, produza uma alteração do comportamento e/ou do estado psíquico condicionado pelos efeitos permanentes e/ou persistentes da droga, de tal maneira que se produz uma tendência para a repetição do consumo e ao uso continuado da dita substância, dada a sua acção de reforço positivo que se produz...” (p.28)

Referimo-nos às toxicodependências que começam aparecer a partir dos anos 60, causadas por substâncias que alteram o estado de consciência, os modos de vida e as relações interpessoais, levando à dependência psíquica e/ ou física.

Contudo, a droga é tudo aquilo que é fumado, inalado, ingerido ou injectado, que provoca alterações psíquicas, sentidas como agradáveis, mas que cria com a pessoa uma relação em que esta se sente cada vez mais ligada à droga e cada vez menos capaz de se interessar e sentir prazer pela vida.

Para Angel et al (2002):

“...qualquer substância que altere o estado de consciência pode funcionar como droga, mas, mais do que a substância, é a atitude da pessoa face à substância que gera a toxicodependência. É uma atitude de fixação, de “paixão” pela (s) substância (s)...” (p.10)

2.5.3. Dependência de substâncias psicoactivas

Todas as drogas produzem sensação de prazer, seja este maior ou menor, podendo o indivíduo sujeitar-se a várias consequências negativas (menores, graves e muito graves).

O prazer físico pode ser provocado pela acção directa das substâncias e pelas circunstâncias associadas ao seu consumo.

O prazer psicológico pode ser traduzido pelo desejo de experimentação, pela intenção de integração grupal, pelo acto de auto -afirmação, pelo risco (adrenalina) ou pelo alívio do desprazer.

Quando falamos de dependência nas suas diversas vertentes, constatamos sem dificuldade que se trata de um fenómeno complexo, envolvendo múltiplos factores e dimensões.

Esta noção está sempre presente como uma perda de controlo no consumo de um produto, isto é, o indivíduo tem a sensação de não poder passar sem a substância.

Assim, definimos como dependência um estado que engloba uma dupla vertente, psíquica e física, resultante da interacção entre um indivíduo e uma substância, caracterizando-se por alterações no comportamento e outras reacções que envolvem sempre uma compulsão a tomar o produto de modo contínuo e periódico, a fim de encontrar os seus efeitos psíquicos e por vezes de evitar o mal estar da privação.

A dependência significa que o individuo se sente infeliz quando não dispõe da droga ou da ocasião para a utilizar e que fará todos os esforços para encontrar a droga e a oportunidade de usá-la. (Nowlis, 1990)

Com o uso regular de algumas drogas, o organismo desenvolve tolerância, isto é, a mesma quantidade de substância deixa de produzir os efeitos pretendidos, logo o consumidor vê-se compelido a aumentar a frequência das tomas, instalando-se assim a dependência.

O último estágio dos consumos é quando o indivíduo se torna dependente, passando o consumo a ser o seu principal objectivo e motivação na vida.

No consumidor habitual, praticamente todas as drogas provocam dependência psicológica, isto é, a pessoa sofre psicologicamente na ausência do consumo, sendo que a intensidade do sofrimento psicológico, é a principal dificuldade no tratamento de pessoas dependentes e a principal razão das suas recaídas.

2.5.4. Principais substâncias psicoactivas

Neste sub capítulo iremos apresentar sucintamente algumas das principais substâncias psicoactivas.

A maior parte das substâncias proporcionam um certo bem-estar mas não resolvem os problemas. Além de conduzir à dependência, o consumo abusivo provoca

danos corporais, psíquicos e sociais, estas consequências manifestam-se, por vezes, tardiamente.

Referido por Angel et al (2002):

“...dentro das consequências que o consumo de droga acarreta ao indivíduo, pode-se também destacar as consequências sociais, que incluem problemas ao nível da relação destes com a família e a sociedade, como: destruturação familiar; dificuldades a nível escolar e laboral; problemas financeiros e jurídico – criminais (da delinquência à prisão); entre outros.”
(p.148)

Existem portanto drogas que quando consumidas podem causar maior dependência ao indivíduo, isto é, têm maior poder aditivo, sendo frequentemente denominadas drogas pesadas, em oposição com outras drogas, cujos consumos não têm tanto potencial de gerar essa dependência, designando-se por drogas leves.

De seguida passar-se-á à descrição pormenorizada de alguns tipos de substâncias psicoactivas vulgarmente designadas por drogas pesadas, relativamente aos efeitos e riscos que produzem no indivíduo, ao grau de tolerância e dependência e o síndrome de abstinência. E também será referenciado o haxixe, que apesar de ser considerado uma droga leve, muitas das vezes, pode ser uma ponte para o consumo de drogas pesadas.

2.5.4.1. Heroína

A heroína é um derivado sintético da morfina sendo introduzido em medicina em 1898, para o tratamento da tuberculose.

A heroína apresenta-se como um pó branco e cristalino e raramente contém mais de 2% de substância pura. (Angel et al, 2002)

Esta droga pode ser utilizada de diversas maneiras, a mais comum continua a ser a injeção intravenosa, que expõe aos maiores riscos mas, é a única que dá efeito o violento de flash procurado pelos consumidores.

As doses utilizadas são evidentemente das mais variáveis, conforme o grau de habituação do indivíduo: frequentemente excedem um grama por dia. (Angel et al, 2002).

Os efeitos duram entre 4 a 6 horas. Inicialmente pode sentir-se náuseas e vômitos, que depois são substituídos por uma sensação de bem-estar, excitação, euforia e prazer. Posteriormente pode sentir-se um sentimento de tranquilidade, alívio da dor e da ansiedade, diminuição do sentimento de desconfiança, sonolência, analgesia, letargia, embotamento mental, incapacidade de concentração ou depressão.

A nível físico pode ocorrer depressão do ciclo respiratório (causa de morte por overdose), edema pulmonar, diminuição de temperatura, amenorreia, impotência sexual, náuseas, vômitos, obstipação, pneumonia, bronquite e risco de morte. A longo prazo o consumidor pode sofrer alterações a nível de peso (emagrecimento extremo), afecções gastrointestinais ou patologias ginecológicas (amenorreia, problemas de ovulação). (Angel et al, 2002)

A nível psicológico, o consumidor poderá sofrer de apatia, letargia, depressão e obsessão pela droga, esta é a substância que leva mais rapidamente ao flagelo da toxicodpendência.

2.5.4.2. Cocaína

A ingestão de cocaína constituiu um modo de consumo corrente no século XIX e foi durante muito tempo utilizada em medicina.

A cocaína é facilmente absorvida ao nível das mucosas, e os consumidores utilizam particularmente a mucosa nasal para este efeito, inalando-a. (Angel, et al, 2002)

Alguns dos consumidores chegam a injectar a cocaína directamente na corrente sanguínea, o que eleva consideravelmente o risco de uma paragem cardíaca irreversível, a chamada "overdose".

O efeito por via endovenosa é quase imediato, demora cerca de 1 a 2 minutos, e é comum no seio dos toxicodpendentes.

Os efeitos clínicos do consumo de cocaína resultam essencialmente de uma intensa estimulação do sistema nervoso simpático, variando consoante o modo de consumo, onde os efeitos cardíacos, neurológicos, respiratórios e psíquicos são consequências do uso endovenoso de cocaína.

A cocaína causa lesões cerebrais microscópicas significativas com administração de cada dose. Com o início do consumo regular as lesões tornam-se irreversíveis, o consumo de doses moderadas pode provocar ausência de fadiga, sono e fome. O

indivíduo pode sentir exaltação, intenso bem-estar e maior segurança em si mesmo. Ocasionalmente poderá ter efeitos afrodisíacos, aumentando o desejo sexual e dificultando a ejaculação. (Angel, et al, 2002)

A nível físico pode provocar aceleração do ritmo cardíaco, aumento da tensão arterial, aumento da temperatura corporal e da sudação, tremores ou convulsões. (Nowlis, 1990)

Angel, et al (2002) refere que:

“...em doses mais elevadas podem provocar insónias, agitação, ansiedade intensa, agressividade, visões e alucinações. Ao bem-estar inicial geralmente segue-se cansaço, apatia, irritabilidade e comportamentos impulsivos.” (p.123)

A tolerância inicial desenvolve-se rapidamente quando o consumo é contínuo. Não provocando dependência física, no entanto é a droga com maior potencial de dependência psicológica. A curta duração dos seus efeitos conduz ao consumo compulsivo desta substância. (Angel et al, 2002)

A síndrome de abstinência não apresenta sinais físicos típicos mas tem alterações psicológicas notáveis: hiper-sonolência; apatia; depressão; ideação suicida; ansiedade; irritabilidade; confusão; surtos psicóticos e intenso desejo de consumo. (Nowlis, 1990)

2.5.4.3. Haxixe

" Mas mais do que a dependência ou não do haxixe, o que preocupa a maioria das pessoas é o risco da escalada do haxixe para outras drogas"
(Angel et al, (2002), p.130)

O haxixe, é extraído das folhas de cannabis, é conhecido como a mais popular das drogas ilegais. Os canabinóides são considerados drogas psicadélicas (leves), alucinogénios ou depressoras.

Segundo Angel et al (2002):

“...o desenvolvimento de uma habituação quando se consome canabinóides dá lugar a uma importante polémica, que não está, de resto, verdadeiramente encerrada, porque se conjugam diversos fenómenos: habilidade do consumidor para inalar o produto mais intensamente, indução enzimática que diminui as taças de THC mas aumentam as do seu metabólico activo, diminuição da sensibilidade dos receptores para os canabinóides.” (p.106)

O uso crónico prolongado desta substância desenvolve uma habituação, conforme a concentração de THC nas variedades utilizadas.

Segundo Angel et al (2002):

“...quando ocorre uma interrupção brusca de um consumo crónico induz sinais de abstinência, podendo surgir cerca de 12 a 24 horas após a última toma, para intensificarem durante um ou dois dias, antes de desaparecerem espontaneamente em três ou cinco dias...”. (p.107)

Os sinais e sintomas provocados por esta substância são: a ansiedade, irritabilidade, agitação, insónias, anorexia e uma alteração transitória do estado geral do consumidor. (Angel et al, 2002)

2.6. Tratamento

Segundo o IDT (2007):

“... do pedido de ajuda ao regresso à autonomia, percorre-se o caminho do tratamento, numa parceria de responsabilidade mútua entre os que são capazes de prestar ajuda e aqueles que dela necessitam...”.

Um profissional de saúde que se envolva no tratamento ou projecto de pessoas toxicodependentes, não se pode limitar a tratar apenas dos sintomas provocados pela privação da substância, deverá compreender a pessoa na sua globalidade, como um ser bio-psico-social e compreender a sua maneira de ser, de estar, de sentir e gerir a sua sobrevivência.

Segundo Angel et al (2002):

“...o tratamento com agonistas opiáceos continua a ser a opção terapêutica predominante no tratamento dos toxicodependentes, sendo que em alguns países, o acesso a este tratamento seja limitado e os regimes de tratamento livres de droga sejam os mais comuns...” (p.129)

Alexander, 1977 (citado por Rosa et al 2000) refere que:

“...a questão central do tratamento não é meramente deixar a droga mas encontrar uma alternativa de vida em que o uso de opiáceos deixe de ser irresistível...” (p.24)

2.6.1. Tratamento com Agonistas opiáceos

Embora inicialmente se utilizasse o termo tratamento de substituição, este tem vindo a ser cada vez menos utilizado. Passando a denominar-se tratamento com agonistas opiáceos.

Após alguns anos de polémica, a política passou a orientar-se substancialmente no sentido das terapêuticas de substituição.

Este tipo de tratamento consiste essencialmente em substituir a heroína por um medicamento prescrito a longo prazo, durante meses ou mesmo anos, e assim medicar os toxicodependentes.

A metadona e a buprenorfina também induzem dependência e síndrome de privação.

Angel et al (2002), sugere que apresentam benefícios:

“...são numerosos como a redução dos riscos ligados às injeções endovenosas (HIV, hepatites B e C) e à sobredosagem, diminuição dos actos de delinquência, cessação dos sintomas de privação, estabilização no plano psíquico que permite um trabalho psicológico e de reabilitação social...” (p.35)

Referenciado pelos mesmos autores, estas terapêuticas de substituição agem especificamente sobre a dependência biológica do consumidor de heroína. Em relação à sua longa duração de acção, estas terapêuticas não provocam euforia aos consumidores, nem dão origem a alterações da vigiância nem a défices cognitivos.

Na prescrição destas terapêuticas, os consumidores devem também apresentar um acompanhamento multidisciplinar, englobando os psicólogos, psiquiatras, farmacêuticos, educadores e assistentes sociais.

Estas terapêuticas não resolvem o problema das outras substâncias como a cocaína, derivados da cannabis, álcool, ecstasy e benzodiazepinas, pelo contrário, parece que alguns dos toxicodependentes sob terapêutica de substituição experimentam a necessidade de consumir estas substâncias.

Segundo Lowenstein et al (1998):

“...a metadona é um opiáceo sintético, foi desenvolvida na Alemanha no período intermédio das duas guerras mundiais. A falta de morfina natural para tratar os feridos da guerra induziu a necessidade de se conseguir desenvolver um analgésico sintético. Mas foi só após o fim da 2ª guerra mundial que a metadona foi descoberta nos arquivos secretos dos alemães.”. (p.107)

Anos depois de comprovadas as suas propriedades analgésicas, surgiu a ideia de que a metadona poderia ajudar a tratar a dependência em morfina e heroína. Contudo, estudos mostraram que a potência aditiva da metadona é similar à destes dois estupefacientes.

Conforme Lowenstein et al (1998):

“...o cloridrato de metadona apresenta-se sob a forma de soluto bebível, não injectável, e trata-se de um analgésico de acção central, administra-se apenas por uma só toma diária, em algumas situações é necessário dividir a dose diária em duas tomas, e apresenta uma duração de acção de aproximadamente 24 horas. As posologias óptimas, nos toxicodependentes, situam-se entre os 60 e os 100 mg até 120 mg por dia, sendo que se inicia o tratamento com 20 a 30 mg diários.” (p.34)

A metadona está particularmente indicada nas dependências de longa data, após o insucesso de tentativas de cessação do consumo.

Entre os efeitos indesejáveis, a sudação é a mais frequente, e a sobredosagem pode ser mortal em função da depressão respiratória associada. (Angel et al, 2002)

A metadona exerce um efeito sedativo e analgésico por acção do cérebro, atenua os reflexos eméticos e induz a diminuição da frequência respiratória. Provocam alterações hormonais, particularmente a nível da hipófise, com repercussão inconstante na libido e dismenorreia. (Angel et al, 2002)

Segundo Lowenstein et al (1998):

“...a toma prolongada de metadona cria um estado de dependência e daí o aparecimento de uma síndrome de abstinência grave, embora retardada, quando ocorre uma paragem violenta da administração desta terapêutica.” (p.25)

Este tratamento apresenta uma habituação cruzada com os restantes opiáceos. O que explica que uma pessoa dependente de heroína à qual seja administrada uma dose suficiente deste fármaco deixe de poder sentir os efeitos eufóricos, do consumo de uma dose de heroína. Sendo que esta habituação é menor que a criada pelos outros opiáceos.

Como refere o Schering-Plough Farma (2002):

“A buprenorfina é um agonista parcial dos opiáceos. Tem uma estrutura química diferente da heroína, da morfina ou da metadona, que são agonistas opiáceos totais...Apresenta-se sobre a forma de comprimidos, doseados a 8 mg, 2 mg e de 0,4 mg, e administrados por via sublingual....” (p.2/3)

Segundo Angel et al (2002):

“...a buprenorfina é susceptível de induzir um síndrome de abstinência violento nas pessoas dependentes de opiáceos, sendo importante respeitar um intervalo de tempo mínimo para efectuar a transição, sendo que a primeira toma deve ser idealmente, nos primeiros sintomas de privação, de pelo menos 4 horas para a heroína e para a codeína, e de 24 horas para a metadona.” (p.148)

Em caso de insucesso desta terapêutica de substituição, suspende-se este fármaco mediante um planeamento de desmame que pressupõe a administração de doses decrescentes ao longo de três semanas, mesmo que ocorra uma interrupção violenta, as manifestações de privação são tardias e descritas como ligeiras e moderadas.

A taxa de abandono desta terapêutica de substituição é mais elevada do que a registada com a metadona. (Angel et al, 2002)

2.7. Unidades de Tratamento

2.7.1. Centros de Atendimento ao Toxicodependente (CAT's)

Os CAT'S são instituições estatais, tuteladas pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), que por sua vez está na dependência do Ministério da Saúde. Estes centros encontram-se espalhados por todo o país, existindo pelo menos um CAT por distrito, garantindo assim cobertura a nível nacional. (SPTT, 2001)

O tratamento é gratuito e realizado por equipas multidisciplinares: médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, técnicos psicossociais e assistentes sociais.

Os CAT's são unidades de tratamento, em regime ambulatorio, em que são prestados cuidados globais a clientes toxicodependentes e aos seus familiares, individualmente ou em grupo, através de uma abordagem bio-psico-social. (SPTT, 2001)

Segundo o SPTT (2001):

“...surgiram a nível nacional após a formação da lei nº 7/97 de 8 de Março, onde veio alargar a rede de serviços públicos para o tratamento e reinserção de toxicodependentes, garantido a existência de pelo menos, uma unidade de atendimento de toxicodependentes por cada distrito de unidades de desabilitação e de comunidades terapêuticas, próprias ou convencionadas, na base de uma cama por 100.000 habitantes ou por cada 10.000 habitantes respectivamente...” (p. 8). (Anexo 2)

Nestas unidades de tratamento, para além de se tentar obter a paragem ou redução dos consumos, tenta-se que o cliente ultrapasse o síndrome de privação, através da prescrição de terapêutica de substituição, de apoio social com vista à reinserção do toxicodependente.

Segundo SPTT (2001) alguns CAT's procuraram alargar a sua intervenção mediante o recurso a consultas em espaços de atendimento com o objectivo de facilitar a acessibilidade em zonas com maior incidência de pedidos de tratamento. Esta estratégia resulta da articulação estreita entre alguns CAT's e centros de saúde que disponibilizam espaços de atendimento.

O acompanhamento psicoterapêutico e de apoio aos programas de substituição a toxicodependentes tem sido também desenvolvido em alguns centros de saúde em articulação com técnicos do CAT.

O tratamento geralmente é realizado da seguinte forma: o toxicodependente faz a inscrição e é analisado o seu caso pelo técnico que lhe foi atribuído, geralmente médico ou psicólogo. No caso de se optar por um tratamento "livre de drogas", o cliente inicia a desabitação física da droga que consome (no caso de ser uma droga que cause dependência física). (SPTT, 2001)

Nesta fase o tratamento é geralmente feito em regime ambulatorio. No caso de um consumidor de heroína, a desabitação dura por volta de uma semana, com a ajuda de medicação específica. Quando acaba o período de desabitação física, o cliente inicia acompanhamento psicológico, que visa a prevenção da recaída e o tratamento de outras variáveis psicológicas apresentadas pelo cliente.

As questões relacionadas com a reinserção social também são abordadas, podendo haver lugar a apoio por parte do assistente social. Em alguns casos, após a desabitação física, o cliente do CAT pode ser encaminhado para uma Comunidade Terapêutica, onde permanecerá internado durante algumas semanas ou meses.

Em alguns casos, geralmente depois de insucessos consecutivos em tratamentos "livres de drogas" ou porque manifestam incapacidade de deixar o consumo de heroína, pode haver opção pelo "tratamento de substituição", geralmente com Metadona.

Este medicamento substitui a heroína, a pessoa não sente os efeitos da ressaca, nem os efeitos habituais da heroína, o que permite ao toxicodependente levar uma vida normal. (Angel et al, 2002)

É fundamental salientar que neste tipo de tratamento também há lugar para o acompanhamento psicológico.

3.METODOLOGIA

Em todos os estudos de investigação é importante para o investigador e para os leitores que se estabeleça qual a metodologia utilizada, servindo esta de guia orientador para a realização do estudo, para que se consiga ser objectivo diminuindo assim possíveis desvios induzidos pelo decurso do estudo. Tem então como objectivo delinear um plano de trabalho, onde são definidas actividades, com vista a dar resposta às questões levantadas pelo problema em estudo.

A fase metodológica de uma investigação diz respeito aos métodos utilizados “...para obter as respostas às questões de investigação colocadas...” (Fortin, 1999, p.40).

Assim sendo, neste capítulo são abordadas as actividades que conduzam à obtenção de dados, referenciando as opções metodológicas na realização deste estudo, procedendo à sua justificação fundamentada. Nesta fase são seleccionados quais os métodos mais adequados para dar resposta à questão de investigação anteriormente formulada ou, tomar uma série de decisões em relação aos métodos que adoptaremos no trabalho de pesquisa.

3.1. Paradigma e Tipo de Estudo

A escolha do paradigma qualitativo deveu-se ao facto deste ser um processo dinâmico em que o investigador interage com o meio. Perante a questão de investigação e o objectivo traçado foi necessário uma melhor compreensão do fenómeno, pelo que optámos por elaborar um estudo de acordo com o paradigma de investigação qualitativa.

Streubert & Carpenter (2002) referem que:

“...outra característica da investigação qualitativa é a produção de pesquisa de modo a não corromper o contexto natural dos fenómenos estudados. Os investigadores têm de desenvolver o estudo de modo que o contexto seja minimamente alterado...” (p.16)

Sobre esta temática Bogdan et al (1994) afirma:

“...a investigação qualitativa visa, essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação...” (p.123)

Como refere Polit et al (2001):

“...através de um processo indutivo, o pesquisador integra a evidência para desenvolver uma teoria ou uma estrutura que ajude a explicar os processos sobre investigação.” (p.23)

Na opinião de Feldman (citado em Streubert & Carpenter, 2002) o raciocínio indutivo movimenta-se *“...do particular para o geral...”*.

O paradigma qualitativo permite um raciocínio holístico, uma vez que tem a preocupação de conhecer a totalidade do fenómeno em estudo, ou seja, compreender o comportamento e a experiência humana como um todo.

Este estudo apresenta um carácter descritivo/exploratório porque achámos ser o mais indicado ao nosso desenho de investigação, por se direccionar a uma temática ainda pouco abordada.

Por outro lado, os estudos exploratórios têm por objectivo planear a pesquisa de forma flexível, permitindo a utilização da observação de uma forma menos restritiva. Os estudos descritivos procuram obter mais informações sobre as características de uma população ou de fenómenos pouco referenciados nos trabalhos de investigação existentes.

3.2. População alvo /Amostra

Para Fortin (1999) uma população é, *“...uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios.”* O elemento é assim, a unidade base da população junto da qual a informação é recolhida.

Neste trabalho, a população é representada pelos enfermeiros que prestam os cuidados nos CAT's da delegação de Lisboa e Vale do Tejo.

Para o autor Fortin (1999) *“...a amostra é o subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É de certa forma, uma réplica em miniatura da própria população alvo escolhida.”*

A amostra do nosso estudo é intencional e constituída por oito enfermeiros representantes dos CAT's.

Uma amostra intencional é um processo de selecção de amostra que se caracteriza por seleccionar os clientes ricos em informação relativamente ao fenómeno em estudo, permitindo estudá-los em profundidade.

Uma vez que era difícil contactar com os vários elementos, foi pedido a colaboração da Enf. Paula para nos ajudar a decidir como seleccionar e contactar os oito elementos que tivessem mais experiência nos vários CAT's. Foi então escolhido com rigor, por parte da Enf. Paula os 8 elementos do estudo e foi então indicado o dia, as horas das sessões de *"focus group"*, tendo sido marcados pelos próprios, consoante a reunião trimestral que se realiza na delegação de Lisboa e vale do Tejo, em Lisboa. A entrevista foi então marcada para as 9 horas do dia 12 de Outubro de 2007 na delegação do IDT.

3.3. Instrumento de Recolha de dados

Na investigação qualitativa pode ser utilizada uma variedade de estratégias para a obtenção de dados. Neste trabalho foram utilizadas entrevistas através de *"focus group"*, visto que, o investigador deve escolher o instrumento de recolha de dados que permita obter as respostas mais adequadas à sua questão de investigação. (Fortin, 1999) e que na opinião de Polit et al (2001, p.167), *"...são aquelas que utilizam grupos de cerca de 5 a 15 pessoas cujas opiniões e experiências são solicitadas, simultaneamente."*

O grupo de trabalho foi constituído por oito elementos, divididos em duas sessões, em que o papel desempenhado pelos investigadores é de moderador e o terceiro elemento de observador que tem como objectivo garantir, através da correcta articulação dos referidos elementos, a máxima qualidade na realização dos referidos grupos, de modo a obter dados fiáveis e credíveis.

Foi realizado um questionário, aos elementos participantes no estudo, para obter a caracterização da amostra.

É função do investigador proporcionar um ambiente adequado para que ocorra uma troca de experiências e perspectivas de uma forma agradável.

O observador deve incentivar os participantes a interagirem entre eles, auxiliar os investigadores na condução do grupo, tomar nota das principais impressões verbais e não verbais e estar atento à aparelhagem audiovisual. Deve também ter capacidade para síntese, análise e para intervir.

No final de cada sessão deve ser realizada uma avaliação sobre a discussão para analisar de forma breve os sentimentos e sensações promovidas naquele encontro, sendo elaborado um quadro geral com as ideias predominantes.

3.3.1. Definição de “Focus groups”

O “*focus group*” teve origem na sociologia, e actualmente é utilizado em outros campos de acção, nomeadamente em enfermagem. Dentro das Ciências Sociais, em 1941, Robert King Merton foi considerado o “pai” do “*focus group*”, devido à realização de um trabalho em que utilizou este método pela primeira vez para a sua recolha de dados. (Morgan, 1998, p.12)

Mas foi a partir da década de 1980 que esta técnica teve o seu desenvolvimento, altura em que foi reconhecida por investigadores da área das ciências sociais. Por volta desta década começa-se a utilizar o “*focus group*” como uma técnica de pesquisa na área da saúde sendo até aqui utilizada apenas na área de marketing.

Dependendo do autor podemos classificar “*focus group*” como um método e/ou técnica constituído por procedimentos sistemáticos e previamente conhecidos, podendo comportar um conjunto diversificado de técnicas.

Segundo Krueger & Casey, (2000):

“...Focus groups work particularly well to determinate perceptions, feelings, and thinking of people about issues, products, services or opportunities...” (p.12)

Segundo Morgan, (1998) um método:

“...designa-se por um processo racional do qual se atinge um fim previamente determinado, logo implica um conhecimento antecipado dos objectivos que se pretendem atingir, bem como das situações a enfrentar, recursos e tempo disponível...” (p.130)

O grupo focal tem um carácter subjectivo de investigação, sendo utilizado como estratégia metodológica qualitativa, tendo como finalidade procurar o sentido e a compreensão dos fenómenos sociais, onde o investigador utiliza uma estratégia indutiva de investigação, sendo o resultado amplamente descritivo. Contudo, os propósitos que o caracterizam contribuem para a sua especificidade funcionando como directrizes para a sua escolha em determinados tipos de estudo.

Para utilizar o “*focus groups*” como instrumento de colheita de dados tivemos que seguir alguns parâmetros propostos por diversos autores, tais como: o número dos participantes, número de sessões grupais, local e tempo de duração destas sessões, a elaboração do guia de temas, investigador, observador e a análise de dados.

Relativamente aos participantes que fazem parte de um grupo focal devem ter uma decisão individual e livre de qualquer punição, daí a importância de uma cuidadosa selecção das pessoas a serem convidadas, bem como a necessidade de clareza quanto à explicitação do projecto e dos cuidados éticos incluídos no processo. Relativamente ao número de participantes, o ideal é que o total oscile entre um mínimo de seis e um máximo de doze pessoas. (Chiesa & Ciampone, 1999)

Os grupos muito pequenos são facilmente dominados por um ou dois membros, e grupos muito grandes podem causar tédio em alguns participantes ou gerar conversas paralelas. O grupo deve ter a dimensão adequada, para todos terem a oportunidade de partilhar as suas percepções e proporcionar uma grande diversidade de ideias, devem ser homogéneos quanto a determinados parâmetros, definidos conforme a pesquisa a ser realizada. Quanto à escolha do local da sessão grupal este deve ser neutro, fora do ambiente de trabalho e de fácil acesso aos participantes. A organização do espaço físico deve incentivar a participação e a interacção do grupo, de maneira a que todos estejam dentro do campo de visão entre si e com o investigador.

Em relação ao tempo de duração da sessão deve ser de uma a duas horas para que o cansaço dos participantes e as condições desconfortáveis não interfiram nos objectivos da discussão.

A elaboração do guia de temas é muito importante na investigação através do “*focus group*” uma vez que terá que se elaborar previamente as questões a serem colocadas durante a discussão, servindo de orientação para o investigador facilitando assim a condução do trabalho grupal ao encontro dos objectivos da pesquisa.

Segundo Iervolino & Pelicione (2001) propõem duas formas de se proceder à análise dos dados:

“...através do sumário etnográfico e da codificação dos dados via análise de conteúdo...nas citações textuais dos participantes do grupo...enquanto o segundo enfatiza...descrição numérica de como determinadas categorias explicativas aparecem ou estão ausentes das discussões e em quais contextos ocorrem...”. (p.120)

Como qualquer instrumento de colheita de dados os “*focus group*” possuem vantagens e desvantagens.

Segundo Greenbaum (1998) as principais vantagens do “focus group” são:

...o sinergismo, sendo um resultado obtido, com a participação simultânea de todos os participantes...a interação entre os elementos, enriquece os resultados e proporciona a estimulação dos participantes...a espontaneidade e a naturalidade nas colocações...a flexibilidade para o moderador dirigir a discussão para um novo tópico interessante que tenha surgido e que havia sido previsto...a profundidade...o amplo leque de dados possíveis de se obter...a rapidez da colheita...” (p.126)

E como desvantagem deste método, segundo o mesmo autor:

“... a impossibilidade de utilização dos dados obtidos de forma conclusiva...” (p.124)

Em paralelo para Krueger (1998), as principais desvantagens do “focus group” em relação a outros métodos de pesquisa são:

“O pesquisador tem menor controlo sobre os dados gerados...Não é possível saber se a interação em grupo reflecte ou não o comportamento individual...Nesta técnica...os dados são mais difíceis de analisar, a interação do grupo forma um ambiente social e os comentários devem ser interpretados dentro desse contexto...esta técnica não é baseada num ambiente natural e...a discussão deve ser conduzida em ambiente que propicie o diálogo...exige dos entrevistadores cuidadosamente e...pelo facto de os grupos serem difíceis de reunir.”. (p.24)

Apesar das desvantagens descritas, a aplicação do “focus group” possibilita a colheita de dados interessantes, os quais aportam uma convicção ao investigador.

3.4. Método de análise de dados

A finalidade da análise dos dados, independentemente do tipo de dados ou da tradição de pesquisa subjacente, é organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados de pesquisa. (Polit et al, 2001)

O método de análise de dados utilizado neste trabalho de investigação é a Técnica de Análise de Conteúdo, segundo Bardin, pelo que achámos relevante realizar uma breve abordagem sobre este tema.

3.4.1. Análise de Conteúdo

A Técnica de Análise de Conteúdo designa-se por um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens. (Bardin, 2004)

A inferência permite a passagem da descrição à interpretação, logo, a finalidade da análise de conteúdo será efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram enumeradas e sistematizadas.

A análise de conteúdo trata-se da desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização – atribuição de traços de significação. É constituída por uma série de etapas, que têm que ser seguidas pelo analista, para que ocorra o sucesso da investigação.

É necessário efectuar o tratamento dos dados e a sua interpretação este processo é designado por codificação. (Vala. 2003)

A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo. (Bardin, 2004).

Na análise de conteúdo existe uma série de etapas que são necessárias realizar, tais como, unidades de significação, unidades de registo, unidades de contexto e a categorização.

A primeira etapa é identificar as unidades de registo e agrupar as que têm o mesmo sentido, posteriormente seleccionam-se as unidades de registo, que na opinião de Bardin (2004) designam-se por, unidades de significação.

A unidade de contexto é o segmento mais largo de conteúdo que o analista avalia quando caracteriza uma unidade de registo. Este tipo de unidade é um suporte importante da validade e fidelidade do trabalho dos analistas.

Finalmente a categorização que Vala (2003) refere, ainda que a categoria normalmente é composta por um termo chave, que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito. O que importa ao analista são conceitos e a passagem dos indicadores aos conceitos, é por tanto uma operação de atribuição de sentido.

Após a construção das categorias de análise de conteúdo, estas devem ser sujeitas a um teste de validade interna, no qual o seu investigador deve assegurar-se da sua exaustividade e exclusividade.

A classificação, a categorização é uma tarefa que realizamos quotidianamente com vista a reduzir a complexidade do meio ambiente, estabilizá-lo, identificá-lo, ordená-lo ou atribuir-lhe sentido. Vala (2003).

3.5. Implicações Éticas

Qualquer estudo de investigação aplicado ao ser Humano deve ter em conta determinadas considerações éticas, visto que esta ciência da moral em que os indivíduos se inspiram para guiar a sua conduta. Sendo assim, é necessário respeitar os direitos fundamentais das pessoas em estudo.

A ética é segundo Fortin (1999):

“...ciência da moral e a arte de dirigir a conduta ... para os especialistas significa avaliação crítica e a reconstituição dos conjuntos de preceitos e de leis que regem os julgamentos, as acções e as atitudes no contexto de uma teoria no âmbito da moralidade...” (p.114)

Quando se aplica a investigação a seres humanos é importante ter em atenção que por vezes são causados danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por isso deve-se efectuar todas as disposições necessárias para proteger os participantes de um estudo.

Os investigadores devem observar certos princípios básicos quando fazem um trabalho de investigação.

Conforme Streubert e Carpenter (2002):

“...os participantes não devem, em primeiro, ser prejudicados, o que se relaciona com o princípio da não maleficência. Se durante a investigação/entrevista, os investigadores sentirem que os assuntos estão a levar proporções ameaçadoras psicologicamente para os participantes, devem proteger o bem-estar dos participantes, terminando a entrevista ou fornecendo aconselhamento e referências a seguir.” (p.32)

Os investigadores devem obter o consentimento informado, e a participação do informante deve ser voluntária, consoante o princípio da autonomia.

Deve-se ainda assegurar aos participantes que a confidencialidade e o anonimato são respeitados e que os participantes são tratados com dignidade e respeito, conforme os princípios da beneficência e da justiça.

Existem no entanto fundamentos que podem ser aplicáveis aos seres humanos, que foram determinados pelos códigos de ética, estes fundamentos segundo Fortin referem-se *“...a própria escolha do tipo de investigação determina a natureza dos problemas que se podem encontrar...”* (1999, p.113)

O estudo tenta respeitar os direitos fundamentais das pessoas, que são:

- O direito à autodeterminação: *“Qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino...”* (Fortin, 1999, p.116)

- O direito à intimidade: *“Liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas...”* (Fortin, 1999, p.117)

- Direito ao anonimato e à confidencialidade: *“É respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador...”* (Fortin, 1999, p.117)

- Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo: *“Regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem...”* (Fortin, 1999, p.118)

- Direito de um tratamento justo e equitativo: *“Refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa... estas informações são essenciais a um consentimento ou a uma recusa esclarecida quanto a uma eventual participação na actividade de investigação...”* (Fortin, 1999, p.119)

A relação entre riscos e benefícios acrescenta que o investigador deve ter o cuidado de avaliar os riscos e benefícios aos quais vai expor os sujeitos, procurando

sempre estabelecer uma proporção razoável entre o risco incorrido pelo sujeito e o benefício que este pode legitimamente esperar da sua participação.

Esta análise consistirá em considerar todos os benefícios e perdas que poderão resultar do estudo e devem ser discutidos abertamente com os sujeitos, de maneira a que estes possam considerar se é do seu interesse participar ou não.

Fortin (1999) refere ainda que:

“...assim, tendo em conta estes direitos deverá ser elaborado um consentimento informado escrito que deverá conter informação necessária acerca dos conceitos principais do estudo a efectuar, para que os participantes tomem conhecimento do que o mesmo implica, e possam decidir, então que querem ou não cooperar com a investigação”. (p.120)

Deste modo, os aspectos éticos foram tidos em consideração na realização deste trabalho, logo desde o primeiro contacto com a instituição onde pretendíamos fazer a recolha de dados.

Foi enviada ao Dr. Adelino Antunes, Director da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo, a carta explicativa para a obtenção do consentimento informado para a realização deste estudo. (Apêndice B)

Assim que recebemos a autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados iniciamos a elaboração das perguntas e restantes pormenores para a realização desta.

A Sra. Enfermeira Paula Santos ajudou-nos na realização dos pedidos de autorização para que a realização deste estudo de investigação fosse possível.

Para salvaguardar os direitos dos participantes, estes receberam um exemplar da declaração de consentimento informado, assim como informação relativamente à finalidade do estudo, o objectivo, riscos da sua participação assim como o direito a não participar no estudo e retirar-se do mesmo, se assim o desejassem. (Apêndice C)

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A realização do trabalho de investigação, após a fase de colheita de dados, implica o tratamento e análise dos mesmos, seguida da interpretação dos resultados.

Segundo Fortin (1999):

“...esta fase inclui a colheita de dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados...” para realizar esta fase “...utilizam-se técnicas ... análise de conteúdo. Em seguida, passa-se à interpretação, depois à comunicação dos resultados...” (p. 41)

4.1. Caracterização da amostra

Para caracterizar amostra deste estudo, formulámos um questionário com o intuito de caracterizar os informantes que participaram neste estudo.

Tabela 1: Distribuição da população segundo a idade

Idades dos enfermeiros do estudo		
Idade	Frequência Absoluta (n.º total da população)	Frequência Relativa em percentagem
32	1	12,5%
33	2	25%
36	2	25%
39	1	12,5%
52	1	12,5%
53	1	12,5%
Total:	N= 8	100%
Média de idades: 39,25		

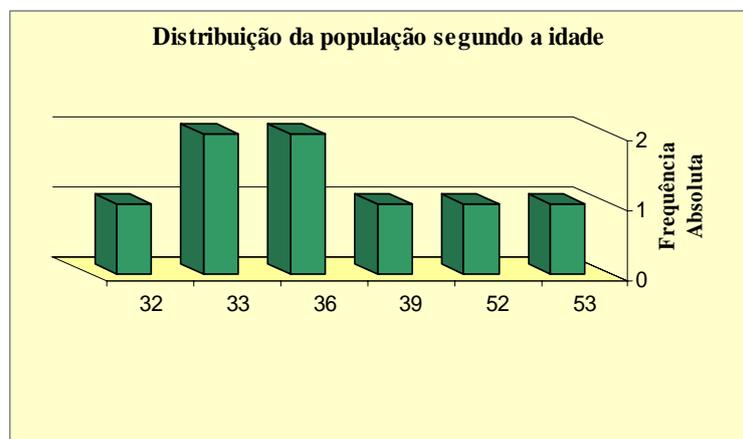


Gráfico 1: Distribuição da população segundo a idade

Tabela 2: Distribuição da população segundo o género

Género		
Sexo	Frequência Absoluta (n.º total da população)	Frequência Relativa em percentagem
Masculino	2	25%
Feminino	6	75%
Total:	N= 8	100%

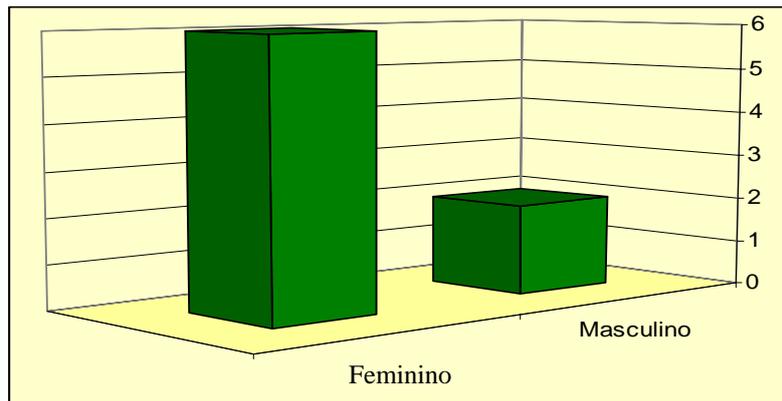


Gráfico 2: Distribuição da população segundo o género.

A idade média da nossa amostra é cerca de 39 anos, conforme podemos visualizar no gráfico 1, amostra era constituída por dois membros do sexo masculino e seis membros do sexo feminino, perfazendo um total de oito participantes. Variando a idade entre os 32 e os 53 anos de idade.

Tabela 3: Distribuição da população segundo a formação profissional

Número de anos de formação profissional		
Formação Profissional	Frequência Absoluta (n.º total da população)	Frequência Relativa em percentagem
Com Licenciatura	6	75%
Com Licenciatura + Especialidade	2	25%
Total:	N= 8	100%



Gráfico 3: Distribuição da população segundo a Formação profissional

Constatámos que em termos de formação académica, a amostra estava caracterizada como 75% dos elementos apresentava-se com um grau de licenciatura em Enfermagem e 25% dos elementos com grau de Licenciatura mais especialidade.

Realizamos a média relativamente ao número de anos de actividade profissional da amostra, visto que esta é de cerca de 19 anos.

Tabela 4: Distribuição da população segundo a sua categoria profissional de desempenhado na instituição

Categoria Profissional desempenhada na instituição		
Categoria Profissional	Frequência Absoluta (n.º total da população)	Frequência Relativa em percentagem
Enfermeiro	2	25%
Enfermeiro Coordenador	4	50%
Enfermeiro Graduado	2	25%
Total:	N=8	100%

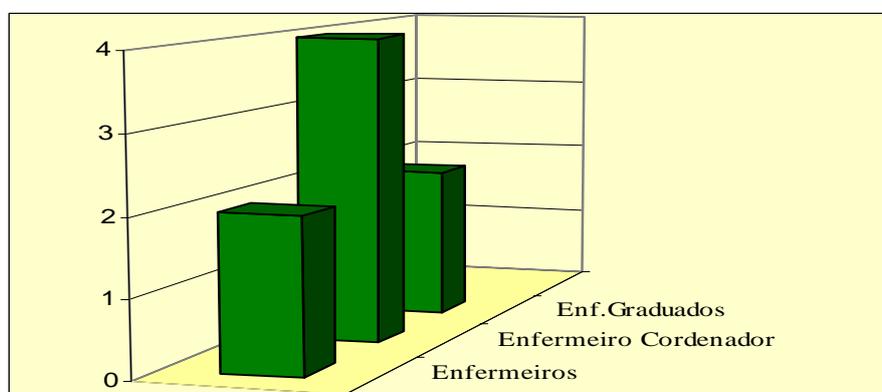


Gráfico 4: Distribuição da população segundo o cargo de desempenho na instituição

Relativamente ao cargo profissional que desempenham na instituição onde trabalham, 25% dos elementos são Enfermeiros, outros 25% graduados e cerca de 50% são enfermeiros coordenadores.

4.2. Interpretação dos resultados

De modo a facilitar apresentação dos resultados obtidos, recorreremos à utilização de quadros, um para cada questão. Estes foram organizados por Categorias, Subcategorias, Unidades de contexto e Unidades de Registo.

De modo a que o leitor consiga visualizar melhor todas as categorias, subcategorias e unidades de contexto formulamos um quadro onde se visualiza concretamente todos estes dados. (Apêndice H)

Não foram referenciadas unidades de enumeração, visto que, existem poucos registos com a mesma ideia, uma vez que o que se pretende é identificar as intervenções de enfermagem.

Segundo Bardin (2004):

“A divisão das componentes das mensagens analisadas em rubricas ou categorias não é uma etapa obrigatória de toda e qualquer análise de conteúdo. A maioria dos procedimentos de análise organiza-se, no entanto, em redor de um processo de categorização.” (p.111)

Na opinião de Vala (2003) uma categoria é habitualmente composta por um termo-chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito. Optamos por definir as categorias há priori que são aquelas em que existe a interacção entre o quadro teórico de partida do analista, os problemas concretos que pretende estudar e o seu plano de hipóteses, que permitem a formulação de um sistema de categorias e o que lhe importa é a detecção da presença ou da ausência dessas categorias no trabalho de investigação.

A utilização do termo cliente para especificar as pessoas a quem prestamos cuidados é recomendada pela Ordem dos Enfermeiros, mas na realização da análise e interpretação resultados utilizamos o termo utente segundo as informações que obtivemos dos entrevistados.

Quadro 1: Descrição numérica das Categorias, Sub-Categorias, Unidades de Contexto e Unidades de Registo.

Categorias	Subcategorias	Unidades de Contexto	Unidades de registo
5	18	36	176

4.2.1. Categoria Intervenções de Enfermagem

Relativamente à categoria **Intervenções de Enfermagem** nos utentes toxicodependentes do CAT, foram identificadas sete subcategorias, que são as seguintes: **o acolhimento, as necessidades de saúde, o encaminhamento, o acompanhamento, os programas, a articulação e a prevenção/promoção da saúde.**

Quadro 2: Categoria Intervenções de Enfermagem e suas subcategorias e Unidades de Contexto

Intervenções de Enfermagem	
Subcategoria	Unidades de Contexto
Acolhimento	Atendimento
Necessidades de Saúde	Avaliação
Encaminhamento	Técnicos de saúde
Acompanhamento	Individual
	Familiar
	Diminuição da ansiedade dos utentes
Programas	Administração de Metadona/ Buprenorfina
	Redução de danos
	Rastreios
Articulação	Articulação com Instituições
	Articulação com a equipa
Prevenção e promoção da saúde	Saúde da mulher e da criança
	Gravidez e amamentação
	Prevenção primária da saúde

Como podemos verificar no quadro n. 3, a primeira subcategoria **acolhimento**, apresenta uma única unidade de contexto designada por **atendimento**. O acolhimento ao toxicodependente no CAT é como referido pelo E1 um “...*atendimento diário ao toxicodependente...*” para a administração de terapêutica de substituição. De acordo com Patrício (2002) é importante ouvir as pessoas, perceber as suas necessidades, explicar quais os recursos disponíveis e orientá-las, respeitando sempre a sua liberdade, pode ser uma forma de as ajudar.

Quadro 3: Subcategoria: Acolhimento

Intervenções de Enfermagem		
Subcategoria	Unidades de contexto	Unidades de Registo
Acolhimento	Atendimento	“...atendimento diário ao toxicodependente...” E1 (2)

Para a segunda subcategoria **necessidades de saúde** foi identificada apenas uma unidade de contexto a **avaliação**. É da competência do enfermeiro realizar o acolhimento do toxicodependente no CAT, para uma avaliação da sua situação e posteriormente identificar os problemas que possam existir. Relativamente a esta intervenção, o entrevistado E6 referiu que “...*está presente no acolhimento do utente no CAT onde é ...feita a avaliação das necessidades que esse utente possa apresentar...*” e o entrevistado E1 “...*avaliação da situação...levantar alguns problemas que possa haver.*”.

A essência da enfermagem é, sem dúvida, o cuidar, que é tudo aquilo considerado, necessário à melhoria do bem-estar do indivíduo/família, garantindo a satisfação das necessidades de saúde indispensáveis à vida.

Para Bolander (1998), os enfermeiros intervêm auxiliando as pessoas que necessitam, a satisfazer as suas necessidades e conseqüentemente a resolver os seus problemas, para que os indivíduos possam alcançar um estado de independência e tornando-se mais autónomos, para atingir o seu estado de bem-estar.

Quadro 4: Subcategoria: Necessidades de Saúde

Intervenções de Enfermagem		
Subcategoria	Unidades de contexto	Unidades de Registo
Necessidades de Saúde	Avaliação	<p>“...avaliamos a situação em que o utente está nesse dia ou nesse momento.” E1 (3)</p> <p>“...avaliação da situação...levantar alguns problemas que possa haver.” E1 (4) (5)</p> <p>“...enfermeiro está presente no acolhimento do utente no CAT onde é ...feita a avaliação das necessidades que esse utente possa apresentar...” E6 (107)</p>

Quanto à terceira subcategoria foi estruturada, **encaminhamento**, e foi encontrada a unidade de contexto **técnicos de saúde**. O encaminhamento do utente para os diversos técnicos de saúde e para a prestação de cuidados, de que este necessita, é outra das intervenções referidas pelos enfermeiros participantes no estudo. Como foi reconhecido por alguns entrevistados, o enfermeiro encaminha o utente para o terapeuta, para as consultas de especialidade, para a assistente social e pode dar alguma informação no sentido de encaminhar o utente, como mencionou o entrevistado E1 “*Encaminhar para o terapeuta...*”, “*...encaminhar para as consultas de especialidade...*”, “*...para o assistente social também...*” e “*...nós podemos...dar alguma informação no sentido de encaminhar o utente a...*”.

Nesta mesma linha de pensamento Seabra (2005) refere que, os técnicos da equipa do CAT têm sempre presente a noção de multidisciplinaridade necessária, para cuidar destes utentes.

Quadro 5: Subcategoria Encaminhamento

Intervenções de Enfermagem		
Subcategoria	Unidades de contexto	Unidades de Registo
Encaminhamento	Técnicos de Saúde	<p>“Encaminhar para o terapeuta...” E1 (6)</p> <p>“...encaminhar para as consultas de especialidade...” E1 (7)</p> <p>“...para o assistente social também...” E1 (8) E1 (43)</p> <p>“...até o próprio técnico quando nós acompanhamos à consulta se sente aliviado porque ver um outro técnico com aquela pessoa que à partida tem um certo estigma...” E5 (139)</p> <p>“...podemos...dar alguma informação no sentido de encaminhar o utente a...” E1 (44) E6 (146)</p>

Na quarta subcategoria encontrada, como está referido no quadro 6, o **acompanhamento**, inserem-se as unidades de contexto: **individual**, **familiar** e **diminuição da ansiedade**.

Relativamente ao **acompanhamento individual** foi afirmado pelos enfermeiros que fazem: a gestão de cuidados ou dos diferentes casos, acompanhamento dos utentes seropositivos à consulta de infecciologia, acompanhamento de grávidas no pré-parto, onde fazemos visitas domiciliárias para avaliar uma série de critérios, e nos pós-parto, como foi referido por alguns enfermeiros, E7, E1, E3 e E2, *“...somos mesmo o grupo profissional que temos um contacto mais assíduo com os doentes e tal como nas outras instituições de saúde nós acabamos por ser um bocado a ponte, muitas vezes de, muitos problemas que os doentes nos trazem para a equipa,...”*.

É de realçar o facto de o enfermeiro E5 ter afirmado que *“...nunca excluir a utente do serviço de saúde onde ela deve estar referida e inclui-la no ligamento entre o CAT e o hospital, há uma reunião de rede prévia a utente é referenciada o bebé quando sai do hospital, o centro de saúde é informado, nós somos informados...”*.

O **acompanhamento familiar** é outra das intervenções de enfermagem, identificada pelos informantes, na medida em que a prestação de cuidados não deve incidir apenas sobre o utente mas sim na díade utente/família, porque é necessário que exista apoio familiar para o sucesso do tratamento do toxicodependente, como foi referido pelo entrevistado E4 *“...numa equipa multidisciplinar fazemos o acompanhamento da família, porque normalmente é a mulher o marido e a criança...”*.

Em relação a esta intervenção Bolander (1998) afirma que a família é a unidade básica formada por indivíduos em constante interacção entre si e com o ambiente exterior. E que tem como principal objectivo do ponto de vista da enfermagem manter e restabelecer a saúde dos seus membros.

Na mesma linha de pensamento Seabra (2005) afirma que:

“As situações em que há apoio familiar são pelos técnicos muito bem recebidas ... embora muitas vezes tenhamos que saber gerir a pressão que as famílias exercem sobre nós.” (p.61)

O acompanhamento do utente/família é extremamente importante, na medida, em que ajuda a uma **diminuição da ansiedade** que estes utentes têm para com os técnicos de saúde, ajudando-os a uma melhor aceitação do tratamento, como foi referido pelo E5 *“...para além do mais é diminuir uma ansiedade que estes utentes têm para*

técnicos de saúde.” e “...para fazer uma ponte entre aquilo que o médico diz e aquilo que eles percebem...”.

Quadro 6: Subcategoria: Acompanhamento

Intervenções de Enfermagem		
Subcategoria	Unidades de contexto	Unidades de Registo
Acompanhamento	Individual	<p>“...a integração deles na sociedade e os serviços de que podem beneficiar...” E2 (16)</p> <p>“...gestão de cuidados ou gestão de caso a alguns utentes...” E3 (27)</p> <p>”...somos ... o grupo profissional que temos um contacto mais assíduo com os doentes e tal como nas outras instituições de saúde ... acabamos por ser um bocado a ponte, muitas vezes de, muitos problemas que os doentes nos trazem para a equipa,...” E7 (138) E1 (41) E2 (18) E3 (26)</p> <p>“...nunca excluir a utente do serviço de saúde onde ela deve estar referida e inclui-la no ligamento entre o CAT e o hospital, há uma reunião de rede prévia a utente é referenciada ... quando sai do hospital, o centro de saúde é informado, nós somos informados...” E5 (133)</p> <p>“...acompanhamento a utentes seropositivos à consulta de infecciologia...” E5 (134)</p> <p>“...acompanhamento de grávidas a consultas no hospital ou no centro de saúde...” E5 (127) E4 (31)</p> <p>“...fazemos o acompanhamento no pré e no pós parto...” E5 (129)</p> <p>“...no pré fazemos visitas domiciliárias, vamos a casa, vamos avaliar uma série de critérios, tentamos perceber se há condições para aquela criança ir para aquela casa, se aquela mãe precisa de coisas básicas para ter o bebé...do espaço.” E5 (130)</p> <p>“...o facto de saberem que está ali uma pessoa que elas conhecem, com quem conversam, pelo carinho que nós damos, dizendo o que é que se passa ou perguntaram, que já conversamos previamente conseguem muito mais facilmente aderir à consulta...” E5 (144)</p>

		(143) “...cada um de nós tem...aspectos com que se preocupa mais...” E8 (111)
	Familiar	“...numa equipa multidisciplinar fazemos o acompanhamento da família, porque normalmente é a mulher o marido e a criança...” E4 (33) E4 (32) “...às vezes também sabemos quem é o familiar mais próximo que o colega do hospital pode usar logo desde o início, desde o primeiro dia.” E6 (147)
	Diminuição da ansiedade dos utentes	“...para além do mais é diminuir uma ansiedade que estes utentes têm para técnicos de saúde.” E5 (128) “...para fazer uma ponte entre aquilo que o médico diz e aquilo que eles percebem...” E5 (135)

Quanto à quinta subcategoria, os **programas**, identificaram-se três unidades de contexto, que são: **administração de metadona e/ou buprenorfina**, **programa de redução de danos** e os **rastreios**.

O tratamento de substituição surgiu como último recurso na terapêutica da toxicomania. Ao longo da prática clínica com toxicodependentes os enfermeiros são confrontados com utentes que, depois de iniciarem o **programa** de manutenção com metadona/buprenorfina, apresentam melhorias significativas em vários aspectos ou áreas que compõem a vida de cada um. Relacionado com esta intervenção os enfermeiros participantes na recolha de dados testemunharam que, E1 “...o que eu faço ... no CAT neste momento é o programa de substituição...”.

Para fundamentar esta intervenção, Rodrigues (2006) refere que:

“...a metadona não trata apenas a dependência de heroína, confere também uma miríade de benefícios para os indivíduos a quem é prescrita, assim como para as famílias e comunidade.” (p.56)

Outra unidade de contexto, inserida nesta subcategoria, é a **redução de danos** que os enfermeiros definem como algo onde é feito um programa de motivação para o tratamento, ou seja, onde se pretende, em primeiro lugar, reduzir danos e riscos. Como enunciou o informante o E7 “...temos...programa de redução de danos... é feito...um trabalho de motivação para o tratamento... não é um tratamento...visa precisamente reduzir danos e riscos...” e E6 “...o incentivo no final é que este utente passe de um programa de redução de danos para o tratamento ... não se consegue tratar ninguém que não tem comida para comer, que vive na rua.”.

Relativamente a esta afirmação Patrício (2002) cita que:

“A redução de riscos para a saúde é sobretudo um conjunto de actividades para prevenir o aparecimento de sequelas, isto é, de danos provocados pelo consumo. Existindo os danos, haverá pelo menos que minimizá-los, prevenir o agravamento desses danos. Quando for desejado, aceite e possível, haverá que procurar tratá-los.” (p.17)

Os **rastreios** são outra das áreas onde o enfermeiro intervém para o despiste de doenças, nesta população, infecto-contagiosas, como a tuberculose, HIV's e hepatites, como referiu o E7 “...através deste contacto fazemos um despiste de doenças infecto-contagiosas...despista-se a tuberculose, os HIV's, as hepatites...e por outro lado, permite também diminuir o pequeno trafico...”.

Quadro 7: Subcategoria Programas

Intervenções de Enfermagem		
Subcategoria	Unidades de contexto	Unidades de Registo
Programas	Administração de Metadona/ Buprenorfina	<p>“...o que eu faço ... no CAT neste momento é o programa de substituição...” E1 (1)</p> <p>“...fazemos administração de metadona...” E1 (9) E2 (10)</p> <p>“...coordenação da gestão e da implementação dos programas de substituição com metadona.” E3 (21) E7 (116)</p> <p>“...tentarmos que os centros de saúde da área de residência tenham estes programas...” E4 (28)</p> <p>“Eu julgo que não há um modelo fixo de funcionamento em relação às actividade...no sítio onde eu trabalho ... temos um modelo que assenta essencialmente em regras, em relação ao programa de substituição com metadona ou com o Buprenorfina...” E7 (115)</p> <p>“...o programa de tratamento com metadona ou...buprenorfina...” E7 (117)</p> <p>“...temos tido resultado em alguns utentes que tinham dificuldade de adesão à terapêutica anti-retroviral, portanto nós sabemos que eles vêm com medicação, o que é que é preciso fazer para que esse utente faça uma adesão à terapêutica, temos alguns utentes com toma assistida, juntamente com a administração da metadona.” E5 (136)</p>
	Redução de danos	<p>“...vai além do programa da metadona...o que se vai avaliar mais é em termos de saúde, em termos de alimentação, em termos de hábitos de higiene, em termos de problemas sociais, em termos de trabalho, se está a trabalhar ou se não está a trabalhar...” E1 (42)</p> <p>“...temos...programa de redução de danos... é feito...um trabalho de motivação para o tratamento... não é um tratamento...visa precisamente reduzir danos e riscos...” E7 (118)</p> <p>“...estes programas de redução de danos estão dirigidos para este determinado tipo de população, uma população que é muito</p>

		<p>desorganizada e que se pretende numa primeira instância diminuir os consumos ...” E7 (119)</p> <p>“...temos que começar por pequenos passos para chegarmos depois a uma fase mais, de tratamento...são programas que visam, por um lado, fidelizar um indivíduo a um órgão de saúde, a um organismo de saúde...” E7 (120)</p> <p>“...podemos por exemplo trocar seringas, dar preservativos...” E7 (122) E7 (123) E7 (124)</p> <p>“...o incentivo no final é que este utente passe de um programa de redução de danos para o tratamento ... não se consegue tratar ninguém que não tem comida para comer, que vive na rua.” E6 (125)</p>
	<p>Rastreios</p>	<p>“...rastreios do VIH, ...” E4 (34)</p> <p>“...ADR o aconselhamento, detecção e uma referência, estamos a fazer um aconselhamento pré e pós teste rápido do VIH e damos uma resposta em 20 minutos.” E2 (37) (38) (39)</p> <p>“...através deste contacto fazemos um despiste de doenças infecto-contagiosas...despista-se a tuberculose, os HIV’s, as hepatites...e por outro lado, permite também diminuir o pequeno trafico...” E7 (121) E7 (127)</p>

A sexta subcategoria identificada é, a **articulação**, onde estão inseridas duas unidades de contexto, a **articulação com instituições** e a **articulação com equipa**. Relativamente à unidade de contexto **articulação com instituições**, os enfermeiros referem que é da sua competência estabelecer protocolos com instituições e parcerias com o hospital e centro de saúde, como salientaram os entrevistados E3 “...trabalho de articulação com outras instituições, colaboração das instituições, projectos virados para fora...”, “...protocolos com outras instituições...”, E6 “Articulações que sejam necessárias estabelecer com outras instituições caso o utente seja seropositivo em que...temos que entrar em contacto com o hospital para que entre todos possamos avaliar fazer o que é necessário neste campo...” e E8 “...nós também fazemos um papel de interlocutor porque normalmente estes utentes não têm um contacto fácil com as instituições...”.

Outra unidade de contexto, inserida nesta subcategoria, é a **articulação com equipa** em que o enfermeiro estabelece contacto com os vários elementos da equipa multidisciplinar do CAT no sentido de uma adequada prestação de cuidados e uma melhor aceitação do tratamento, como foi realçado por E4 “...papel de articulação...articula entre o utente, com o médico com as equipas...”.

Em relação a esta subcategoria a lei de bases de saúde Base II de preâmbulo política de saúde, ponto 1 alínea d) refere que os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social. (Anexo 1)

Quadro 8: Subcategoria: Articulação

Intervenções de Enfermagem		
Subcategoria	Unidades de contexto	Unidades de Registo
Articulação	Articulação com Instituições	<p>“...alertar o assistente social do CAT caso o utente, seja um sem abrigo e sejam evidenciadas situações de carência económica e social.” E6 (110)</p> <p>“...trabalho de articulação com outras instituições, colaboração das instituições, projectos virados para fora...” E3 (25) E8 (113)</p> <p>”...protocolos com outras instituições...” E3 (30) E6 (108)</p> <p>“Articulações que sejam necessárias estabelecer com outras instituições caso o utente seja seropositivo em que...temos que entrar em contacto com o hospital para que entre todos possamos avaliar fazer o que é necessário neste campo...” E6 (109)</p> <p>“...fazemos parcerias também com o hospital...” E4 (35)</p> <p>“Com o Hospital, com o Centro de Saúde...reunião de rede prévia para saber a situação...” E5 (132)</p> <p>“...a nossa intervenção acaba por ser determinante de um modo geral estes utentes quando vão às instituições hospitalares nomeadamente não são muito bem recebidos.” E8 (141)</p> <p>“...nós também fazemos um papel de interlocutor porque normalmente estes utentes não têm um contacto fácil com as instituições...” E8 (140) E8 (142) E7 (145)</p>
	Articulação com Equipa	<p>“...papel de articulação...articula entre o utente, com o médico com as equipas...” E4 (40)</p>

Finalmente, a sétima subcategoria encontrada, designa-se por **prevenção e promoção da saúde**, onde se inserem três unidades de contexto: **saúde da mulher e da criança, gravidez e amamentação** e a **prevenção primária**.

A unidade de contexto **saúde da mulher e da criança** é umas das áreas de intervenção de enfermagem para a prevenção e promoção da saúde, como referido pelo enfermeiro participante na recolha de dados, E2 “...*questões relacionadas com a saúde da mulher e da criança...*”

A **gravidez e amamentação** foi outra das áreas de intervenção encontradas, na qual existe o acompanhamento da grávida, por parte dos enfermeiros, como foi reconhecido pelo entrevistado E4 “*Todas as nossas grávidas são imediatamente referenciadas à consulta de alto risco...sempre que identificam uma grávida toxicod dependente ... nos contactam ...*”. A implementação da amamentação nestas utentes tem sido uma experiência que ultimamente se está a por em prática, como foi realçado pelo enfermeiro E5 “*Tenho tido a experiência ultimamente de implementar a amamentação que não era prática nas nossas utentes e com sucesso...*”.

Outra das unidades de contexto referidas é a **prevenção primária**, na qual se pretende uma intervenção na comunidade, no tratamento, na reinserção e na utilização de estratégias de prevenção, de algumas complicações que possam surgir, e promoção da saúde e também no tratamento, como foi mencionado pelo E2 “...*prevenção primária ... algumas vezes em reinserção...*” e E5 “...*conseguimos intervir nas estratégias de prevenção, da promoção e também no tratamento.*”.

Em relação a esta intervenção, Sousa (1998) salienta que:

“ *Os programas de prevenção devem encorajar comportamentos positivos principalmente orientando num sentido construtivo os sentimentos e as responsabilidade de cada pessoa.*” (p.15)

Para que estes programas sejam eficazes devem existir a todos os níveis da comunidade, e todas as instituições devem advertir os seus elementos dos riscos que as drogas constituem, não só as ilegais mas também as legais.

Na mesma linha de ideias Watson (citado por Tomey et al, 2004) refere que as enfermeiras desenvolvem promoções da saúde através de acções de prevenção.

A enfermagem preocupa-se em promover a saúde, em prevenir a doença e em cuidar dos doentes, visto que estes requerem um tratamento holístico que promove o humanismo.

Quadro 9: Subcategoria: Prevenção e promoção da saúde

Intervenções de Enfermagem		
Subcategoria	Unidades de contexto	Unidades de Registo
Prevenção e promoção da saúde	Saúde da Mulher e da criança	<p>“...questões relacionadas com a saúde da mulher e da criança...” E2 (11) E2 (13) E2 (14)</p> <p>“...saúde e educação...” E2 (15)</p>
	Gravidez e Amamentação	<p>“...atenção às mulheres nas questões da idade fértil, durante a gravidez...” E2 (12) E3 (22)</p> <p>“Todas as nossas grávidas são imediatamente referenciadas à consulta de alto risco...sempre que identificam uma grávida toxicodependente ... nos contactam ...” E4 (36)</p> <p>“Tenho tido a experiência ultimamente de implementar a amamentação que não era prática nas nossas utentes e com sucesso...” E5 (131)</p>
	Prevenção primaria da saúde	<p>“...prevenção primária ... algumas vezes em reinserção...” E2 (19) (20)</p> <p>“Intervenção na comunidade...” E3 (24)</p> <p>“...a vertente que me preocupa mais...é a vertente sanitária porque a nossa população, é uma população muito doente e portanto esta intervenção ao nível da saúde ... das terapêuticas anti-retrovirais, anti-bacilares, a necessidade de irem às consultas de seguimento, de infecciologia...” E8 (112)</p> <p>“...conseguimos intervir nas estratégias de prevenção, da promoção e também no tratamento.” E5 (126)</p> <p>“...prevenir as reinfecções ou mesmo utentes que não estão infectados com hepatites, ou com seropositivos para prevenir e ensinar ou incentivar para outro tipo de comportamentos relacionados com esta problemática.” E5 (137) E8 (114) E3 (23)</p>

4.2.2. Categoria Componentes mais relevantes

Para a categoria **componente mais relevante** foram identificadas três subcategorias, como identificadas no quadro 10: a **componente teórica**, **componente técnica** e **componente relacional**.

Quadro 10: Categoria Componentes mais relevantes e suas subcategorias e unidades de contexto

Componentes mais relevantes	
Subcategoria	Unidades de contexto
Componente Teórica	Interligação
	Aquisição de conhecimento técnico-científico
Componente Técnica	Técnicas Instrumentais
Componente Relacional	Importância
	Conhecimento da população
	Comunicação

Relativamente à subcategoria **componente teórica** existem duas unidades de contexto, que são: **a interligação e aquisição de conhecimento técnico-científico**.

A unidade de contexto **interligação**, teórica, técnica e relacional é referida pelos enfermeiros, participantes no estudo, como essencial, para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência, como foi referido pelo E4 “...para se fazer uma técnica relacional eu tenho que a suportar teoricamente, mas também se tiver só a parte teórica e se não a souber aplicar...” e pelo E2 “...o dia a dia, mostram-nos que de facto como todos os princípios de enfermagem se aplicam aqui...”, pode-se afirmar teoricamente, segundo Rosa (2000) que uma componente teórica é um princípio fundamental de uma arte ou ciência que o enfermeiro adquire.

A **aquisição de conhecimento técnico-científico**, por parte dos enfermeiros, é de extrema importância para uma constante actualização de conhecimentos, para uma melhor prestação de cuidados a estes utentes, como foi afirmado pelos os informantes E5 e E8: “...de facto eu no meu curso base não sabia nada sobre toxicoddependência é um facto, eu tive que estudar, tive que ler e tive que conversar com colegas que tinham experiência nesta área...”; “É evidente pois é preciso também algum conhecimento e hoje em dia há uma série de intervenções que carecem de algum conhecimento técnico obviamente e portanto temos que estar actualizados.”.

Podemos fundamentar com Rosa (2000):

“Que tem sido exigido aos enfermeiros uma preparação, cada vez maior, uma aquisição de um corpo de conhecimentos através de métodos científicos, uma actualização constante, com a finalidade de uma prestação mais qualificada dos cuidados, ou seja, uma maior eficácia e eficiência, onde a humanização deve ser a sua base de intervenção.” (p. 110)

Quadro 11: Subcategoria: Componente Teórica

Componentes mais relevantes		
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo
Componente Teórica	Interligação	<p>“... Não sei se podemos usar só a teórica, a técnica ou a relacional.” E4 (45)</p> <p>“...a relacional é aquela que nós utilizamos mais, mas tem que ser sempre suportada por uma parte teórica...” E4 (48)</p> <p>“...para se fazer uma técnica relacional eu tenho que a suportar teoricamente, mas também se tiver só a parte teórica e se não a souber aplicar...” E4 (49)</p> <p>“...aprendi aqui de facto que todas as questões técnicas e teóricas são extremamente importantes...” E2 (55)</p> <p>“...o dia a dia, mostram-nos que de facto como todos os princípios de enfermagem se aplicam aqui...” E2 (56)</p>
	Aquisição de conhecimento técnico-científico	<p>“...de facto eu no meu curso base não sabia nada sobre toxicoddependência é um facto, eu tive que estudar, tive que ler e tive que conversar com colegas que tinham experiência nesta área...” E5 (152)</p> <p>“É evidente pois é preciso também algum conhecimento e hoje em dia há uma série de intervenções que carecem de algum conhecimento técnico obviamente e portanto temos que estar actualizados.” E8 (155)</p>

A **componente técnica** dos cuidados, referenciada no quadro 12 onde alguns dos elementos afirmam que esta não se aplica nas suas instituições de trabalho, visto não ser necessário a sua utilização, como afirma o E3: “...*técnicas instrumentais realmente ali não, quase que não existem, mas as outras técnicas, que tem a ver com a relação a comunicação a observação também existem...*”.

A subcategoria, anteriormente referida, é constituída por apenas uma unidade de contexto, designada por **técnicas instrumentais**.

É importante salientar que as técnicas não instrumentais são mais importantes nesta temática, visto que o aconselhamento aos utentes/família é mais relevante, como foi referido pelo, entrevistado, E3: “...*é assim técnicas de aconselhamento devia-se aprofundar um pouco mais, não só conhecer o que é o toxicodependente, as definições todas teóricas como também esta prática de relação, técnicas de entrevista de estar com a pessoa.*” Para aprofundar teoricamente esta relação, Soares (1990, pág. 5), afirma que “...a enfermagem tem como máxima preservar a vida do doente utilizando todos os meios técnicos ao seu alcance para manter a homeostasia bio-psico-social do ser humano em todos os seus aspectos.”

Quadro 12: Subcategoria componente técnica

Componentes mais relevantes		
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo
Componente Técnica	Técnicas Instrumentais	“... <i>técnicas instrumentais realmente ali não, quase que não existem, mas as outras técnicas, que tem a ver com a relação a comunicação a observação também existem...</i> ” E3 (53) E4 (46) E3 (47) “... <i>é assim técnicas de aconselhamento devia-se aprofundar um pouco mais, não só conhecer o que é o toxicodependente, as definições todas teóricas como também esta prática de relação, técnicas de entrevista de estar com a pessoa.</i> ” E6 (157)

Contudo, a subcategoria **componente relacional**, está dividida em três unidades de contexto, que são: **importância**, **conhecimento da população** e **comunicação**. Esta componente é reconhecida pelos enfermeiros, que participaram no estudo, como a mais importante para a prestação de cuidados. O enfermeiro deve possuir competências relacionais que facilitem a relação enfermeiro/utente no momento do cuidar, como afirmou o informante E3: *“Mas a relacional eu acho que nesta problemática é muito importante...e acho que há características pessoais que ajudam...”*. Contudo é importante que a componente relacional seja suportada pelas outras componentes, para uma melhor prestação de cuidados.

Outra das unidades de contexto é o **conhecimento da população**, onde os participantes afirmam que é necessário conhecer a população, para uma melhor identificação das suas necessidades e conseqüentemente uma melhor prestação de cuidados. Por vezes é necessário a realização de visitas institucionais ou domiciliárias para que se possa ajudar esta população, como enunciou E2: *“...visitas institucionais e domiciliárias, nós vamos muitas vezes aos locais, aos hospitais, etc., e a casa também das pessoas, mas muitas vezes aos hospitais e no fundo ajudar estas pessoas nos serviços de saúde.”*

É necessário salientar que os enfermeiros por vezes acompanham este tipo de população durante muitos anos, ou mesmo durante toda a vida do utente/família, como referiu, o enfermeiro, E4: *“...temos que ter em conta que acompanhamos estes utentes a vida inteira deles... há utentes que estão lá desde o princípio, que eu vejo quase todos os dias, por isso a relação tem que se constituir...”*.

Por fim, a unidade de contexto, **comunicação** é um instrumento útil ao trabalho do enfermeiro com o toxicodependente, como referiu o E8: *“...a relacional até porque estamos a falar de uma área que é digamos muito mais do foro da saúde mental, portanto a nossa ferramenta terapêutica é mesmo a comunicação.”*. Como é constatado na teórica Rosa et al (2000):

“A comunicação, ...é o elo social que nos liga uns aos outros ... a comunicação está presente em toda a relação ... e, na comunicação, a relação é fundamental.” (p.112)

Como afirma Lopes (2006):

“...os enfermeiros põem os saberes ao serviço dos clientes ... desta forma, e porque os enfermeiros e os clientes são pessoas, a competência e a qualidade dos cuidados que se prestam são exigências éticas.”. (p.120)

Comunicar com um toxicodependente é importante na temática do cuidar, e por vezes difícil para o enfermeiro, como foi mencionado pelo entrevistado E8: *“...comunicar com um toxicodependente às vezes tem muitas particularidades nós temos que estar enfim atentos.”*. Para podermos fundamentar esta intervenção, Rosa et al (2000) afirma que para se poder estabelecer uma relação de ajuda entre enfermeiro – toxicodependente é fundamental a comunicação, ou seja, é através desta que se estabelece a relação terapêutica e dela depende o sucesso de todo o processo de tratamento do toxicodependente.

Quadro 13: Subcategoria Componente relacional

Componentes mais relevantes		
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo
Componente Relacional	Importância	<p>“...em primeiro lugar o relacional, completamente suportável pelas questões teóricas e técnicas.” E2 (58) E3 (50) E3 (51) E2 (57) E1(59) E7(149)</p> <p>“Mas a relacional eu acho que nesta problemática é muito importante...e acho que há características pessoais que ajudam... E3 (52)</p> <p>“...temos que ter em conta que acompanhamos estes utentes a vida inteira deles... há utentes que estão lá desde o princípio, que eu vejo quase todos os dias, por isso a relação tem que se constituir...” E4 (60) “...temos que ter muito cuidado com o papel de gerador de contra atitudes, portanto é claramente a relacional...” E7 (150)</p> <p>“...a teoria é muito importante e o relacionamento com o utente e com a família obviamente que é a componente relacional.” E5 (153)</p>
	Conhecimento da População	<p>“...é a relacional mas também temos que saber alguma coisa sobre esta população...” E5 (151)</p> <p>“...visitas institucionais e domiciliárias, nós vamos muitas vezes aos locais, aos</p>

		hospitais, etc., e a casa também das pessoas, mas muitas vezes aos hospitais e no fundo ajudar estas pessoas nos serviços de saúde.” E2 (54)
	Comunicação	“...a relacional até porque estamos a falar de uma área que é digamos muito mais do foro da saúde mental, portanto a nossa ferramenta terapêutica é mesmo a comunicação.” E8 (154) “...comunicar com um toxicodependente às vezes tem muitas particularidades nós temos que estar enfim atentos.” E8 (156)

4.2.3. Categoria Dificuldades sentidas

Consecutivamente, a categoria identificada é as **dificuldades**, com que o enfermeiro se depara para o exercício da sua profissão. Nesta categoria insere-se cinco subcategorias, que são: **atendimento, centros de saúde, desmotivação, políticas de saúde e população carenciada economicamente.**

Quadro 14: Descrição da categoria Dificuldades sentida, e suas subcategorias

Dificuldades sentidas	
Subcategoria	Unidades de Contexto
Atendimento	Número elevado de utentes
	Escassos recursos de enfermeiros
	Exigências relacionais
Centros de Saúde	Resistência dos profissionais
	Adesão à metadona
Desmotivação	Pressão
Políticas de saúde	Modelos de gestão
	Condições de trabalho
População carenciada economicamente	Satisfação das necessidades

Na subcategoria **atendimento** foram identificadas as unidades de contexto: **número elevado de utentes, escassos recursos de enfermeiros e a exigências relacionais.**

A unidade de contexto **número elevado de utentes** ao toxicodependente nos CAT's, é referida como uma dificuldade pelos entrevistados, na medida em que o número de utentes que se dirigem aos CAT's diariamente é elevado para os poucos recursos de enfermagem, como referiram os entrevistados E1 “...*número de utentes que nós atendemos diariamente...é cada vez maior...*” e E4 “...*o número elevado de utentes para o número de horas de enfermeiros.*”. Os enfermeiros referem que, sentem que não têm o tempo necessário para a realização de uma prestação de cuidados individualizados, como refere E3: “...*a necessidade imediata é a administração daquele medicamento e isso tem mesmo que ser, o resto, também é importante, mas, com a sala de espera cheia de gente, é difícil...*”, “...*mas ficamos com aquela sensação de que realmente para aquele utente, era preciso isto e aquilo e não fizemos e não avançamos para...*”.

Segundo a teórica Jérôme (citado por Angel et al 2002), que não vai de encontro ao que é referido anteriormente, refere que:

“Todo o atendimento que visa a prestação de cuidados representa, em simultâneo, um lugar e um tempo ... o encontro entre uma pessoa em sofrimento e profissionais de saúde cuja função consiste em propor um certo número de recursos para esse utente, oferecendo um certo nível de compreensão...”. (p.220)

Relativamente à unidade de contexto, **escassos recursos de enfermeiros** existentes no serviço, leva a que estes não consigam acompanhar os utentes da forma mais adequada, ou seja, que tenham em atenção outros aspectos para além da administração de metadona, que segundo os entrevistados, neste momento é a principal prioridade dos CAT's, como foi mencionado pelo enfermeiro E5: “*Eles também têm outras necessidades, obviamente, e que nós sabemos e que poderemos responder e que não conseguimos porque temos que estar ali naquele sítio para a administrar o medicamento...*”. Os participantes afirmaram, que são poucos para prestarem bons cuidados de enfermagem aos utentes que realmente necessitam, como menciona E2: “...*nós somos poucos para aquilo que nós achamos que os nossos utentes precisam.*”. E relativamente a este aspecto, os participantes referem que se continuarem com um escasso número de enfermeiros por instituição, que os bons cuidados de saúde a este nível, podem ficar prejudicados, como mencionou E5: “...*que todas aquelas intervenções que eu referi anteriormente eu poderei ter que as deixar de fazer...*”.

Outras das dificuldades que os entrevistados referem sentir durante o atendimento do utente toxicodependente é uma grande **exigência relacional** a que estão

sujeitos, principalmente devido ao tempo de acompanhamento que estes utentes passam em tratamento, como é exposto pelo E2: “...estão connosco jovens, muito jovens, durante muitos anos, eu tenho utentes há mais de uma década, portanto isso é, também pesado, isto exige de nós, também em termos relacionais uma outra maneira, estamos em ambulatório com pessoas que acompanhamos há mais de uma década, e provavelmente ficam connosco o resto do tempo.”

Quadro 15: Subcategoria Atendimento

Dificuldades sentidas		
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo
Atendimento	Número elevado de utentes	<p>“...número de utentes que nós atendemos diariamente....é cada vez maior...” E1 (67)</p> <p>“...a necessidade imediata é a administração daquele medicamento e isso tem mesmo que ser, o resto, também é importante, mas, com a sala de espera cheia de gente, é difícil. E3 (71)</p> <p>E3 (70)</p> <p>“...ficamos com aquela sensação de que...para aquele utente, era preciso isto e aquilo e não fizemos e não avançamos para...” E3 (72)</p> <p>“...o número elevado de utentes para o número de horas de enfermeiros.” E4 (78)</p>
	Escassos recursos de enfermeiros	<p>“...nós somos poucos para aquilo que nós achamos que os nossos utentes precisam.” E2 (104) E5 (165)</p> <p>“...que todas aquelas intervenções que eu referi anteriormente eu poderei ter que as deixar de fazer...” E5 (166)</p> <p>“Eles também têm outras necessidades, obviamente, e que nós sabemos e que poderemos responder e que não conseguimos porque temos que estar ali naquele sítio para a administrar o medicamento...” E5 (169)</p>
	Exigência relacional	<p>“...estão connosco jovens, muito jovens, durante muitos anos, eu tenho utentes há mais de uma década, portanto isso é, também pesado, isto exige de nós, também em termos relacionais uma outra maneira, estamos em ambulatório com pessoas que acompanhamos há mais de uma década, e provavelmente ficam connosco o resto do tempo.” E2 (65)</p>

Outra subcategoria encontrada é os **centros de saúde** e que é constituída por duas unidades de contexto, que são: a **resistência dos profissionais** e a **adesão à metadona**.

O acompanhamento psicoterapêutico e de apoio aos programas de substituição a toxicodependentes tem sido também desenvolvido em alguns centros de saúde em articulação com técnicos dos CAT's.

A unidade de contexto **resistência dos profissionais**, foi outra das dificuldades encontradas devido contacto entre os CAT's e os **Centros de Saúde** não ter sido inicialmente positivo, houve uma grande resistência por parte destes, como foi referido pelo E3: *“Mas sentimos resistência...nomeadamente se fizermos a proposta de os utentes irem lá tomar metadona, doses preparadas por nós e colocadas no centro de saúde e só administrar, há uma grande resistência.”*. O principal argumento que os **Centros de Saúde** utilizam, para esta **resistência dos profissionais**, é que não têm como função prestar cuidados a estes utentes, como afirmou o entrevistado E3: *“...e os argumentos que utilizam é que os Centros de Saúde não foram feitos para atender este tipo de população...isto é um contra-senso, porque esta população é a população dos centros de saúde...”*.

Numa fase inicial os Centros de Saúde não aceitaram muito bem a prestação de cuidados a estes utentes, mas após os primeiros contactos, surgiu uma excelente relação entre os toxicodependentes e os técnicos de saúde o que foi facilitador para uma continuidade destes cuidados, como é reforçado na entrevista pelo E4: *“Na fase inicial, ninguém queria o toxicodependente...em centros de saúde,...porque os cuidados primários não eram vocacionados,...os primeiros toxicodependentes criaram uma excelente relação com os técnicos do centro de saúde, e foi uma entrada facilitadora...”* e E2: *“...os responsáveis de enfermagem...perceberam rapidamente a importância de os centros de saúde aderirem a este processo,...de reuniões...que temos que fazer sistematicamente,...porque as gerações do centro de saúde ou das equipas mudam, e é preciso sempre renovar...ao longo do tempo...”*.

A **adesão à metadona** nos **Centros de Saúde**, relativamente aos programas é importante, mas para isso é necessário que os enfermeiros tenham uma formação adequada nesta área, como refere o E4: *“...foi muito difícil instituir programas nos centros de saúde, e começou-se a aderir por causa do programa da tuberculose, para fazerem todos presenciais e a metadona funcionaria como, quase um fomentador da adesão.”*.

Relativamente a esta unidade de contexto, Seabra (2005) refere que a articulação com os Centros de Saúde é importante, visto que, temos constantemente a preocupação de promover junto destes utentes a continuidade dos cuidados de saúde, sendo então necessário adesão dos utentes aos cuidados de saúde primários.

Quadro 16: Subcategoria Centros de saúde

Dificuldades sentidas		
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo
Centros de Saúde	Resistência dos profissionais	<p>“Relativamente aos centros de saúde, vamos conhecendo as pessoas....se o contacto é muito formal, é muito difícil... articular nomeadamente com a médica de família” E4 (89)</p> <p>“...por parte dos centros de saúde, ainda sinto uma grande resistência em colaborar nesta área, tanto que tivemos necessidade de fazer no CAT, reuniões com os enfermeiros do Centro de Saúde,...” E3 (97)</p> <p>“...sentimos resistência...nomeadamente se fizemos a proposta de os utentes irem lá tomar metadona, doses preparadas por nós e colocadas no centro de saúde e só administrar, há uma grande resistência.” E3 (98)</p> <p>“...e os argumentos que utilizam é que os Centros de Saúde não foram feitos para atender este tipo de população...isto é um contra-senso, porque esta população é a população dos centros de saúde,...” E3 (99)</p>
	Adesão à Metadona	<p>“...foi muito difícil instituir programas nos centros de saúde ... começou-se a aderir por causa do programa da tuberculose, para fazerem todos presenciais ... a metadona funcionaria como, quase um fomentador da adesão.” E4 (100)</p> <p>“Na fase inicial, ninguém queria o toxicodependente...em centros de saúde,...porque os cuidados primários não eram vocacionados,...os primeiros toxicodependentes criaram uma excelente relação com os técnicos do centro de saúde, e foi uma entrada facilitadora...” E4 (101)</p> <p>“...os responsáveis de enfermagem...perceberam rapidamente a importância de os centros de saúde aderirem a este processo,...de reuniões...que temos que</p>

		fazer sistematicamente,...porque as gerações do centro de saúde ou das equipas mudam, e é preciso sempre renovar...ao longo do tempo,...” E2 (102)
--	--	--

Outra subcategoria encontrada é a **desmotivação**, que tem apenas uma unidade de contexto, a **pressão**, a que os enfermeiros estão sujeitos diariamente, como foi mencionado pelo E2 “...*desmotivação...nós produzimos tanto e que efeito tem?*” e E5 “*Esta população é muito exigente engloba uma doença crónica que em tempo dá muita frustrações é uma problemática muito complexa da saúde mental e até mesmo psiquiátrica, que se reflecte para nós pessoas que trabalhamos directamente com elas, portanto, se não há uma outra actividade que se possa fazer também fora disto há um cansaço.*”

Existe um grande investimento na prestação de cuidados, por parte dos enfermeiros e, por vezes, não têm os resultados esperados, o que se torna desmotivante para qualquer profissional, como refere E5:“...*em termos do programa da metadona pode-se fazer imensa coisa em termos da promoção, prevenção da saúde directamente com aquela população mas em termos de enfermagem cansa.*”. Por vezes, os enfermeiros demonstram dificuldade em perceber qual é relativamente o seu papel, como menciona E2: “...*às vezes é de facto tornar claro qual é o nosso trabalho...*”. Assim, os enfermeiros demonstram como principal dificuldade a **desmotivação**, visto que, não conseguem lidar da melhor maneira com a pressão diária, como foi salientado pelo E3: “...*esta área portanto não deixa de ser de alguma forma complicada, posso acrescentar que em relação aos doentes nós efectivamente lidamos com uma pressão diária podemos é já estar de certa forma habituados a essa versão, treinados a essa versão e não sentimos já essa dificuldade como podíamos sentir há uns tempos atrás...*”.

Quadro 17: Subcategoria: Desmotivação

Dificuldades sentidas		
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo
Desmotivação	Pressão	<p>“...desmotivação...nós produzimos tanto e que efeito tem?” E2 (64)</p> <p>“...às tantas uma pessoa sente...afogada, naquela pressão diária em que... ter tempo para falar, conhecer melhor as pessoas...todos os dias ser um bocado esmagada com...esse atendimento...sinto-me assim como se fosse uma pessoa ...atender nuns correios ou numa repartição qualquer.” E1 (68) E1 (66)</p> <p>“...esta área portanto não deixa de ser de alguma forma complicada, posso acrescentar que em relação aos doentes nós efectivamente lidamos com uma pressão diária podemos é já estar de certa forma habituados a essa versão, treinados a essa versão e não sentimos já essa dificuldade como podíamos sentir há uns tempos atrás...” E3 (161)</p> <p>“...em termos do programa da metadona pode-se fazer imensa coisa em termos da promoção, prevenção da saúde directamente com aquela população mas em termos de enfermagem cansa.” E5 (167)</p> <p>“Esta população é muito exigente engloba uma doença crónica que em tempo dá muita frustrações é uma problemática muito complexa da saúde mental e até mesmo psiquiátrica, que se reflecte para nós pessoas que trabalhamos directamente com elas, portanto, se não há uma outra actividade que se possa fazer também fora disto há um cansaço.” E5 (168)</p>

Outra subcategoria refere-se às mudanças ao nível de **políticas de saúde**, que tem como unidades de contexto: os **modelos de gestão** e as **condições de trabalho**.

Existem mudanças, principalmente, nos **modelos de gestão** dos CAT's ao nível da delegação dos CAT's, ou seja, estes passaram a unidades de tratamento que estão inseridas em CRID's, que são Centros Regionais Integrados, como foi dito pelo entrevistado E7 “...nós deixámos de trabalhar em CAT's passámos a Unidades de Tratamento que estão agregadas em CRID's, que são Centros Regionais Integrados, deixámos de ter uma área geográfica confinada aquele CAT e passámos a pertencer a uma área geográfica muito superior...”. Estas alterações provocaram aos enfermeiros algumas dificuldades no sentido de se adaptarem a estes novos modelos como referiu o E8: “...tem havido alguma dificuldade em nos adaptarmos a novos modelos de gestão, fundamentalmente que estão muito centrados, digamos, num elo são modelos muito autoritários ao contrário daquilo que nós estávamos habituados há uns anos atrás que eram modelos mais integradores...”. Os enfermeiros referiram mesmo, a sua renitência relativamente a estas novas **políticas de saúde**, como mencionou E8: “...estes processos de mudança de facto têm sido difíceis e eu particularmente sinto-me menos motivado do que se estava há uns tempos atrás...”.

Seguidamente a unidade de contexto **condições de trabalho** é referida pelos enfermeiros, participantes no estudo, como uma dificuldade porque actualmente existem os mesmos recursos para um número superior de pessoas, como enuncia o E7 “...o que se passa neste momento é que os mesmos recursos abranjam uma área maior...” e “...fazer redução de danos numa área geográfica pequena tem maior eficácia ou actividade enquanto que fazer redução de danos numa área geográfica muito superior necessita de outros recursos de outros meios...”.

Quadro 18: Subcategoria: Políticas de Saúde

Dificuldades sentidas		
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo
Políticas de Saúde	Modelos de Gestão	<p>“...às vezes é de facto tornar claro qual é o nosso trabalho...” E2 (105)</p> <p>“...tem havido alguma dificuldade em nos adaptarmos a novos modelos de gestão, fundamentalmente que estão muito centrados, digamos ... são modelos muito autoritários ao contrário daquilo que nós estávamos habituados há uns anos atrás</p>

	<p>que eram modelos muito mais integradores...” E8 (159) E8 (158)</p> <p>“...estes processos de mudança de facto têm sido difíceis e eu particularmente sinto-me menos motivado do que se estava há uns tempos atrás...” E8 (160)</p> <p>“...também há um desconhecimento muito maior neste momento de quem gere a delegação do que é realmente trabalhar nesta área...nas delegações anteriores as pessoas...sabiam o que era trabalhar num CAT com toxicodependentes e neste momento a visão é... diferente...” E8 (162)</p> <p>“...nós deixámos de trabalhar em CAT’s passámos a Unidades de “Tratamento que estão agregadas em CRID’s, que são Centros Regionais Integrados, deixámos de ter uma área geográfica confinada aquele CAT e passámos a pertencer a uma área geográfica muito superior...” E7 (163)</p>
Condições de trabalho	<p>“...temos outras dificuldades,...muito básicas de meios de espaço.” E3 (77) E4 (79)</p> <p>“...os meios informáticos, como é que funcionam?...” E4 (80)</p> <p>“...temos muitos poucos recursos,...neste momento é a grande dificuldade para o exercício da minha função,...” E2 (103)</p> <p>“...o que se passa neste momento é que os mesmos recursos abranjam uma área maior,...” E7 (173)</p> <p>“Neste momento não temos condições para continuar a fazer exactamente aquilo que fazíamos dimensionando uma área superior” E7 (175)</p> <p>“...fazer redução de danos numa área geográfica pequena tem maior eficácia ou actividade enquanto que fazer redução de danos numa área geográfica muito superior necessita de outros recursos de outros meios...” E7 (164)</p> <p>“...perceber quais são os limites e até onde podemos ir e o que é que temos que deixar de fazer.” E7 (174)</p>

Outra dificuldade sentida pelos enfermeiros ao longo do seu percurso profissional é a **população carentiada economicamente**, visto existir uma grande dificuldade em dar resposta a esta população, como foi exposto pelo entrevistado E4 “...eu às vezes tenho mais dificuldade em gerir, por exemplo, a nossa população alguma dela é bastante carentiada economicamente,...” e E5 “...porque às vezes nós temos as pessoas em condições miseráveis e não conseguimos dar-lhe resposta.”

De acordo com o IDT (2007):

“A *Reinserção Social* contribui para a eficácia do tratamento, conduzindo à realização pessoal e ao restabelecimento das redes sociais de suporte, no sentido da estabilidade clínica, emocional e social do indivíduo. É o processo através do qual o indivíduo reestrutura a sua personalidade e a sua vida, desenvolvendo competências de autonomia e responsabilidade, capazes de o valorizar enquanto membro útil à sociedade.” (p.23)

Quadro 19: Subcategoria: população carentiada economicamente

Dificuldades sentidas		
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo
População Carentiada Economicamente	Satisfação das necessidades	<p>“...eu às vezes tenho mais dificuldade em gerir, por exemplo, a nossa população alguma dela é bastante carentiada economicamente,...” E4 (81)</p> <p>“...e até as necessidades básicas, não as conseguimos assegurar.” E4 (82)</p> <p>“...possam dormir, não há um sítio onde se possam alimentar, onde tomar banho, por exemplo, isso é uma das coisas que eu considero mais desgastante...” E5 (83)</p> <p>“...porque às vezes nós temos as pessoas em condições miseráveis e não conseguimos dar-lhe resposta.” E5 (84)</p>

4.2.4. Categoria Estratégias

Para a categoria **estratégias** utilizadas, pelos enfermeiros para ultrapassarem as dificuldades sentidas no exercício da sua função, são referidas as seguintes subcategorias: **trabalho em equipa**, **contactos com instituições** e a **reinserção**.

Quadro 20: Descrição da categoria Estratégias sentidas e suas respectivas Subcategorias

Estratégias	
Subcategoria	Unidades de Contexto
Trabalho de equipa	Partilha
	Motivação
	Apoio
Contactos com as instituições	Formais
	Informais

Para a subcategoria **trabalho de equipa** foram encontradas as três unidades de contexto: **partilha**, **motivação** e **apoio**.

A **partilha** é uma das estratégias referidas pelos enfermeiros participantes no estudo, como algo fundamental, ou seja, é na equipa que existe uma **partilha** de sentimentos entre os vários elementos, como é referido por E2 “...*desilusão, frustração, sensação de impotência e incompetência e ter alguém com quem partilhar isto é fundamental.*”. Os entrevistados referem a importância desta **partilha** na medida em que os ajuda a enfrentar algumas situações com que se deparam, como referiu E3 “...*partilha com colegas fora da equipa de tratamento colegas fora de outras equipas é muito importante, para perceber que sentem o mesmo.*”. Segundo alguns enfermeiros que participaram no estudo, têm sido realizadas algumas reuniões entre a equipa no sentido de estimular esta **partilha**, como salientou E4 “...*constituiu-se aqui na delegação o grupo dos enfermeiros da delegação que eu acho que é um excelente grupo de apoio para quando estamos mais desmotivados,...*”.

Para fundamentar esta unidade de contexto, Seabra (2005) realça que esta equipa faz regularmente a avaliação do trabalho desenvolvido, de forma a melhorá-lo. Os enfermeiros ao assumirem esta postura, realizam uma reflexão sobre a sua prática diária, individual ou em grupo.

Outra unidade de contexto, pertencente a esta subcategoria, é a **motivação** que segundo a opinião dos enfermeiros participantes na recolha de dados é algo que é encontrado em equipa, que dá força e que os ajuda a seguir em frente, como constatou E2 “...alguém que diz eu acredito demasiado nisto e eu vou para a frente...”. Como fundamento teórico, Dias (2004) refere que a motivação é a chave da aprendizagem, ela depende das necessidades sentidas e dos objectivos que estão em conformidade como o indivíduo, dependendo do interesse do próprio.

O **apoio** é outra unidade de contexto referente a esta subcategoria. Através da equipa de trabalho os enfermeiros também referem que se sentem apoiados, como salientou E5 “Estratégias, muitas das vezes trabalhamos em equipa, conversamos muito entre pares na equipa multidisciplinar...”, e assim conseguem superar melhor as dificuldades encontradas e encontrar estratégias para as solucionar, como enunciou o entrevistado, E5 “...vou ter de perceber com a equipa o que é que vou ter de deixar de fazer face à falta de uma enfermeira a tempo inteiro, claro que existe enfermeiros a fazer horas, mas uma enfermeira a tempo inteiro eu vou ter que cortar em algumas coisas que eu tenho que estar presente.”

Quadro 21: Subcategoria: Trabalho de equipa

Estratégias		
Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
Trabalho de Equipa	Partilha	<p>“...desilusão, frustração, sensação de impotência e incompetência e ter alguém com quem partilhar isto é fundamental.” E2 (61)</p> <p>“Habitúamo-nos a trabalhar em conjunto a treinarmos neste instituto, a discutir as coisas entre nós e isso acho que foi uma das grandes estratégias de lidar com as dificuldades.” E2 (62) E1 (69)</p> <p>“...partilha com colegas fora da equipa de tratamento colegas fora de outras equipas é muito importante, para perceber que sentem o mesmo.” E3 (74)</p> <p>“...no meu CAT por exemplo à sexta-feira há reunião só da equipa e que a equipa diz o que sente e o que se passa e o que se pode fazer e com o que se pode fazer...” E5 (171)</p>
	Motivação	<p>“...alguém que diz eu acredito demasiado nisto e eu vou para a frente...” E2 (63)</p> <p>“...o trabalho em equipa dentro da equipa de</p>

		tratamento também é um grande suporte,...” E3 (75)
	Apoio	<p>“...o apoio dos restantes colegas do CAT...” E4 (85)</p> <p>“...constituiu-se aqui na delegação o grupo dos enfermeiros ... que eu acho que é um excelente grupo de apoio para quando estamos mais desmotivados,...” E4 (87)</p> <p>“...vou ter de perceber com a equipa o que é que vou ter de deixar de fazer face à falta de uma enfermeira a tempo inteiro, claro que existe enfermeiros a fazer horas, mas ... eu vou ter que cortar em algumas coisas que eu tenho que estar presente.” E5 (172)</p> <p>“...nem sei que estratégias...utilizo,...tentar ultrapassar...se calhar nos dias a seguir já estou mais apoiada por colegas já consigo compensar de outra forma...” E3 (73)</p> <p>“...a gente suporta-se, apoiamo-nos nos outros profissionais que estão lá connosco,...” E3 (76)</p> <p>“Estratégias, muitas das vezes trabalhamos em equipa, conversamos muito entre pares na equipa multidisciplinar...” E5 (170)</p>

Relativamente à subcategoria **contactos com instituições** são encontradas as unidades de contexto **formais** e **informais**. Estas estratégias visam a uma melhoria na prestação de cuidados a estes utentes, a fim de facilitar o acesso aos serviços de saúde. Como foi exposto pelo entrevistado E2 “...*nós temos este papel de estimular também os próprios serviços a perceberem, que estes utentes são dos...serviços...todos não são só da área da toxicodependência.*”

Para se estabelecer **contactos formais** é necessário a realização de reuniões com alguma regularidade, como referiu o entrevistado E4 “...*acho importante nós fazermos reuniões periódicas com essas instituições,...às vezes na instituição conhecemos um rosto,...telefonamos e ligamos,...mandarmos o doente à procura, ou se manda para uma consulta...*”.

Os **contactos informais** muitas vezes são facilitadores, visto que, é através de alguns conhecimentos que os profissionais conseguem encontrar soluções para o tratamento dos seus utentes, como foi mencionado, pelo enfermeiro E4 “*Com as outras instituições eu acho que só é facilitado, devido aos contactos dos enfermeiros que nós conseguimos fazer.*”.

Quadro 22: Subcategoria Contactos com instituições

Estratégias		
Subcategoria	Unidade de contexto	Unidade de Registo
Contactos com Instituições	Formais	<p>“...temos este papel de estimular também os próprios serviços a perceberem, que estes utentes são dos...serviços...todos não são só da área da toxicodependência.” E2 (90)</p> <p>“...acho importante... fazermos reuniões periódicas com essas instituições,...às vezes na instituição conhecemos um rosto,...telefonamos e ligamos,...mandarmos o doente à procura, ou se manda para uma consulta...” E4 (91)</p> <p>“...nos sítios onde vão mais...toxicodependentes, onde as pessoas têm uma maior relação os contactos formais são indispensáveis.” E1 (94)</p> <p>“...é muito importante não desprezar os encontros formais, porque eu acho que também, porque depois não são sempre as mesmas pessoas, são outras...” E1 (95)</p>

		<p>“...há sítios onde a gente sabe que não vai haver problemas que...há uma relação que admite que as coisas andem todas certinhas. Não há o utente que vai para lá e que fique sem metadona...” E1 (96)</p>
	<p>Informais</p>	<p>“...é fácil conhecer outras pessoas de outras instituições e com contactos informais consegue resolver algumas coisas...” E4 (86)</p> <p>“Com as outras instituições eu acho que só é facilitado, devido aos contactos dos enfermeiros que nós conseguimos fazer.” E4 (88)</p> <p>“...e temos que utilizar de facto os canais informais, estabelecer aspectos formais para fazer este processo constantemente” E2 (92)</p> <p>“...os contactos informais são muito importantes, mas não podemos desprezar os contactos formais...” E1 (93)</p>

4.2.5. Categoria final: competências

Para concluirmos a entrevista, os enfermeiros participantes referiram alguns aspectos importantes para a prestação de cuidados.

Foi identificada como categoria **competências** e como subcategoria **formação académica** e como unidade de contexto **ensino clínico**.

Quadro 23: Subcategoria Competências

Competências		
Subcategorias	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Formação Académica	Ensino Clínico	“... sugeriria ... mais formação mais tempo de estágio nos serviços que é o que eu tenho tentado agora nestes últimos tempos com a escola da minha zona.” E5 (176) “...nós somos pessoas muito motivadas para a formação e de áreas muito diversificadas.” E2 (106)

Relativamente a esta subcategoria é referida a necessidade que os enfermeiros têm em adquirir mais **formação académica** nos institutos de educação, para que possam prestar melhores cuidados ao toxicodependente, como mencionou E5 e E2 respectivamente: “... *sugeriria ... mais formação mais tempo de estágio nos serviços que é o que eu tenho tentado agora nestes últimos tempos com a escola da minha zona.*”, “...*nós somos pessoas muito motivadas para a formação e de áreas muito diversificadas.*”

Relativamente a esta teórica, na opinião de Seabra (2005):

“Para que o enfermeiro possa estar devidamente preparado para uma relação com um utente e para que ele possa exercer com competência e dignidade as suas actividades, vários desafios são feitos à sua formação, nomeadamente conhecimentos científicos, formação profissional e formação humana...”. (p. 62)

5. CONCLUSÃO

A conclusão de um trabalho de investigação deve indicar a posição dos investigadores em relação aos resultados obtidos, incluindo enunciados conclusivos sobre os resultados positivos ou negativos, indicando como estes podem ser aplicados na prática ou se tem algum significado clínico. É importante discutir em que medida os resultados correspondem às bases teóricas que guiaram a investigação (Fortin, 1999).

Com a realização deste trabalho de investigação pretendeu-se conhecer a intervenção do enfermeiro face às necessidades do cliente toxicodependente, através de uma amostra de oito enfermeiros, tentando assim obter resposta à questão de investigação colocada para atingir o objectivo proposto inicialmente – Conhecer a intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do cliente dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes da Delegação de Lisboa e Vale do Tejo.

A realização de um trabalho de investigação é de extrema importância para a profissão de enfermagem, visto que, é essencial fundamentar a prestação de cuidados.

Através da realização deste estudo de investigação procurámos saber mais sobre a temática abordada, e para suportar o nosso estudo de investigação realizámos uma pesquisa bibliográfica de modo a adquirir e aprofundar conhecimentos sobre a temática em estudo.

Após a análise dos dados podemos retirar as nossas conclusões mas nunca esquecendo que estas não poderão ser generalizadas para toda a população de enfermeiros, visto que a recolha de dados foi realizada apenas a uma amostra desta população.

Uma vez que este trabalho é de carácter exploratório descritivo não é possível extrapolar ou generalizar os resultados obtidos no decorrer da discussão dos mesmos.

Para caracterizar amostra deste estudo, foi realizado um questionário a cada um dos participantes de modo a caracterizar os elementos que participaram neste estudo. Este questionário foi anónimo, e todos os participantes aceitaram as condições referidas na carta explicativa para obtenção do consentimento informado.

A amostra era constituída na sua maioria por elementos do sexo feminino e a média de idade é de 39,25% anos. Relativamente à formação académica a maioria dos elementos é licenciado e uma minoria tem a especialidade nesta área e à média de número de anos de actividade profissional é de 19 anos.

Em relação ao cargo desempenhado na instituição, dois dos elementos são enfermeiros chefes, outros dois enfermeiros gerais, dois enfermeiros graduados e três enfermeiros coordenadores.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi a realização de uma entrevista através de “*Focus group*”. Posteriormente procedeu-se à análise de dados através do método análise de conteúdo, segundo Bardin.

Podemos constatar a importância da intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do cliente toxicodependente no CAT’, o que demonstra que os elementos participantes estão sensibilizados para as necessidades destes clientes.

Concluimos que as intervenções de enfermagem descritas como principais, pelos enfermeiros participantes no estudo são: o acolhimento diário ao toxicodependente que é realizado nos CAT’s com o objectivo principal de administração da terapêutica de substituição; sendo também realizada uma avaliação das necessidades de saúde destes clientes; e se necessário efectuado o encaminhamento para os técnicos de saúde que corresponda à resolução de alguns problemas identificados; o acompanhamento individual/familiar é outra das intervenções de enfermagem, que foram referidas pelos entrevistados, visto que, este acompanhamento é extremamente importante na medida em que ajuda a uma diminuição da ansiedade que estes clientes têm para com os técnicos de saúde, o que leva a uma melhor aceitação do tratamento.

Foi referido pelos informantes que são os programas, principalmente o programa de metadona/buprenorfina, no qual o papel de enfermagem é fundamental de forma a promover a recuperação do toxicodependente. Existem outros programas, referidos pelos entrevistados, para além deste, tais como: o programa de redução de danos que visa, principalmente, realizar uma motivação do toxicodependente para o tratamento; a realização de rastreios é outra das áreas de intervenção de enfermagem, de modo a realizar o despiste de algumas patologias associadas.

A articulação entre outras instituições e com a equipa é outra das intervenções de enfermagem no sentido de uma melhor prestação de cuidados e uma melhor aceitação do tratamento por parte do toxicodependente.

A prevenção e promoção da saúde é outra das áreas de intervenção do enfermeiro, principalmente na: saúde da mulher e da criança, gravidez e amamentação e a prevenção primária.

Durante a recolha de dados, foi abordada qual seria a componente (técnica, teórica ou relacional) mais relevante para o exercício da profissão de enfermagem, onde os

entrevistados defendem que é necessário existir uma interligação entre estas três componentes para que se possa prestar bons cuidados de enfermagem. Contudo a componente relacional é reconhecida por estes, como primordial para a prestação de cuidados nesta área.

Relativamente às principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros, que participaram no estudo, no exercício da sua função estes referiram: o atendimento ao toxicodependente devido ao elevado número de utentes, que recorrem a estes serviços, e os escassos números de enfermeiros disponíveis; os entrevistados referiram ainda que inicialmente o contacto com os centros de saúde não foi fácil, ou seja, houve uma grande resistência por parte destes para a aceitação da prestação de cuidados a toxicodependentes. Mas após os primeiros contactos entre os centros de saúde e os clientes toxicodependentes estabeleceu-se uma excelente relação entre estes, o que foi facilitador para uma continuação destes cuidados.

A desmotivação foi apontada como outra das dificuldades sentidas, pelos enfermeiros, principalmente, devido à rotina a que estão sujeitos diariamente no atendimento ao toxicodependente.

As mudanças ao nível de políticas de gestão são apontadas como outra dificuldade sentida pelos entrevistados, neste momento, devido principalmente às mudanças nos modelos de gestão dos CAT's o que provoca alguma dificuldade na adaptação a estes novos modelos.

Actualmente também é referido pelos enfermeiros que existe uma diminuição dos recursos, ou seja, os mesmos recursos são utilizados para uma área superior o que dificulta a realização de uma boa prestação de cuidados.

Por vezes, os enfermeiros deparam-se com uma população muito carenciada economicamente, o que constitui para o exercício da sua função uma dificuldade em dar resposta às necessidades destes indivíduos.

Para ultrapassarem estas dificuldades os enfermeiros referiram a utilização das seguintes estratégias: o trabalho em equipa é referido como algo extremamente importante, devido à possibilidade de partilhar sentimentos com os vários elementos e adquirindo assim uma maior motivação para conseguirem superar as dificuldades. Também é referido que existe um grande apoio por parte da equipa de modo a que seja mais fácil superar as dificuldades encontradas.

O estabelecimento de contactos, formais e informais, com outras instituições também é outra das estratégias utilizadas na medida em que é facilitador para o acesso

destes clientes aos vários serviços de saúde, o que leva a uma melhoria na prestação de cuidados.

Os enfermeiros referiram no final da entrevista que é necessário uma constante aquisição de competências, através de formação académica, para uma melhor prestação de cuidados.

Podemos concluir que atingimos o objectivo geral, proposto inicialmente, porque ficámos a conhecer as intervenções de enfermagem face às necessidades de saúde do cliente dos CAT's e demos resposta à nossa questão de investigação.

A realização deste estudo ajudou-nos a compreender melhor a problemática bio-psico-social que envolve o toxicodependente e principalmente a intervenção de enfermagem face às necessidades de saúde destes clientes.

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ao longo da realização deste estudo deparamo-nos com algumas limitações, principalmente, devido à nossa inexperiência enquanto alunas de enfermagem.

A escolha do método de recolha e análise de dados foram algumas das incertezas com as quais nos deparámos mas com a evolução do estudo e com validações constantes com a Professora Orientadora deste trabalho foram sendo ultrapassadas.

Outra das limitações que tivemos, para a realização deste estudo, foi a marcação da recolha de dados por “*focus group*”, que só foi possível no mês de Outubro devido a compromissos dos enfermeiros participantes no estudo.

A nossa inexperiência para a realização da análise de conteúdo foi limitadora na medida em que tivemos alguma dificuldade, principalmente, devido à subjectividade deste método e principalmente na identificação das categorias, sub-categorias, unidades de contexto e unidades de registo. A respectiva interpretação destes resultados também foi difícil e trabalhosa.

O factor tempo foi limitador para a realização deste estudo de investigação devido aos vários trabalhos académicos que tínhamos em simultâneo com a elaboração deste estudo, o que fez com que por vezes o tempo dispensado para a sua realização não fosse o necessário.

Por vezes, achámos que era necessário mais tempo para que pudéssemos reflectir sobre os resultados obtidos, devido à subjectividade que lhe é inerente.

Apesar das limitações com que nos deparámos, a realização deste estudo foi essencial para o nosso desenvolvimento quer pessoal quer profissional, pelo que esperamos vir a proporcionar uma reflexão sobre a intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do cliente toxicodependente nos CAT's e deixar uma porta aberta para a continuação de trabalhos de investigação nesta área.

7. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

É importante definir as implicações que a realização deste estudo tem para a prática, gestão e ensino de enfermagem.

Este estudo é importante para a prática de enfermagem, na medida em que proporciona aos enfermeiros uma melhor compreensão sobre as intervenções de enfermagem na área da toxicodependência, ou seja, possibilita um maior conhecimento para que estes possam intervir de uma forma mais eficaz e eficiente, aumentando assim a qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente à gestão é importante que o enfermeiro gestor tenha um maior conhecimento sobre a intervenção de enfermagem nesta área e as principais dificuldades encontradas no exercício da sua função, para que seja possível uma melhor gestão dos cuidados de saúde, de modo, a resolver as dificuldades apresentadas pelos profissionais através de estratégias adequadas.

No ensino para a prática de enfermagem deviam-se aprofundar conhecimentos constantemente através de mais formação nesta área específica e realização de ensinamentos clínicos nesta área, para uma melhor preparação dos enfermeiros e uma maior sensibilização para a prestação de cuidados a estes clientes, visto que, por vezes são encaminhados para os vários serviços de saúde, não são só dirigidos para os CAT's. Portanto é necessário que se esteja preparado para intervir em qualquer situação.

8. SUGESTÕES DO ESTUDO

O nosso estudo veio reforçar a importância da enfermagem na área da toxicod dependência e a intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do toxicod dependente nos CAT's é fundamental para a recuperação destes.

Este trabalho pode ser utilizado como incentivo para a continuação de outros trabalhos de investigação nesta área de modo a fundamentar a prática de enfermagem em toxicod dependência.

Sugerimos que exista uma melhor formação específica nesta área, para os enfermeiros, de forma a promover uma melhoria na prestação de cuidados, visto que, muitas das vezes estes não estão sensibilizados para a intervenção nestes clientes.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Livros

Amaral, Dias, Carlos. (1980). *A influência relativa dos factores psicológicos em psicologia no evolutivo toxicómano*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra;

Angel, P. Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Edições Climepsi, 1ªed. ISBN: 972-796-023-5;

Azevedo, Mário (2006). *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares – Sugestões para a Estruturação da Escrita*. (5.ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN: 972-54-0140-9;

Bardin, Laurence. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70. ISBN: 972-44-1214-8;

Berger, L. Malloux-Prier, A. (1995). *Pessoas Idosas, uma abordagem global: Processo de Enfermagem por necessidades*. Loures: Editora Lusodidacta. ISBN: 972-95399-8-7;

Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-96610-6-5;

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à teoria dos métodos*. Porto: Porto Editora. (1ª ed.). ISBN: 972-0-34112-2;

Chiesa, A. M., Ciampone, M. H.T. (1999) *Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais a classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde colectiva*. CIPESC Brasília: Aben p.306-324;

Collière, M. F. (1999). *Cuidar: A primeira Arte da Vida*. Lisboa: Lidel (2ªed.). ISBN: 972-757-109-3;

Dias, José (2004). *Formadores: Que desempenho?* Loures: Lusociência 1ª Ed. ISBN: 972-8383-75-4;

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. (2ª ed.) Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-3;

Gabinete de Documentação (2001): *Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência*. Ministério da Saúde, Lisboa;

Greenbaum, T. L. (1998). *The handbook for focus groups research*. Lexington Books, Macmillan. ISBN: 0-669-27799-1;

Guia de Tratamento (2002): *Subutex, Buprenorfina Alta dose*. Scherung-Plough Farma, Lda;

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência, 1 de Março, 30 de Novembro e 19 de Novembro de 2007, www.idt.pt.

Iervolino, S.A., Pelicione, M.C. (2001). *A utilização o grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde*. São Paulo: volume 35, nº2, p. 115-121;

Krueger, R. A. Casey, M.A. (1998). *Moderating focus groups*. Thousand Oaks. Sage: Publications. ISBN: 0-7619-6834-3;

Krueger, R. A. Casey, M.A. (2000). *“Focus Groups”: A Practical Guide for Applied Research*. (3ªed.) Sage Publications, Inc. ISBN: 0-7619-2071-4;

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda, teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: (1.ªed.) Lusodidacta. ISBN: 972-95399-5-2;

Lowenstein, W. (et al). (1998). *A metadona e os tratamentos de substituição*. Lisboa: 1ªed. Doin Éditeurs. ISBN: 972-8449-04-6;

Lopes, M. J. (2006). *A relação Enfermeiro – doente como intervenção terapêutica, proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: 1.ªed. ISBN: 972-8485-6-X;

Mangado in Ribeiro, Cândida C.D. (1997). *Adição, Família, Ansiedade – Dissertação apresentada à ESEAF no âmbito do CESE*. Universidade de Coimbra;

- Morel, A. (et al) (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. (1.^aed.), Lisboa: Climepsi editores. ISBN: 972-8449-15-1;
- Morgan, D.L. (1998). *The focus groups guidebook*. Thousand oaks, Sage. Publications. ISBN: 0-8039-4874-3;
- Morgan, D.L. (1998). “*Focus groups: as Qualitative Research Methods*.” Thousand oaks, Sage Publications. Volume 16- ISBN: 0-8039-3209-X;
- Nowlis, H.(1990) *A verdade sobre as drogas*. Lisboa, GPCCD;
- Patrício, L.D. (1991). *Os profissionais de saúde e a droga*. (1.^aed.) Lisboa: Artes gráficas,
- Patrício, L.D. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: (1.^aed.) Livraria Figueirinhas. ISBN: 972-661-171-7;
- Polit & Hungler. (2001). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (5.^aed.). Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN: 0-7817-2557-7;
- Rodrigues, Sónia. (2006). Revista Toxicodependências: *Reflexões sobre qualidade de vida e tratamento manutenção com metadona*. Edição IDT. Volume: 12, número: 1. p.55-62;
- Rosa, A. S., Gomes, J. C., Carvalho, M. D. (2000). *Toxicodependência: Arte de cuidar*. Coimbra: Editores Formasau. ISBN: 972-8485-15-8;
- Schering –Plough Farma, Lda, (2002). *Subutex, Buprenorfina Alta Dose – Guia de Tratamento*. Aigualva;
- Seabra, Paulo. (2005). Revista Toxicodependências: *Cuidar num CAT. O trabalho desenvolvido por um enfermeiro, numa equipa de um programa de substituição opiácea*. Edição IDT. Volume: 11, número: 2. p.57-64;
- Soares. I. (et al) (1990). *Psicologia do desenvolvimento e da Educação de Jovens*. Vol. II. Lisboa: Universidade Aberta, p.5-7;

Sousa, M. V. T. (1988). *A droga Hoje em Portugal. Que Respostas? Médica –SPAT* Algarve. Lisboa III encontro. p. 13-15;

Streubert, H. J., Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista. (2.ªed.)*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-29-0;

Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: 5ªed. Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6;

Vala, J. (2003). *A Análise de Conteúdo*. Em Edições Afrontamento. *Metodologia das Ciências Sociais*. (12ªEd.). Porto: Biblioteca das Ciências Sociais do Homem;

Watson, Jean. (2002). *Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-33-9;

10. APÊNDICES

Apêndice A: Cronograma

Apêndice B: Carta de autorização para a realização do Estudo

Exmo. Sr. Delegado da Delegação
Regional de Lisboa e Vale do Tejo.

Dr. Adelino Antunes

Data: Barcarena, Julho 2007

Assunto: Autorização para recolha de dados para trabalho final de curso (Monografia).

Susana Cristina Cabaço Venâncio e Susana Evangelista Ribeiro, alunos do 3º ano do 4º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica/Escola Superior de Saúde, vêm por este meio pedir desculpas pelo facto de não ter sido possível dar continuidade ao estudo como referimos na última carta que lhe foi enviada. Viemos então por este meio solicitar a V. Exa. autorização para realização de colheita de dados para o trabalho de Investigação cujo tema é “Intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do utente dos centros de Atendimento a Toxicodependentes na Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo do IDT”.

O referido estudo é de Paradigma Qualitativo de carácter descritivo - exploratório, sendo a amostra não probabilística intencional, e tem o seguinte objectivo:

- Conhecer a intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do utente dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes na Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo, do IDT.

A recolha de dados é efectuada através da técnica de “*Focus Group*” a dois grupos de quatro enfermeiros em duas sessões com duração de aproximadamente de 45 minutos cada, a ter lugar na próxima reunião periódica dos enfermeiros da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo do IDT, que realizar-se-á em Lisboa.

Para o efeito, foi elaborado um questionário para a caracterização dos participantes, bem como, a carta explicativa do consentimento informado e respectivo formulário cujas cópias anexamos.

Todos os dados recolhidos durante o estudo, serão codificados e tratados de forma confidencial, garantindo aos informantes o anonimato e autonomia.

Gratos pela vossa atenção.

Pedimos deferimento.

Investigadoras:

Susana Venâncio _____

Susana Ribeiro _____

Contacto: 968279639 e 934304393

Orientadora _____

(Professora Leonor Carvalho)

**Apêndice C: Carta Explicativa para Obtenção do Consentimento
Informado**

**CARTA EXPLICATIVA PARA
OBTENÇÃO DO
CONSENTIMENTO INFORMADO**

Autoras:

Susana Cristina Venâncio

Susana Evangelista Ribeiro

Barcarena, 2007

Carta Explicativa para a Obtenção do Consentimento Informado

“Intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do utente dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes na Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo do IDT.”

1. INVESTIGADORES:

Susana Cristina Cabaço Venâncio e Susana Evangelista Ribeiro, alunos do 3º ano do 4º Curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade Atlântica/Escola Superior de Saúde.

2. OBJECTIVO DA INVESTIGAÇÃO:

Conhecer a intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do utente dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes na Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo do IDT.

3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados será realizada através dos “Focus Group”, gravado em sistema áudio e vídeo, a dois grupos de quatro elementos cada. Será um debate orientado pelos “mediadores” e que utilizarão um “Guião de Debate” constituído por perguntas chave, e onde estarão presentes mais duas pessoas. Uma delas desempenhará o papel de “Observador”, enquanto que o segundo elemento será o operador de gravação.

4. PARTICIPAÇÃO

A escolha de colaborar ou não no estudo é voluntária. Se decidir colaborar neste estudo, tem o direito, se assim o entender, de desistir/retirar-se a qualquer momento, sem que isso traga algum prejuízo para si.

5. CONFIDENCIALIDADE

Todos os dados e informações que estiver disposto a ceder para o estudo serão tratados de forma confidencial, ficando guardadas num local seguro à responsabilidade dos investigadores. Os ficheiros no final do estudo serão destruídos. As informações por

si facultadas ser-lhe-ão apresentadas pelos investigadores após a sua transcrição, para se ter a certeza de que foram bem compreendidas e para que possa validá-las. A sua identidade nunca será revelada ou reconhecida, a não ser pelo próprio investigador.

O estudo estará sempre disponível, desde que seja solicitado pelos participantes.

Apêndice D: Termo para obtenção do Consentimento Informado

TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

Autoras:

Susana Cristina Venâncio

Susana Evangelista Ribeiro

Barcarena, 2007

Formulário do Consentimento Informado

“Intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do utente dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes na Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo do IDT.”

6. OBJECTIVO DA INVESTIGAÇÃO:

Conhecer a intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do utente dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes na Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo do IDT.

Eu, _____
declaro que fui informado (a) dos objectivos e metodologia da pesquisa com o titulo *“Intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do utente dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes na Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo do IDT.”*

Estou consciente da minha colaboração nesta pesquisa e que poderei em qualquer momento recusar continuar ou ser informado (a) acerca da mesma, sem nenhum prejuízo para a minha pessoa. Sei também que os dados do referido debate em que participo serão usados somente para fins científicos e destruídos pelos investigadores após o estudo. Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados, mantendo assim o anonimato.

Fui informado (a) de que não terei nenhum tipo de despesas nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela participação nesta pesquisa.

Depois do anteriormente referido, aceito voluntariamente em colaborar no estudo em causa.

O Participante:

Data: __/__/____

Investigadores:

Susana Venâncio

Susana Ribeiro

Contacto dos investigadores:

Telemóvel: 968279639

Telemóvel: 934304393

Apêndice E: Questionário para a Caracterização dos informantes.

**QUESTIONÁRIO PARA
CARACTERIZAÇÃO DOS
INFORMANTES QUE VÃO
PARTICIPAR
NO ESTUDO**

Autoras:

Susana Cristina Cabaço Venâncio

Susana Evangelista Ribeiro

7. TÍTULO:

“Intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do utente dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes na Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo do IDT.”

8. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

O objectivo é a recolha de informação destinada à caracterização da amostra que constitui os grupos focais.

Estes dados recolhidos destinam-se exclusivamente ao objectivo em causa. A confidencialidade dos mesmos será totalmente respeitada.

Questionário:

Em cada questão, por favor assinale com um X a (s) alíneas que corresponde (m) à sua situação:

1. Sexo:

Masculino

Feminino

2. Idade: _____ anos

3. Número de anos de actividade profissional: _____ anos

4. Formação Académica:

Bacharelato

Licenciatura

Especialidade

Mestrado

Doutoramento

5. Qual o Cargo (s) desempenhado (s) na Instituição: _____

Data: ___/___/___

Telefone de contacto: _____

Obrigado pela sua colaboração.

Os Investigadores

Barcarena 7 de Maio 2007

Investigadores:

Susana Cristina Cabaço Venâncio

Susana Evangelista Ribeiro

Contactos dos Investigadores:

Telemóvel: 968279639

Telemóvel: 934304393

Apêndice F: Colheita de dados

Colheita de dados “focus group”

Recolha de dados realizada pelas 9 horas do dia 12 de Outubro de 2007, no Instituto da Droga e da Toxicoddependência.

Investigadores: Bom dia, nós somos alunas finalistas de Enfermagem da Universidade Atlântica, desde já agradecemos a vossa presença e disponibilidade por colaborarem na recolha de dados para a realização do nosso trabalho final de curso.

O objectivo deste trabalho de Investigação é conhecer as intervenções do enfermeiro perante os clientes toxicoddependentes no CAT.

A escolha de colaborarem ou não neste estudo é voluntária, se decidirem colaborar, tem o direito de desistir ou retirarem-se a qualquer momento, sem que isso traga qualquer prejuízo. Todos os dados e informações que fornecerem serão tratados de forma confidencial.

Posteriormente serão distribuídos um envelope que contém a carta explicativa para a obtenção do consentimento informado, termo para a obtenção de consentimento Informado e o questionário para a caracterização dos Informantes que vão participar no estudo em questão.

(Distribuição dos envelopes e posteriormente a recolha dos mesmos)

Em seguida vamos dar inicio a primeira sessão, sendo esta constituída por quatro enfermeiros, numerados da esquerda para a direita (E1, E2, E3 e E4), mantendo assim o seu anonimato.

Pedimos ainda, a cada enfermeiro antes de intervir que referencie sempre o seu respectivo número (E1, E2, E3 e E4).

Pergunta 1: Descreva quais as intervenções do enfermeiro nos clientes toxicoddependentes?

E1: Eu vou descrever o que eu faço que é me mais fácil, porque agora de repente estar a fazer uma coisa muito...portanto o que eu faço no atendimento no CAT neste momento é o programa de substituição¹, o que nós fazemos é atendimento diário ao toxicoddependente² em que avaliamos a situação em que o utente está nesse dia ou nesse momento.³ São utentes que vem ou diariamente ou semanalmente ou de 15 em 15 dias, em que se procura fazer uma avaliação da situação⁴ e encaminhar, levantar alguns

problemas que possa haver.⁵ Encaminhar para o terapeuta⁶, encaminhar para as consultas de especialidade,⁷ para assistente social também,⁸ é estes três níveis mais ao menos que fazemos administração de metadona⁹ ...e...mais? Mais nada...ajudem-me!

E2: Para além deste aspecto que é muito o programa de terapêutica com metadona,¹⁰ no CAT onde eu tenho trabalhado, o que fazemos também muito é as questões relacionadas com a saúde da mulher e da criança,¹¹ portanto a atenção às mulheres nas questões da idade fértil, durante a gravidez,¹² uma atenção também muito importante às crianças¹³, e aqui é da enfermagem é da equipa toda, as vezes é difícil distinguir qual é o nosso papel, porque nos não somos um serviço para vigiar a gravidez ou para as crianças, mas temos que ter essa atenção grande tanto mais que sabemos que os nossos utentes não tem uma grande adesão aos serviços de saúde¹⁴, portanto, esse é também o papel nosso importante. Saúde, educação,¹⁵ o que quer que seja no fundo, a integração deles na sociedade e os serviços de que podem beneficiar,¹⁶ eu acho que é muito papel nosso enfermeiros, ajudar este processo de integração. Depois também podemos participar muito em grupos, em grupos de utentes, grupos de famílias¹⁷, eu acho que tem sido muito o trabalho com as famílias portanto, porque há uma lógica, porque tem a ver com uma lógica, que os terapeutas, os psicólogos, os médicos trabalham mais com os utentes e que as famílias precisam de uma companhia diferente, portanto os enfermeiros tem estado neste processo de acompanhamento¹⁸. Ao longo do tempo tem variado mas também temos trabalhado na prevenção primária¹⁹ e algumas vezes em reinserção²⁰, também.

E3: Eu acrescentava três coisas assim que me lembre rapidamente, aquilo que já foi dito, para além da coordenação da gestão e da implementação dos programas de substituição com metadona.²¹ Nos CAT os enfermeiros tem esse papel, para além da intervenção na saúde da mulher e na grávida²², intervenção ao nível das patologias associadas que é a toxicodependência, HIV, Tuberculose, Hepatites,²³ acho que ai temos um papel grande que fazemos muita coisa. Intervenção na comunidade,²⁴ todo o trabalho de articulação com outras instituições, colaboração das instituições, projectos virados para fora²⁵, os enfermeiros fazem muito isso, não é? Falo, pronto falo também do acompanhamento individual de utentes,²⁶ gestão de cuidados ou gestão de caso a alguns utentes²⁷ com os enfermeiros. Assim rapidamente são estas três coisas que me ocorrem para acrescentar.

E4: A minha experiência também é idêntica a das colegas, o que eu acho é que interessante é que a nossa comunidade toxicodependente e com os utentes que nós

temos habitualmente, tem várias patologias, e nós temos uma área de intervenção muito alargada, temos dois concelhos e dois concelhos problemáticos, então descentralizamos as consultas e também os programas de substituição com metadona, tentamos que os centros de saúde da área de residência tenham estes programas²⁸, eu penso que foi das coisas mais benéficas porque permitiu às pessoas de longe terem acesso a acompanhamento especializado, e ao mesmo tempo voltar a integra-los nos cuidados de saúde.²⁹ São pessoas muito doentes que abandonaram os seus médicos de família há imenso tempo, não tem os, aquelas vacinas em dia, pronto, o planeamento não faziam, os miúdos não eram sequer seguidos muitos deles dos filhos, eu penso que foi importante. Depois fizemos também protocolos com outras instituições³⁰, e conseguimos que as taxas de adesão ao tratamento da Tuberculose fossem elevadas e tivéssemos altas clínicas quando não existiam sempre quase sempre altas por abandono.

Na minha unidade fazemos uma consulta de acompanhamento da grávida³¹, faz-se o planeamento familiar³² e depois o acompanhamento da grávida e posteriormente numa equipa multidisciplinar fazemos o acompanhamento da família, porque normalmente é a mulher o marido e a criança.³³ Mais coisas? Fazemos e damos resposta também a alguns programas, nomeadamente os rastreios do VIH,³⁴ e fazemos parcerias também com o hospital³⁵. Todas as nossas grávidas são imediatamente referenciadas à consulta de alto risco, e eles sempre que identificam uma grávida toxicodependente, imediatamente nos contactam³⁶, os contactos são formais, embora hajam protocolos.

E2: Reforçando a questão dos rastreios do VIH, porque o que estamos a fazer são, aquilo que se chama ADR o aconselhamento, detecção e uma referênciação, estamos a fazer um aconselhamento pré e pós teste rápido do VIH e damos uma resposta em 20 minutos³⁷

Observador: Desculpe, AD?

E2: ADR, Aconselhamento, Detecção e Referênciação, e portanto, são testes rápidos feitos em 20 minutos, portanto, faz-se o teste e dá-se um resultado em 20 minutos,³⁸ portanto, nós enfermeiros também estamos a fazer o aconselhamento e damos resultados³⁹ e fazemos isto tudo e alguma coisa que também deste ano que estamos a integrar.

E1: Eu também me lembrei agora de uma coisa que também acho que é papel importante que o enfermeiro tem em quase todos os CAT que é todo o papel de articulação, que é quem articula entre o utente, com o médico com as equipas,⁴⁰ por exemplo do hospital quando é internado, portanto, todo o trabalho de articulação e de

ligação e não sei que, é muito, passa muito pelo enfermeiro, que no fundo é quem está permanentemente em contacto com o utente e com mais frequência.⁴¹

Observador: A Enf.1 disse avaliar a situação, gostaria de perceber melhor que tipo de situação se é no âmbito do programa da metadona ou se vai além do programa da metadona.

E1: Acho que vai além do programa da metadona, porque no fundo nós avaliamos quando temos um utente é, isso pronto, para já se está, em princípio, a partir de uma certa altura normalmente em relação ao programa da metadona, pode haver alterações ou não, mas está estabilizado, portanto, o que se vai avaliar mais é em termos de saúde, em termos de alimentação, em termos de hábitos de higiene, em termos de problemas sociais, em termos de trabalho, se esta a trabalhar ou se não está a trabalhar⁴², sei lá, em termos por exemplo da família e das crianças que tem filhos pequenos como é que está a ser o acompanhamento, portanto, todos esses tipos de coisas são coisas até porque há um contacto muito próximo e muito frequente que facilmente eles nos contam e nos dizem, pronto sei lá. Em relação ao trabalho, uma pessoa que ande há procura de trabalho, e que já falou com não sei quem e que já falou, é-lhe referenciada a assistente social⁴³, ou por a assistente social em contacto com o assistente social do sítio, ou ir ao centro de emprego. São coisas que nós podemos sempre dar alguma informação no sentido de encaminhar o utente a...⁴⁴

Pergunta 2: Das seguintes componentes: teórica, técnica e relacional, qual a que considera que tem mais relevância para as suas actividades. Justifique.

(risos suaves de todos os enfermeiros)

E4: Eu não me parece possível, que não haja interligação entre todas. (risos) Não sei se podemos usar só a teórica, a técnica ou a relacional.⁴⁵ Penso sim que a técnica se pensarmos em técnica em termos dos procedimentos inerentes mais a actividade do hospital, será aquela que menos se verá porque o que nós fazemos é administração de terapêutica, mas não se fazem algaliações na maior parte dos sítios,⁴⁶ em alguns sítios também o fazem, pensos não se fazem. Normalmente administração do antagonista da metadona ou do subutex, de alguns contraceptivos, de algum outro tipo de medicação antipsicóticos, anti rectovirais como tendo (imperceptível) mas em termos de procedimentos ou de técnicas muito instrumentais na minha área não ...

E3: Desculpa Enf.4! Mas usamos técnicas não experimentais, por exemplo na comunicação.⁴⁷

E4: Mas é mais uma técnica da área relacional eu acho que a relacional é aquela que nós utilizamos mais, mas tem que ser sempre suportada por uma parte teórica⁴⁸, não é? Ou suportada teoricamente. Por isso eu acho que estas duas serão...

Observador: Se tivessem que colocar por ordem, 1,2 e 3?

E4: 1,2,3, era-me difícil escolher entre a 1 (teórica) e o 2 (técnica), porque se eu não suportar uma, para se fazer uma técnica relacional eu tenho que a suportar teoricamente, mas também se tiver só a parte teórica e se não a souber aplicar,⁴⁹ também não... não vou a lado nenhum.

E3: Eu concordo exactamente, com o que a Enfermeira 4 disse, se tivesse que as ordenar, talvez pusesse a relacional em primeiro lugar e a teórica em segundo.⁵⁰ Não sei se sei bem explicar porque penso que a componente relacional para além de não se conseguir separar da vertente teórica⁵¹, se calhar há coisas que não se conseguem aprender, não se aprende... não sei.

Observador: Será que é aquela que salta logo de imediato? Claro que se não tiver um suporte teórico, ao saltar de imediato ou é assim, assim ou é muito boa ou ...

E3: Ou pode saltar mal, pois!

Observador: Será por isso? Acha que coloca primeiro a relacional e seguidamente a teórica?

E3: Sim, e também porque acho que lhe da características pessoais que podem (suspiro), que podem, melhorar realmente esta (pausa) relação.

Observador: E completar a parte teórica?

E3: E completar a parte teórica que é fundamental, portanto, nunca se pode deixar de lado. Mas a relacional eu acho que nesta problemática é muito importante (pausa) e acho que há características pessoais que ajudam⁵²

E a técnica, pronto, as técnicas instrumentais realmente ali não, quase que não existem, mas as outras técnicas, que tem a ver com a relação a comunicação a observação também existem⁵³, não é?

E2: Peço desculpa, mas eu ainda gostava de reforçar uma coisa da pergunta 1. A enfermeira 1 à pouco, dizia que acompanhávamos e avaliávamos, só reforçar uma ideia que é, muitas vezes, nos fazemos uma coisa que nós chamamos de visitas institucionais e domiciliárias, nós vamos muitas vezes aos locais, aos hospitais, etc., e a casa também

das pessoas, mas muitas vezes aos hospitais e no fundo ajudar estas pessoas nos serviços de saúde.⁵⁴

Voltando à questão teórica, técnica e relacional, eu quando vim para a toxicodependência já tinha bastantes anos de trabalho noutros serviços, e aprendi aqui de facto que todas as questões técnicas e teóricas são extremamente importantes⁵⁵ e que a enfermagem em serviços que pareciam a partida não eram tão de enfermagem, no fundo o dia a dia, mostram-nos que de facto como todos os princípios de enfermagem se aplicam aqui⁵⁶ e como nós temos que estar muito claros sobre o que fazíamos porque que fazemos, etc. Agora o grande impacto é o relacional⁵⁷, eu acho que é de facto o que exige a toxicodependência é um desenvolvimento pessoal, de facto por causa de toda a questão técnica, teórica, aprendemos muito em termos de equipa, muitas vezes nos estamos formalmente em situação de aprendizagem, mas estamos na discussão de equipa, estamos nas reuniões de equipa e são extremamente formativas, e é de facto na questão relacional, que parece que tem um grande impacto em que teve, é por isso é que às vezes é difícil aos enfermeiros mais novos não terem uma equipa que lhes dê mais suporte, eu penso que isso é, tudo se passa ao nível da relação e estamos constantemente com os utentes que nos, que exigem muito de nós que nos fazem desenvolver muitas competências e também no seio de uma equipa, o estar num a equipa de facto trabalha muito bem em equipa, eu ponha em primeiro lugar o relacional, completamente suportável pelas questões teóricas e técnicas.⁵⁸

E1: Agora já não tenho muito mais a dizer (risos). Estou completamente de acordo com E2, acho que ponho em primeiro o relacional, embora ache que a relacional, não tem consistência se não for apoiado pelas outras,⁵⁹ e pronto, acho que está praticamente tudo dito e estou perfeitamente de acordo.

E4: Só gostava de poder dizer uma coisa, nós temos que ter em conta que estes utentes acompanhamos a vida inteira deles. Eu estou a trabalhar na toxicodependência há oito anos mais ou menos, há utentes que estão lá desde o princípio, que eu vejo quase todos os dias, por isso a relação tem que se constituir⁶⁰ conforme, ou existe ou não funciona. Nós temos muitas pessoas que vão fazer acumulação e nota-se bastante diferença, por exemplo, dos colegas que vêm de áreas, assim como eu vim, da urgência, de serviços de urgência, em que a intervenção é imediata e perde-se a continuidade do doente, e é preciso ver estas pessoas perceberem que aquilo que a gente consegue às vezes demoramos muito tempo a conseguir, uma relação de apatia com

estes doentes e se a prevenção não é adequada vai-se! Acho que é uma das partes que é importante.

Pergunta 3: Quais são na sua opinião as principais dificuldades com que se depara para o exercício da sua função? Que estratégias recorre para lidar com as dificuldades?

E2: É assim, pegando ainda nesta grande questão do que o que é o relacional e o que tem o impacto que teve em mim, nestes anos de trabalho, eu acho que uma das coisas muito, muito importantes foi ter sempre o apoio da equipa, ou seja, quando nós estamos bem, porque muitas vezes neste processo, **desilusão, frustração, sensação de impotência e incompetência e ter alguém com quem partilhar isto é fundamental**⁶¹. **Habitámos-nos a trabalhar em conjunto a treinar-mos neste instituto, a discutir as coisas entre nós e isso acho que foi uma das grandes estratégias de lidar com as dificuldades**⁶². Uma outra coisa que também aprendemos muito nesta casa foi **a dinâmica da supervisão de equipa**, portanto, quem teve o privilégio, eu acho que continuamos a ter se calhar de maneiras diferentes, mas tendo o privilégio de ter uma supervisão de equipa **que nos ajude** todos a perceber que as diferenças e que as, quando estou a pensar em diferenças é porque me parece que numa equipa, em cada uma destas equipas de tratamento há sempre um de nós enfermeiro ou não, mas como trabalhamos muito, está numa fase em que diz que eu não aguento, isto é demasiado pesado para mim e **alguém que diz eu acredito demasiado nisto e eu vou para a frente**⁶³, portanto, e é deste processo que eu acho que nós conseguimos fazer face as dificuldades.

Observador: Desculpe, podemos dizer então que há momentos de desmotivação?

E2: Há sim, **desmotivação** de não deslumbrar a luz, sim.

Observador: De termos incapacidade de dar mais um passo.

E2: É sim, o que é que estamos a fazer, quer dizer, **nós produzimos tanto e que efeito tem?**⁶⁴ E de cada vez que alguém no final na equipa diz, mas pensa em alguém que de facto consiga esta coisa espantosa, isto é de facto, um grande ânimo. E nós temos ao longo deste tempo todo, este é sempre o problema desta área, e afinal, quantos recuperaram? É a pergunta que nos costumam fazer, bem vocês não fizeram, ótimo!

E4: Qual o sucesso?

E2: Qual o sucesso, pois. Nós lidamos com o sucesso de maneiras diferentes, nós não curamos as pessoas nós trabalhamos para já numa doença crónica. Algumas pessoas ficam realmente curadas e desaparecem, e inclusivamente quando desaparecem nós deixamos de saber o que lhes aconteceu, porque há uma lógica que não vamos perguntar ou telefonar lá para casa, 10 anos depois, a perguntar, está tudo bem consigo? Quer dizer não oiçam a minha voz que eu estou ligada a outra história, portanto, não fazíamos isso, não sabemos, imaginamos que se não nos perguntam se não nos procuram, se não, é porque estão bem. Mas há qualquer coisa que por vezes isto é difícil, de facto como dizia a E4, estão connosco jovens, muito jovens, durante muitos anos, eu tenho utentes há mais de uma década, portanto isso é, também pesado, isto exige de nós, também em termos relacionais uma outra maneira, estamos em ambulatório com pessoas que acompanhamos há mais de uma década, e provavelmente ficam connosco o resto do tempo.⁶⁵

E1: Eu estava aqui a pensar, que ultimamente o que eu sinto assim, com mais pressão é a questão do atendimento e da rotina⁶⁶ o número de utentes que nós atendemos diariamente. Este número é cada vez maior⁶⁷, e todos os dias aquelas pessoas estarem ali, às tantas uma pessoa sente isso completamente, assim, afogada, naquela pressão diária em que não tem tempo para estar com, outra, com outro nível, de ter tempo para falar, conhecer melhor as pessoas, e de todos os dias ser um bocado esmagada com essa, com esse atendimento, pronto, eu às vezes penso, sinto-me assim como se fosse uma pessoa assim atender nuns correios ou numa repartição qualquer⁶⁸. Parece que estou ali atender pessoas, pessoas, pessoas, e depois chega ao fim e que tipo de relação pronto, no fundo que tipo de relação eu consegui estabelecer com estas pessoas, como é que, há alturas em que isso é uma pressão muito grande.

Observador: Que estratégias adopta para conseguir ultrapassar essa ansiedade, essa pressão?

E1: Eu acho que é momentos e se calhar é um bocado o que disse a E2, que é um bocado, os colegas, é um bocado partilhando com os colegas, as questões e as problemáticas e dizer, olha não resolvi hoje, mas amanhã vamos ter que pegar nisto e pensar como é que vamos resolver esta situação,⁶⁹ porque a gente vai apanhando as coisas na mesma só que não consegue dar a resposta que é necessária naquele momento e depois, hoje não conseguimos, mas amanhã se calhar...

E3: Eu, tal e qual como a E1, também sinto isto. Há dias em que sinto isto, e há horas dentro do dia que sinto isto. O número de utentes é grande, gostaria de pegar nas

coisas de outra maneira, de trabalhar a outro nível,⁷⁰ hoje o que está ali é a necessidade imediata é a administração daquele medicamento e isso tem mesmo que ser, o resto, também é importante, mas, com a sala de espera cheia de gente, é difícil.⁷¹ Temos que colocar os pratos da balança e tentar gerir, mas ficamos com aquela sensação de que realmente para aquele utente, era preciso isto e aquilo e não fizemos e não avançamos para⁷² Tenho outros dias em que não sinto tanto isto, não sei, nem sei que estratégias que utilizo, pronto, tentar ultrapassar isto, depois se calhar nos dias a seguir já estou mais apoiada por colegas já consigo compensar de outra forma,⁷³ não sei, e acho que a partilha com colegas fora da equipa de tratamento colegas fora de outras equipas é muito importante, para perceber que sentem o mesmo,⁷⁴ embora as realidades sejam um pouco diferentes não é? Mas que há coisas comuns e que sentem o mesmo. Pronto, isto é uma dificuldade, outra dificuldade, e acho que o trabalho em equipa dentro da equipa de tratamento também é um grande suporte,⁷⁵ a gente suporta-se, apoiamo-nos nos outros profissionais que estão lá connosco,⁷⁶ pelo menos faço isso. Depois temos outras dificuldades, assim muito básicas de meios de espaço.⁷⁷ Ainda hoje de manhã vinha a pensar que precisava mesmo de mais um computador, mas já pedi a tantos anos, agora vou pedir outra vez, eles vão achar que, então ela viveu tanto tempo sem computador, agora, ainda quer o computador, mas realmente, pronto, temos estas necessidades assim, que ajudam no dia a dia e pronto é isto.

E4: As principais dificuldades é o número elevado de utentes para o número de horas de enfermeiros.⁷⁸ Na minha unidade, especificamente, é o espaço físico que é muito a quem⁷⁹ são as necessidades. Depois temos também os problemas que a colega 2 e 3 estiveram a dizer, os meios informáticos, como é que funcionam?⁸⁰ Imensas coisas que eu acho que poderiam ser melhoradas e que neste momento estão melhor. Depois, outras dificuldades, do exercício da sua função, uma das que eu às vezes tenho mais dificuldade em gerir, por exemplo, a nossa população alguma dela é bastante carenciada economicamente,⁸¹ e uma das coisas que os CAT's dão realmente suporte ao tratamento da toxicodependência, às vezes parar os consumos que é o mais fácil, só que depois a reinserção da pessoas e até as necessidades básicas, não as conseguimos assegurar.⁸² Não há um sitio onde os sem abrigo, por exemplo, possam dormir, não há um sitio onde se possam alimentar, onde tomar banho, por exemplo, isso é uma das coisas que eu considero mais desgastante⁸³, porque às vezes nós temos as pessoas em condições miseráveis e não conseguimos dar-lhe resposta.⁸⁴

Em termos de estratégia, o apoio dos restantes colegas do CAT⁸⁵, às vezes como eu sempre trabalhei naquela, naquele concelho, é fácil conhecer outras pessoas de outras instituições e com contactos informais consegue resolver algumas coisas⁸⁶ (risos) e desde alguns anos para cá, constituiu-se aqui na delegação o grupo dos enfermeiros da delegação que eu acho que é um excelente grupo de apoio para quando estamos mais desmotivados,⁸⁷ cansada vimos cá e há sempre alguém com ar positivo (risos) e a coisa vai. Pronto, são as estratégias que vamos utilizar.

Observador: Atrás falaram que as responsabilidades, uma das intervenções é a articulação entre as equipas e articulação com outras instituições, portanto, este processo é facilitador, encontram dificuldades...?

E4: Uma equipa com um procedimento normal, os utentes tem que ser acompanhados por vários técnicos. Com as outras instituições eu acho que só é facilitado, devido aos contactos dos enfermeiros que nós conseguimos fazer.⁸⁸ Eu trabalhei muitos anos num hospital da margem sul onde conheço pessoas de quase todos os serviços, sendo que é fácil eu chegar e telefonar. Relativamente aos centros de saúde, vamos conhecendo as pessoas do centro de saúde, e assim é fácil, se o contacto é muito formal, é muito difícil, nós tivemos agora na quarta-feira uma situação em que um jovem precisava de precisávamos de resolver a situação, embora se dissesse de onde era foi fácil articular, por exemplo, com associação dos diabetes em Lisboa, mas foi difícil articular nomeadamente com a médica de família⁸⁹ do jovem que estava a trabalhar no mesmo sitio que nós. Há sempre questões complicadas.

Observador: E isso é resolvido com o contacto informal que os nossos canais e rituais...

E4: Às vezes, são muito mais. Por isso é que eu acho importante nós fazermos reuniões periódicas com essas instituições, e é fácil porque às vezes na instituição conhecemos um rosto, se precisamos, telefonamos e ligamos, se mandarmos o doente à procura, ou se manda para uma consulta⁹⁰, depois ele tem que ir fazer marcação aquilo é desmotivante. Até para um de nós o é!

Já tivemos algumas consultas de especialidades que se motivaram as pessoas a ir realmente à consulta, nomeadamente a do VIH, e o procedimento para a primeira consulta não é complicado, depois de um trabalho complicado que se fez, ficou sem efeito. Neste momento conseguimos arranjar uma via verde, por exemplo se eu tiver um doente a fazer um rastreio de tuberculose, basta eu dar uma cartinha para que se desloque à colega que está no IDT.

E2: Eu acho que nós estamos aqui em nome dos utentes que não são muito bem aceites nos serviços. Portanto nós temos este papel de estimular também os próprios serviços a perceberem, que estes utentes são dos outros serviços todos também, não são só da área da toxicoddependência⁹¹.

E2: E temos que utilizar de facto os canais informais, estabelecer aspectos formais para fazer este processo constantemente⁹². Este é de facto uma das nossas grandes áreas em nome destes utentes, também me parece que já é diferente do que já foi. Quando eu comecei a trabalhar acho que já estava, os serviços estavam mais fechados para esta realidade, hoje os próprios serviços precisam da nossa ajuda, ou seja, acho que recolhem que são também utentes dos outros serviços, portanto o nosso aparecimento, serenamente para conversar com eles e para ajudar também a perceber como é que é, como é que se faz adesão, realmente estes utentes não tem muita adesão aos outros serviços, mas acho que progressivamente é mais fácil entrarmos neste dialogo e...fazermos este processo.

E1: Eu acho que, os contactos informais são muito importantes, mas não podemos desprezar os contactos formais⁹³. Eu acho que os contactos formais têm facilitado muito coisa, por exemplo, aqui em Lisboa, que é pronto, assim no hospital, nos sítios onde vão mais os toxicoddependentes, onde as pessoas têm uma maior relação os contactos formais são indispensáveis.⁹⁴ O Hospital Curry Cabral a coisa funciona lindamente como contacto formal, embora a gente neste momento já vai conhecendo as pessoas pelo telefone mas não fomos lá, ou fomos lá, esporadicamente porque tinham lá um utente nos capuchos também é um contacto formal e informal mas também, pronto formal porque foi formalizado com o tal protocolo. Eu acho que é muito importante não desprezar os encontros formais, porque eu acho que também, porque depois não são sempre as mesmas pessoas, são outras⁹⁵ não são sempre aquelas que nos conhecemos são outras, portanto se a coisa já rodar um certo...

Observador: Talvez porque, como disse a E2, porque também as outras instituições já vão obtendo também uma noção mais aprofundada desta realidade, talvez por isso não é que o contacto formal...

E1: Exacto, e haver um protocolo eu acho que ajuda nessa dificuldade. Por exemplo, na maternidade Alfredo da Costa funciona lindamente há sítios onde a gente sabe que não vai haver problemas que...há uma relação que admite que as coisas andem todas certinhas. Não há o utente que vai para lá e que fique sem metadona⁹⁶, ou uma grávida que entre e que a coisa corra mal, isso não existe.

E3: Concordo plenamente, acho que só ser na base do informal também não funciona, porque se a pessoa se vai embora, acabou-se o informal as outras já não conhecemos ou já não esta para ai virada, depois já não...

Mas ainda dentro das dificuldades, pelo menos lá na minha zona, não é, que é a da Moita, Montijo, não por parte do hospital, mas por parte dos centros de saúde, ainda sinto uma grande resistência em colaborar nesta área, tanto que tivemos necessidade de fazer no CAT, reuniões com os enfermeiros do Centro de Saúde,⁹⁷ ficou em aberto para quem se quisesse inscrever e fizemos três semanas seguidas à 6f vieram sempre 6 a 7 enfermeiros, as reuniões correram muito bem, pronto, mostraram muito interesse e participaram muito e temos esperança que levem para os Centro de Saúde essa ideia, essa imagem. Mas sentimos resistência em receber, nomeadamente se fizemos a proposta de os utentes irem lá tomar metadona, doses preparadas por nós e colocadas no centro de saúde e só administrar, há uma grande resistência.⁹⁸ Porque, e os argumentos que utilizam é que os Centros de Saúde não foram feitos para atender este tipo de população quer dizer, isto é um contra-senso, porque esta população é a população dos centros de saúde,⁹⁹ não temos segurança, e depois quando acontece alguma coisa que desaparece são logo os toxicodependentes, muitas vezes não são não é? Mas atribuem logo a eles. Eu noto ainda muita dificuldade nisto, talvez noutras regiões já está mais a frente, ali ainda não.

E4: A face inicial para se negociar as coisas, eu penso que é muito mais facilitada, porque por exemplo, por qualquer um dos serviços que haja agora que tenham protocolos connosco, depois são formalizados, mas depois à muito este estigma por parte dos centros de saúde que muitos deles não foi por parte dos enfermeiros, mas foram pois, pelo resto da equipa. Quando começamos a fazer pela área, posso dizer, que foi muito difícil instituir programas nos centros de saúde, e começou-se a aderir por causa do programa da tuberculose, para fazerem todos presenciais e a metadona funcionaria como, quase um fomentador da adesão.¹⁰⁰ Na fase inicial, ninguém queria o toxicodependente nunca em centros de saúde, todos seriam do CAT, porque os cuidados primários não eram vocacionados para esta, tal como disse a colega, depois, com o tempo, a primeira reunião que eu fui neste centro, fui com duas alunas de enfermagem, que ficaram em pânico porque só faltavam bater, mas pronto, as coisas correram bem, os primeiros toxicodependentes criaram uma excelente relação com os técnicos do centro de saúde, e foi uma entrada facilitadora,¹⁰¹ e depois, as pessoas que estavam mais renitentes, os enfermeiros, foram aqueles que primeiro tiveram e foram depois aqueles

que passaram informação aos outros que não havia problema nenhum que tudo corria bem. Por isso eu acho que é muito estigma ainda do desconhecido.

E2: É assim, eu tenho uma longa experiência, até porque venho do centro de saúde, portanto tenho uma grande experiência do centro de saúde e também tenho uma grande experiência da relação com os centros de saúde. Só que de facto como a E3 disse há pouco, a continuidade do trabalho dá outras consequências, também me parece os responsáveis de enfermagem tiveram aqui um papel muito importante, os responsáveis de enfermagem na zona onde eu trabalhei mais com os centros de saúde, perceberam rapidamente a importância de os centros de saúde aderirem a este processo, o que quer dizer que, o que quer dizer que este processo de reuniões com os enfermeiros e não só, com os médicos, etc., é qualquer coisa que temos que fazer sistematicamente, nunca fica feito, porque as gerações do centro de saúde ou das equipas mudam, e é preciso sempre renovar e sempre preparar-se para começar discurso do início. Portanto é preciso fazer este processo ao longo do tempo,¹⁰² porque também é verdade e também é muito curioso, só para dar o outro lado, é, há pouco tempo tivemos um centro de saúde que tinha doses de metadona, esse centro de saúde foi assaltado, fomos informados. E quando fomos informados pensamos que nos vinham dizer que isto é um problema, não, não é problema nenhum, só lhe estamos a dar conhecimento, isto aconteceu, não é nada seguro e tenha alguma coisa haver com os vossos utentes, portanto, aconteceu, como aconteceu em tantos outros sítios, portanto, é já outra posição.

O outro lado é trazer para o interior do instituto, isto é assim, nós temos muitos poucos recursos, este é outro aspecto que para mim, provavelmente neste momento é a grande dificuldade para o exercício da minha função,¹⁰³ nós somos poucos para aquilo que nós achamos que os nossos utentes precisam.¹⁰⁴ E portanto, os centros de saúde estão na mesma e os hospitais estão na mesma, portanto o problema actual, é de facto que as outras estruturas, também possam corresponder, desse ponto de vista, eu acho que estamos a atravessar um tempo muito difícil, porque todas as estruturas estão, realmente com muito mais dificuldade em receber. E por outro lado, o que eu estava a dizer, nós temos que ser (pausa) temos que defender os utentes junto dos outros serviços, mas também temos que defender os serviços neste instituto, ou seja, muitas vezes nós estamos aqui a pensar o porque que os outros não me atendem, porque é que os outros não fazem, e às vezes é difícil as equipas de tratamento, perceberem qual é a dinâmica do dia-a-dia do centro de saúde, qual é a dinâmica de um hospital, e perceberem como estão para muitas outras coisas e não só na área da

toxicodependência, não são todos os enfermeiros, todos os médicos que entendem e que tem capacidade que tem treino e que tem que desenvolver competências para esta área que para nós também é uma área muito específica, como outras. Também temos que defender muito dentro da própria equipa, as dificuldades do outro lado, é tornar claro o que é o problema, como é que é que é por exemplo um serviço de urgência, porque nós não temos a urgência, mas os centros de saúde ou os hospitais tem urgência, o que é que é trabalhar em urgência, como é que se lida com é que se lida com isto, o nosso trabalho também é, isto para dizer que a enfermagem muitas vezes, aquela nossa ideia que os enfermeiros estão as 24 horas, nós não estamos 24 horas neste serviço, mas eu acho que somos muito, muitas vezes a base deste processo, nós estamos realmente em tudo, estamos, estamos em contacto com tudo, e acho que uma das nossas dificuldades, às vezes é de facto tornar claro qual é o nosso trabalho,¹⁰⁵ porque é tão o essencial da pessoa, que é difícil dizer o tempo que nos levamos a falar com a pessoa, porque o filho fez anos, e como isso é importante, mas como é que isto tem resultados em saúde? É muito difícil dizer, portanto, o nosso trabalho é muitas vezes muito difícil de traduzir, ate para os gestores, e eu acho que para mim também é um plano de dificuldade, uma dificuldade.

Pergunta 4: Há mais algum aspecto que queira referir? Justifique a sua opinião.

E1: Vou dizer, estava-me a lembrar de uma coisa que não foi focada e que eu acho que é muito importante é que nós lidamos com muita frequência, que é a questão da violência e da agressividade, e que eu acho que é uma das coisas que muitas vezes nos desmoraliza e mexe muito internamente connosco. E acho que é uma realidade, que acontece muito nos CAT's, e sobretudo com as pessoas que estão na primeira linha de atendimento, que eu acho que é uma questão que, pronto, que é importante ser falada, e não ser esquecida porque mexe muito com as pessoas. E às vezes é o suporte da equipa que ajuda a ultrapassar estas questões.

Observador: Na continuidade do que está a dizer, surgiu-me uma questão, que é a preparação, a formação dos profissionais, preocupa-vos isso no vosso dia-a-dia

E2: A nossa própria formação?

Observador: Formação, aprofundar conhecimentos, no caso da que a enfermeira 1 contou, violência agressividade como lidar com estes fenómenos não é? Que não é só com vocês, que também acontece ...

E2: ... em toda a saúde.

(Pausa)

E2: É assim, eu acho que neste aspecto é de facto extremamente importante em termos de formação. Eu penso que nós somos pessoas muito motivadas para a formação e de áreas muito diversificadas.¹⁰⁶ Agora a enfermeira 1 falou na violência e eu pensei na morte, vejam lá, é assim, uma outra coisa que nós temos é a morte, também dos nossos utentes, que de vez em quando acontece, e tem um impacto enorme, que, nós estamos com eles há muito tempo, por vezes são muito jovens, e portanto, e morrem...

Observador: Já são família?

E2: É, tem muitas vezes essa ... e somos sentido como, quando se faz trabalhos de rede, e se pergunta, quem são as pessoas significativas, e nós aparecemos, de vez em quando, é nós devolvida a importância que nós temos por aquela pessoa, depois quando o utente morre, também é muito trágico para nós, e portanto, e é outra área, isto apenas para dizer, que de facto são áreas muito diversas, mas eu acho que nós somos pessoas muito motivadas para a formação, de muitas maneiras, no dia-a-dia, no formal, somos, eu acho que sim, somos todos em conjunto, não...

Investigadores: Acabamos assim a entrevista, e agradecemos a vossa colaboração e disponibilidade. O material recolhido é fundamental para a realização deste trabalho.

2º Sessão:

Recolha de dados realizada pelas 13 horas do dia 12 de Outubro de 2007, no Instituto da Droga e da Toxicoddependência.

Investigadores: Bom dia, nós somos alunas finalistas de Enfermagem da Universidade Atlântica, desde já agradecemos a vossa presença e disponibilidade por colaborarem na recolha de dados para a realização do nosso trabalho final de curso.

O objectivo deste trabalho de Investigação é conhecer as intervenções do enfermeiro perante os clientes toxicoddependentes no CAT.

A escolha de colaborarem ou não neste estudo é voluntária, se decidirem colaborar, tem o direito de desistir ou retirarem-se a qualquer momento, sem que isso traga qualquer prejuízo. Todos os dados e informações que fornecerem serão tratados de forma confidencial.

Posteriormente serão distribuídos um envelope que contém a carta explicativa para a obtenção do consentimento informado, termo para a obtenção de consentimento Informado e o questionário para a caracterização dos Informantes que vão participar no estudo em questão.

(Distribuição dos envelopes e posteriormente a recolha dos mesmos)

Em seguida vamos dar inicio a primeira sessão, sendo esta constituída por quatro enfermeiros, numerados da esquerda para a direita (E5, E6, E7 e E8), mantendo assim o seu anonimato.

Pedimos ainda, a cada enfermeiro antes de intervir que referencie sempre o seu respectivo número (E5, E6, E7 e E8).

Pergunta 1: Descreva quais as intervenções do enfermeiro junto dos clientes toxicoddependentes.

E6: Há duas áreas (Pausa) há duas áreas que é o internamento e o ambulatório, enfermeiro de internamento e enfermeiro de ambulatório, todos que estamos aqui somos de ambulatório.

E8: Somos do ambulatório.

Observador: O que é que na sua área, portanto, no seu dia a dia, que intervenções utiliza junto destes clientes?

E6: É assim, os enfermeiros do ambulatório ainda estão muito tempo ligados tanto aos programas de substituição, portanto ao programa com metadona. No entanto há locais em que o enfermeiro está presente no acolhimento do utente no CAT onde é uma avaliação através desse acolhimento é feita a avaliação das necessidades que esse utente possa apresentar¹⁰⁷ a partir desse momento e quais os melhores técnicos e quais as melhores respostas a poder dar nessa situação, é feita uma avaliação através de uma entrevista que se faz ao doente. Depois depende do utente se é grávida se não é, qual é a condição física, as articulações que é necessário fazer com outras instituições.¹⁰⁸ Estou a falar do trabalho de enfermagem

Observador: Sim, sim é isso mesmo que nós pretendemos.

E6: Articulações que sejam necessárias estabelecer com outras instituições caso o utente seja seropositivo em que (Pausa) temos que entrar em contacto com o hospital para que entre todos possamos avaliar o que é necessário fazer nesse campo,¹⁰⁹ podemos alertar o assistente social do CAT caso o utente, seja um sem abrigo e sejam evidenciadas situações de carência económica e social.¹¹⁰ Pois há todo um trabalho também desta parte da metadona que envolve os tratamentos opiáceos ou medicamentosos que envolve também o acolhimento a cada programa desses, entrevista, avaliação das necessidades que se prevê sentirem-se durante o tratamento e o programa desse utente. (não se mais alguém quer falar).

E8: Bem, eu sou E8, eu acho que, (Pausa) pronto, que a E6 descreveu assim de uma forma muito genérica as nossas actividades de uma forma global, depois eu acho que cada um de nós tem digamos aqueles aspectos com que se preocupa mais¹¹¹, eu particularmente a vertente com que me preocupo mais, de facto, é a vertente sanitária porque a nossa população, é uma população muito doente e portanto esta intervenção ao nível da saúde, ao nível (pausa) das terapêuticas anti-retrovirais, anti-bacilares, a necessidade de irem às consultas de seguimento, de infecciologia,¹¹² todo esse (Pausa) toda essa gestão de digamos da componente de saúde destes utentes é um dos aspectos que me preocupa mais, quer dizer como enfermeiro esta é a parte que talvez me está mais, para a qual me sinto mais sensível, pronto e (Pausa) não sei, (Pausa)

Observador: Mas actua nessas áreas?

E8: Actuo nessas áreas, sim, não só ao nível da articulação com os serviços mas também no próprio encaminhamento dos utentes,¹¹³ este é um aspecto, que digamos, que me preocupa mais nesta área, pois claro, haverá outros seguramente, quer dizer os comportamentos de risco, também é outro aspecto com o qual trabalhamos muito,

tentamos sensibilizá-los para um conjunto de comportamentos que devem mudar,¹¹⁴ enfim (Pausa) sei lá, eu acho que não sei, se calhar é a vez do E7 falar.

E7: Eu julgo que não há um modelo fixo de funcionamento em relação às actividades, digamos assim, que nós estabelecemos com os doentes (Pausa) no sítio onde eu trabalho, em Torres Vedras, temos um modelo que assenta essencialmente em regras, em relação ao programa de substituição com metadona ou com o Buprenorfina¹¹⁵ e nós acabamos por ser um bocado os gestores dessas condutas, digamos assim dos utentes em relação às regras do programa. Para além de tudo o que, o E8, referiu, nós temos uma perspectiva, por um lado, de os motivar para a abstinência de consumo no sentido de eles poderem progredir, em termos de autonomia, porque o cumprimento dessas regras, programas, visam uma autonomia em função do cumprimento ou não há um trabalho de motivação nesse sentido.¹¹⁶ Depois, nós também temos uma separação, digamos assim, de programas, temos o programa de tratamento com metadona ou com o Buprenorfina¹¹⁷ e temos outro programa de redução de danos que funciona separadamente, portanto, em espaços físicos separados com a equipa com a equipa de enfermagem que é a mesma, não é, e aí também é feito nesse programa de redução de danos um trabalho de motivação para o tratamento. A redução de danos não é um tratamento, tal como o nome indica, visa precisamente reduzir danos e riscos¹¹⁸ (Pausa).

Observador: Poderia concretizar melhor o papel de redução de danos?

E7: Posso, é assim este tipo de população é uma população que, mais numas zonas do que noutras, mas todas as zonas tem esta dualidade em termos de indivíduos, digamos que há indivíduos mais organizados e menos organizados, há indivíduos que têm consumos mas que ainda têm um certo padrão de organização, ainda têm família, têm trabalho ou não, ainda têm algumas condições sociais, digamos assim que lhes permite ainda ter alguma qualidade de vida. Depois há uma franja muito grande, pronto, onde é claro nas áreas populacionais, agregados populacionais maiores ela é mais visível, onde a desorganização é efectiva, estamos a falar de indivíduos de rua, estamos a falar indivíduos que adquirem as doses e adquirem tudo o que é tabaco, comida através de comportamentos ilícitos, que é tráfico, os roubos, etc. portanto estes programas de redução de danos estão dirigidos para este determinado tipo de população, uma população que é muito desorganizada e que se pretende numa primeira instância diminuir os consumos,¹¹⁹ não é acabar com eles numa primeira instância, portanto os indivíduos injectam três ou quatro vezes no dia, passaram a injectar uma vez ou deixar

de injectar e começar a fumar já é um ganho, temos que começar por pequenos passos para chegarmos depois a uma fase mais, de tratamento, digamos assim. Portanto, são programas que visam, por um lado, fidelizar um indivíduo a um órgão de saúde, a um organismo de saúde,¹²⁰ quando podemos através deste contacto fazemos um despiste de doenças infecto-contagiosas, fazer um seguimento do indivíduo em termos físicos, e despista-se a tuberculose, os HIV's as hepatites, tudo isso, e por outro lado, permite também diminuir o pequeno tráfico,¹²¹ diminuir aqueles roubos dos automóveis e dos esticões, isso são problemas onde também possibilita que nós, podemos por exemplo trocar seringas, dar preservativos,¹²² portanto são, logo por aqui há a necessidade de “separar claramente as águas”, portanto se nós queremos fazer uma redução de danos, também inclui obviamente a troca de seringas¹²³ e a troca de seringas não tem cabimento num programa de tratamento, onde se visa a abstinência de consumos¹²⁴, daí a necessidade de “separar as águas”.

E6: É assim, o incentivo no final é que este utente passe de um programa de redução de danos para o tratamento, é o objectivo máximo tanto de um de um programa de redução de danos, não se consegue tratar ninguém que não tem comida para comer, que vive na rua.¹²⁵

E8: Que não é cidadão...

E6: Que não é cidadão que não está incluído na nossa sociedade, que se auto exclui, que já se auto excluiu já há muitos anos, muitas das vezes, não se consegue tratar indivíduos, depois destas necessidades básicas estarem respondidas, a maioria deles consegue aderir facilmente a um tratamento. (Pausa) Era só isto que eu queria acrescentar.

E5: E eu tenho uma realidade um pouco diferente, em termos de enfermagem dos colegas, porque eu não estou só relacionada com os programas de substituição directamente ou só. Eu trabalho em Santarém, para além do programa de substituição, que os colegas também já foram falando, eu consigo ter uma outra intervenção, com outro tipo de utentes que não estão só também com o programa de metadona mas estão em acompanhamento no CAT e conseguimos intervir nas estratégias de prevenção, da promoção e também no tratamento.¹²⁶ Faço acompanhamento de grávidas a consultas, no hospital ou no centro de saúde,¹²⁷ não é que elas sejam incapazes de ir sozinhas, mas são pessoas que estiveram fora de uma rotina e do contacto com instituições precisam de algum suporte para conseguirem chegar a um recepção explicarem aquilo que vão

fazer, pronto, para além do mais é diminuir uma ansiedade que estes utentes têm para técnicos de saúde.¹²⁸

Observador: Conjuntamente com grávidas, crianças também.

E5: Crianças não é tão directamente da minha parte mas no contexto da grávida e da criança há uma equipa que é a equipa da saúde da mulher e da criança, da qual eu faço parte, e fazemos o acompanhamento no pré e no pós parto,¹²⁹ portanto, no pré fazemos visitas domiciliárias, vamos a casa, vamos avaliar uma série de critérios, tentamos perceber se há condições para aquela criança ir para aquela casa, se aquela mãe precisa de coisas básicas para ter o bebé, pronto, do espaço.¹³⁰ Tenho tido a experiência ultimamente de implementar a amamentação que não era prática nas nossas utentes e com sucesso¹³¹, muitas estão a tirar leite e a congelar, apesar de estarem em programa de metadona tem havido bastante adesão e houve um trabalho prévio com os técnicos do hospital para conseguirmos isto e temos tido um sucesso neste projecto,

Observador: Têm uma parceria com o hospital?

E5: Com o hospital, com o centro de saúde da zona onde essa utente mora, há uma reunião de rede prévia para saber a situação¹³² e nunca excluir a utente do serviço de saúde onde ela deve estar referida e inclui-la no ligamento entre o CAT e o hospital, há uma reunião de rede prévia a utente é referenciada o bebé quando sai do hospital, o centro de saúde é informado, nós somos informados,¹³³ portanto há uma equipa, a segurança social, a assistente social da zona, pronto. Para além disto, nós fazemos um acompanhamento a utentes seropositivos à consulta de infecciologia¹³⁴ também no hospital de Santarém, também não sendo uma situação de eles não serem capazes, mas para fazer uma ponte entre aquilo que o médico diz e aquilo que eles percebem¹³⁵ e temos tido resultado em alguns utentes que tinham dificuldade de adesão à terapêutica anti-retroviral, portanto nós sabemos que eles vêm com medicação, o que é que é preciso fazer para que esse utente faça uma adesão à terapêutica, temos alguns utentes com toma assistida, juntamente com a administração da metadona.¹³⁶ (Pausa) mais coisas, é também tudo isto que os colegas já referiram em relação ao programa de substituição, em termos de prevenir as reinfeções ou mesmo utentes que não estão infectados com hepatites ou com seropositivos, para prevenir e ensinar ou incentivar para outro tipo de comportamentos relacionados com esta problemática¹³⁷

E7: Eu queria só acrescentar o seguinte, tal como nas outras instituições de saúde nós acabamos por ser talvez, somos mesmo o grupo profissional que temos um contacto mais assíduo com os doentes e tal como nas outras instituições de saúde nós

acabamos por ser um bocado a ponte, muitas vezes de, muitos problemas que os doentes nos trazem para a equipa,¹³⁸ há que referir aqui, claro nuns locais mais do que outros mas a tendência aqui é para trabalhar em equipa multidisciplinar não há de forma alguma julgo eu uma forma de funcionar hospitalar,

Observador: É quase como uma necessidade de existência.

E7: Exactamente, tanto que as características destes doentes também reforçam isso, são utentes que têm determinadas particularidades no que diz respeito a capacidade de manipulação, privagem tentativas muitas vezes de privagem, portanto entre as equipas e é necessário é fundamental o trabalho em equipa, quanto mais a equipa trabalho melhores resultados tendemos a ter nesta área, julgo que nas outras também é um ganho claro mas aqui temos essa benesse, digamos assim.

E5: E reforçando isto que o E7 está a dizer para além da comunicação dentro da própria equipa é muito importante a comunicação externa até para os utentes, e nesse aspecto até o próprio técnico quando nós o acompanhamos à consulta se sente aliviado porque ver um outro técnico com aquela pessoa que à partida tem um certo estigma¹³⁹ e toda a gente olha e percebe logo pelas características físicas o que é e o próprio utente também se sente bem.

E8: Eu acho que depois nós também fazemos um papel de interlocutor porque normalmente estes utentes não têm um contacto fácil com as instituições¹⁴⁰ e portanto aqui a nossa intervenção acaba por ser determinante de um modo geral estes utentes quando vão às instituições hospitalares nomeadamente não são muito bem recebidos.¹⁴¹

Observador: Podemos dizer que para além de fazer um papel de interlocutor faz também um papel de advogado.

E8: Eu acho que o nosso papel fundamentalmente um papel é de facilitação no sentido de que estes utentes consigam chegar aos cuidados de saúde noutras instituições¹⁴², muitas vezes eles não conseguem, aquilo funciona quase como uma barreira e isso tem sido outro das nossas funções.

E5: Posso dar um exemplo, as mulheres têm muita dificuldade em condições normais de fazer uma pequena consulta de ginecologia, as nossas utentes por várias razões, portanto algumas relacionadas à prostituição, é um paradoxo, mas elas não gostam daquela posição ginecológica¹⁴³ e o facto de saberem que está ali uma pessoa que elas conhecem, com quem conversam, pelo carinho que nós damos, dizendo o que é que se passa ou perguntaram, que já conversamos previamente conseguem muito mais facilmente aderir à consulta¹⁴⁴, aliás tem-se feito despistes de determinadas doenças que

há anos elas não iam a consultas, só um pequeno exemplo, de facto irem a uma coisa tão simples como o rastreio ginecológico é facilitadora para eles e para o utente que nos vê lá.

E7: Eu não sei se isto se enquadra bem na pergunta, mas vem na sequência do que o E8 e E5 estavam a referir, nós também temos uma intervenção junto das instituições, para as instituições, o que é que quero dizer com isto, a relação entre os doentes e as instituições de saúde são muitas vezes, o problema não está só centrado no doente que têm uma baixa tolerância à espera, portanto não conseguem estar muito tempo no mesmo sitio e à espera.

E5: Se alguém lhe responde num tom um bocadinho menos bom, voltam costas e vão-se embora.

E7: E julgo que os técnicos de saúde não estão muito receptivos muitas vezes a esta problemática, aliás eu até considero que muitas vezes é mais um monstro que idealizam do que propriamente um problema real que existe, e muitas vezes também podemos ser como técnicos despoletadores de situações complicadas onde nesta área se torna mais transparente, são indivíduos mais reactivos e provavelmente geram mais contra atitude perante uma situação que foi menos conseguido por parte do técnico, isso pode ser facilitador de conflitos, portanto também temos, julgo eu, alguma atitude pela tentativa de proximidade em termos de relações com as instituições tentamos fazer um bocado o papel pedagógico,¹⁴⁵ digamos assim, muitas vezes sem tentarmos isso directamente nos técnicos pode também não ser muito bem recebido, mas julgo que a pouco e pouco é um trabalho de partir pedra porque efectivamente há técnicos que geram muitas contra atitudes com este tipo de doentes, portanto é um trabalho de continuidade e de persistência.

E6: Relativamente à introdução do nosso papel de enfermagem quando um utente nosso é internado no hospital a relação que ele estabelece com os nossos colegas desse serviço às vezes o começo não é bom, não começa bem, e muitas das vezes somos nós que esclarecemos não só o colega das características da personalidade do utente e às vezes pequenos truques que usamos nós do CAT de forma a conseguir chegar ao utente, a conversa certa que se há-de começar com o utente, por exemplo estou-me a lembrar de um que começa-se a falar do Benfica e depois é que se começa o que se tem que falar a nível técnico. Porque os colegas não sabem, nós é que os conhecemos de um ano ou dois, vimo-los todos os dias e sabemos estas pequenas coisas que às vezes interfere bastante, às vezes é o principio de uma confiança, de uma relação de confiança para se

aderir depois a uma alta correcta com os medicamentos a tomar,¹⁴⁶ tudo certinho, e às vezes também sabemos quem é o familiar mais próximo que o colega do hospital pode usar logo desde o início, desde o primeiro dia.¹⁴⁷ Relativamente ao medicamento metadona que é prescrito por um médico, a partir do momento as urgências, um utente toxicodependente nunca queria ir para um hospital antes eu apanho, portanto estou-me a lembrar de uma fase do início do casal ventoso o toxicodependente nunca queria ir para o hospital, porque quando estão na ressaca, a heroína tem uma duração de seis horas portanto de o utente consome agora daqui a duas horas está no hospital e está quatro horas à espera vai ressacar. A metadona, garantir ao utente que ainda não está em programa de metadona, mas que se ficar internado no hospital vai lhe ser dada a metadona, porque entra-se em contacto com algum sitio e a metadona chega lá o utente adere às consultas do hospital,¹⁴⁸ estamos a falar de doentes muito degradados que andam na rua e nos mesmos transportes públicos que nós, portanto às vezes os colegas no hospital não têm bem a noção disto, mas eu também não acho que seja correcto passar à frente de um utente destes relativamente a outras pessoas que estão lá e que têm, porque o limite de tolerância destes utentes é muito baixo muito baixo.

Pergunta 2: Das seguintes componentes: teórica, técnica e relacional, qual a que considera que tem mais relevância para as suas actividades. Justifique.

E7: Para mim claramente a relacional sem uma relação adequada digamos assim é impossível trabalhar nesta área¹⁴⁹, também muito por aquilo que eu falei há pouco temos que ter muito cuidado com o papel de gerador de contra atitudes, portanto é claramente a relacional,¹⁵⁰ não sei se precisarei de me justificar muito.

E5: Obviamente depois do que foi dito é a relacional mas também temos que saber alguma coisa sobre esta população¹⁵¹ e de facto eu no meu curso base não sabia nada sobre toxicodependência é um facto eu tive que estudar, tive que ler e tive que conversar com colegas que tinham experiência nesta área¹⁵² e de facto falando com outros colegas que eu conheço e trabalham noutras instituições eles dizem eu não sei nada sobre essa pessoa diz-me qualquer sobre isso e muitas das vezes uma das intervenções que não temos em determinados CAT's é conversar por telefone passamos muito tempo ao telefone a falar com o colega do centro de saúde a, b ou c a explicar porque é que o utente reage assim porque é que o utente é assim porque não se sabe

nada de facto. Portanto a teoria é muito importante e o relacionamento com o utente e com a família obviamente que é a componente relacional.¹⁵³

E8: Eu também acho que é a relacional até porque estamos a falar de uma área que é digamos muito mais do foro da saúde mental, portanto a nossa ferramenta terapêutica é mesmo a comunicação.¹⁵⁴ De toda a forma eu acho que nós aprendemos muito pouco e tenho mesmo a ideia que, eu comecei a minha actividade na área hospitalar e até tinha muitos preconceitos em relação a estes doentes porque trabalhei num serviço de urgência e de facto não era o tipo de utente que eu gostasse de atender. Essas coisas de pois a gente vai aprender também a perceber que, eu tive uma escola excelente foi o CAT das Taipas, onde aprendi como, é a minha referência institucional é aquele serviço aprendi lá muita coisa e de facto fui combatendo estas coisas todas. O problema era meu também eu tinha muitos preconceitos em relação a estas pessoas e pronto as coisas mudaram. É evidente pois é preciso também algum conhecimento e hoje em dia há uma série de intervenções que carecem de algum conhecimento técnico obviamente e portanto temos que estar actualizados.¹⁵⁵

Observador: Até a própria comunicação!

E8: Sim, até própria comunicação, comunicar com um toxicodependente às vezes tem muitas particularidades nós temos que estar enfim atentos.¹⁵⁶

E6: Acho que técnicas, estava-se a falar, é assim técnicas de aconselhamento devia-se aprofundar um pouco mais, não só conhecer o que é o toxicodependente, as definições todas teóricas como também esta prática de relação, técnicas de entrevista de estar com a pessoa.¹⁵⁷

Pergunta 3: Quais são, na sua opinião, as principais dificuldades com que se depara para o exercício da sua função? Que estratégias recorre para lidar com as dificuldades?

E8: Eu acho que nós pronto de um modo geral as principais dificuldades, eu vou falar de atitude pessoal obviamente, tem a ver com mudanças institucionais, portanto os nossos serviços têm vindo a sofrer algumas mutações¹⁵⁸ e tem havido aqui, como em todos os processos de mudança, tem havido alguma dificuldade em nos adaptarmos a novos modelos de gestão, fundamentalmente que estão muito centrados, digamos, num elo são modelos muito autoritários ao contrário daquilo que nós estávamos habituados há uns anos atrás que eram modelos muito mais integradores,¹⁵⁹ que respeitavam muito

mais a nossa intervenção que eram mais tolerantes enfim... eu acho que isso é um dos aspectos que tem sido mais difíceis de aceitar e que se tem reflectido na nossa produtividade, na nossa actividade e pronto estes processos de mudança de facto têm sido difíceis e eu particularmente sinto-me menos motivado do que se estava há uns tempos atrás¹⁶⁰, isto é a minha principal dificuldade, em relação aos utentes já não tenho dificuldades nenhuma eu acho que as coisas têm corrido bem, como têm sempre corrido até agora.

E7: Subscrevo inteiramente aquilo que o E8 disse, queria acrescentar que em relação à tolerância que não seja mal interpretada, não é tolerância por lado do machismo, portanto isto é uma área, embora, o E8 tenha dito que a tolerância, embora ele tenha dito que não tem problemas nenhuns com os doentes, esta área portanto não deixa de ser de alguma forma complicada, posso acrescentar que em relação aos doentes nós efectivamente lidamos com uma pressão diária podemos é já estar de certa forma habituados a essa versão, treinados a essa versão e não sentimos já essa dificuldade como podíamos sentir há uns tempos atrás¹⁶¹ mas ela infelizmente existe e é possível errar às vezes temos que decidir, temos que dar uma resposta imediata e é possível errar e a tolerância é mais neste sentido. Aquilo que eu sinto quando subscrevo aquilo que o E8 disse é que também há um desconhecimento muito maior neste momento de quem gere a delegação do que é realmente trabalhar nesta área digamos que nas delegações anteriores as pessoas vinham de trabalho de base, digamos assim, sabiam o que era trabalhar num CAT com toxicodependentes e neste momento a visão é uma visão diferente¹⁶², visa-se a parte económica, as condições são levadas para segundo plano e depois há uma mudança completa do paradigma em relação a abordar esta problemática digamos que deixou de estar centrada no individuo, num individuo e passou a estar centrada mais por missões, por áreas de missão gestão de dano, tratamento, reinserção social e prevenção. Portanto e esta mudança paradigma também traz necessariamente uma habituação de quem trabalha e traz reajustes que são necessários fazer que se tornam se calhar grandes, mas quando nós tomamos conhecimento destas áreas de missão dá-nos a ideia de que vamos então dar um salto qualitativo e aquilo que me parece é que neste momento as coisas são completamente ao contrário o salto qualitativo tende a estar no papel mas está longe de se poder por em prática.

Observador: Será que as pessoas ainda não percebem o que é que se quer fazer para onde é que se quer ir será por isso que as coisas ainda estão muito confusas?

E7: Não eu julgo que estas questões estão relacionados com outros objectivos, que não é propriamente tratar melhor o indivíduo enquanto indivíduo, eu posso dar um exemplo prático, nós deixámos de trabalhar em CAT's passámos a Unidades de Tratamento que estão agregadas em CRID's, que são Centros Regionais Integrados, deixámos de ter uma área geográfica confinada aquele CAT e passámos a pertencer a uma área geográfica muito superior¹⁶³, fazer redução de danos numa área geográfica pequena tem maior eficácia ou actividade enquanto que fazer redução de danos numa área geográfica muito superior necessita de outros recursos de outros meios¹⁶⁴ e portanto esta parte eu julgo que esta parte não foi pensada pelo menos não há a amostras de que tenha sido pensado, a seu tempo se verá.

E5: Eu penso que aquilo que os colegas disseram reflecte neste momento o que nós estamos a passar em termos de enfermagem e é escassos recursos de enfermeiros¹⁶⁵ que já existiam e vão continuar a haver poucos ou a reduzirem e não conseguimos perceber muito bem em que situação em que estamos e o que quer dizer no meu caso concretamente é que todas aquelas intervenções que eu referi anteriormente eu poderei ter que as deixar de fazer¹⁶⁶ porque impedem concretamente com que eu dei resposta completamente a um programa de substituição com a metadona, não posso dizer que é limitador porque em termos do programa da metadona pode-se fazer imensa coisa em termos da promoção, prevenção da saúde directamente com aquela população mas em termos de enfermagem cansa.¹⁶⁷ Esta população é muito exigente engloba uma doença crónica que em tempo dá muita frustrações é uma problemática muito complexa da saúde mental e até mesmo psiquiátrica, que se reflecte para nós pessoas que trabalhamos directamente com elas, portanto, se não há uma outra actividade que se possa fazer também fora disto há um cansaço.¹⁶⁸

Observador: Eles também têm outras necessidades.

E5: Eles também têm outras necessidades, obviamente, e que nós sabemos e que poderemos responder e que não conseguimos porque temos que estar ali naquele sítio para a administrar o medicamento.¹⁶⁹ Estratégias, muitas das vezes trabalhamos em equipa, conversamos muito entre pares na equipa multidisciplinar¹⁷⁰, não é só a equipa enfermeiros, é também a equipa dos psicólogos, do médico, da assistente social, do técnico psicossocial, para além disso no meu CAT por exemplo à sexta-feira há reunião só da equipa e que a equipa diz o que sente e o que se passa e o que se pode fazer e com o que se pode fazer¹⁷¹ para se poder, por exemplo eu agora vou estar sozinha porque eu vou ter de perceber com a equipa o que é que vou ter de deixar de fazer face à falta de

uma enfermeira a tempo inteiro, claro que existe enfermeiros a fazer horas, mas uma enfermeira a tempo inteiro eu vou ter que cortar em algumas coisas que eu tenho que estar presente.¹⁷²

E7: Vindo de encontro com aquilo que eu disse há pouco a área geográfica é muito maior os recursos deviam ser outros, o que se passa neste momento é que os mesmos recursos abranjam uma área maior,¹⁷³ portanto que tomem conta de uma coisa, chamemos-lhes assim, com outra dimensão isto traz problemas graves no funcionamento do nosso plano, o nosso trabalho dimensionámo-lo de acordo com os recursos que tínhamos e de acordo com a área que abrangíamos, neste momento eu acho que a estratégia passa certamente por aquilo que o E5 estava a dizer que é perceber quais são os limites e até onde podemos ir e o que é que temos que deixar de fazer.¹⁷⁴ Neste momento não temos condições para continuar a fazer exactamente aquilo que fazíamos dimensionando uma área superior.¹⁷⁵

Observador: Há que definir prioridades face às circunstâncias que estão instaladas não é?

E7: Exactamente, eu acho que a estratégia poderá passar por aí.

E6: Completando o que os meus colegas estavam a dizer, devido ao que nós estamos a passar agora este género de actividades de acompanhar o utente, de estratégias de acompanhar o utente a outros locais normalmente deixará, não sei não faço a menor ideia, uma coisa que eu noto é que eu sei que não é só no IDT sei que os centros de saúde, hospitais estamos a lidar com números e estatísticas e a mostrar o nosso trabalho, pronto e aquilo que é visível são o número de utentes em metadona é a realidade, é quanto utentes estão a tomar o copinho de metadona todos os dias, este trabalho não é visível no imediato é visível a longo prazo. No imediato só é visível o número de utentes em metadona, a realidade é esta. Portanto, estratégias para ultrapassar isto presentemente não consigo pensar em nada (Gerou-se um ambiente de desânimo).

Pergunta 4: Há mais algum aspecto que queira referir? Justifique a sua opinião.

E7: Acho que perante o panorama negro que estamos aqui a pintar acho que a toxicoddependência claramente deixou de dar votos e isso vai ser determinante para que

no futuro hajam bens favoráveis para que se desempenhe aqui um bom trabalho, pode ser que se a epidemia aumentar pode ser que se torne mais evidente.

E5: Eu penso que o que se pede aqui não é só a intervenção do enfermeiro no CAT, é do enfermeiro em geral, eu deixava uma outra dica que o utente toxicodependente aparece em todo o lado.

Observador: A monografia é centrada nos enfermeiros que trabalham no CAT) eu só queria dar uma sugestão eu agora sou enfermeira no CAT mas já fui enfermeira noutra sitio anteriormente e de facto não haver no curso base qualquer tipo ou pouquíssimo, eu tive pouquíssimo um dia uma hora talvez duas. Foi essa a necessidade que nós sentimos, não é o suficiente para se conhecer a pessoa toxicodependente

E5: O que eu **sugeria** era **mais formação mais tempo de estágio nos serviços que é o que eu tenho tentado agora nestes últimos tempos com a escola da minha zona.**¹⁷⁶

Investigadores: Damos por terminada a entrevista, obrigada desde já a todos os participantes, pela colaboração que nos forneceram.

Apêndice G: Agradecimentos

Exmo. Sr. Delegado da Delegação
Regional de Lisboa e Vale do Tejo.
Dr. Adelino Antunes

Data: Barcarena, Outubro de 2007

Assunto: Recolha de Dados para a realização de Monografia/Agradecimentos

Susana Cristina Cabaço Venâncio e Susana Evangelista Ribeiro, alunos do 4º ano do 4º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica, vêm por este meio agradecer a V. Ex.^a a oportunidade de termos realizado a recolha de dados acima referida.

Obtivemos dos enfermeiros participantes nas entrevistas, dados/informações muito pertinentes para a realização do nosso estudo, pelo que estamos certas que vão contribuir para a qualidade do mesmo.

Aproveitamos também, para agradecer aos enfermeiros participantes a disponibilidade, simpatia, prontidão e a seriedade com que partilharam connosco as suas experiências, o que vai permitir aprofundar os nossos conhecimentos nesta área.

Os melhores cumprimentos

Investigadoras:

Susana Venâncio _____

Susana Ribeiro _____

(Contacto: 968279639 e 934304393)

Apêndice H: Quadro de Categorias

Categorias	Subcategorias	Unidades de Contexto	
Intervenções de Enfermagem	Acolhimento	Atendimento	
	Necessidades de Saúde	Avaliação	
	Encaminhamento	Técnicos de saúde	
	Acompanhamento		Individual
			Familiar
			Diminuição da ansiedade dos utentes
	Programas		Administração de Metadona/Buprenorfina
			Redução de danos
			Rastreios
	Articulação		Articulação com Instituições
			Articulação com a equipa
	Prevenção e promoção da saúde		Saúde da mulher e da criança
			Gravidez e amamentação
			Prevenção primária da saúde
Componentes mais relevantes	Componentes Teórica	Interligação	
		Aquisição de conhecimento técnico-científico	
	Componentes Técnica	Técnicas Instrumentais	
	Componente Relacional		Importância
			Conhecimento da população

		Comunicação
Dificuldades sentidas	Atendimento	Número elevado de utentes
		Escassos recursos de enfermeiros
		Exigências relacionais
	Centros de Saúde	Resistência dos profissionais
		Adesão à metadona
	Desmotivação	Pressão
	Políticas de saúde	Modelos de gestão
		Condições de trabalho
População carenciada economicamente	Satisfação das necessidades	
Estratégias	Trabalho de equipa	Partilha
		Motivações
		Apoio
	Contactos com as instituições	Formais
		Informais
Competências	Formação Académica	Ensino Clínico

ANEXOS

Anexo 1: Lei de Bases da Saúde

Lei de Bases da Saúde

Aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto

Lei de Bases da Saúde (Com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro)

A Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164.º, alínea d), 168.º, n.º 1, alínea f), e 169.º, n.º 3, da Constituição, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais Base II

Política de saúde

1 - A política de saúde tem âmbito nacional e obedece às directrizes seguintes:

- a) A promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado;
- b) É objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços;
- c) São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão o justifique;
- d) Os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social;
- e) A gestão dos recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços;
- f) É apoiado o desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público;
- g) É promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços;

h) É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual;

i) É estimulada a formação e a investigação para a saúde, devendo procurar-se envolver os serviços, os profissionais e a comunidade.

2 - A política de saúde tem carácter evolutivo, adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos.

(Fonte:<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm> – 15/12/07)

Anexo 2: Decreto-lei n.º 7/97 de 8 de Março do Diário da Republica

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei nº 7/97 de 8 de Março – Alarga a rede de serviços públicos para o tratamento e a reinserção de toxicodependentes

A Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164.o, alínea *d*), 168.o, nº1, alínea *b*), e 169.o, nº 3, da Constituição, o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

A presente lei alarga a rede de serviços públicos para o tratamento e reinserção de toxicodependentes, por forma a garantir o acesso a cuidados de prevenção, tratamento e reinserção social e profissional de todos os cidadãos afectados por toxicodependência.

Artigo 2.º

Rede de serviços públicos

A rede de serviços públicos integra, pelo menos:

a) Uma unidade de atendimento de toxicodependentes por cada distrito; *b*) Unidades de desabilitação, próprias ou convencionadas, a funcionar preferencialmente junto de unidades de atendimento, na base de uma cama para 100 000 habitantes; *c*) Comunidades terapêuticas, próprias ou convencionadas, distribuídas por forma a cobrir adequadamente todo o território nacional e dimensionadas na base de uma cama para cada 10 000 habitantes.

Artigo 3.º

Unidades de atendimento

As unidades de atendimento destinam-se a assegurar os cuidados compreensivos e globais a toxicodependentes, individualmente ou em grupo social, designadamente a família, seguindo as modalidades terapêuticas mais apropriadas para cada situação, em regime ambulatorio.

Artigo 4.º

Unidades de desabilitação

As unidades de desabilitação destinam-se a assegurar o tratamento de síndromes de privação em toxicodependentes, sob responsabilidade médica, em regime de internamento.

Artigo 5.º

Comunidades terapêuticas

As comunidades terapêuticas destinam-se a assegurar a prestação de cuidados a toxicodependentes que necessitem de internamento prolongado, com apoio

psicoterapêutico, sob supervisão psiquiátrica, com vista, designadamente, à criação de condições para a sua reinserção social.

Artigo 6º

Desintoxicação em meio familiar

Sempre que nas unidades de atendimento se considere como vantajosa para os toxicod dependentes a desabilitação na residência familiar, o Estado facultará, através do Serviço Nacional de Saúde, em colaboração com o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicod dependência, o apoio clínico e medicamentoso necessário.

Artigo 7º

Reinserção social e profissional

O Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicod dependência, através de protocolos a celebrar com outros serviços públicos, designadamente com o Instituto do Emprego e Formação Profissional, com empresas e com as autarquias locais que para isso se disponibilizem, criará condições para a reinserção profissional e social de toxicod dependentes em fase adequada do percurso de tratamento.

Artigo 8º

Tutela

A rede de serviços públicos integra-se no Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicod dependência, sob tutela do Ministério da Saúde, e estrutura-se nos termos da respectiva lei orgânica.

Artigo 9º

Financiamento

Os recursos financeiros necessários para assegurar o funcionamento adequado da rede de serviços públicos prevista na presente lei serão incluídos no Orçamento do Estado, revertendo ainda para estes serviços 50 % dos bens declarados perdidos a favor do Estado, nos termos da alínea *b*) do nº 1 do artigo 39º do Decreto-Lei nº 15/93, de 22 de Janeiro.

Artigo 10º

Recursos humanos

Os serviços integrados na rede pública devem dispor de quadros de pessoal devidamente qualificado que assegurem o seu funcionamento em termos adequados.

Artigo 11º

Regulamentação

O Governo regulamentará a presente lei no prazo de 90 dias a contar da sua entrada em vigor.

Artigo 12º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor com a publicação da Lei do Orçamento do Estado posterior à sua aprovação.

Aprovada em 19 de Dezembro de 1996.

O Presidente da Assembleia da República, *António de Almeida Santos*. Promulgada em 14 de Fevereiro de 1997.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO. Referendada em 20 de Fevereiro de 1997.

O Primeiro-Ministro, em exercício, *António Manuel de Carvalho Ferreira Vitorino*.

(Fonte: http://www.idt.pt/media/legislacao/lei_7_97.pdf)