

MESTRADO
PSICOLOGIA DA JUSTIÇA E DA DESVIÂNCIA

Alternativas à Toma Observada Direta no tratamento da dependência de opiáceos – um estudo misto

Maria Inês de Santulhão Ramiro Pires

M

2023



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**ALTERNATIVAS À TOMA OBSERVADA DIRETA NO
TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE OPIÁCEOS – UM ESTUDO MISTO**

Maria Inês de Santulhão Ramiro Pires

Outubro 2023

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia, área da Justiça e da Desviância, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora **Marta Pinto** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do/da autor/a no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o/a autor/a declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O/A autor/a declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

À Professora Doutora Marta Pinto, o mais sincero e especial obrigada. Por toda a paciência, apoio e compreensão, por todo o trabalho que fizemos juntas e por cultivar a minha maturidade intelectual, acima de tudo. A troca constante de conhecimento, ensinamentos e perspetivas diferentes, ajudaram-me a crescer, não só a nível profissional, como também pessoal. Obrigada por me mostrar que quando gostamos do que fazemos, o resultado só pode ser maravilhoso. Há professoras que nunca esquecemos, e a Professora Marta é, sem dúvida, uma delas.

A toda a Equipa de Investigação, nomeadamente, à Professora Doutora Raquel Duarte, à Diana, ao Pedro, à Clara e ao Filipe, por terem caminhado lado a lado comigo nesta aventura, por acreditarem no potencial deste estudo, por todas as horas que trabalhamos, em conjunto, e especialmente, por todo o apoio nesta fase.

À Doutora Kerstin Hoffmeister, e às Equipas que participaram na presente dissertação, por aceitarem este desafio, pela disponibilidade total para o estudo, e por sentirem a necessidade emergente do mesmo.

Aos participantes deste estudo, que se mostraram sempre disponíveis a colaborar e a aprofundar as suas opiniões. Enaltecer a coragem dos utentes, que fazendo parte de um público vulnerável, fizeram questão de, a cada momento de recolha, exercer a sua voz.

À minha família, que significa, desde sempre, porto de abrigo. Obrigada por me ajudarem a voar, e ao mesmo tempo, serem o lugar seguro onde posso sempre voltar. Bu, em especial a ti, tu que me ensinaste que a vida não tem de ser assim tão séria, que a excelência está dentro de mim, e que se eu acreditar, consigo tudo.

À minha Mãe, por seres quem me deu força nestes cinco anos, por me deixares cair, mas estares lá (sempre) para me levantar. Pela paciência interminável, por limpares as minhas lágrimas, festejares as minhas conquistas como se fossem tuas, e por teres vivido este percurso tão intensamente como eu. Por seres o exemplo de uma profissional de excelência, e a personificação da vontade de querer sempre mais e melhor. “Mãe, vou ser psicóloga” – na altura, riste-te. Mãe, hoje eu consegui, e muito graças a ti.

Ao meu Pai, o exemplo de superação, força e amor verdadeiro. Foram todos os momentos e partilhas, as gargalhadas e esses braços enormes (que sei que nunca vão deixar de me abraçar) que me deram o alento para continuar. És a certeza de que, se tudo der errado, estarás lá para me abrigar, e que em qualquer lugar que eu esteja, estaremos sempre juntos, porque “quando aquela estrela aparecer no céu, é para saberes que estou a pensar em ti”.

À minha Mana, por seres a lembrança constante de que faço este caminho por ti, por seres parte de mim, e por me mostrares que nenhum desafio é grande o suficiente para a nossa imensidão. Por seres a luz nos dias mais complicados, por seres sinal de liberdade e coragem, por me ajudares a crescer, e a tornar-me uma pessoa melhor. Sem ti, não seria a mesma, porque tu és, e vais ser cada vez mais, tanto, que será impossível não reconhecer a tua pegada na vida de quem te rodeia.

Aos meus amigos mais próximos, desde Mirandela ao Porto, por acreditarem sempre em mim, por ouvirem as minhas histórias loucas com toda a paciência, por me acolherem quando estou frágil, por me erguerem logo a seguir, e por me proporcionarem momentos que nunca vou esquecer. No fundo, por serem a certeza de que os amigos são a família que escolhemos, e que linda família criamos. Acreditem que a sorte é toda minha.

Às minhas Tchambalis Tensas, os meus amores de estudante. Três crianças perdidas nesta Faculdade, três amigas verdadeiras, que nas suas diferenças, descobriram-se similares. Obrigada por lutarem sempre comigo, por me darem a mão, por serem o exemplo a seguir, por nunca me deixarem desistir, e por fazerem parte deste caminho tão bonito, que só o é porque vos tenho a vocês.

À minha melhor amiga, temos a conexão mais bonita e genuína que alguma vez vi. És sinónimo de aceitação, conversas sinceras, gargalhadas que fazem doer a barriga, felicidade pura, e (tantos) momentos que nunca vou conseguir esquecer. És quem ampara os choros infinitos que fazem os olhos doer, o apoio que não desgruda, o abraço apertado que quase magoa, e onde o silêncio se torna conforto. És tudo isto e muito mais, muito mais do que aquilo que imaginas. E se eu sou tu, e tu és eu, até que ponto é que é não conseguimos mesmo chegar ao fim deste percurso? Muito graças a ti, por seres Casa, quando não sabia onde pertencia. Agora já sei, um bocadinho de mim vai sempre pertencer-te a ti.

Resumo

A dependência de opiáceos e os seus efeitos levaram à criação de programas de substituição, que visam melhorar a qualidade de vida das pessoas que utilizam drogas, destacando-se a Toma Observada Direta (TOD). A presente investigação, pretende analisar as perspetivas dos beneficiários e profissionais relativamente ao impacto da TOD de cloridrato de metadona, e a métodos alternativos, como a dispensa de doses e a Toma Observada por Vídeo (TOV).

Através de um estudo misto, foram recolhidas as perspetivas de utentes ($n = 33$) e de profissionais da área ($n = 37$), com a aplicação de questionários e a realização de um *focus group*. Os dados quantitativos foram submetidos a uma análise estatística descritiva simples, e os dados qualitativos, provenientes das questões abertas dos questionários e da sessão em grupo, foram transcritos e submetidos a análise de conteúdo.

Entre os participantes, foram mencionadas várias vantagens das abordagens alternativas à TOD, que surgiram como uma forma de preencher as suas lacunas, como por exemplo, incompatibilidades com a atividade laboral e comprometimento de relações significativas. Além do mais, foram sugeridos critérios para a implementação das alternativas, já que estas não foram consideradas vantajosas para toda a população-alvo.

Os resultados sugerem que existe a possibilidade de implementação/alargamento destas abordagens alternativas, tendo em conta o perfil do utente e a avaliação multidisciplinar necessária, apesar de se anteciparem alguns obstáculos estruturais e relacionais.

Palavras-chave: Substâncias Psicoativas Ilícitas, Toma Observada Direta, Dispensa de Doses, Toma Observada por Vídeo, Cloridrato de Metadona, Programas de Substituição Opiácea.

Abstract

Opioid addiction and its effects are of great concern, which has led to the creation of substitution programs, which aim to improve the quality of life of people who use drugs. This research not only aims to analyze the perspectives of beneficiaries and professionals on the impact of Directly Observed Therapy (DOT) on methadone, but also their perspectives on alternative methods, such as take-home doses and Video Observed Therapy (VOT).

Thus, through a mixed study, the perspectives of patients ($n = 33$), and professionals ($n = 37$), were analyzed with the application of questionnaires and a focus group. Quantitative data were submitted to a simple descriptive statistical analysis, and qualitative data, from the open questions of the questionnaires and the group session, were transcribed and submitted to content analysis.

Among the participants, several advantages of the alternative approaches to DOT were mentioned, which emerged as a way to ease the burden of DOT, such as, difficulties in commuting, incompatibilities with work activity, and impairment of meaningful relationships. In addition, criteria for implementing the alternatives were suggested, since they were not considered advantageous for the entire target population.

The results suggest that there is a possibility of implementation/extension of these alternative approaches, considering the profile of the patient and the necessary multidisciplinary assessment, despite anticipating structural and relational obstacles.

Keywords: Illicit Psychoactive Substances, Directly Observed Therapy, Take-home Doses, Video Observed Therapy, Methadone, Opioid Substitution Programs.

Résumé

La dépendance aux opiacés et ses effets ont conduit à la création de programmes de substitution, qui visent à améliorer la qualité de vie des personnes consommatrices de drogues, notamment la Prise Directe Observée (POD). La présente enquête vise à analyser les perspectives des bénéficiaires et des professionnels concernant l'impact du POD du chlorhydrate de méthadone et des méthodes alternatives, telles que la délivrance de doses et la prise vidéo-observée (PVO).

Grâce à une étude mixte, les points de vue des utilisateurs (n = 33) et des professionnels du domaine (n = 37) ont été recueillis, à l'aide de questionnaires et en réalisant un groupe de discussion. Les données quantitatives ont été soumises à une analyse statistique descriptive simple, et les données qualitatives, issues des questions ouvertes des questionnaires et de la séance de groupe, ont été transcrites et soumises à une analyse de contenu.

Parmi les participants, plusieurs avantages des approches alternatives au POD ont été mentionnés, qui sont apparus comme un moyen de combler ses lacunes, telles que les incompatibilités avec l'activité de travail et la compromission des relations significatives. De plus, des critères ont été proposés pour la mise en œuvre des alternatives, car celles-ci n'étaient pas considérées comme avantageuses pour l'ensemble de la population cible.

Les résultats suggèrent qu'il existe une possibilité de mettre en œuvre/étendre ces approches alternatives, en tenant compte du profil de l'utilisateur et de l'évaluation multidisciplinaire nécessaire, malgré certains obstacles structurels et relationnels anticipés.

Mots-clés: substances psychoactives illicites, prise directe observée, distribution de doses, prise vidéo-observée, chlorhydrate de méthadone, programmes de remplacement des opioïdes.

Índice

Introdução.....	1
1. O impacto da dependência de opiáceos no Mundo	1
2. Abordagens Terapêuticas em Análise	2
2.1. Os Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos (PTAO)	2
2.2. Toma Observada Direta	4
3. Abordagens Alternativas à TOD	6
3.1. Dispensa de Doses do cloridrato de metadona	6
3.2. Toma Observada por Vídeo	7
Metodologia.....	10
1. Questões de Investigação.....	10
2. <i>Design</i> do estudo	11
3. Participantes.....	12
4. Procedimento de recolha de dados: questionários.....	13
5. Procedimento de recolha de dados: <i>focus group</i> e entrevistas	14
6. Procedimento de tratamento de dados: análise de conteúdo.....	15
Resultados	16
1. Resultados Quantitativos	16
1.1. Profissionais	16
1.2. Utentes	18
2. Resultados Qualitativos	20
2.1. Cumprimento real e quotidiano dos procedimentos subjacentes à TOD	20
2.2. Vantagens e desvantagens da utilização da TOD para a realização da toma	20
2.3. Dispensa de doses.....	21
2.4. Toma observada por vídeo	23
2.5. Sugestões de melhoria	25
Discussão	26
Conclusões.....	32
Referências bibliográficas.....	33
Anexos	43
Anexo 1 - Inquérito por questionário sobre a toma de medicação aos utentes (DICAD)	43
Anexo 2 - Inquérito por questionário sobre a toma de medicação aos profissionais (DICAD)....	49

Anexo 3 - Guião do <i>focus group</i>	54
Anexo 4 - Consentimento Informado.....	55
Anexo 5 - Tabela de análise de conteúdo das respostas dos profissionais às perguntas abertas dos questionários.....	57
Anexo 6 - Tabela de análise de conteúdo das respostas dos utentes às perguntas abertas dos questionários.....	63
Anexo 7 - Tabela de análise de conteúdo das respostas do <i>focus group</i>	72
Anexo 8 - Tabela referente aos resultados sobre o nível de interferência da TOD nos contextos da vida dos utentes, na perspetiva dos profissionais.	80
Anexo 9 - Tabela referente aos resultados quantitativos sobre o nível de interferência da TOD nos contextos da vida dos utentes, na perspetiva dos próprios.	81

Introdução

1. O impacto da dependência de opiáceos no Mundo

O abuso de substâncias psicoativas (SPA) causa consideráveis danos na sociedade e na saúde. Para algumas frações da população utilizadora de SPA, estes danos podem refletir-se na saúde mental e física, o que diminui, drasticamente, a sua qualidade e esperança média de vida. Mundialmente, em 2021, cerca de 284 milhões de pessoas consumiram SPA, sendo que, aproximadamente 38.6 milhões sofrem de dependência (UNODC, 2022). Na União Europeia (UE), estima-se que cerca de 83.4 milhões de pessoas tenham alguma vez consumido uma substância ilícita, e que, em 2020, ocorreram, pelo menos, 5.800 mortes por *overdose* envolvendo SPA (EMCDDA, 2022). Assim, sabe-se que a prevalência do consumo de opiáceos de alto risco entre a população adulta, na UE, seja de 0,34%, o que equivale a cerca de 1 milhão de consumidores de opiáceos de alto risco em 2020 (EMCDDA, 2022). Calcula-se, também, que o uso incorreto e inseguro de substâncias injetáveis seja responsável pela infeção de cerca de 5 milhões de pessoas com hepatite C e de 1.4 milhões de pessoas com VIH, sendo que 1.2 milhões vivem com estas duas infeções em simultâneo (UNODC, 2022). De facto, em 2020, na UE, surgiram 563 novos diagnósticos de VIH e 128 de SIDA, associados ao consumo de SPA injetáveis, já que este está associado a um padrão de consumo mais nocivo (EMCDDA, 2022). Percebe-se, assim, que o uso destas substâncias é uma peça importante para o peso que as doenças têm no Mundo, podendo ser, direta ou indiretamente, o seu causador (Frost et al., 2022).

Atendendo a estes dados, depreende-se a necessidade de estratégias eficazes que tratem a dependência e reduzam a propagação de patologias associadas, tais como programas de substituição opiácea e de trocas de seringas, fundamentais para a diminuição desses valores, a nível mundial (Degenhardt et al., 2013; Des Jarlais, 2013; EMCDDA, 2022). De facto, a OMS lançou metas claras para 2020, visando o aumento da oferta de tratamento e redução dos danos aos consumidores de opiáceos e SPA injetáveis, no entanto, apenas a República Checa, Espanha, Luxemburgo e Noruega as atingiram (Allen et al., 2019; Chayama et al., 2020; EMCDDA, 2022; Frost et al., 2022; Jones, 2019).

2. Abordagens Terapêuticas em Análise

2.1. Os Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos (PTAO)

Este tipo de programas surge como uma forma de manutenção, recorrendo a medicamentos opiáceos de efeito agonista, como o cloridrato de metadona. Estes, quando administrados na dose adequada, impedem o sofrimento físico provocado pela abstinência das SPA, bem como a necessidade física do uso da substância, reduzindo, simultaneamente, o desejo do consumo (SICAD, sd). A importância deste tipo de tratamento é inegável, para além de ser reforçada pela OMS, que nos diz que são efetivos e benéficos, tanto para as pessoas que deles beneficiam, como para a respetiva comunidade (OMS, 2016), já que reduzem as assimetrias sociais, de saúde e económicas, associadas à dependência de SPA (Amato et al., 2005; Kinlock et al., 2009; Moller et al., 2009; Stover, 2011; Vanderplasschen et al., 2015). Para além disso, diminuem o uso ilícito de opiáceos (Almeida, 2019; Bharat et al., 2021), o risco de transmissão de VIH e hepatites (Almeida, 2019; Bharat et al., 2021; Platt et al., 2018), a adoção de comportamentos criminais (Bharat et al., 2021; Degenhardt et al., 2019; Gisev et al., 2019; Mattick et al., 2014; Russolilo, et al., 2017), e diminuem a taxa de mortalidade (Fei et al., 2016). Deste modo, os PTAO melhoram a manutenção em tratamento, as oportunidades de inserção laboral e as relações familiares, bem como a qualidade de vida em geral (Almeida, 2019; Fei et al., 2016). Não obstante, a inclusão prolongada nestes programas é recomendada, já que aumenta a retenção em tratamento (Judson et al., 2010; Simpson et al., 1997; Timko et al., 2016; Zhang et al., 2003), sendo um fator de proteção para a ocorrência de overdoses (EMCDDA, 2022).

Um dos medicamentos mais utilizado no contexto dos PTAO, e mais concretamente dos Programas de Substituição Opiácea (PSO) é o cloridrato de metadona (Bell & Strang, 2020; Calcaterra et al., 2019; Calcaterra et al., 2019; Fareed et al., 2011; McCarty et al., 2021; Naji et al., 2016). A OMS (2016) considera-o um medicamento essencial e efetivo no tratamento da dependência de opiáceos, sendo de extrema importância a sua acessibilidade a quem dele necessitem. Da sua utilização denotam-se melhorias ao nível da qualidade de vida (Almeida, 2019) e do funcionamento psicossocial, nomeadamente, através de ganhos na autoestima, na conformidade social e na redução dos níveis de depressão e ansiedade (Simpson et al., 1997). Para além disto, os níveis de retenção são mais elevados quando é utilizada esta substância (Kessler et al., 2022; Simpson et al., 1997; Srivastava et al., 2017;

Timko et al., 2016; Wilder et al., 2017; Zhang et al., 2022). Desta forma, o recurso a este medicamento tem várias vantagens associadas, apontadas pela literatura, tais como: o facto de ser altamente regulado, seguro e de produzir poucos efeitos secundários (Schilling et al., 2006); de ser eficaz na diminuição do uso de SPA (Schilling et al., 2006; Simpson et al., 1997); de se associar a menores taxas de abandono do tratamento (Schilling et al., 2006; Timko et al., 2016); de reduzir as taxas de incidência da infeção por VIH (Judson et al., 2010; Schilling et al., 2006); de diminuir os comportamentos de risco (Moller et al., 2009) e as taxas de criminalidade ligadas à dependência (Judson et al., 2010; Mattick et al., 2014; Moller et al., 2009; Simpson et al., 1997), em utentes com e sem histórico criminal (Russolilo et al., 2017); de reduzir a mortalidade, morbilidade e o estigma social; de fazer decrescer a condição de sem-abrigo; de estar aprovado, sob avaliação médica, para uso na gravidez; e de diminuir os sinais de abstinência e do “craving” (Schilling et al., 2006).

Apesar de o cloridrato de metadona ser uma substância altamente regulada, este controlo varia entre os diferentes países. De acordo com Vranken e colaboradores (2017), 10 em 11 países da UE evidenciaram barreiras específicas nas suas leis e regulamentações no que concerne ao cloridrato de metadona e a sua administração. Estas barreiras prendem-se, não só com o recurso a linguagem estigmatizante, mas também com a existência de critérios de inclusão e de exclusão muito restritos. Destas barreiras ao acesso aos PSO com cloridrato de metadona destacam-se, a existência de critérios relativos ao período mínimo de dependência e à idade mínima (varia entre os 15 e os 20 anos); e a necessidade de provar o fracasso repetido em completar um programa terapêutico que tenha como objetivo a abstinência. A um nível clínico, existem restrições na autorização de prescrição deste tipo de fármaco, nos requisitos em torno da dose a prescrever, e na autorização para frequentar os PTAO. Não obstante, os programas de substituição opiácea acarretam custos e reúnem algumas exigências penalizadoras relativamente à privacidade dos utentes (Vranken et al., 2017).

Mesmo assim, é notável o aumento da representatividade destes programas nas diferentes modalidades terapêuticas, existindo, em 2020, 514.000 utentes em tratamento de agonistas de opiáceos na União Europeia (EMCDDA, 2022). Contudo, este número oculta as diferenças consideráveis entre os vários países relativamente a probabilidade de as pessoas que necessitam deste tipo de tratamento poderem, efetivamente, aceder-lhe, sendo que, em alguns países, a oferta é manifestamente insuficiente (EMCDDA, 2022). Em Portugal, em 2021, estiveram integrados 11.882 utentes em programas terapêuticos com

cloridrato de metadona, registando-se, assim, um aumento de 3% face a 2020 (SICAD, 2022).

Este tipo de Programas está inserido no Modelo de Tratamento Integrado, que assenta numa abordagem biopsicossocial ancorada em Equipas de Tratamento, constituídas por enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais (SICAD, sd). Juntos, visam estabelecer um projeto terapêutico com regras definidas, nomeadamente, o tipo de regime de administração, podendo ser por Toma Observada Direta (TOD) ou por tomas dispensadas para domicílio, segundo o percurso do cliente no tratamento (SICAD, sd). No entanto, a Ordem dos Enfermeiros (2021), defende que a segurança da administração de substâncias terapêuticas é competência da enfermagem, destacando-se aqui a preparação e administração de medicamentos, incluindo o cloridrato de metadona, cuja toma deve ser feita na presença de um enfermeiro.

2.2. Toma Observada Direta

À luz destes factos, a Toma Observada Direta (TOD), refere-se a uma forma de monitorização ativa e a um registo da administração farmacológica, feita por um profissional de saúde, e realizada diariamente ou intermitentemente, em clínicas, centros de saúde, centros de tratamento, ou em outras estruturas da comunidade (Truong et al., 2021). Deste modo, o profissional de saúde observa a ingestão de cada dose do fármaco, durante todo o curso do tratamento e até ao seu eventual término.

Visto que se pode tornar numa substância perigosa quando autoadministrada sem monitorização, a administração de cloridrato de metadona deve obedecer a procedimentos que garantam a segurança do utente, nomeadamente, ser efetuada por um enfermeiro ou profissional de saúde qualificado para tal (Ordem dos Enfermeiros, 2021), sendo que o tratamento com este fármaco, em Portugal, é regulado por entidades associadas ao Ministério da Saúde.

Porém, a literatura é vasta no que concerne às desvantagens deste tipo de abordagem, já que pode desincentivar a adesão ao tratamento, quando comparada com uma terapia de autoadministração (Truong et al., 2021). Além do mais, a implementação da TOD requer mais recursos clínicos, humanos e financeiros do que qualquer outro tipo de estratégia (Karumbi et al., 2015; McLaren et al., 2016; Truong et al., 2021). É também a principalmente

responsável pelo fardo psicossocial gerado nos beneficiários (McLaren et al., 2016; Steffen et al., 2010), que são forçados a comparecer frequentemente nas clínicas e instituições, o que os impede, por exemplo, de omitir o seu problema de saúde, se assim o desejarem (Truong et al., 2021). Mais concretamente, num estudo de Notley e colaboradores (2014), quando a administração do fármaco era presencial, os utentes mencionaram vários aspetos negativos. O mais consensual foi a dificuldade em deslocar-se para a toma diária, devido a obstáculos encontrados relativamente ao transporte, ao trabalho, ou a familiares dependentes. A percepção do estigma também foi mencionada, já que os utentes relataram sentir vergonha por terem de se deslocar a um local público e movimentado (centro de saúde/tratamento), já que muitas vezes, não existe uma alternativa mais discreta onde possam tomar a medicação. Estas situações agravam os processos de estigmatização, principalmente por permitirem a identificação, muitas vezes perene como consumidores de heroína. Quando se referem a lugares rurais, relatam a impossibilidade de garantir confidencialidade esperada. Por fim, falam sobre a dificuldade em conciliar os horários de funcionamento do centro de saúde/tratamento, com os horários a que gostariam/poderiam de tomar a medicação (Notley et al., 2014).

Para além disto, o custo-efetividade da TOD é questionável, visto que em 2001, numa revisão de literatura que incluiu 85 estudos, a média do custo da TOD na toma do cloridrato de metadona foi de 1.955\$ por pessoa, no total do período de tratamento estimado (17 semanas) (Roebuck et al., 2003; Schilling et al., 2006). Repare-se que, quando comparada com a Terapia Observada por Vídeo (TOV), no tratamento da Tuberculose (TB), a TOD teve um custo total de 67.51\$ por utente, enquanto o custo da TOV limitou-se a 19.29\$ por utente, associando, assim, esta última a um menos esforço financeiro (Asay et al., 2020; OMS, 2017). Além de menos onerosa, a TOV mostrou-se mais eficiente do que a TOD na monitorização da adesão ao tratamento da TB, já que esta aumentou devido à flexibilidade temporal e ao aumento de interações entre profissionais de saúde e pacientes (Truong et al., 2021; Asay et al., 2020).

3. Abordagens Alternativas à TOD

3.1. Dispensa de Doses do cloridrato de metadona

Em Portugal são escassas as normas gerais ou regulamentos que enquadrem a dispensa de doses. De facto, não existe nenhum documento oficial e geral para adoção por parte de todos os Programas e Equipas de tratamento. Sendo assim, as regras para a dispensa acabam por serem delineadas autonomamente, conforme os critérios que os seus profissionais considerem relevantes para a respetiva autorização.

Relativamente aos PTAO, o SICAD afirma que a administração deve ser realizada presencialmente, mas abre a possibilidade da dispensa de doses, se se verificar uma boa evolução em tratamento, mantendo-se, ainda assim, a supervisão clínica do utente (SICAD, nd). Nas normas orientadoras, a toma não presencial está prevista quando a atividade laboral do utente se sobrepõe ao horário da TOD, sendo apenas autorizada quando, cumulativamente, o tratamento com cloridrato de metadona estiver estabilizado e existir abstinência de SPA há, pelo menos, três meses, mantendo-se o utente obrigado a uma apresentação semanal (IDT, 2006). Já nos Estados Unidos da América, o cloridrato de metadona só pode ser administrado presencialmente ou dispensado para utentes integrados nos PSO federalmente certificados pela Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (Amram et al., 2022). Com a pandemia, a SAMHSA (2023) alterou a regulamentação e autorizou a dispensa de doses no PSO a utentes considerados estáveis até 28 dias, sendo que as pessoas menos estáveis poderiam levar doses até 14 dias. Após a fase mais crítica da pandemia, esta abordagem foi avaliada e evidenciou-se que o compromisso com o tratamento aumentou, assim como a satisfação dos utentes, além de que, o uso incorreto da medicação e a sua diversão para o mercado ilícito diminuíram (Amram et al., 2021). Estes dados levaram a que esta exceção fosse alargada com certas condições e critérios, considerando-se utentes estáveis aqueles que completaram o tratamento durante 60 dias consecutivos e menos estáveis aqueles que completaram apenas 30 dias (SAMHSA, 2023). Os critérios para a dispensa de doses baseiam-se em parâmetros de estabilidade do utente, no seu comportamento, (incluindo o desvio do fármaco para o mercado ilícito), no resultado negativo na pesquisa de metabolitos na urina, e na avaliação benefícios/desvantagens que a dispensa de doses tem para cada indivíduo (SAMHSA, 2023).

Apesar das regulações terem sofrido alterações, o facto de estas serem postas em prática é uma decisão de cada PSO, sendo de notar uma grande variedade na implementação das mesmas, consoante os PSO (Figgatt et al., 2021; Hoffman et al., 2022; Suen et al., 2022). No entanto, o que parece ser relativamente comum nas mais variadas experiências e programas, é o facto de a satisfação dos utentes relativamente ao tratamento ter aumentado (Patton et al., 2021), e de o desvio da medicação não ter sofrido alterações significativas, ou até, em alguns casos, ter diminuído (Amram et al., 2022; Figgatt et al., 2021; Trujols et al., 2020).

3.2. Toma Observada por Vídeo

Recentemente, a Toma Observada por Vídeo (TOV), tem surgido como uma potencial alternativa à TOD em doenças como a Tuberculose, priorizando o seguimento remoto através de um computador ou telemóvel, em tempo real, para observação da autoadministração (Godersky et al., 2020; Truong et al., 2021). Isto permite que o profissional de saúde acompanhe o processo de tratamento, eventuais efeitos adversos e esclareça potenciais dúvidas (CDC, 2023). Outro formato possível para a TOV é o da observação assíncrona, no qual os utentes submetem um vídeo da autoadministração da toma, mais uma vez, através de um computador ou telemóvel, sendo que o profissional de saúde pode visualizar este vídeo em qualquer outro momento (Stoner et al., 2022; Truong et al., 2021). Os benefícios desta abordagem incluem o potencial de monitorizar à distância a adesão ao tratamento, as melhores interações entre cuidadores e beneficiários, menores custos financeiros, assim como, a flexibilidade temporal (Asay et al., 2020; Truong et al., 2021). De facto, uma *scoping review* descobriu que, nos 28 estudos analisados que utilizaram a TOV no tratamento de variadas doenças, todos evidenciaram melhor adesão ao tratamento, maiores níveis de autonomia e de conveniência, sendo que se revelou de mais fácil utilização para os utentes do que a TOD (Stoner et al., 2022). Para além disto, a TOV leva a taxas de finalização do tratamento mais elevadas, quando comparada com a TOD (Bain et al., 2017; Labovitz et al., 2017)

No caso do tratamento da dependência de SPA, nomeadamente no uso da buprenorfina, um estudo piloto com 14 utentes, revelou que, com a TOV, 13 tomaram a dose diariamente, de forma correta, sem qualquer tipo de obstáculo (Emocha Health, 2020). De facto, o uso da TOV no tratamento com buprenorfina, mostrou ter potencial para promover

a autonomia e estrutura para os utentes, podendo colmatar as preocupações dos profissionais no que concerne o desvio desta substância e a adesão ao tratamento (Godersky et al., 2020; Horvat et al., 2017; Schuman-Olivier et al., 2018; Steinkamp et al., 2019). Neste sentido, este tipo de abordagem mostrar-se-ia benéfico para utentes com problemas de adesão a diferentes tipos de tratamento (Schramm et al., 2020), visto que o facto de terem de gravar a ingestão da medicação pode funcionar como um “lembrete” (Walker et al., 2019). Contudo, é de esperar que surjam barreiras sociais e estruturais para a adoção desta estratégia, como por exemplo, a condição de sem-abrigo, os estilos de vida caóticos, as doenças mentais e o acesso limitado às novas tecnologias, não esquecendo a baixa literacia digital (Schramm et al., 2020). Na opinião dos profissionais de saúde, referente ao tratamento com buprenorfina, foi evidente que consideram a TOV uma abordagem benéfica e fácil de utilizar (Walker et al., 2019). Além do mais, concordaram que o uso desta pode promover a autonomia, a responsabilidade dos utentes e a confiança dos profissionais nos mesmos (Godersky et al., 2019). Esta ferramenta pode erradicar as barreiras à adesão ao tratamento, como por exemplo, a dificuldade de transporte (Godersky et al., 2019; Walker et al., 2019), bem como o desvio do fármaco, servindo como uma forma de monitorização (Godersky et al., 2019). Salienta-se que a monitorização da adesão não se traduz no controlo do comércio da medicação, porém, através do uso da TOV, o controlo da adesão pode combater algumas dúvidas e incertezas sentidas pelos profissionais (Godersky et al., 2019). Por fim, os mesmos enfatizaram, ainda, que a TOV deixa de ser positiva se eliminar completamente a necessidade de interação humana fora das plataformas digitais, visto que esta é essencial para o bem-estar do utente e da continuação e finalização do tratamento (Walker et al., 2019).

No que concerne a administração de cloridrato de metadona, a investigação da adoção da TOV e das suas vantagens e desvantagens, é muito reduzida. Assim, na sequência desta lacuna, faz sentido avaliar analogamente a implementação no tratamento de outras doenças, pois se funciona com essas, por que não com o tratamento de substituição com cloridrato de metadona?

A título de exemplo, da infeção por TB, nos EUA, o uso da TOV aumentou a adesão ao tratamento em 95% dos pacientes, e foram poupados 8.000\$ por paciente (Perry et al., 2021). De facto, esta abordagem está associada a custos muito reduzidos, quando comparada com a tradicional (Asay et al., 2020). Num outro estudo, a adesão aumentou em 92% dos pacientes e 100% completaram o tratamento (Olano-Soler et al., 2017). Efetivamente, foi evidenciado que a TOV mostrou ter um efeito superior à TOD, no que concerne ao aumento

da adesão ao tratamento da TB (Guo et al., 2020; Holzman et al., 2018; Ravenscroft et al., 2020; Story et al., 2019).

Noutros estudos relativos ao tratamento da TB, a TOV mostrou-se também eficaz, pois todos os participantes completaram o seu tratamento (Chuck et al., 2016; Lam et al., 2018), sendo que num, em específico, 94% dos utentes fê-lo em apenas 12 semanas, quando, na abordagem tradicional, demoraria 16 semanas a ser completado (Donahue et al., 2021). A justificação para este resultado prende-se com o facto de a TOV permitir uma grande flexibilidade de horários, maximizando a interação paciente-profissional, sem prejuízo do tempo na escola, no trabalho e em família (Ravenscroft et al., 2020), reduzindo as deslocações (Guo et al., 2020) e contribuindo, assim, para a finalização do programa, em 100% dos participantes (Donahue et al., 2021).

Cada vez mais, esta abordagem mostra-se uma medida de poupança de tempo e dinheiro (Guo et al., 2020), continuando a permitir uma elevada taxa de adesão ao tratamento (Chen et al., 2020; Ravenscroft et al., 2020), se não mesmo maior, ao tratamento, e da finalização do mesmo (Donahue et al., 2021). Por isto, foi recomendada no tratamento da TB, pela OMS, como um complemento ou alternativa à TOD, ainda que condicionalmente, pois é baseada em evidência científica ainda escassa (Truong et al., 2021). No entanto, salienta-se a diminuição do tempo que os utentes dedicam a deslocar-se aos centros e clínicas, sendo que este tipo de apoio mais individualizado e específico resultou num aumento da autonomia, satisfação geral e da proteção da privacidade dos utentes, o que, por sua vez, fez aumentar a adesão à terapêutica (Chen et al., 2020; Garfein et al., 2019; Godersky et al., 2020; Holzman et al., 2019; Liu et al., 2021; Sekandi et al., 2020; Shields et al., 2018; Truong et al., 2021).

Claro está que o uso da TOV no tratamento das mais variadas doenças merece, ainda, aperfeiçoamentos. No caso específico das SPA, é necessário perceber as vantagens ou as desvantagens da TOV, e qual destas tem mais peso. Isto porque, a estratégia atualmente em vigor, ou seja, a TOD, traduz-se, cada vez mais, numa abordagem prejudicial para os utentes, que não assegura, a 100%, o fim do desvio do cloridrato de metadona para o mercado de drogas ilícitas, e que causa numerosos transtornos aos utentes e aos profissionais. Por fim, é urgente a necessidade de alcançar um método de supervisão mais favorável e estável para as pessoas em tratamento, para que possam usufruir de uma vida plena.

Tendo em conta as potencialidades das terapias alternativas, procurou-se perceber as perspetivas dos profissionais e dos utentes, no processo de tratamento - sobre o método existente e possíveis métodos que ainda estão por vir, de forma a chegar a um consenso sobre o futuro deste tipo de modelo de intervenção.

Este estudo faz parte de uma investigação mais vasta, resultante de uma parceria entre a FPCEUP, o ICBAS, o ISPUP, a Unidade de Investigação Clínica da ARS Norte, e a DICAD, ARS Norte, que pretende estudar os mesmos temas em pessoas com Tuberculose, inserindo-se, também, pessoas que utilizam drogas. Com efeito, este estudo só relata os dados de quem está inserido em PTAO, tendo sido aprovado pela Comissão de Ética da ARS Norte (Processo nº 20230063).

Metodologia

1. Questões de Investigação

1. De acordo com a experiência de profissionais de saúde e pessoas que beneficiam destes tratamentos, qual é o nível de cumprimento real e quotidiano dos procedimentos subjacentes à TOD na administração do cloridrato de metadona?
2. Qual a perceção dos profissionais de saúde sobre as vantagens e/ou desvantagens da utilização do método TOD na administração do cloridrato de metadona?
3. Qual a perceção das pessoas integradas em PTAO sobre as vantagens e/ou desvantagens da utilização do método TOD para a respetiva toma?
4. Qual a perceção dos profissionais de saúde sobre as vantagens e/ou desvantagens de métodos alternativos à TOD, como a TOV e a dispensa de doses, para a administração do cloridrato de metadona?

5. Qual a percepção das pessoas integradas em PTAO sobre as vantagens e/ou desvantagens de métodos alternativos à TOD, como a TOV e a dispensa de doses, para a administração do cloridrato de metadona?

2. Design do estudo

A fim de responder estas questões, recorreremos a uma metodologia mista que combinasse as vantagens que nos oferecem os métodos quantitativos e qualitativos. Com os primeiros, pretendemos alcançar um número considerável de agentes-chave, traduzindo os seus pontos de vista através de indicadores gerais (Guerra, 2014). Fizemo-lo através da aplicação de dois questionários (cf. Anexo 1 e 2), especificamente desenvolvidos para o efeito e adaptados a profissionais e beneficiários dos PTAO. Neste caso, foi realizado um pré-teste a seis elementos do público-alvo, com o propósito de assegurar a sua clareza e adequação. Com a vertente qualitativa, por natureza mais flexível e versátil (Kielmann et al., 2021), procurámos beneficiar da profundidade e da compreensibilidade que nos oferece a partir da análise das perspetivas dos próprios participantes (Guerra, 2014). Desta forma, esperávamos obter resultados mais ricos, explicativos e multifacetados (Kielmann et al., 2021).

O *focus group* foi escolhido como o método qualitativo de recolha de dados, visto que envolve um grupo de representantes de uma determinada população, no qual se discute uma maior variedade de ideias e problemas (Amado, 2014). Estes tipos de abordagens encorajam a discussão, a reflexão e a emergência de opiniões (Almarsdóttir et al., 2005), já que os debates coletivos e a discordância que podem surgir, vão trazer mais vantagens do que qualquer outro método (Flick, 2009). Sendo assim, oferecem uma oportunidade para perceber sentimentos, atitudes, ideias e significados (Guerra, 2014) dos membros do grupo a respeito do tema ou assunto, e debater novas possibilidades, gerando novas soluções (Almarsdóttir et al., 2005). Além disto, foram realizadas entrevistas aos utentes de uma Equipa de Intervenção em Rua, cujo guião baseou-se nas perguntas qualitativas presentes no

questionário, de forma a aproveitar a abertura dos utentes para melhor compreensão da sua perspetiva.

3. Participantes

A amostra final incluiu 70 participantes, dos quais 30 utentes e 35 profissionais participaram nos questionários, e três utentes e dois profissionais no *focus group*. Dos 30 utentes respondentes aos questionários, 26 responderam às entrevistas decorrentes das questões abertas.

Relativamente aos questionários, 86.7% dos utentes são do género masculino e 13.4% são do género feminino. No que diz respeito às faixas etárias, estes dividem-se por três: 45 – 54 anos (43.4%), 55 – 64 anos (36.7%), e 35 – 44 anos (20%). Quanto aos profissionais, 71.4% são do género feminino e 28.6% do género masculino, e dividem-se pelas seguintes faixas etárias: 45 – 54 anos (31.4%), 35 – 44 anos (27.7%), 25 – 34 anos (20%), 55 – 64 anos (14.3%), 18 – 24 anos (2.9%), e 65 – 74 anos (2.9%). Em relação à ocupação laboral, 42.9% são enfermeiros, 25.7% psicólogos, 22.9% assistentes sociais, e 5.7% médicos.

No caso do *focus group*, 40% dos utentes são do género masculino, e 20% do género feminino, estando todos na mesma faixa etária (45 - 54 anos). No que concerne aos profissionais, 50% da amostra é do género masculino e enfermeiro, e 50% do género feminino e assistente social, encontrando-se, novamente, na mesma faixa etária (45 - 54 anos).

No que concerne ao processo de seleção, este foi alinhavado com o auxílio de critérios de inclusão, que abrangem profissionais de saúde das SPA, e utilizadores de drogas. Quanto aos questionários, estes foram disponibilizados a: pessoas que trabalham nas áreas das SPA ilícitas; pessoas que consomem SPA ilícitas; pessoas que estão integradas em PTAO, inseridas em tratamento numa Equipa de Intervenção em Rua e em Equipas de Tratamento.

No que diz respeito ao *focus group*, foram escolhidas cinco pessoas com um determinado perfil e características (Kielmann et al., 2021), necessários para responder às questões pretendidas. Trata-se, assim, de uma amostra intencional, constituída por conveniência e que originou um grupo heterogéneo, composto por três tipos de participantes: especialistas das áreas das SPA (médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social); utilizadores de SPA (pessoas que enfrentam circunstâncias de particular dificuldade, adultos, homens, mulheres, pessoas em condição de sem abrigo, pessoas com diversidade funcional, e pessoas LGBTQIA+); utilizadores de SPA integrados em PTAO, que foram selecionados pelos profissionais de saúde que os acompanham numa Equipa de Tratamento do Porto.

O procedimento que se adotou para chegar aos participantes (profissionais e utentes) das Equipas de Tratamento resultou da colaboração da DICAD, que permitiu o envio do *link* dos questionários pela *mailing list* dos profissionais, e a realização do *focus group* na Equipa que se disponibilizou para tal. No caso da Equipa de Intervenção em Rua, pelo facto de uma das investigadoras ser voluntária no projeto, foi possível recolher dados no mesmo. Assim, foram obtidas as autorizações institucionais dos serviços para a recolha de dados. Foi importante abranger estes dois contextos pela versatilidade dos mesmos, e por acreditarmos que as diferenças de administração da medicação poderiam trazer diferentes perspetivas.

4. Procedimento de recolha de dados: questionários

Foi utilizada uma escala de Likert, de 1 (nunca) a 5 (sempre), nos questionários aplicados a 65 participantes (35 profissionais e 30 utentes) em dois formatos distintos: pela plataforma *google forms* e presencialmente. No primeiro caso, foram divulgados de duas maneiras: no caso dos profissionais de saúde, foi utilizada a *mailing list* dos serviços, pelo que o preenchimento do questionário foi, na sua totalidade, pela via digital; no caso dos beneficiários de PTAO, foram disponibilizados por via digital aos profissionais que os acompanham, de forma que os próprios os aplicassem e preenchessem em conjunto com os utentes. Devido à escassez de respostas pela via digital recolhidas pelos profissionais das ETs, um dos elementos da equipa de investigação deslocou-se a uma Equipa de Tratamento

para aplicação presencial na sala de enfermagem, tendo sido assim possível obter as respostas a 11 questionários. No que toca à Equipa de Intervenção em Rua, quinze questionários foram aplicados pela equipa de investigação aos utentes. De notar que o tratamento dos dados baseou-se na estatística descritiva simples.

Com efeito, foi obtida a autorização escrita dos diretores dos serviços de saúde nos quais foi realizado o estudo, bem como o consentimento livre e esclarecido de todos os participantes. No caso da recolha de dados realizada em formato *online*, a própria plataforma anonimiza as respostas, e foram explicitados os objetivos e métodos do estudo, e os participantes podiam aceitar ou recusar a sua participação. No preenchimento presencial, cada participante foi identificado com um código alfanumérico, de forma a impedir a sua identificação. Foi também garantido que a recusa ou abandono da participação não tinham quaisquer consequências associadas.

5. Procedimento de recolha de dados: *focus group* e entrevistas

Relativamente ao *focus group*, este foi realizado numa Equipa de Tratamento, e a amostra foi de cinco pessoas, dois profissionais de saúde e três utentes, baseados nos critérios de inclusão já descritos, sendo que os participantes foram escolhidos pelos profissionais que trabalham no serviço. Assim, foi redigido um guião (cf. Anexo 3), com sete perguntas, que visou abranger todas as temáticas do estudo, de forma a explorar as perspetivas dos participantes sobre as mesmas. Após obtenção do consentimento informado, a sessão foi audiogravada, e posteriormente transcrita integralmente para um documento *word* do computador pessoal da investigadora. Este computador não está em rede, e o seu acesso está protegido por palavra-passe. Na transcrição, foram omitidos todos os elementos que pudessem permitir a identificação dos participantes, assim como a utilização de códigos mecanográficos para referir os mesmos.

Quanto às entrevistas, estas surgiram das perguntas abertas dos questionários, tendo subentendido o guião do *focus group*. De notar que, relativamente ao tratamento dos dados, procedeu-se de igual forma em relação ao que se fez para o *focus group*.

Todas as garantias de confidencialidade e anonimato foram tidas em consideração, através do consentimento informado (cf. Anexo 4), redigido de acordo com a declaração de Helsínquia (WMA, 2008) e Convenção de Oviedo (Decreto-Lei nº 1/2001).

6. Procedimento de tratamento de dados: análise de conteúdo

A análise de conteúdo traduz-se num conjunto de técnicas que visam analisar a informação, centrando-se na descrição, explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens, com o propósito de elaborar deduções lógicas e justificadas (Bardin, 1977). A aplicabilidade desta estratégia permite identificar os indicadores que viabilizam a concretização de inferências acerca da realidade que existe, para além do que é transmitido pelos sujeitos (Bardin, 1977). Este tipo de análise implica três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Devido à diversidade dos participantes, das suas perspetivas e dos dados, de forma a compreender melhor os mesmos, foi necessário construir três tabelas. Estas foram organizadas de acordo com as opiniões recolhidas nos diferentes grupos de participantes, existindo duas tabelas que resumem os dados dos questionários, uma referente aos utentes (cf. Anexo 5) e outra aos profissionais (cf. Anexo 6). A terceira compila os dados obtidos no *focus group* (cf. Anexo 7).

Assim, na primeira etapa, procedeu-se à preparação e organização dos dados recolhidos, isto é, a transcrição dos dados qualitativos dos questionários e da sessão audiogravada do *focus group*, e consequentemente, a sua leitura e a definição inicial das categorias (Bardin, 1977). Ao explorar este material, foi possível proceder à sua codificação e à sua categorização, em função dos temas salientados pelos participantes dando, por sua vez, origem a categorias e subcategorias. A última etapa corresponde à significação e interpretação dos dados, conseguida pela realização de inferências e respetiva sustentação teórica. Estes procedimentos foram levados a cabo pela investigadora num processo iterativo de discussão e validação pela equipa de investigação.

Resultados

1. Resultados Quantitativos

De forma a tornar os resultados mais claros, a explicitação das respostas obtidas nos questionários será dividida pelos dois grupos de participantes, profissionais e utentes.

1.1. Profissionais

Toma Observada Direta

Quando se discute o facto de a TOD ser imprescindível para assegurar a toma do cloridrato de metadona, cerca de 62.8% dos participantes concordam (51.4% concordam totalmente e 11.4% concordam), 17.1% não concordam nem discordam, e apenas cerca de 20% discordam (14.3% discordam totalmente, e 5.7% discordam). Quando é abordada a eventual interferência positiva da TOD no dia a dia dos utentes, 42.9% dos participantes consideram que esta é sempre positiva; em igual percentagem (22.9%), os respondentes dividem-se entre os que consideram que é, muitas vezes ou por vezes, positiva; 8.6% consideram que é raramente positiva; e 2.9% afirmam que a TOD nunca interfere positivamente o quotidiano das pessoas que beneficiam dos PTAO. Quando a questão se centra nos efeitos negativos da TOD, 34.3% dos participantes são da opinião de que ela pode, por vezes, interferir negativamente no dia a dia do utente; 28.6% participantes consideram que a interferência da TOD nunca é negativa; 20% respondem que esta é rara; e 17.1% são da opinião que pode ser, muitas vezes, negativa.

Por forma a aprofundar estas opiniões, a perspetiva dos profissionais sobre a interferência, positiva ou negativa, da TOD foi aferida em vários contextos da vida dos utentes. Três deles dizem respeito ao quotidiano, e quatro são referentes ao processo e sucesso do tratamento da dependência de opiáceos. Estes resultados estão apresentados numa tabela, que consta no Anexo 8.

Através da análise da tabela, é possível notar que a esmagadora maioria dos profissionais considera que a TOD tem uma interferência positiva em todas as componentes

avaliadas, notando-se alguma disparidade nos contextos relativos ao dia a dia do utente, mas um consenso nas componentes relativas ao sucesso do tratamento.

Ainda no que se refere à TOD, e quando questionámos os profissionais acerca da frequência com que ela ocorre, verificamos que, na maioria das vezes, ela não é diária - 54.3% dos participantes afirmam que ocorre 4 a 6 vezes por semana; 34.3% afirmam que acontece todos os dias; e, na mesma percentagem, 5.7% da amostra diz, ou não saber, ou que acontece 1 a 3 vezes por semana.

Dispensa de doses

Relativamente à adequação da dispensa de doses, só 48.5% dos participantes consideram que esta é adequada (37.1% consideram-na muitas vezes adequada e 11.4% sempre adequada), todos os restantes consideram que o é por vezes (37.1%), ou desadequada (11.4% respondem raramente, e 2.9% afirmam que nunca é adequada). De forma a aprofundar estas opiniões, quando questionados acerca da frequência que a dispensa de doses deveria acontecer, 42.9% da amostra afirma que deve acontecer 1 a 3 vezes por semana, 28.6% afirmam não saber responder, 17.1% são da opinião de que deveria acontecer 4 a 6 vezes por semana, e 8.6% que deveria acontecer todos os dias.

Quando se comparam as opiniões sobre as vantagens da dispensa de doses com as da TOD, a amostra, na sua maioria, vê a dispensa de doses como mais vantajosa: no contexto familiar e social do utente (62.9%), no contexto laboral/estudantil (88.6%), nas atividades quotidianas (71.4%), e na satisfação com o tratamento (74.3%). Os participantes, na sua generalidade, reconhecem a dispensa de doses menos vantajosa do que a TOD nos resultados do tratamento (62.9%), na manutenção do tratamento (57.1%), e na finalização do tratamento (51.4%).

Toma observada por vídeo

No que concerne a adequação desta estratégia, 34.3% dos participantes reconhecem que esta pode ser, por vezes, adequada, 57.2% dos respondentes veem esta estratégia como nunca (28.6%), ou raramente (28.6%) adequada, e 8.6% como adequada (5.7% veem-na como muitas vezes adequada, e 2.9% como sempre adequada). Assim, quando é refletida a questão da frequência com que deveria ocorrer a TOV, 68.6% da amostra afirma não saber responder, 22.9% considera que deveria acontecer 1 a 3 vezes por semana e 5.7% 4 a 6 vezes por semana.

Novamente, quando se comparam as percepções sobre as vantagens da TOV com as da TOD, os participantes, na sua maioria, consideram que a TOV é mais vantajosa: no contexto laboral/estudantil (62.9%), nas atividades quotidianas (62.9%), e na satisfação com o tratamento (54.3%). Por outro lado, reconhecem a TOV como menos vantajosa do que a TOD: nos resultados do tratamento (65.7%), na manutenção do tratamento (62.9%), e na finalização do tratamento (65.7%). Encontra-se uma posição similar no que toca ao contexto familiar e social, já que a amostra se divide por igual, entre a TOV ser mais (48.6%) ou menos (48.6%) vantajosa.

1.2. Utentes

Toma observada direta

Quando é questionado se consideram que a TOD é imprescindível para assegurar a toma do cloridrato de metadona, 40,67% dos utentes concordam (40% concordam totalmente e 0.67% concordam), 36,6% discordam (23.3% discordam totalmente, e 13.3% discordam), sendo que 16.6% não concordam, nem discordam. Ademais, quando é questionada a interferência positiva da TOD no seu dia a dia, 53.63% dos utentes não a sentem (53.3% respondem nunca, e 0.33% raramente), 36.6% sentem referem-na (23.3% sentem que esta existe sempre, e 13.3% muitas vezes), e 0.67% consideram-na, por vezes positiva. Por outro lado, quando se questiona se a interferência da TOD é negativa no dia a dia, 53.63% consideram esta é negativa (53.5% como sempre negativa, e 0.67% muitas vezes), 33.2% afirmam que não é negativa (16.6% entendem nunca o ser, e 16.6% raramente), e 0.67% dos participantes veem a interferência da TOD como por vezes, ou muitas vezes, negativa.

Com o objetivo de aprofundar as opiniões dos utentes, a interferência da TOD, tanto positiva, como negativa, foi avaliada em vários contextos da vida dos utentes. Três destes dizem respeito ao contexto do dia a dia dos mesmos, e quatro referentes ao processo e sucesso do tratamento. Estes resultados estão apresentados numa tabela, que consta no Anexo 9.

Através da análise da tabela, é de notar que, quando se trata das opiniões dos utentes, estas diferem relativamente às dos profissionais, já que a maioria considera que a TOD tem uma interferência negativa nas variáveis relativas aos seus contextos da sua vida. Contudo,

sobressaem disparidades nas componentes do sucesso do tratamento, já que a amostra se divide no facto de a TOD ter nelas uma interferência negativa, ou positiva.

Ainda a respeito da TOD, quando é abordada a frequência com que fazem a TOD, 63.3% dos participantes afirmam que esta ocorre 4 a 6 vezes por semana, 26.7% que acontece 1 a 3 vezes por semana, 6.7% afirmam que tomam em TOD todos os dias, e 3,3% da amostra não soube responder.

Dispensa de doses

No que diz respeito à adequação da dispensa de doses, 80% da amostra afirma que esta é uma estratégia adequada (73.3% consideram sempre, e 6.7% muitas vezes), 10% dos participantes consideram que só é adequada por vezes, e 10% revela não considerar adequada (6.7% considera raramente adequada, e 3.3% nunca adequada). Por forma a aprofundar esta questão, quando questionados acerca da frequência com que pensam que a dispensa de doses deveria acontecer, 56.7% dos participantes afirmam que deveria ocorrer 1 a 3 vezes por semana, 33.3% são da opinião que deveria ser implementada todos os dias, e 10% perspectiva a frequência de 4 a 6 vezes por semana.

Ademais, quando comparadas as percepções sobre as vantagens da dispensa de doses, em comparação com as da TOD, a amostra, na sua maioria, encara a dispensa de doses mais vantajosa em todos os contextos mencionados, ou seja: no contexto familiar e social (90%), no contexto laboral/estudantil (90% - excluindo os 33.3% dos participantes onde a pergunta não é aplicável), nas atividades quotidianas (90%), nos resultados de tratamento (73.4%), na manutenção do tratamento (70%), na finalização do tratamento (70%), e na satisfação com o tratamento (93.3%).

Toma observada por vídeo

Relativamente à adequação da TOV como abordagem de toma da medicação, 60% da amostra vê a mesma como adequada (50% como sempre adequada, e 10% muitas vezes adequada), 26.7% responde que não é uma abordagem adequada, (16.7% afirma ser nunca adequada, e 10% raramente adequada), sendo que 13.3% afirma ser adequada, por vezes. Deste modo, quando questionados acerca da frequência com que a TOV deveria acontecer, 43.3% dos participantes afirma que esta deveria ocorrer 1 a 3 vezes por semana, 33.3% da amostra afirma não saber responder, 13.3% dos participantes são da opinião de que deveria acontecer todos os dias, e 10% 4 a 6 vezes por semana.

Assim, quando as opiniões sobre as vantagens da TOV são comparadas com a da TOD, novamente, a amostra, na sua generalidade, percebe a TOV como mais vantajosa, em todos os contextos da sua vida, isto é: no contexto familiar e social (80%), no contexto laboral/estudantil (80% - excluindo os 33.3% dos participantes onde a pergunta não é aplicável), nas atividades quotidianas (76.7%), nos resultados do tratamento (66.7%), na manutenção do tratamento (70%), na finalização do tratamento (66.7%), e na satisfação com o tratamento (80%).

2. Resultados Qualitativos

2.1. Cumprimento real e quotidiano dos procedimentos subjacentes à TOD

No que diz respeito ao cumprimento dos procedimentos da TOD, a revisão de literatura mostrou que estes nem sempre são integralmente cumpridos. Assim, quando questionados os profissionais de saúde e os utentes em PTAO sobre os motivos destes incumprimentos, foram referidos fatores: laborais – *“inserção laboral”*; associados à de saúde – *“incapacidade temporária por doença de se deslocar ao serviço”*; referentes à deslocação – *“em situações de total indisponibilidade da pessoa para se deslocar ao local”*; relacionados com os fins de semana e feriados – *“ao fim de semana, uma vez que o serviço está encerrado”*; sociais/judiciais/pessoais – *“motivos pessoais, familiares, cumprimento judicial”*, *“sociais (consultas, análises, convocatórias IEF)”*; e decorrentes dos casos onde a dispensa de doses está autorizada – *“quando existe levantamento de doses para domicílio”*, devido a critérios favoráveis à mesma – *“por decisão clínica, tendo por base a avaliação de que o utente está suficientemente estabilizado para fazer levantamento de doses para o domicílio”*.

2.2. Vantagens e desvantagens da utilização da TOD para a realização da toma

Apesar dos mais variados motivos para o incumprimento da TOD, os participantes, na sua generalidade, encontram-lhe algumas vantagens, como por exemplo, o contacto diário com o serviço, que se constitui como uma forma de suporte social – *“também é bom termos*

a Equipa, que nos dá muito apoio, se não falasse com vocês, sei que não ia estar bem”, o controlo externo da toma da medicação – “o controle da toma é muito maior”, “é importante ter este locus externo, ter alguém que veja”, e a rotina inicial considerada necessária – “no início do tratamento, é justificável que o utente tenha um maior acompanhamento e por isso seja necessário a toma assistida”.

Relativamente às desvantagens da TOD, estas não foram mencionadas diretamente pelos participantes, sendo que estão implícitas nas vantagens dos métodos alternativos. Posto isto, estas surgem como forma de contornar as limitações da TOD. Contudo, alguns utentes referem, claramente, a rotina da toma diária como uma desvantagem – *“para não falar dos meus filhos, antes de os levar à escola, eles sabem que o pai tem de vir à carrinha tomar um remédio para não ficar doente, e custa-me que esta também seja a rotina deles, não só a minha, mas a deles”.*

2.3. Dispensa de doses

Adequação da dispensa de doses

Como foi referido, as vantagens da dispensa de doses foram surgindo como formas de combater as desvantagens da TOD, já que os participantes reconheceram este método como uma solução possível para muitos dos problemas que aquela acarreta. Assim, foram apontadas os fatores laborais – *“para os meus biscates era bom, tinha tempo para aceitar trabalhos”*; *“torna possível a conciliação com obrigações laborais”*; a obstaculização à realização de tarefas quotidianas – *“podia fazer a minha vida”*; *“a dispensa de doses permite ao utente gerir melhor o seu quotidiano”*, e consequente flexibilização de horários – *“podia tomar às horas que que quisesse”*; os constrangimentos relacionais causados – *“podia passar mais tempo com os meus meninos”*; os obstáculos da deslocação – *“atendendo que a manutenção do tratamento opiáceo se prolongue durante muito tempo, é impensável o utente dirigir-se diariamente ao serviço”*; as limitações físicas – *“tenho uma doença física (...) continuo a não poder andar”*; a necessidade de descanso – *“se quiser descansar, é o dia de folga”*; questões sociais – *“é justificável em situações de consulta médica, realização de um exame, convocatória para tribunal”*; o aumento da autonomia – *“a dispensa contribui para a autonomização, inserção e manutenção social”*, *“como uma forma de fornecer ao utente a autoconfiança necessária para acreditar que é capaz de se autogerir”*; o aumento da adesão ao tratamento – *“a recusa da dispensa de doses potencia o abandono do programa”*;

a avaliação multidisciplinar e singular de que a dispensa de doses depende – *“deve ser sempre avaliada caso a caso e de acordo com a fase da evolução terapêutica e contexto psicossocial da pessoa”*; e a percepção do estigma – *“as pessoas perguntam “o que estás aqui a fazer?” ”*.

No entanto, foi reconhecida como a principal desvantagem desta estratégia, a possibilidade da venda da dose no mercado ilícito – *“geraria um aumento do comércio de metadona de rua”, “muita gente aqui leva doses e vende”,* se bem que muitos participantes refletiram sobre a necessidade da medicação, o que os levaria a não participar no desvio da mesma – *“algum dia ia vender a minha metadona, sabendo que ia precisar dela no dia a seguir?”, “ia vender para quê? Para gastar o dobro em droga?”*.

CrITÉRIOS para a dispensa de doses

No decorrer do estudo, foram apontados vários critérios a ter em consideração aquando da operacionalização da dispensa de doses. O mais consensual prende-se com o facto de esta só ser autorizada a utentes que estão abstinentes de substâncias ilícitas – *“para utentes abstinentes”, “não dava a quem consome todos os dias”,* e consequentemente, a influência dos teste urinários nesta decisão – *“conforme fazem os testes urinários, dando um sinal positivo que está tudo bem, não vejo nada contra”,* sendo que é considerado critério o utente ter o tratamento como objetivo – *“tinha que ser nas pessoas que se querem mesmo tratar”*.

Ademais, foi mencionada a importância de avaliar a confiabilidade dos utentes – *“se as pessoas forem de confiança, era bom”, “quem fosse responsável podia levar, porque nem toda a gente tem cabeça”,* surgindo relevância da capacidade da argumentação do utente nesta decisão – *“tinha de arranjar argumentos credíveis (...) se fosse um trabalho, se fosse credível, só tinham que fazer isso”, “talvez uma pessoa menos capaz dessa argumentação tenha hipóteses diferentes”,* bem como a capacidade de negociação entre profissional-utente – *“se o doente diz que trabalha, há uma negociação que é feita”*. Neste sentido, é visto como fator importante para a dispensa de doses existir uma boa relação terapêutica e de confiança entre profissional-utente – *“(há uma falha) esporadicamente, por qualquer razão, e ter aquela chance, a segunda oportunidade, isso também é bom”*.

Por fim, é de notar o peso que os participantes, principalmente do *focus group*, dão à prescrição médica e à sua influência na decisão da toma por dispensa de doses – *“há médicos que seguem mesmo o que está ali estipulado, e depois há outros que... há várias variáveis*

que podem interferir, aumentam os dias, não seguem aquilo a direito”, assim como o peso das regras do serviço onde estão inseridos – “o motivo (da autorização da dispensa de doses) vem sempre da chefia, de quem manda, a gente sabe o regulamento, só tem que fazer o que mandam”.

2.4. Toma observada por vídeo

Adequação da toma observada por vídeo

Mesmo sendo estratégia de administração relativamente recente e ainda não implementada nesta área, a TOV foi vista como uma forma de controlo da toma, que poderá ser útil – *“no caso dos utentes menos estruturados”* ou *“em casos de dúvidas que utentes cumpram a toma corretamente”*, podendo até facilitar a dispensa de doses – *“facilitar a dispensa de doses para casa, dado haver na mesma observação pelo profissional de saúde”*, mas que também pode ser prejudicial – *“ficará acentuada a dimensão de “controlo” do tratamento”*.

De forma semelhante à dispensa de doses, as vantagens da TOV surgiram, frequentemente, como formas de combater as desvantagens da TOD, ao nível: da atividade laboral – *“era bom porque nos dias que tenho de ir trabalhar podia só ligar e já está”, “e imaginando-me a trabalhar aqui e sendo, por exemplo, consumidora de heroína, eu, provavelmente, gostaria de ter videochamada em casa, porque não ia querer tomar aqui, ou ir a outro serviço”*; da obstaculização à realização de tarefas quotidianas – *“se quisesse sair, almoçar fora”*; da deslocação – *“a deslocação ao CRI diariamente implica muitos constrangimentos”*; da flexibilização dos horários da toma e da própria dosagem – *“podia dividir a dose em duas partes, porque sinto necessidade de tomar antes de ir para a cama”*; das limitações impostas por motivos de saúde – *“no caso do JM, ele não conseguia sair de casa, tem uma doença, tinha sido uma boa hipótese”*, e das questões relacionais – *“(benéfico em) utentes com responsabilidades parentais”*.

Para além disto, surgiram algumas vantagens centradas no utente, como por exemplo, o aumento da autonomia – *“conferir aos mesmos a autoconfiança e a autogestão necessárias para o tratamento”*, que se considerou poder traduzir-se numa maior efetividade do tratamento – *“a TOV parece-me muito adequada e seria muito eficaz com alguns utentes, sobretudo os que são mais autónomos”*, *“ter à disposição opções que permitam mais*

liberdade negocial para a pessoa e para as equipas é sempre positivo, porque permite um melhor ajuste à realidade”; o impacto emocional – “importa frisar que os utentes em acompanhamento opiáceo sentem-se discriminados pela obrigatoriedade em realizar tratamento diariamente, esta regra tem implicações e consequências em diferentes contextos de vida, denotando-se que os afeta a nível emocional, na autoestima e no bem estar”; e a diminuição da interação com os outros utentes – “porque não vinha para aqui ouvir estas coisas, é droga para cima, droga para baixo, se tiver que ir às drogas vou, mas vir aqui é mais suscetível”, “vir aqui só me faz mal, venho para aqui, só se fala em droga, é só para eu ficar pior da minha cabeça”.

No que concerne aos obstáculos estruturais apontados, destacam-se os obstáculos inerentes ao recurso às novas tecnologias – *“ainda que bastante vantajosa, nem todos os utentes têm os meios necessários para esta metodologia, acesso à internet, ou até mesmo capacidade para usar tecnologia”*. Com efeito, as preocupações com a tecnologia estenderam-se aos profissionais de saúde, já que os próprios apontaram esta adaptação como uma possível dificuldade para si mesmos – *“o processo também seria demorado para os profissionais”, “difícil aplicação no funcionamento da instituição”*.

De seguida, as desvantagens reconhecidas da TOV baseiam-se na possibilidade da venda da dose – *“mas já sabes como é o negócio, vai sempre haver trafulhice”*, e/ou da adulteração da mesma – *“a gente depois não sabe se o que está lá dentro será mesmo a metadona”*, bem como a simulação da toma – *“eu posso fazer de conta que estou a tomar metadona em casa e não estou a tomar nada”*. Além do mais, foi vista como abordagem que pode diminuir a autonomia do utente - *“implica a perda de autonomia pelo utente”*, assim como a efetividade do tratamento - *“menos eficaz”*.

Por fim, a importância da relação terapêutica foi mencionada, relevando o contacto presencial como pilar da mesma – *“é prejudicial para a relação terapêutica”*, *“o contacto presencial é muito importante para o estabelecimento da relação utente/técnico”*, mas surge a possibilidade de implementar a TOV se esta ocorresse – *“numa frequência reduzida em que não impere o controlo em substituição de uma relação terapêutica sólida”*.

Importante notar que foi evidenciada uma diferença acentuada na recusa da TOV, entre os utentes que realizam a toma na Equipa de Intervenção em rua, e os que a realizam na Equipa de Tratamento, já que os últimos não se mostraram tão aderentes – *“eu já levo para casa e já, qual era o objetivo de ter alguém a ver se tomo?”*.

Critérios para a toma observada por vídeo

Quando se discutiu a possibilidade da implementação da TOV, foram mencionados alguns critérios essenciais, tais como, em utentes que: tenham os meios tecnológicos para tal – *“em situações em que os utentes tenham capacidade de adquirir e utilizar esta metodologia”*; que se mostrem fiáveis – *“onde não há dúvidas da diversão da metadona”*, e neste sentido, que cumprissem as regras da TOV – *“se bem que há alguns que não vão atender a chamada e que vão inventar desculpas (...) tinha que ser com pessoas que cumprem mesmo”*; que estejam predispostos a participar – *“mas isso da videochamada podia-se fazer, mas caso a caso, onde os intervenientes, tanto a Doutora como o utente propunham-se a fazer isso”*; e que estejam abstinentes de SPA – *“ser feito com as pessoas que não consomem”*, já que isso significa que têm o tratamento como objetivo – *“porque as que consomem não levam isto a sério”*.

2.5. Sugestões de melhoria

Algo recorrente em todos os momentos de recolha de dados foi o facto de os participantes sugerirem formas de melhorar a operacionalização dos métodos alternativos à TOD, como por exemplo: o recurso a uma terceira pessoa que assumisse a responsabilidade da administração da dose – *“caso o utente não tenha competências para tal, poderá haver um responsável pela administração da medicação”*, podendo funcionar como uma forma de controlo da diversão da metadona – *“mas alguém que se responsabilizasse pela segurança da dose podia fazer com que não houvesse tanta venda”*; e a existência de estratégias para a inviolabilidade das embalagens – *“comprimidos e saquetas, se calhar, era (mais) fácil verificar a toma”*. Ademais, surgiram sugestões de outras formas de administração da medicação: a existência de protocolos com outros serviços – *“o utente ter um cartão individual, e se não pode vir aqui, vai a outra unidade”*, ou a recuperação das farmácias de proximidade – *“há uns anos tínhamos muitos utentes com protocolos nas farmácias, e funcionava muito bem”*.

Discussão

Em Portugal, a TOD é a estratégia em vigor para efetuar a toma do cloridrato de metadona, sendo que é efetuada na presença de um enfermeiro, diariamente (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Contudo, o seu incumprimento foi descrito pelos participantes como estando previsto em situações muito específicas, o que vai ao encontro às *guidelines* existentes a nível mundial (Fareed, et al., 2010; Nosyk et al., 2010) e nacional (IDT, 2006).

De facto, através das recolhas qualitativa e quantitativa de dados, a esmagadora maioria dos participantes reconheceu que a TOD não é cumprida integralmente, tendo sido mencionadas circunstâncias associadas à dispensa autorizada de doses, como deslocações ao estrangeiro ou o encerramento dos serviços ao fim de semana e feriados, comprovando-se assim ser uma prática já em vigor. Sendo escassas as linhas orientadoras gerais em Portugal que identifiquem as boas práticas a adotar na sua operacionalização, só se apresenta como hipótese a dispensa de doses em situações específicas. Por exemplo, quando o horário laboral dos utentes é incompatível com o da administração presencial do fármaco, e somente quando se verifica a abstinência há, pelo menos, três meses (IDT, 2006). A falta de um guia pormenorizado de boas práticas é sentida e referida por alguns profissionais que participaram nesta investigação, já que se regem pela máxima “cada caso é um caso”. Ademais, enfatizam a prescrição médica como o fator decisivo da dispensa de doses, variando consoante o prescritor, os seus critérios individuais e os princípios de atuação do serviço de saúde no qual estão inseridos.

Reforçando a importância da dispensa de doses, quando questionados acerca da adequação dessa estratégia, a maioria dos participantes considerou que esta deveria acontecer entre uma a três vezes por semana, de forma a minimizar os obstáculos que a TOD introduz na vida das pessoas. Os restantes polarizam-se entre a posição de que a dispensa de doses nunca deveria acontecer e a de que deveria acontecer sempre.

Assim, a amostra, na sua generalidade, reconhece variadas vantagens na dispensa de doses, que, no fundo, se traduzem em formas de combater as inúmeras desvantagens da TOD. Deste modo, foram apontadas: as questões laborais; a obstaculização à realização das atividades quotidianas; a flexibilização de horários; os obstáculos relacionais causados; as dificuldades de deslocação, seja por falta de transporte, ou por doença física; a necessidade

de descanso; o estigma percebido pelos demais; e as questões sociais, familiares e judiciais. Para além destas, é comum nos resultados a opinião de que a dispensa de doses pode aumentar nos utentes o senso de autonomia, viabilizando a resposta às suas necessidades diárias, sem o inconveniente da realização da ida diária aos serviços nos horários estabelecidos para a administração, algo que envolve tantos constrangimentos. De facto, é possível afirmar que os resultados vão ao encontro da literatura, já que o fardo psicossocial (McLaren et al., 2016; Steffen et al., 2010), a deslocação, os constrangimentos laborais e familiares (Notley et al., 2014) e o estigma (Truong et al., 2021) são dificuldades constantemente mencionadas.

Porém, apesar destas desvantagens serem reconhecidas pela maioria dos participantes, quando é focado o impacto geral da TOD nos contextos sociais, familiares, laborais, nas atividades do quotidiano e na satisfação com o tratamento por parte dos utentes, este é visto pelos próprios como sendo, maioritariamente, negativo, ao contrário das respostas dos profissionais, que se dividem entre as que o veem como, por vezes positivo, e as que o consideram por vezes, negativo. Contudo, quando nos referimos a variáveis como a adesão, manutenção, finalização e resultados do tratamento, os resultados divergem, já que os profissionais, maioritariamente, consideram que a dispensa de doses, em detrimento da TOD, diminui a adesão ao tratamento, e é menos vantajosa para os resultados, manutenção e finalização da intervenção. Estes dados contradizem algumas evidências científicas disponíveis, já que esta retrata a TOD como uma abordagem que pode desincentivar a adesão ao tratamento, quando comparada com uma estratégia de autoadministração (Truong et al., 2021). No entanto, mesmo no universo de opiniões dos profissionais, esta perspetiva não é consensual, já que, mesmo em minoria, bastantes participantes encaram a dispensa de doses como uma forma de aumentar a adesão e de permitir uma maior efetividade no tratamento. Relativamente à posição dos utentes, estes, na sua grande maioria, afirmam que a dispensa de doses, em detrimento da TOD, pode ser um incentivo ao tratamento, e que a confiança que lhe está na base, pode conduzir a melhores resultados, à manutenção e à finalização do tratamento. Estes dados vão ao encontro da literatura mais recente, já que se acredita que a dispensa de doses pode facilitar a adesão ao tratamento, por aumentar o compromisso e a satisfação dos utentes com o mesmo (Amram et al., 2021).

No decorrer da recolha de dados, foram apresentados critérios considerados essenciais para a dispensa de doses, já que a amostra, na sua totalidade, considera que esta não deve ser operacionalizada em todos os casos. O pré-requisito mais comumente

mentionado, foi a abstinência do uso de substâncias ilícitas. Para além disto, foi visto como essencial avaliar a confiabilidade e a responsabilidade do utente, como critério para a disponibilização de doses do fármaco. Para tal, os participantes, em geral, enfatizaram a necessidade de o utente se mostrar estruturado e de ser capaz de argumentar e de negociar as modalidades do seu tratamento. Com efeito, foi mencionada a importância da relação terapêutica, sendo que os profissionais consideraram relevante estabelecer confiança com os utentes, por forma a existir uma avaliação multidisciplinar harmoniosa. Esta tem como propósito chegar a uma estratégia de tratamento favorável para o utente, apesar deste esforço nem sempre ser sentido pelos mesmos. Isto prende-se com o facto de os utentes, principalmente no *focus group*, mencionarem a importância da prescrição médica e a singularidade do prescritor na decisão da estratégia de toma da medicação, já que a negociação que é esperada, nem sempre acontece.

Relativamente às desvantagens da dispensa de doses, a maioria dos participantes apontou a possibilidade da venda do fármaco no mercado ilícito. Contudo, alguns dos utentes que beneficiam da dispensa de doses, como muitos dos que não têm acesso a essa modalidade, afirmam que, no seu caso específico, não participariam no comércio das doses da medicação. Isto porque, iriam necessitar de consumir SPA para minimizarem os sintomas de abstinência da mesma, já que o comprometimento que têm com o seu tratamento, torna impensável o consumo de heroína.

De facto, estudos mais recentes apresentam dados essenciais sobre esta questão, visto que, em situações nas quais a dispensa de doses foi implementada, verificou-se que o fenómeno do desvio do cloridrato de metadona não sofreu alterações, e em alguns casos, chegou a diminuir (Amram et al., 2022; Figgatt et al., 2021; Trujols et al., 2020).

Além da dispensa de doses, foi também objetivo deste estudo explorar as percepções dos participantes acerca da viabilidade de um outro método alternativo à TOD, a TOV. Visto que este tema é recente na área do tratamento da adição à heroína, quando se discute a adequação da sua implementação, a opinião divide-se entre utentes e profissionais, já que os primeiros consideram a estratégia mais adequada do que os últimos. Esta diferença pode ser explicada pelo facto de os utentes sentirem tão intensamente os constrangimentos da TOD, e verem na TOV uma forma de estes se extinguirem.

Apesar desta divergência de posições, a amostra parece entrar em consenso quando se põe em perspetiva o uso da TOV por vezes, e à semelhança da dispensa de doses, as suas

vantagens surgem como forma de combate às desvantagens da TOD. Assim, os participantes refletem na TOV como um recurso para a vigilância da administração e para a garantia do bem-estar do utente, que se considera importante, especialmente, com pessoas menos estruturadas ou menos capazes de realizar a toma corretamente. Contudo, alguns participantes referem que esta vigilância poderia acentuar as dinâmicas de controlo no tratamento. Curiosamente, a TOV é vista como potencial aliado da dispensa de doses, sendo que bastantes profissionais referem maior conforto perante a possibilidade dessa aliança, já que ela oferece a oportunidade de observação da toma. Estes dados vão ao encontro da literatura, visto que a observação da toma atenua as preocupações dos profissionais, relativamente ao desvio do fármaco (Godersky et al., 2020; Horvat et al., 2017; Schuman-Olivier et al., 2018; Steinkamp et al., 2019).

Como referido anteriormente, as vantagens da TOV surgem como formas de minimizar as lacunas que a TOD implica. Assim sendo, os participantes reconhecem benefícios em flexibilizar o horário da toma, como forma de não causar constrangimentos na ocupação laboral, na realização de tarefas quotidianas, na comparência a obrigações sociais, judiciais e médicas, e nas relações proximais. De facto, a TOV mostra-se vantajosa por evitar a ausência da pessoa nos contextos mais importantes da sua vida, maximizando tempo para o trabalho e para a família (Ravenscroft et al., 2020). Para além disto, foi consensual a classificação desta abordagem como muito benéfica quando os utentes residem longe dos serviços, não dispõem de meios de transporte, ou não conseguem deslocar-se devido a limitações na sua mobilidade, visto que muitos dos beneficiários dos programas fazem parte da população envelhecida do país, e enfrentam obstáculos acrescidos na deslocação diária (Godersky et al., 2019; Walker et al., 2019; Guo et al., 2020).

Para além disto, a amostra encontra na TOV algumas vantagens centradas no utente, que se baseiam no impacto emocional da TOD, que consideram estigmatizante e lesiva para a autoestima e para o bem-estar dos beneficiários. Assim, uma das potencialidades reconhecida seria a promoção da autonomia dos utentes, já que a confiança na autogestão poderia contribuir para a autoconfiança no processo de tratamento e, também pela sua adaptação às necessidades de cada utente, talvez para uma maior efetividade do tratamento (Godersky et al., 2019; Schramm et al., 2020). Para além disto, é perspectivada como uma forma de combater os efeitos negativos da interação diária com outros utentes, visto que esta, para alguns participantes, é tida como negativa, sobretudo pela frequência e intensidade com que falam nas SPA e pela disrupção que podem incutir no processo de mudança.

Contudo, quanto ao sucesso do tratamento, nomeadamente, no que se refere aos resultados, à manutenção e à finalização, os participantes dividem-se, novamente, entre os utentes e profissionais, já que os primeiros consideram que a TOV seria muito mais vantajosa neste âmbito, e os segundos dizem exatamente o contrário, por acreditarem que o contacto presencial é um dos determinantes do sucesso da intervenção. A opinião dos profissionais não vai ao encontro dos estudos mais recentes, já que a TOV é vista como uma forma de aumentar a adesão e a finalização do tratamento (Chen et al., 2020; Donahue et al., 2021; Ravenscroft et al., 2020), através do incremento da autonomia, o que faz com que a satisfação com o tratamento também cresça consideravelmente (Chen et al., 2020; Garfein et al., 2019; Godersky et al., 2020; Holzman et al., 2019; Liu et al., 2021; Sekandi et al., 2020; Shields et al., 2018; Truong et al., 2021).

Neste sentido, o compromisso da relação terapêutica foi uma das preocupações principais dos profissionais, já que o contacto diário e presencial é visto como um pilar da mesma. Mesmo assim, quando há hipótese da TOV ocorrer em casos excecionais e numa frequência reduzida, que não compromettesse este contacto entre profissional-utente, os profissionais parecem estar mais à vontade em utilizarem esta estratégia, o que vai ao encontro à literatura mais recente (Walker et al., 2019).

De seguida, é recorrente em toda a amostra, a preocupação com os obstáculos inerentes ao recurso às novas tecnologias, visto que o público-alvo, na sua generalidade, não tem acesso aos dispositivos necessários à realização de uma videochamada, nem acesso fácil à internet, ou até a literacia digital para viabilizar o processo (Schramm et al., 2020). De acordo com os resultados, estas limitações são estendidas aos profissionais, sendo que os próprios mencionaram os entraves que sentiriam no domínio do recurso às novas tecnologias.

À semelhança da dispensa de doses, a amostra entra em consenso sobre a possibilidade da adulteração da dose na TOV, devido à facilidade de violar as embalagens do fármaco. Os motivos apresentados para esta adulteração passam: pela venda no mercado ilícito; para não efetuar a toma, de forma a dar lugar ao consumo de SPA, pondo-se a hipótese de acontecer a simulação da toma; para ser realizada uma redução autónoma da dosagem de cloridrato de metadona.

Novamente, no decorrer da recolha qualitativa, os participantes mencionaram alguns critérios-chave para a implementação da TOV, visto que, para a amostra, não é possível

tornar esta estratégia universal. Deste modo, o mais consensual foi apenas ser colocada em prática com pessoas que tem à sua disposição os meios e a literacia tecnológica necessária. Além do mais, que se mostrem predispostas a participar, cumprindo as regras da TOV na íntegra, nomeadamente, comparecerem na chamada atempadamente e não falharem nenhuma toma. Além do mais, existir uma avaliação singular do utente e da confiabilidade do mesmo, já que não poderia haver dúvidas de que este tem interesse na diversão da medicação. Para tal, a amostra, na sua generalidade, considera critério essencial a abstinência de SPA, já que esta pode garantir que o utente tem o tratamento como objetivo e desinteresse pela adulteração ou comercialização do fármaco.

Naturalmente, ao longo da recolha dos dados, os participantes foram sugerindo formas de melhor implementar os métodos alternativos à TOD. Assim sendo, foi mencionado o recurso a uma terceira pessoa, que assumisse a responsabilidade pela medicação, e a sua correta administração, podendo ainda funcionar como garantia do controlo do desvio para o mercado ilícito. Especificamente no caso da TOV, foi sugerido o uso de estratégias para a inviolabilidade das embalagens, recorrendo a formatos menos suscetíveis à sua violação, como por exemplo, o uso de saquetas ou comprimidos. Ademais, reforçar a existência de protocolos com outros serviços, de forma a alargar os possíveis locais e horários de administração da medicação, no caso dos utentes que estão deslocados, sendo uma possibilidade recuperar os protocolos com as farmácias de proximidade.

Por fim, é fundamental ressaltar a importância de homogeneizar estratégias de prestação de cuidados, cujo custo não seja tão elevado para a qualidade de vida daqueles que delas beneficiam. Apesar da amostra reconhecer vantagens nos dois métodos alternativos investigados, estes não foram vistos como benéficos por si só, mas sim como uma forma de contornar a abordagem de tratamento em vigor. Isto mostra-nos que a TOD é um método de prestação de cuidados profundamente penalizador para os beneficiários, já que os PSO se estendem, muitas vezes, ao longo das suas vidas. De notar que esta abordagem tem dois fundamentos essenciais: evitar o mau uso do medicamento e as suas consequências; e evitar o seu desvio para o mercado ilícito. Estas duas questões são significativas, contudo, devem ser sempre ponderadas com a penalização que a TOD introduz na qualidade de vida das pessoas, já que a prestação de cuidados tem de ser justa, global e equilibrada (OMS, 2017).

Conclusões

Naturalmente, o estudo apresenta limitações intrínsecas à sua própria constituição, onde se destaca a recolha qualitativa seletiva, limitada a uma ET e uma Equipa de Rua. Para além disto, com o decorrer da aplicação da metodologia inicial, a mesma teve de ir sendo adaptada *in loco*, o que levou à diminuição da *standardização* dos procedimentos, sobretudo nos questionários. Destacam-se alterações como a heteroaplicabilidade destes, preenchidos pelos profissionais e utentes, na ET e na Equipa de Rua, o que pode ter resultado em respostas induzidas pelos primeiros, assim como a familiarização dos utentes com a investigadora na Equipa de Rua, podendo ter levado à desejabilidade social.

Independentemente do hipotético condicionamento decorrente da heteroaplicabilidade referida em ambos os casos, a diversidade de contextos trouxe a potencialidade de conhecer diferentes perspetivas. Para além disso, a amostra utilizada, juntamente com o contorno efetivo do acesso ao público-alvo, justifica a inclusão das respostas recolhidas, independentemente de qualquer desejo de inclusão social dos utentes. Não obstante, mesmo tendo em conta a amostra de questionários poder ser considerada uma escolha por conveniência, o estudo adquiriu potencialidades, nomeadamente, nas entrevistas originadas através das questões abertas do questionário, enriquecendo a amplitude dos dados recolhidos.

Apesar da vasta literatura científica existente sobre a TOD e as suas vantagens e desvantagens, pouca é a informação sobre métodos alternativos ou formas de contornar e melhorar as lacunas desta abordagem. Neste estudo, são discutidos resultados importantes sobre a dispensa de doses, como a necessidade de um guia de boas práticas pormenorizado e de aumentar a acessibilidade deste formato a mais beneficiários. Para além disto, é um dos estudos pioneiros sobre a implementação da TOV na área do tratamento da dependência de opiáceos, onde foi possível constatar que as pessoas incluídas no processo da toma de cloridrato de metadona consideram esta abordagem possível e vantajosa, em certas circunstâncias. Deste modo, apesar de se provar a possibilidade de implementação destas abordagens alternativas, é urgente estudar estas questões a um nível mais profundo, já que a TOD se mostra significativamente penalizadora para a qualidade de vida das pessoas que usufruem dos PTAO.

Referências bibliográficas

- Allen, S., Grieb, S., O'Rourke, A., Yoder, R., Planchet, E., White, R., & Sherman, S. (2019). Understanding the public health consequences of suspending a rural syringe services program: a qualitative study of the experiences of people who inject drugs. *Harm Reduction Journal*, 16(33), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0305-7>
- Almarsdóttir, A., Bjornsdóttir, I., & Traulsen, J. (2005). A lay prescription for tailor-made drugs – focus groups reflections on pharmacogenomics. *Health Policy*, 71(2), 233-241. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.08.010>
- Almeida, R. (2019). Quatro décadas de tratamento com metadona em Portugal-Qual o impacto? *Dependências*, 20-23. <https://dependencias.pt/images/files/20%2021%2022%2023%20Rocha%20Almeida.pdf>
- Amado, J. (2014). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*. (2ª ed). Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0879-2>
- Amato, L., Davoli, M., Perucci, CA., Ferri, M., Faggiano, F., & Mattick, RP. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat*, 28(4), 321-329. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.02.007>
- Amram, O., Amiri, S., Thorn, E., Lutz, R., & Joudrey, P. (2022). Changes in methadone take-home dosing before and after COVID-19. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 133, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108552>
- Asay, G., Lam, C., Stewart, B., Mangan, J., Romo, L., Marks, S., Morris, S., Gummo, C., Keh, C., Hill, A., Thomas, A., Macaraig, M., St John, K., Ampie, T., Chuck, C., & Burzynski, J. (2020). Cost of Tuberculosis Therapy Directly Observed on Video for Health Departments and Patients in New York City; San Francisco, California; and Rhode Island (2017-2018). *Am J Public Health*, 110(11), 1696-1703. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305877>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto, & A. Pinheiro, Trad.). Edições 70. <https://ia802902.us.archive.org/8/items/bardin-laurence-analise-de-conteudo/bardin-laurence-analise-de-conteudo.pdf>
- Bell, J., & Strang, J. (2020). Medication Treatment of Opioid Use Disorder. *Biological Psychiatry*, 87(1), 82-88. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.06.020>

- Bharat, C., Larney, S., Barbieri, S., Dobbins, T., Jones, NR., Hickman, M., Gisev, N., Ali, R., & Degenhardt, L. (2021). The effect of person, treatment and prescriber characteristics on retention in opioid agonist treatment: a 15-year retrospective cohort study. *Addiction*, 116(11), 3139-3152. <https://doi.org/10.1111/add.15514>
- Calcaterra, S., Bach, P., Chadi, A., Chadi, N., Kimmel, S., Monford, K., Roy, P., & Samet, J. (2019). Methadone Matters: What the United States Can Learn from the Global Effort to Treat Opioid Addiction. *J Gen Intern Med*, 34(6), 1039–1042. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4801-3>
- Chayama, K., Ng, C., & McNeil, R. (2020). Calls for Access to Safe Injecting Supplies as a Critical Public Health Measure During the COVID-19 Pandemic. *J Addict Med*, 14(5), 142-143. doi: 10.1097/ADM.0000000000000712
- Chen, SH., Wang, I., Hsu, HL., Huang, CC., Liu, Y., Putri, D., & Lee, C. (2020). Advantage in privacy protection by using synchronous video observed treatment enhances treatment adherence among patients with latent tuberculosis infection. *J Infect Public Health*, 13(9), 1354–1359. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.03.013>
- Chuck, C., Robinson, E., Macaraig, M., Alexander, M., & Burzynski, J. (2016). Enhancing management of tuberculosis treatment with video directly observed therapy in New York City. *Int J Tuberc Lung Dis*, 20(5), 588–593. <https://doi.org/10.5588/ijtld.15.0738>
- Decreto Lei nº 1/2001. (2001). Diário da República: I série, nº 2. <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>
- Degenhardt, L., Grebely, J., Stone, J., Hickman, M., Vickerman, P., Marshall, BDL., Bruneau, J., Altice, FL., Henderson, G., Rahimi-Movaghar, A., & Larney, S. (2019). Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *Lancet*, 394(10208), 1560-1579. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32229-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32229-9)
- Degenhardt, L., Whiteford, H., Ferrari, A., Baxter, A., Charlson, F., Hall, W., Freedman, G., Burstein, R., Johns, N., Engell, R., Flaxman, A., Murray, C., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382(9904), 1564-1574. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61530-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61530-5)
- Des Jarlais, D. (2013). Systematic review research on needle/syringe programs and opiate substitution programs in low and middle-income countries. *Journal of Food and Drug Analysis*, 21(4), 59-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfda.2013.09.035>

- Donahue, M., Eberly, M., & Rajnik, M. (2021). Tele-TB: Using TeleMedicine to Increase Access to Directly Observed Therapy for Latent Tuberculosis Infection. *Military Medicine*, 186(1), 25-31. <https://doi.org/10.1093/milmed/usaa300>
- EMCDDA. (2022). European Drug Report 2022: Trends and Developments. https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en
- Emocha Health. (2020-01-20). *Patients Satisfied with Mobile App for Opioid Use Treatment*. <https://emocha.com/patients-satisfied-with-mobile-app-for-opioid-use-treatment/>
- Fareed, A., Casarella, J., Amar, R., Vayalapalli, S., & Drexler, K. (2010). *Methadone Maintenance Dosing Guideline for Opioid Dependence, a Literature Review*. *Journal of Addictive Diseases*, 29(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/10550880903436010>
- Fareed, A., Vayalapalli, S., Strout, S., Casarella, J., Drexler, K., & Bailey, S. (2011). Effect of Methadone Maintenance Treatment on Heroin Craving, a Literature Review. *Journal of Addictive Diseases*, 30(1), 27-38. <https://doi.org/10.1080/10550887.2010.531672>
- Fei, J., Yee, A., Habil, M., & Danaee, M. (2016). Effectiveness of Methadone Maintenance Therapy and Improvement in Quality of Life Following a Decade of Implementation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 69, 50-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2016.07.006>
- Figgatt, M., Salazar, Z., Day, E., Vincent, L., & Dasgupta, N. (2021). Take-home dosing experiences among persons receiving methadone maintenance treatment during COVID-19. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 123, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108276>
- Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research*. (4th ed). Sage.
- Frost, M., Sweek, E., Austin, E., Corcorran, M., Juarez, A., Frank, N., Prohaska, S., LaKosky, P., Asher, A., Broz, D., Des Jarlais, D., Williams, E., & Glick, S. (2022). Program Adaptations to Provide Harm Reduction Services During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study of Syringe Services Programs in the U.S. *AIDS Behav*, 26(1), 57–68. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03332-7>
- Garfein, R., & Doshi, R. (2019). Synchronous and asynchronous video observed therapy (VOT) for tuberculosis treatment adherence monitoring and support. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis*, 17(100098), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2019.100098>
- Gisev, N., Bharat, C., Larney, S., Dobbins, T., Weatherburn, D., Hickman, M., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2019). The effect of entry and retention in opioid agonist treatment on contact with the criminal justice system among opioid-dependent people: a retrospective cohort study. *Lancet Public Health*, 4(7), 334-342. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30060-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30060-X)

- Godersky, M., Klein, J., Merrill, J., Blalock, K., Saxon, A., Samet, J., & Tsui, J. (2020). Acceptability and feasibility of a mobile health application for video directly observed therapy of buprenorphine for opioid use disorders in an office-based setting. *J Addict Med*, 14(4), 319-325. doi: 10.1097/ADM.0000000000000608
- Godersky, M., Saxon, A., Merrill, J., Samet, J., Simoni, J., & Tsui, J. (2019). Provider and patient perspectives on barriers to buprenorphine adherence and the acceptability of video directly observed therapy to enhance adherence. *Addict Sci Clin Pract.*, 14(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0139-3>
- Guerra, E. (2014). *Manual de Pesquisa Qualitativa*. (1ª ed). Grupo Ânima Educação.
- Guo, P., Qiao, W., Sun, Y., Liu, F., & Wang, C. (2020). Telemedicine technologies and tuberculosis management: a randomized controlled trial. *Telemed J E Health*, 26(9), 1150–1156. <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0190>
- Hoffman, K., Foot, C., Levander, X., Cook, R., Terashima, J., McIlveen, J., Korthuis, P., & McCarty, D. (2022). Treatment retention, return to use, and recovery support following COVID-19 relaxation of methadone take-home dosing in two rural opioid treatment programs: A mixed methods analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 141, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108801>
- Holzman, B., Atre, S., Sahasrabudhe, T., Ambike, S., Jagtap, D., Sayyad, Y., Kakrani, A., Gupta, A., Mave, V., & Shah, M. (2019). Use of smartphonebased video directly observed therapy (vDOT) in tuberculosis care: single-arm, prospective feasibility study. *JMIR Form Res*, 3(3), 1-12. doi: 10.2196/13411
- Holzman, SB., Zenilman, A., & Shah, M. (2018). Advancing patient-centered care in tuberculosis management: a mixed-methods appraisal of video directly observed therapy. *Open Forum Infect Dis*, 5(4), 1-8. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofy046>
- IDT. (2006). *Normas Orientadoras de Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos*. Departamento de Tratamento, Redução de Danos e Reinserção. https://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/B9C3D689-DEA9-47AB-AA19-F837071DA518/519129/Normas_Orientadoras_PTAO.pdf
- Jones, C. (2019). Syringe services programs: An examination of legal, policy, and funding barriers in the midst of the evolving opioid crisis in the U.S. *International Journal of Drug Policy*, 70(1), 22-32. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.04.006>
- Judson, G., Bird, R., O'Connor, P., Bevin, T., Loan, R., Schroder, M., McGrath, R., Weatherall, M., Moriarty, H., & Robinson, G. (2010). Drug injecting in patients in New Zealand Methadone

- Maintenance Treatment programs: An anonymous survey. *Drug and Alcohol Review*, 29(1), 41-46. <https://doi.org/10.1111/j.14653362.2009.00080.x>
- Karumbi, J., & Garner, P. (2015). Directly observed therapy for treating tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(5), 1-47. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003343.pub4>
- Kessler, S., Schwarz, E., & Liss, D. (2022). Methadone vs. Buprenorphine for In-Hospital Initiation: Which Is Better for Outpatient Care Retention in Patients with Opioid Use Disorder? *Journal of Medical Toxicology*, 18(1), 11-18. <https://doi.org/10.1007/s13181-021-00858-z>
- Kielmann, K., Cataldo, F., & Seeley, J. (2012). Introduction to Qualitative Research Methodology: A Training Manual. (1^o ed). DFID.
- Kinlock, TW., Gordon, MS., Schwartz, RP., Fitzgerald, TT., & O'Grady, KE. (2009). A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: results at 12 months postrelease. *J Subst Abuse Treat*, 37(3), 277-285. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.03.002>
- Labovitz, D., Shafner, L., Reyes, M., Virmani, D., & Hanina, A. (2017). Using artificial intelligence to reduce the risk of nonadherence in patients on anticoagulation therapy. *Stroke*, 48(5), 1416–1419. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.016281>
- Lam, CK., Pilote, K., Haque, A., Burzynski, J., Chuck, C., & Macaraig, M. (2018). Using video technology to increase treatment completion for patients with latent tuberculosis infection on 3-month isoniazid and rifapentine: an implementation study. *J Med Internet Res*, 20(11), 1-8. <https://doi.org/10.2196/jmir.9825>
- Liu, A., Laborde, N., Coleman, K., Vittinghoff, E., Gonzalez, R., Wilde, G., Thorne, A., Ikeguchi, E., Shafner, L., Sunshine, L., Straten, A., Siegler, A., & Buchbinder, S. (2021). DOT diary: developing a novel mobile app using artificial intelligence and an electronic sexual diary to measure and support PrEP adherence among young men who have sex with men. *AIDS Behav*, 25(4), 1001–1012. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-03054-2>
- Mattick, RP., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-67. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002207.pub4>
- McCarty, D., Bougatsos, C., Chan, B., Hoffman, K., Priest, K., Grusing, S., & Chou, R. (2021). Office-Based Methadone Treatment for Opioid Use Disorder and Pharmacy Dispensing: A Scoping Review. *The American Journal of Psychiatry*, 178(9), 804-817. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.20101548>
- McLaren, Z., Milliken, A., Meyer, A., & Sharp, A. (2016). Does directly observed therapy improve tuberculosis treatment? More evidence is needed to guide tuberculosis policy. *BMC Infect Dis*, 16(537), 1-4. <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1862-y>

- Moller, L., Karymbaeva, S., Subata, E., & Kiaer, T. (2009). Evaluation of patients in opioid substitution therapy in the Kyrgyz Republic. *WHO Regional Office for Europe*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107954>
- Naji, L., Dennis, B., Bawor, M., Plater, C., Pare, G., Worster, A., Varenbut, M., Daiter, J., Marsh, D., Desai, D., Thabane, L., & Samaan, Z. (2016). Prospective Study to Investigate Predictors of Relapse among Patients with Opioid use disorder treated with methadone. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 10(1), 9–18. <https://doi.org/10.4137/SART.S37030>
- Nosyk, B., Marsh, D., Sun, H., Schechter, M., & Anis, A. (2010). *Trends in methadone maintenance treatment participation, retention, and compliance to dosing guidelines in British Columbia, Canada: 1996–2006*, 39(1), 0–31. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.03.008>
- Notley, C., Holland, R., Maskrey, V., Nagar, J., & Kouimtsidis, C. (2014). Regaining control: The patient experience of supervised compared with unsupervised consumption in opiate substitution treatment. *Drug and Alcohol Review*, 33(1), 64-70. <https://doi.org/10.1111/dar.12079>
- Olano-Soler, H., Thomas, D., Joglar, O. Rios, K., Torres-Rodríguez, M., Duran-Guzman, G., & Chorba, T. (2017). Notes from the Field: Use of Asynchronous Video Directly Observed Therapy for Treatment of Tuberculosis and Latent Tuberculosis Infection in a Long-Term-Care Facility – Puerto Rico, 2016-2017. *Centers for Disease Control and Prevention*, 66(50), 1386-1387. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6650a5external%20icon>
- OMS. (2016). WHO Director General addresses UN on the World Drug Problem. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-addresses-un-on-the-world-drug-problem>
- OMS. (2017). WHO Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care (2017update). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255052/9789241550000-eng.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Pronúncia do Conselho de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21143/pron%C3%Bancia-n%C2%BA-80_ce-regime-de-administra%C3%A7%C3%A3o-do-cloridrato-de-metadona_anonimizado.pdf
- Patton, E., Saia, K., & Stein, M. (2021). Integrated substance use and prenatal care delivery in the era of COVID-19. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 124, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108273>
- Perry, A., Chitnis, A., Chin, A., Hoffmann, C., Chang, L., Robinson, M., Maltas, G., Munk, E., & Shah, M. (2021). Real-world implementation of video-observed therapy in an urban TB

- program in the United States. *Int J Tuberc Lung Dis.*, 25(8), 655-661. <https://doi.org/10.5588/ijtld.21.0170>
- Platt, L., Minozzi, S., Reed, J., Vickerman, P., Hagan, H., French, C., Jordan, A., Degenhardt, L., Hope, V., Hutchinson, S., Maher, L., Palmateer, N., Taylor, A., Bruneau, J., & Hickman, M. (2018). Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta-analysis. *Addiction*, 113(3), 545-563. <https://doi.org/10.1111/add.14012>
- Ravenscroft, L., Kettle, S., Persian, R., Ruda, S., Severin, L., Doltu, S., Schenck, B., & Loewenstein, G. (2020). Video-observed therapy and medication adherence for tuberculosis patients: randomised controlled trial in Moldova. *Eur Respir J*, 56(2), 1-10. <https://doi.org/10.1183/13993003.00493-2020>
- Roebuck, M., French, M., & McLellan, A. (2003). DATStats: Results from 85 studies using the Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(1), 51-57. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00067-9](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00067-9)
- Russolilo, A., Moniruzzaman, A., McCandless, L., Patterson, M., & Somers, J. (2017). Associations between methadone maintenance treatment and crime: a 17-year longitudinal cohort study of Canadian provincial offenders. *Addiction*, 113(4), 656-667. <https://doi.org/10.1111/add.14059>
- SAMHSA. (2023-1-25). *Methadone Take-Home Flexibilities Extension Guidance*. <https://www.samhsa.gov/medications-substance-use-disorders/statutes-regulations-guidelines/methadone-guidance>
- Schilling, R., Dorning, K., & Lungren, L. (2006). Treatment of Heroin Dependence: Effectiveness, Costs, and Benefits of Methadone Maintenance. *Social Work Practice*, 16(1), 48-56. doi: 10.1177/1049731505277059
- Schramm, Z., Leroux, B., Radick, A., Ventura, A., Klein, J., Samet, J., Saxon, A., Kim, T., & Tsui, J. (2020). Video directly observed therapy intervention using a mobile health application among opioid use disorder patients receiving office-based buprenorphine treatment: protocol for a pilot randomized controlled trial. *Addict Sci Clin Pract*, 15(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s13722-020-00203-9>
- Schuman-Olivier, Z., Borodovsky, J., Steinkamp, J., Munir, Q., Butler, K., Greene, M., Goldblatt, J., Xie, H., & Marsch, L. (2018). MySafeRx: a mobile technology platform integrating motivational coaching, adherence monitoring, and electronic pill dispensing for enhancing buprenorphine/naloxone adherence during opioid use disorder treatment: a pilot study. *Addict Sci Clin Pract*, 13(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13722-018-0122-4>

- Sekandi, J., Buregyeya, E., Zalwango, S., Dobbin, K., Atuyambe, L., Nakkonde, D., Turinawe, J., Tucker, E., Olowookere, S., Turyahabwe, S., & Garfein, R. (2020). Video directly observed therapy for supporting and monitoring adherence to tuberculosis treatment in Uganda: a pilot cohort study. *ERJ Open Res.*, 6(1), 1-11. <https://doi.org/10.1183/23120541.00175-2019>
- Shields, M., ALQahtani, F., Rivey, M., & McElnay, J. (2018). Mobile direct observation of therapy (MDOT): a rapid systematic review and pilot study in children with asthma. *PLoS ONE*, 13(2), 1-24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190031>
- SICAD (sd). Modelos, Respostas e Intervenções. <https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/TratamentoMais/SitePages/ModelosRespostas.aspx>
- SICAD. (2022). Relatório Anual 2021 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência. <https://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/default.aspx>
- Simpson, D., Joe, G, & Rowan-Szal, A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 47(3), 227-235. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(97\)00099-9](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(97)00099-9)
- Srivastava, A., Kahan, M., & Nader, M. (2017). Primary care management of opioid use disorders: Abstinence, methadone, or buprenorphine-naloxone? (2017). *Canadian Family Physician*, 63(3), 200-205. <https://www.cfp.ca/content/63/3/200.short>
- Steffen, R., Menzies, D., Oxlade, O., Pinto, M., Castro, A., Monteiro, P, & Trajman, A. (2010): Patients' costs and cost-effectiveness of tuberculosis treatment in DOTS and non-DOTS facilities in Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One*, 5(11), 1-7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0014014>
- Steinkamp, J., Goldblatt, N., Borodovsky, J., LaVertu, A., Kronish, I., Marsch, L., & Schuman-Olivier, Z. (2019). Technological interventions for medication adherence in adult mental health and substance use disorders: a systematic review. *JMIR Ment Health*, 6(3), 1-24. doi: 10.2196/12493
- Stoner, M., Maragh-Bass, A., Sukhija-Cohen, A., & Saberi, P. (2022). Digital directly observed therapy to monitor adherence to medications: a scoping review. *HIV Research, & Clinical Practice*, 23(1), 47-60. <https://doi.org/10.1080/25787489.2022.2103512>
- Story, A., Aldridge, R., Smith, C., Garber, E., Hall, J., Ferenando, G., Passas, L., Hemming, S., Wurie, F., Luchenski, S., Abubakar, I., McHugh, T., White, P., Watson, J., Lipman, M., Garfein, R., & Hayward, A. (2019). Smartphone-enabled video observed versus directly observed treatment for tuberculosis: a multicentre, analyst-blinded, randomised, controlled superiority trial. *Lancet*, 393(10177), 1216–1224. <https://doi.org/10.1016/S0140-6736>

- Stover, H. (2011). Barriers to Opioid Substitution Treatment Access, Entry and Retention: A Survey of Opioid Users, Patients in Treatment, and Treating and Non-Treating Physicians. *Eur Addict Res*, 17(1), 44-54. <https://doi.org/10.1159/000320576>
- Suen, L., Castellanos, S., Joshi, N., Satterwhite, S., & Knight, K. (2022). "The idea is to help people achieve greater success and liberty": A qualitative study of expanded methadone take-home access in opioid use disorder treatment. *Subst Abus.*, 43(1), 1143-1150. <https://doi.org/10.1080/08897077.2022.2060438>
- Timko, C., Schultz, NR., Cucciare, MA., Vittorio, L., & Garrison-Diehn, C. (2016). Retention in medication-assisted treatment for opiate dependence: A systematic review. *J Addict Dis.*, 35(1), 22-35. <https://doi.org/10.1080/10550887.2016.1100960>
- Trujols, J., Larrabeiti, A., Sànchez, O., Madris, M., Muñoz, S., & Duran-Sindreu, S. (2020). Increased flexibility in methadone take-home scheduling during the COVID-19 pandemic: Should this practice be incorporated into routine clinical care? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 119(5), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108154>
- Truong C., Tanni, K., & Quian, J. (2021). Video Observed Therapy Versus Directly Observed Therapy in Patients with Tuberculosis. *American Journal of Preventive Medicine*, 62(3), 450-458. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.10.013>
- Vanderplasschen, W., Naert, J., Laenen, F., & Maeyer, J. (2015). Treatment satisfaction and quality of support in outpatient substitution treatment: opiate users' experiences and perspectives. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 22(3), 272-280. <https://doi.org/10.3109/09687637.2014.981508>
- Vranken, M., Mantel-Teeuwisse, A., Junger, S., Radbruch, L., Scholten, W., Lisman, J., Subataite, M., & Schutjens, M. (2017). Barriers to access to opioid medicines for patients with opioid dependence: a review of legislation and regulations in eleven central and eastern European countries. *Society for the Study of Addiction*, 112(6), 1069-1076. <https://doi.org/10.1111/add.13755>
- Walker, R., Hillhouse, M., Perrochet, B., Sparenborg, S., Mooney, L., & Ling, W. (2019). Medication adherence monitoring using smartphone video dosing in an open-label pilot study of monthly naltrexone plus once-daily bupropion for methamphetamine use disorder: feasibility and acceptability. *J Addict Med.*, 13(5), 372-378. doi:10.1097/ADM.0000000000000509
- UNODC. (2022). 2022 World Drug Report. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>

- Wilder, C., Hosta, D., & Winhusen, T. (2017). Association of methadone dose with substance use and treatment retention in pregnant and postpartum women with opioid use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 80(1), 33-36. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.06.005>
- WMA. (2008). Declaração de Helsinkí - Princípios éticos para Pesquisa Médica. <http://www.invitare.com.br/legislacao/DECLARA%C3%87%C3%83O%20DE%20HELSEINQUE%202008.pdf>
- Zhang, P., Tossone, K., Ashmead, R., Bickert, T., Bailey, E., Doogan, N., Mack, A., Schmidt, S., & Bonny, A. (2022). Examining differences in retention on medication for opioid use disorder: An analysis of Ohio Medicaid data. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 136, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108686>
- Zhang, Z., Friedmann, P., & Gerstein, D. (2003). Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*, 98(5), 673-684. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00354.x>

Anexos

Anexo 1 - Inquérito por questionário sobre a toma de medicação aos utentes (DICAD)

Este questionário deverá ser aplicado por um profissional de saúde, a um utente que se encontre em tratamento da dependência de opiáceos, com recurso ao cloridrato de metadona.

Informação ao participante

O presente questionário enquadra-se no projeto de investigação *Alternativas à Toma Observada Direta no tratamento da dependência de opiáceos – um estudo misto*, no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça e da Desviância da Universidade do Porto. Tem como principal objetivo estudar as perspetivas da população em relação à toma de medicação relativa à dependência da opiáceos e à infeção por tuberculose, com vista a contribuir para a melhoria de políticas e intervenções nesta área.

A sua participação é voluntária e anónima. Os dados recolhidos são confidenciais e anónimos e o seu uso será exclusivamente destinado à concretização deste estudo. Saiba que tem o direito de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Caso pretenda alguma informação adicional contacte up201807112@up.pt.

Agradecemos a sua colaboração.

Declaro ter lido e compreendido as informações que me foram fornecidas. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Sim ____

Não ____

Secção 1 - Dados Sociodemográficos

1. Género

- masculino
- feminino
- prefiro não dizer
- outro _____

2. Idade

- 18-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55-64
- 65-74
- +74

Secção 2 - Metadona

A Toma Observada Direta (TOD) é uma forma de monitorização ativa da toma de medicação, isto é, implica que um profissional de saúde assista a todo o processo da toma, do início ao fim.

1. Classifique o seu nível de concordância com a seguinte frase: “A Toma Observada Direta é imprescindível para assegurar que a toma da medicação se faz sem interrupções, durante toda a duração do tratamento.” (considere uma escala de 1-5, onde 1 = discordo totalmente e 5 = concordo totalmente)
2. Classifique de 1 a 5, em que medida a TOD para o tratamento da dependência de opiáceos com o uso de Cloridrato de Metadona interfere **positivamente** com o seu dia a dia (escala de 1-5, onde 1 = nunca interfere e 5 = interfere sempre)
3. Classifique de 1 a 5, em que medida a TOD para o tratamento da dependência de opiáceos com o uso de Cloridrato de Metadona interfere **negativamente** com o seu dia a dia (escala de 1-5, onde 1 = nunca interfere e 5 = interfere sempre)
4. Classifique de 1 a 5, em que medida considera que a TOD para o tratamento da dependência de opiáceos com o uso de Cloridrato de Metadona interfere **positivamente**:
 - a. no seu contexto familiar e social
 - b. no seu contexto laboral/estudantil (não preencher se NA)

- c. nas atividades quotidianas
- d. nos resultados do seu tratamento
- e. na manutenção do tratamento
- f. na finalização do tratamento
- g. na satisfação com o tratamento

(escala de 1-5, onde 1 = nunca interfere e 5 = interfere sempre)

5. Classifique de 1 a 5, em que medida considera que a TOD para o tratamento da dependência de opiáceos com o uso de Cloridrato de Metadona interfere

negativamente:

- a. no seu contexto familiar e social
- b. no seu contexto laboral/estudantil (não preencher se NA)
- c. nas atividades quotidianas
- d. nos resultados do seu tratamento
- e. na manutenção do tratamento
- f. na finalização do tratamento
- g. na satisfação com o tratamento

(escala de 1-5, onde 1 = nunca interfere e 5 = interfere sempre)

6. Com que frequência é que cumpre com a Toma Observada Direta, em que um profissional de saúde observa-o/a a ingerir a medicação:

- 1 a 3 vezes por semana
- 4 a 6 vezes por semana
- todos os dias da semana (segunda a domingo)
- não sei

6.1. Se não respondeu “todos os dias” na pergunta anterior, indique os motivos/quais as circunstâncias em que não é/foi cumprida.

7. Está, ou já esteve, em tratamento para a infeção de Tuberculose?

- se sim, responde à secção correspondente à Tuberculose
- se não, passa para a secção da dispensa de doses e TOV

Secção 3 - Tuberculose

A Toma Observada Direta (TOD) é uma forma de monitorização ativa da toma de medicação, isto é, implica que um profissional de saúde assista a todo o processo da toma, do início ao fim.

8. Classifique o seu nível de concordância com a seguinte frase: “A Toma Observada Direta é imprescindível para assegurar que a toma da medicação se faz sem interrupções, durante toda a duração do tratamento.” (considere uma escala de 1-5, onde 1 = discordo totalmente e 5 = concordo totalmente)
9. Classifique de 1 a 5, em que medida a TOD para o tratamento da infecção por tuberculose interfere **positivamente** com o seu dia a dia (escala de 1-5, onde 1 = nunca interfere e 5 = interfere sempre)
10. Classifique de 1 a 5, em que medida a TOD para o tratamento da infecção por tuberculose interfere **negativamente** com o seu dia a dia (escala de 1-5, onde 1 = nunca interfere e 5 = interfere sempre)
11. Classifique de 1 a 5, em que medida considera que a TOD para o tratamento da infecção por Tuberculose interfere **positivamente**:
- no seu contexto familiar e social
 - no seu contexto laboral/estudantil (não preencher se NA)
 - nas atividades quotidianas
 - nos resultados do seu tratamento
 - na manutenção do tratamento
 - na finalização do tratamento
 - na satisfação com o tratamento
- (escala de 1-5, onde 1 = nunca interfere e 5 = interfere sempre)
12. Classifique de 1 a 5, em que medida considera que a TOD para o tratamento da infecção por Tuberculose interfere **negativamente**:
- no seu contexto familiar e social
 - no seu contexto laboral/estudantil (não preencher se NA)
 - nas atividades quotidianas
 - nos resultados do seu tratamento
 - na manutenção do tratamento
 - na finalização do tratamento
 - na satisfação com o tratamento
- (escala de 1-5, onde 1 = nunca interfere e 5 = interfere sempre)
13. Com que frequência é que cumpre com a Toma Observada Direta, em que um profissional de saúde observa-o/a a ingerir a medicação:
- 1 a 3 vezes por semana
 - 4 a 6 vezes por semana

- todos os dias da semana (segunda a domingo)
- não sei

13.1. Se não respondeu “todos os dias” na pergunta anterior, indique os motivos/quais as circunstâncias em que não é/foi cumprida.

Secção 4 - Dispensa de Doses

A dispensa de doses baseia-se no utente levar as doses da medicação para casa, para um determinado período de tempo. A toma da medicação é da responsabilidade do utente ou, por vezes, pode haver um outro responsável pela medicação e pela toma da mesma. ~

1. No tratamento por infeção de tuberculose, já aconteceu levar doses da medicação para casa, onde a ingeriu sem supervisão de um profissional de saúde? (sim/não/não aplicável)
2. Tendo em conta os ganhos e os custos da TOD para si, classifique qual o grau de adequação da dispensa de doses para o seu tipo de tratamento. *De notar que os tratamentos de manutenção podem prolongar-se para toda a vida.*
(escala de 1-5, onde 1 = nunca é adequado e 5 = é sempre adequado)
2.1. por favor, justifique a resposta anterior.
3. Na sua opinião, a dispensa de doses deveria acontecer:
 - 1 a 3 vezes por semana
 - 4 a 6 vezes por semana
 - todos os dias da semana (segunda a domingo)
 - não sei
4. Em que situações seria viável, justificável e benéfica para si a dispensa de doses?
5. Considera que esta estratégia de dispensa de doses é mais ou menos vantajosa do que a TOD:
 - a. no seu contexto familiar e social
 - b. no seu contexto laboral/estudantil (não preencher se NA)
 - c. nas atividades quotidianas
 - d. nos resultados do seu tratamento
 - e. na manutenção do tratamento
 - f. na finalização do tratamento
 - g. na satisfação com o tratamento

(opção: “mais vantajosa; “menos vantajosa”)

Secção 5 - Toma Observada por Vídeo

A TOV passa por o utente levar as doses da medicação para casa, mas a ingestão da mesma é observada por um profissional de saúde, através de uma videochamada.

6. Tendo em conta os ganhos e os custos da TOD para si, classifique qual o grau de adequação da TOV. *De notar que os tratamentos de manutenção podem prolongar-se para toda a vida.*

(escala de 1-5, onde 1 = nunca é adequado e 5 = é sempre adequado)

6.1. por favor, justifique a resposta anterior.

7. Na sua opinião, a TOV deveria acontecer:

- 1 a 3 vezes por semana
- 4 a 6 vezes por semana
- todos os dias da semana (segunda a domingo)
- não sei

8. Em que situações seria viável, justificável e benéfica para si a dispensa de doses?

9. Considera que a TOV é mais ou menos vantajosa do que a TOD:

- a. no seu contexto familiar e social
- b. no seu contexto laboral/estudantil (não preencher se NA)
- c. nas atividades quotidianas
- d. nos resultados do seu tratamento
- e. na manutenção do tratamento
- f. na finalização do tratamento
- g. na satisfação com o tratamento

(opção: “mais vantajosa; “menos vantajosa”)

Anexo 2 - Inquérito por questionário sobre a toma de medicação aos profissionais (DICAD)

Deve apenas responder a este questionário caso seja profissional de saúde e que, no decorrer do exercício da sua função, contacte com utentes em substituição opiácea com o uso de cloridrato de metadona.

Informação ao participante

O presente questionário enquadra-se no projeto de investigação *Alternativas à Toma Observada Direta no tratamento da dependência de opiáceos – um estudo misto*, no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça e da Desviância da Universidade do Porto. Tem como principal objetivo estudar as perspetivas da população em relação à toma de medicação relativa à dependência da opiáceos e à infeção por tuberculose, com vista a contribuir para a melhoria de políticas e intervenções nesta área.

A sua participação é voluntária e anónima. Os dados recolhidos são confidenciais e anónimos e o seu uso será exclusivamente destinado à concretização deste estudo. Saiba que tem o direito de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Caso pretenda alguma informação adicional contacte up201807112@up.pt.

Agradecemos a sua colaboração.

Declaro ter lido e compreendido as informações que me foram fornecidas. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Sim ____

Não ____

Secção 1 - Dados Sociodemográficos

1. Género

- masculino

- feminino
- prefiro não dizer
- outro _____

2. Idade

- 18-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55-64
- 65-74
- +74

3. Profissão

- Médico/a
- Enfermeiro/a
- Psicólogo/a
- Assistente Social

Secção 2 - Metadona

A Toma Observada Direta (TOD) é uma forma de monitorização ativa da toma de medicação, isto é, implica que um profissional de saúde assista a todo o processo da toma, do início ao fim.

1. Classifique o seu nível de concordância com a seguinte frase: “A Toma Observada Direta é imprescindível para assegurar que a toma da medicação se faz sem interrupções, durante toda a duração do tratamento.”
(escala de 1-5, onde 1 = discordo totalmente e 5 = concordo totalmente)
2. Classifique de 1 a 5, em que medida a TOD para o tratamento da dependência de opiáceos com o uso de Cloridrato de Metadona interfere **positivamente** com o dia a dia do utente (escala de 1-5, onde 1 = nunca interfere e 5 = interfere sempre)
3. Classifique de 1 a 5, em que medida a TOD para o tratamento da dependência de opiáceos com o uso de Cloridrato de Metadona interfere **negativamente** com o dia a dia do utente (escala de 1-5, onde 1 = nunca interfere e 5 = interfere sempre)
4. Classifique de 1 a 5, em que medida considera que a TOD para o tratamento da dependência de opiáceos com o uso de Cloridrato de Metadona interfere **positivamente**:

- a. no contexto familiar e social do utente
- b. no contexto laboral/estudantil do utente
- c. nas atividades quotidianas do utente
- d. nos resultados do tratamento do utente
- e. na manutenção do tratamento do utente
- f. na finalização do tratamento do utente
- g. na satisfação com o tratamento do utente

(escala de 1-5, onde 1 = nunca interfere e 5 = interfere sempre)

5. Classifique de 1 a 5, em que medida considera que a TOD para o tratamento da dependência de opiáceos com o uso de Cloridrato de Metadona interfere **negativamente**:

- a. no contexto familiar e social do utente
- b. no contexto laboral/estudantil do utente
- c. nas atividades quotidianas do utente
- d. nos resultados do tratamento do utente
- e. na manutenção do tratamento do utente
- f. na finalização do tratamento do utente
- g. na satisfação com o tratamento do utente

(escala de 1-5, onde 1 = nunca interfere e 5 = interfere sempre)

6. Com que frequência é que se cumpre com a Toma Observada Direta, em que um profissional de saúde observa o/a utente a ingerir a medicação:

- 1 a 3 vezes por semana
- 4 a 6 vezes por semana
- todos os dias da semana (segunda a domingo)
- não sei

6.1. Se não respondeu “todos os dias” na pergunta anterior, indique os motivos/quais as circunstâncias em que não é/foi cumprida.

Secção 3 - Dispensa de Doses

A dispensa de doses baseia-se no utente levar as doses da medicação para casa, para um determinado período de tempo. A toma da medicação é da responsabilidade do utente ou, por vezes, pode haver um outro responsável pela medicação e pela toma da mesma.

1. No tratamento por infeção de tuberculose, já aconteceu o utente levar doses da medicação para casa, onde a ingeriu sem supervisão de um profissional de saúde?
2. Tendo em conta os ganhos e os custos da TOD para o utente, classifique qual é o grau de adequação da dispensa de doses para o tratamento. *De notar que os tratamentos de manutenção podem prolongar-se para toda a vida.*

(escala de 1-5, onde 1 = nunca é adequado e 5 = é sempre adequado)

1.1. por favor, justifique a resposta anterior

3. Na sua opinião, a dispensa de doses deveria acontecer:
 - 1 a 3 vezes por semana
 - 4 a 6 vezes por semana
 - todos os dias da semana (segunda a domingo)
 - não sei
4. Em que situações seria viável, justificável e benéfica para si a dispensa de doses?
5. Considera que esta estratégia de dispensa de doses é mais ou menos vantajosa do que a TOD:
 - a. no contexto familiar e social do utente
 - b. no contexto laboral/estudantil do utente
 - c. nas atividades quotidianas do utente
 - d. nos resultados do tratamento do utente
 - e. na manutenção do tratamento do utente
 - f. na finalização do tratamento do utente
 - g. na satisfação com o tratamento do utente

(opção: “mais vantajosa; “menos vantajosa”)

Secção 4 - Toma Observada por Vídeo

A TOV passa por o utente levar as doses da medicação para casa, mas a ingestão da mesma é observada por um profissional de saúde, através de uma videochamada.

6. Tendo em conta os ganhos e os custos da TOD para o utente, classifique qual é o grau de adequação da TOV. *De notar que os tratamentos de manutenção podem prolongar-se para toda a vida.*

(escala de 1-5, onde 1 = nunca é adequado e 5 = é sempre adequado)

5.1. por favor, justifique a resposta anterior

7. Na sua opinião, a TOV deveria acontecer:

- 1 a 3 vezes por semana
- 4 a 6 vezes por semana
- todos os dias da semana (segunda a domingo)
- não sei

8. Em que situações seria viável, justificável e benéfica para si a TOV?

Considera que esta estratégia de TOV é mais ou menos vantajosa do que a TOD:

- a. no contexto familiar e social do utente
- b. no contexto laboral/estudantil do utente
- c. nas atividades quotidianas do utente
- d. nos resultados do tratamento do utente
- e. na manutenção do tratamento do utente
- f. na finalização do tratamento do utente
- g. na satisfação com o tratamento do utente

(opção: “mais vantajosa; “menos vantajosa”)

Anexo 3 - Guião do *focus group*

1. Quais são as vantagens e desvantagens que reconhecem no método da Toma Observada Direta, sendo que esta implica que a toma da medicação se faça sem interrupções, diariamente, durante toda a duração do tratamento.
2. Relativamente aos seguintes contextos, em que medida consideram que a TOD tem implicações na vida dos utentes?
3. Na vossa opinião, há alguma implicação que a TOD possa ter na vida dos utentes
 - 3.1. se sim, quais, e em que áreas da vida
 - no seu contexto familiar e social
 - no seu contexto laboral/estudantil (não preencher se NA)
 - nas atividades quotidianas
 - nos resultados do seu tratamento
 - na manutenção do tratamento
 - na finalização do tratamento
 - na satisfação com o tratamento
 - 3.2. que recomendações dariam para diminuir as implicações negativas que mencionaram?
4. Em algum momento, durante os tratamentos, a TOD não foi cumprida na sua íntegra, ou seja, se a toma da medicação não foi controlada/vigiada por um profissional de saúde? *(Consoante respostas, averiguar as circunstâncias/motivos)*
5. Relativamente à dispensa de doses, em que o utente leva as doses da medicação para casa e a sua ingestão é da responsabilidade do mesmo, na vossa perspetiva, como poderia ser implementada e operacionalizada esta estratégia?
6. Relativamente à Toma Observada por Vídeo (TOV), em que o utente leva as doses da medicação para casa e a ingere através de uma videochamada com um profissional de saúde, na vossa perspetiva, como poderia ser implementada e operacionalizada esta estratégia?
7. Para finalizar, das 3 estratégias apresentadas e discutidas, a TOD, a TOV e a dispensa de doses, qual é a que consideram mais benéfica e em que contextos? E porquê?

Anexo 4 - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia[1] e a Convenção de Oviedo[2]

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Alternativas à Toma Observada Direta no tratamento da dependência de opiáceos – um estudo misto.

Enquadramento: Este estudo decorre nos âmbitos da Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça e da Desviância e do Internato em Pneumologia no CDP de Gaia, com a parceria das seguintes instituições: FPCEUP, ICBAS, ISPUP, UIC e DICAD.

Explicação do estudo: O presente estudo tem como objetivos gerais identificar as perceções dos profissionais e das pessoas que recebem tratamento da dependência de SPA ilícitas sobre duas questões: perceber a posição sobre os métodos já existentes, nomeadamente no que diz respeito à TOD; aferir a viabilidade de novas soluções de toma da medicação, como por exemplo uso da TOV, ou a dispensa de doses.

Com efeito, são as pessoas que estão envolvidas nestes processos de tratamento que devem ser ouvidas, já que são estas que são influenciadas pela forma como se processa a toma do cloridrato de metadona nos variados contextos. Assim, o objetivo passa por ouvir as opiniões e perspetivas dos profissionais e dos utentes sobre o método existente e possíveis métodos que ainda estão por vir, de forma a chegar a um consenso sobre o futuro deste tipo de modelo de intervenção.

Para tal, o método de recolha de dados são os questionários e o *focus groups*, sendo que solicitamos a sua participação neste grupo de discussão, de forma a debater os seguintes temas: o método de toma de medicação observada (TOD); o quão real este é; as implicações que a TOD tem para a vida dos utentes; os métodos alternativos à TOD, e as suas vantagens e desvantagens. Estas sessões irão ser audiogravadas, se assim o consentir,

e garantimos que as mesmas serão destruídas no prazo de dois meses.

Condições e financiamento: A participação é voluntária e, portanto, não haverá lugar a nenhuma remuneração. Mais se acrescenta que este é um estudo não financiado.

Confidencialidade e anonimato: O *focus group* será audiogravado, apenas e somente, se para tal for obtido o consentimento informado de todos os participantes. Se tal não suceder, a equipa de investigação encarregar-se-á de anotar, integralmente, todo o conteúdo da sessão. Após transcrição integral da audiogravação para um documento Word do computador pessoal da investigadora, o seu registo será imediatamente eliminado. Este computador não está em rede, e o seu acesso está protegido por palavra-passe. Nas transcrições, serão omitidos todos os elementos que possam permitir a identificação dos participantes. A autoria dos fragmentos discursivos omitir-se-á pelo recurso a um código alfanumérico, e os resultados do estudo apresentar-se-ão de forma geral, preservando a identidade dos participantes.

Muito obrigada pela sua participação e colaboração neste estudo!

Maria Inês Pires (mariaines.piress00@gmail.com)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela investigadora. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Assinatura:

Data: / /

[1] http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaração_Helsinquia_2008.pdf

[2] <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Anexo 5 - Tabela de análise de conteúdo das respostas dos profissionais às perguntas abertas dos questionários

Temas	Categorias	Definição Operacional	Exemplos
Motivos de incumprimento da TOD	Recurso ao mercado ilícito ou consumo de SPA	Situações em que a TOD não se realizou devido ao utente recorrer ao mercado negro, ou ter consumido SPA.	- “comprou a dose no mercado negro/consumiu heroína e atrasou-se”
	Não cumprimento dos horários do serviço	Atrasos ou impossibilidade de comparecer no serviço dentro do horário do funcionamento do mesmo.	- “consequente incompatibilidade de horários” - “não cumpriu horário do serviço”
	Indisponibilidade de deslocação	Obstáculos de deslocação ao serviço, devido à grande distância do local de residência.	- “em situações de total indisponibilidade da pessoa para se deslocar ao local de TOD, devido a diversos motivos
Motivos invocados para o recurso à dispensa de doses, em detrimento da TOD	Questões laborais	Existência de atividades laborais como justificação para a toma da medicação não ter acontecido em TOD.	- “inserção laboral”
	Questões de saúde	Limitações físicas que não permitiram a administração em TOD.	- “compromissos de saúde ou estado debilitado de doença”
	Questões sociais/judiciais/pessoais	Existência de compromissos de carácter social, judicial, pessoal, ou de saúde, que faz com que seja justificada a dispensa da dose,	- “consultas análises, convocatórias IEPF” - “cumprimento judicial”

		apenas naquela situação pontual.	- “férias, encontros familiares”
	Obstáculos de deslocação	Dispensa de doses como uma possibilidade nos casos onde a distância entre o local de residência e o serviço, é extensa.	- “quando tem que percorrer uma grande distância para ir aos serviços”
	Fins de semana/feriados	Assunção de que o descanso desta rotina é necessário e deve acontecer aos fins de semana.	- “não sou a favor da TOD diárias e no nosso programa existe uma interrupção ao domingo, exatamente para que a pessoa possa ter, pelo menos, uma dia de descanso”
	Doses baixas	Possibilidade de a dispensa de doses acontecer nos casos onde o utente tem uma posologia baixa, em casos onde está a ser realizada a desabituação da medicação.	- “em situações de dose mínima para desmame”
Modalidades de implementação da dispensa de doses em vigor	Rotina inicial necessária	Necessidade da toma presencial numa fase inicial, já que a rotina que se estabelece é encarada como potenciadora da adesão ao tratamento.	- “Numa fase inicial da implementação do tratamento, parece-me importante que os utentes tenham a obrigatoriedade de comparecer ao serviço para a TOD, para reforçar a importância da adesão ao mesmo”
	Avaliação multidisciplinar e singular do utente	Grande importância da avaliação multidisciplinar do utente, bem como das	- “É necessário avaliar a capacidade do utente para gerir as doses antes de

		singularidades de cada utente e do seu processo de tratamento.	existir a dispensa delas.” - “deve ser sempre avaliada caso a caso e de acordo com a fase de evolução terapêutica e contexto psicossocial da pessoa”
	Adesão ao tratamento	Possibilidade de a dispensa de doses ter influências na adesão ao tratamento, podendo estas serem positivas ou negativas.	- “a recusa da dispensa de doses potencia o abandono do programa terapêutico”
	Autonomia e organização do utente	Entendimento da dispensa de doses como potencialmente benéfica para a autonomização do cliente quando este está suficientemente motivado e organizado	- “em utentes estruturados e com uma rotina diária coesa, seria benéfico para essa estrutura se manter” - “como uma forma de fornecer ao utente a autoconfiança necessária para acreditar que é capaz de se autogerir”
	Necessidade de abstinência	Perceção de que apenas utentes que se encontram abstinentes de SPA é que devem ter acesso à dispensa de doses.	- “para utentes abstinentes no uso de substâncias psicoativas ilícitas”
Desvantagem da dispensa de doses	Mercado ilícito	Possibilidade de venda da dose que é dispensada.	- “possibilidade de venda das doses”
Vantagens da TOV	TOV como forma de controlo da toma	Perceção da TOV como uma forma de monitorizar e	- “bem como a existência de algum controlo no

		assegurar a toma da medicação, principalmente no caso de utentes percecionados como menos estruturados.	caso de utentes menos estruturados”
	Questões sociais e de saúde	Possibilidade de a TOV ser benéfica em situações onde o utente tem complicações ao nível da saúde.	- “situações que apresentam comorbilidades de saúde”
	Questões familiares	Importância da TOV em situações onde o utente tem familiares dependentes de si.	- “utentes com responsabilidades parentais”
	Questões de deslocação	Perceção da TOV como vantajosa em situações onde o utente reside longe dos serviços.	- “para utentes com residência muito distante da instituição”
	Questões laborais	Benefício da TOV em situações onde o utente tem uma ocupação laboral.	- “benéfico para utentes inseridos laboralmente”
	Aumento de autonomia do utente	Perceção da TOV como uma forma de aumentar a sensação de autonomia no utente.	- “conferir aos mesmos a autoconfiança e a autogestão necessárias para o tratamento”
	Aumento da efetividade do tratamento	Perceção da TOV como uma estratégia que aumenta a efetividade do tratamento.	- “a TOV parece-me muito adequada e seria muito eficaz com alguns utentes, sobretudo os mais autónomos”
Desvantagens da TOV	Diminuição da autonomia do utente	Perceção da TOV como uma forma de diminuir a sensação de autonomia no utente.	- “implica a perda de autonomia pelo utente”
	Diminuição da efetividade do tratamento	Perceção da TOV como uma estratégia que	- “menos eficaz”

		diminui a efetividade do tratamento.	
	Manipulação da toma e venda ou adulteração da dose	Possibilidade de existir a venda ou adulteração da dose, bem como a manipulação da toma	- “incerteza no produto que estaria a tomar” - “dúvidas da diversão da metadona” - “simulação da toma”
	Importância da relação terapêutica	A elevada relevância da relação terapêutica, e como esta pode ser afetada negativamente pela TOV.	- “o contacto presencial é muito importante para o estabelecimento da relação utente/técnico”
Obstáculos à implementação da TOV	Obstáculos inerentes ao recurso às novas tecnologias	Dificuldade de acesso aos recursos tecnológicos necessários, assim como a literacia necessária, para a operacionalização da TOV.	- “ainda que bastante vantajosa, nem todos os utentes têm os meios tecnológicos necessários, acesso à internet, ou até mesmo capacidade para usar tecnologia”
	Dificuldades de operacionalização para os profissionais	Obstáculos que os próprios profissionais podem sentir na operacionalização da TOV.	- “o processo também seria demorado para os profissionais” - “difícil aplicação no funcionamento da instituição”
Recusa dos métodos alternativos como prática habitual	Dispensa de Doses	Apontamentos dos profissionais de saúde acerca da dispensa de doses e da importância do seu carácter excecional	- “a dispensa de doses só deverá ocorrer quando não existir nenhuma solução alternativa”
	TOV	Recusa de implementação da TOV.	- “não vejo qualquer benefício na toma por vídeo”

Sugestões de melhoria	Recurso a uma terceira pessoa que assumiria a responsabilidade da administração	Sugestão de existir uma terceira pessoa que se responsabilize pela administração da medicação, e que esta ocorra corretamente, e de forma segura.	- “caso o utente não tenha competência para tal, poderá haver um responsável pela administração da medicação”
------------------------------	---	---	---

Anexo 6 - Tabela de análise de conteúdo das respostas dos utentes às perguntas abertas dos questionários

Tema	Categoria	Subcategoria	Definição Operacional	Exemplos
Motivos da adequação dos métodos alternativos, em detrimento da TOD	Obstaculização à realização de tarefas quotidianas		Tarefas do dia a dia que poderiam ser realizadas se o utente não fosse obrigado a dirigir-se a um serviço de saúde, diariamente, para realizar a toma observada direta da medicação, bem como a necessidade sentida pelos próprios em ter uma vida completa, ordinária e natural.	- “podia resolver as minhas coisas que tenho para fazer” - “se quisesse sair, almoçar fora”
	Constrangimento s relacionais (família/amigos)		Dificuldades sentidas no que concerne as relações interpessoais dos utentes, assim como a importância de passar tempo com as mesmas.	- “não posso ajudar os meus porque tenho de estar aqui todos os dias (...) hoje um vizinho meu pediu-me ajuda (...) mas eu não o pude ajudar” - “também podia passar mais tempo com os meus meninos”
	Questões laborais		Reconhecimento das implicações que a TOD tem na	- “para os meus biscates era bom, tinha tempo para

	prática laboral dos utentes.	aceitar trabalhos”
Flexibilização de horários	Necessidade de flexibilização dos horários da toma da medicação, de acordo com a necessidade sentida pelo utente.	- “podia tomar às horas que eu quisesse”
Flexibilização da dose	Necessidade de adequação ou divisão da dose, com dois momentos de toma diários, devido às necessidades físicas dos utentes.	- “podia dividir a dose em duas partes, porque à noite sinto necessidade de tomar antes de ir para cama, às vezes aí é que me custa”
Deslocação	Obstáculos sentidos pelos utentes, na deslocação do local de residência ao serviço de saúde.	- “dava-me jeito não ter que vir para tão longe”
Limitações físicas	Preocupações dos utentes com a saúde física e com o envelhecimento, no seguimento de compreenderem que o tratamento se irá prolongar no tempo, o que os obriga a deslocarem-se diariamente, mesmo quando se encontram doentes.	- “tenho uma doença física (...) mas continuo a não poder andar (...) já não vou para novo, não sei como vai ser quando for velho mesmo e não me poder mexer”

Interação e influência entre utentes	Perceção de que a interação forçada pela TOD com os outros utentes é vista como prejudicial e indesejável.	- “porque não vinha para aqui ouvir estas coisas, é droga para cima, droga para baixo, se tiver que ir às drogas vou, mas vir aqui é mais suscetível, eu venho aqui e só se fala em droga (...) quando vim para aqui perdi-me (...) porque eles começam a falar e a minha cabeça começa a funcionar”
Necessidade de descanso	Valorização do descanso, não só do utente, como dos profissionais.	- “se quiser descansar, é o dia de folga, isto no domingo, se pudesse ter folga mais dias era uma maravilha” - “Também é bom para a Equipa ter o domingo, ou mais dias para descansar, não terem”
Aumento da autonomia	Perceção dos métodos alternativos como uma solução para aumentar a autoconfiança do utente, exercendo maior autonomia no seu processo de tratamento.	- “levar as doses podia ajudar às pessoas sentirem-se confiantes para se quererem tratar”

Toma assegurada		Valorização de um dos métodos alternativos (TOV) oferecer controlo sobre a toma da medicação, de forma que não houvesse diversão da mesma para o mercado ilícito.	- “pelo menos viam que uma pessoa estava a tomar, não havia coisa de vender”
Estigma	Perceção dos outros sobre a pessoa	Referência a críticas e juízos de valor por parte dos demais, relativos aos utentes, e o impacto destes sentido pelos próprios.	- “eu sei que muita gente passa aqui e pensa “vão vender ali droga e álcool”, as pessoas comentam (...) não nos vão querer aqui, já sei que vamos ter que sair desta paragem, como já aconteceu”
	Preconceito internalizado	Referência à existência de auto estigmatização relativamente à sua situação atual, assim como a vergonha e o acolhimento desta realidade para o resto da vida.	- “tenho vergonha de ser dependente disto, se pudesse vir aqui menos”
	Questionamento constante	Referência ao questionamento por parte de outrem acerca das razões para a presença em serviços dedicados à	- “as pessoas perguntam “o que está aqui a fazer?” ”

		dependência de SPA	
Perspetivas acerca das consequências do tratamento da dependência de SPA	Autoculpabilização	Manifestação de culpa sobre a situação em que se encontra, sendo que esta leva a um olhar sobre o tratamento como forma de tortura.	- “eu é que fiz isto a mim, tenho que ter as consequências”
	Metadona como rotina	Perceção de que o facto de o o tratamento ser muito prolongado no tempo leva ao fardo de que este faça parte da rotina diária, não só do utente, mas também das suas pessoas mais próximas.	- “Para não falar dos meus filhos, antes de os levar à escola, eles sabem que o pai tem que vir à carrinha tomar um remédio para não ficar doente, e custa-me que esta também seja a rotina deles, não só a minha, mas a deles.”
Vantagens da TOD	Impacto da Unidade Móvel	Impacto que o contacto com os serviços de saúde e profissionais têm na vida e no tratamento dos utentes.	- “também é bom termos a Equipa que nos dá muito apoio, se não vos tivesse aqui ou falasse com vocês, sei que não ia estar tão bem, percebes?”
	Suporte social	O contacto com os serviços e profissionais em TOD como uma forma de suporte social.	- “faz-me bem vir aqui, fazem-me companhia, vivo aqui perto, se não vier aqui, nunca saio de casa”

Critérios para os métodos alternativos	Grau de fiabilidade da pessoa em tratamento quanto ao respeito pelas indicações médicas relativas à toma	A fiabilidade dos utentes como um critério para a implementação de métodos alternativos, bem como das suas intenções com as doses disponibilizadas, através de um conjunto de estratégias sugeridas pelos mesmos.	- “Só devia ser dado a quem cumpre a regra” - “quem fosse responsável podia levar, porque nem toda a gente tem cabeça”
	Ter o tratamento como objetivo	Compreender se o utente tem como objetivo o tratamento, a melhoria pessoal e o compromisso do mesmo para com o processo de tratamento.	- “quem quer levar isto a sério era uma coisa muito boa (...) a sério é quem que se quer tratar”
	Abstinência e venda das doses	Existir uma restrição dos métodos alternativos aos utentes que, assumidamente, continua os seus consumos de SPA, ou que participa na venda ilícita da medicação.	- “quem anda na metadona não podia ir à droga, se vais à droga e andas aqui, estás só a gastar o teu tempo” - “Para quem anda a vender, isso não (...) e quem vende é porque não precisa”
Importância da metadona	Garantia para a evicção da síndrome de abstinência	Sintomas de abstinência relacionados com a falta do cloridrato de metadona e o impacto dos	- “se eu não consumir metadona, a ressaca é a pior m****, se eu não tomasse e vendesse, não

		mesmos nos utentes.	sei o que era de mim”
	Garantia quanto à evicção das substâncias compradas no mercado informal	O jogo de forças constante, entre as necessidades física e psicológica da medicação, e as mesmas necessidades relacionadas com o consumo de SPA.	- “ia vender para quê? Para gastar o dobro em droga?”
	Garantia do bem- estar global	A importância da manutenção do tratamento para o bem-estar físico e psicológico dos utentes, e a perceção dos mesmos do papel essencial que esta tem na sua vida e atividades diárias.	- “isto ajuda-me a funcionar”
Desvantagens dos métodos alternativos	Obstáculos inerentes ao recurso às novas tecnologias	Ausência de dispositivos eletrónicos que permitam a operacionalização e implementação do método alternativo TOV.	- “mas era preciso ter um telemóvel, eu como é que fazia? Não tenho desses modernos tu sabes, não sei como ia fazer”
	Incumprimento das regras dos métodos alternativos	Pressuposição de possíveis incumprimentos das diretrizes dos métodos alternativos.	- “se bem que há alguns que não vão atender a chamada e que vão inventar desculpas” - “achas que alguém ia esperar que o enfermeiro ligasse? Tenho

			a metadona comigo, estou a ressacar, achas que vou esperar que me liguem? Vou tomar logo!”
	Adulteração da dose	Adulteração das doses da medicação, bem como a facilidade de violar os recipientes de armazenamento da mesma.	- “Podia acontecer a adulteração da dose, já viste que o frasco abre (<i>mostrou como tirar a tampa do frasco de plástico sem quebrar o lacre</i>), qualquer pessoa mete ali o que quiser”
Sugestões de melhoria	Recurso a uma terceira pessoa que assumiria a responsabilidade da administração	Sugestão de um terceiro, que faz parte do dia a dia do utente, para se responsabilizar das doses de cloridrato de metadona, como forma de assegurar que a toma e a segurança da medicação não fica apenas a cargo do utente.	- “mas alguém que se responsabiliza se pela segurança da dose podia fazer com que não houvesse tanta venda”
	Controlo urinário	Exame toxicológico para detetar a existência da medicação ou de SPA nos utentes, como forma de controlar se a toma é realizada corretamente, e	- “podiam fazer análises”

	se o consumo de SPA persiste.	
Estratégias para a inviolabilidade das embalagens	Existência de outro recipiente de armazenamento da medicação, que conferisse menor probabilidade de ser violado, ou mudança de via de toma da mesma, com o objetivo de ser dificultada a adulteração da medicação.	- “se fosse saqueta ou pastilha, pois não dá para violar”

Anexo 7 - Tabela de análise de conteúdo das respostas do *focus group*

Tema	Categoria	Subcategoria	Definição Operacional	Exemplos
Dispensa de doses	Existência da dispensa de doses		Reconhecimento de que a dispensa de doses acontece e explicitação de como se operacionaliza.	- “o que eu faço é que durante um mês tomo em casa (...) quando venho aqui buscar a meta já levo para tomar em casa”
	Vantagens encontradas na dispensa de doses	Possibilidade de ser cuidador informal	Exemplo das oportunidades quotidianas e familiares que a dispensa de doses traz.	- “a mim dá-me jeito (levar para casa) porque tomo conta da minha mãe, e tenho que lhe dar o pequeno-almoço todos os dias (...) Sou cuidador da minha mãe, pronto, tomo conta dela, dá-me muito jeito vir só cá uma vez por mês”
		Contributo para a autonomia	Dispensa de doses como fator importante para aumentar a autogestão do utente.	- “As pessoas que, efetivamente, fazem um uso da metadona para trabalhar, para ter uma vida ativa, evidentemente, que é de todo o interesse que as próprias se autogiram, isso é uma parte fundamental do processo e do trabalho que têm de fazer”

Necessidade de melhoria das linhas orientadoras disponíveis		Necessidade de melhorar as linhas orientadoras da dispensa de doses existentes.	- “então acho que a política ou as linhas de orientação têm que contemplar estas diferenças entre uns e os demais, sem haver a tal injustiça que possas, às vezes, as pessoas comentar”
Fatores envolvidos na decisão	Singularidade do utente	Reconhecimento das singularidades dos utentes e do impacto que as mesmas têm no processo de decisão acerca do método de administração.	- “não mudava muito, essa coisa de umas pessoas levarem, dar positivo da cocaína e levarem, isso cada caso é um caso, não avalio isso, cada caso é um caso. Eu também consumo, mas não fumo heroína, e quero levar para casa? Não, cada caso é um caso, e os casos são todos são feitos em cada pessoa (...) estamos a ser avaliados como pessoa”
Capacidade de argumentação		Argumentação vista como um pilar da mudança do método de toma da medicação.	- “depende da capacidade, na minha opinião, de argumentação do cliente também, porque um cliente confiante é uma pessoa que argumenta com argumentos distintos, e negocia com argumentos

		distintos. (...) talvez uma pessoa menos capaz dessa argumentação tenha hipóteses diferentes”
Singularidade do prescritor	Importância da prescrição médica e, consequentemente, da pessoa que a prescreve no método de toma da medicação.	- “há médicos que seguem, se calhar, mesmo o que está ali estipulado, e depois há outros que... há várias variáveis que podem interferir, portanto, ou aumentam os dias, portanto, não seguem aquilo a direito (...) O que os diferencia é mesmo a prescrição como está efetuada. Fundamentalmente, depende muito de quem prescreve, na minha percepção”
Abstinência	Reconhecimento da necessidade de estar abstinente para poder usufruir da dispensa de doses.	- “eu dava uma chance, eu dava sempre uma chance, há segunda chance não, já não dava”
Relação de confiança enfermeiro-utente	Respeito e fomentação da confiança entre enfermeiro-utente, que surge como uma forma de avaliação do próprio e das suas capacidades de autogestão para poder levar as	- “uma pessoa cria uma coisa entre utente e enfermeiro, e depois há um erro, a pessoa fala com o enfermeiro, tudo bem, foi um erro, uma exceção. Agora, quando começa a haver muitas exceções, aí

			doses para domicílio.	também já se perde a confiança”
		Negociação entre profissional-utente	Negociação como um fator essencial para a adequação do método da toma da medicação.	- “Se o doente, ou a pessoa que está à frente do médico, diz que trabalha, tem isto e aquilo, há uma negociação que é feita (...), e então vai decidindo com a pessoa, e essa decisão só não é tão liberal quando está em risco a vida da própria pessoa”
		Influência dos EMITs	Influência dos EMITs nas opiniões dos participantes, bem como a importância de os mesmos serem negativos, como um critério para a dispensa de doses.	- “está um ano ou dois ou quatro sempre a negativo, e há um falhanço (...) uma pessoa leva dois ou três meses, e depois passado uns tempos faz o teste, pronto, negativo ou positivo”
		Aceitação das regras do serviço de saúde	Aceitação das regras impostas pelo serviço de saúde como absolutas e inquestionáveis.	- “o motivo (da autorização da dispensa de doses) vem sempre da chefia, de quem manda, a gente sabe o regulamento, só tem que fazer o que mandam”
TOD	Vantagens da TOD	Suporte social	O contacto com os serviços e profissionais em TOD como uma forma de suporte social.	- “é bom porque passeio Doutora, acredite, eu chateio-me de estar em casa e então venho e

			passeio, e também faz-me bem vir assim”
	Forma de controlo	Visão da TOD como a forma mais eficaz de controlo da toma da medicação, bem como a importância do controlo externo no utente.	- “com a TOD, o controlo da toma é muito mais... já temos utentes a vir cá diariamente que às vezes suspeitamos que até tentam ludibriar a toma presencial”
Desvantagens da TOD	TOD como rotina	Reconhecimento do peso da rotina e autorresponsabilização acerca das circunstâncias que a TOD envolve.	- “é a rotina todos os dias, já faço isso rotina, por isso (...) não é que goste, mediante o que tenho agora, o que a vida me proporcionou, ou o que eu quis que a vida me proporcionasse, é isso que eu tenho, quando quiser mudar, tenho de fazer por isso.”
TOV	Recomendações para controlo	TOV como uma forma de controlo em utentes menos estruturados ou percecionados como menos fidedignos.	- “mas isso seria uma forma de controlar mais ou menos as pessoas no qual tivessem um pouco de desconfiança e andassem a vender metadona.”
	Preocupações associadas à introdução da TOV	Adulteração das doses	Preocupação com a possibilidade de existir a adulteração das doses de medicação, com o objetivo de a vender.
			- “Aí está, o truque, eu posso fazer de conta que estou a tomar metadona em casa e não estou a tomar nada”

	Obstáculos inerentes ao recurso às novas tecnologias	Obstáculos relacionados com a tecnologia e acesso aos dispositivos necessários para a TOV.	- “e a maior parte dos utentes não sei se terá um telefone adequado para tal. E para além disso, o acesso à internet.”
Oposições genéricas		Oposições mais gerais levantadas pelos participantes.	- “eu por mim não sei qual era o benefício que isso ia trazer, em que sentido é que... isto da videochamada está-me a fazer um bocado de confusão”
Vantagens da TOV	Em casos de ocupação laboral	Reconhecimento de vantagens na TOV, no caso de existir atividade laboral.	- “e imaginando-me a trabalhar aqui e sendo, por exemplo, consumidora de heroína, eu, provavelmente, gostaria de ter videochamada em casa, porque não ia querer tomar aqui, ou ir a outro serviço.”
	Predisposição do utente	Reconhecimento de vantagens da TOV, no caso de o utente possuir os meios necessários e a predisposição para participar na TOV.	- “mas isso da videochamada podia-se fazer, mas caso a caso, onde os intervenientes, tanto a Doutora como o utente, em casos de o utente tem telemóvel, tem internet, propunha-se a fazer isso, era uma ajuda para ele, se ele concordasse, e se toda a gente

			concordasse, era bom, era bom”
Sugestões de melhorias	Existência de estratégias para a inviolabilidade das embalagens	Sugestão de outros formatos de armazenamento da medicação mais inacessíveis de adulterar.	- “E depois, relativamente, a comprimidos e saquetas de metadona, se calhar era fácil verificar a toma”
	Farmácias de proximidade	Sugestão do retorno à solução da farmácia de proximidade, como forma de combater as dificuldades de deslocação sentidas pelos utentes.	- “Digamos, por exemplo, o utente se calhar ter um cartão, um cartão individual, e não pode vir aqui, vai a outra unidade, ou vai a uma farmácia, efetuar a dose presencial. Há uns anos tínhamos muitos utentes com protocolos nas farmácias, e funcionava muito bem, mas depois acabou o IDT, acabou esses protocolos, mas acho que era uma coisa se calhar de voltar a pensar.”
A melhor intervenção: TOD, dispensa de doses ou TOV?	Depende das necessidades das pessoas	Reconhecimento dos benefícios dos três métodos de toma, e da importância de adaptar os mesmos às necessidades específicas de cada utente.	- “(...) se olharmos para a saúde como este grande prisma, eu acho que estas três são possíveis. (...) os determinantes sociais têm uma influencia enorme na vida das pessoas, um impacto enorme, e portanto, eu enquanto técnica,

não quero dizer
que é uma má
solução a
videochamada,
porque pode ser
boa”

- “Portanto, acho
que estas três
hipóteses são
boas ou têm os
seus... ou
poderão vir a ter
os seus efeitos
significativos,
conforme a
circunstância em
que são
aplicadas.”

Anexo 8 - Tabela referente aos resultados sobre o nível de interferência da TOD nos contextos da vida dos utentes, na perspetiva dos profissionais.

Componentes Avaliadas	Nível de interferência	Tipo de respostas				
		Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
Contexto familiar e social	Interferência positiva	8.6%	5.6%	28.6%	34.3%	22.9%
	Interferência negativa	11.4%	37.1%	31.4%	14.3%	5.7%
Contexto laboral/estudantil	Interferência positiva	14.3%	22.9%	20%	28.5%	14.3%
	Interferência negativa	11.4%	14.3%	37.1%	25.7%	11.4%
Atividades quotidianas	Interferência positiva	14.3%	8.6%	28.6%	37.1%	11.4%
	Interferência negativa	11.4%	20%	40%	20%	8.6%
Resultados do tratamento	Interferência positiva	2.9%		17.1%	45.7%	34.3%
	Interferência negativa	25.7%	42.9%	25.7%	5.7%	
Manutenção do tratamento	Interferência positiva	2.9%	2.9%	17.1%	42.9%	25.7%
	Interferência negativa	22.9%	34.3%	31.4%	11.4%	
Finalização do tratamento	Interferência positiva	5.7%	11.4%	14.3%	42.9%	25.7%
	Interferência negativa	25.7%	37.1%	25.7%	5.7%	5.7%
Satisfação com o tratamento	Interferência positiva	11.4%	14.3%	28.6%	34.3%	11.4%
	Interferência negativa	8.6%	34.3%	28.6%	20%	8.6%

Anexo 9 - Tabela referente aos resultados quantitativos sobre o nível de interferência da TOD nos contextos da vida dos utentes, na perspetiva dos próprios.

Componentes Avaliadas	Nível de interferência	Tipo de respostas					
		Não aplicável	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
Contexto familiar e social	Interferência positiva		43.3%	10%	13.3%	10%	23.3%
	Interferência negativa		26.7%	3.4%	10%	13.3%	46.7%
Contexto laboral/estudantil	Interferência positiva	33.3%	75%		10%		15%
	Interferência negativa	33.3%	15%		10%		95%
Atividades quotidianas	Interferência positiva		60%	13.3%	3.4%	3.4%	20%
	Interferência negativa		20%	3.4%	6.7%	10%	60%
Resultados do tratamento	Interferência positiva		30%	3.4%	10%	10%	46.7%
	Interferência negativa		43.3%	13.3%	13.3%		30%
Manutenção do tratamento	Interferência positiva		30%	3.4%	10%	13.3%	43.3%
	Interferência negativa		43.3%	10%	13.3%		33.4%
Finalização do tratamento	Interferência positiva		30%	6.7%	6.7%	13.3%	43.3%
	Interferência negativa		43.3%	13.3%	10%	3.4%	30%
Satisfação com o tratamento	Interferência positiva		53.3%	6.7%	6.7%	13.3%	20%
	Interferência negativa		26.7%	6.7%	6.7%	3.4%	56.7%