



**O ENFERMEIRO NA REDUÇÃO DE RISCOS E
MINIMIZAÇÃO DE DANOS: A PERCEPÇÃO DO
TOXICODEPENDENTE**

MARTA MARIA LOPES DE CARVALHO

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2010

MARTA MARIA LOPES DE CARVALHO

O ENFERMEIRO NA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS: A PERCEPÇÃO DO TOXICODEPENDENTE

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre
em Ciências de Enfermagem submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel
Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora – Doutora Teresa Rodrigues
Ferreira

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do
Porto

Co-orientadora - Mestre Elizabete Borges

Categoria – Professora Adjunta

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do
Porto

À memória da minha avó

UM MUITO OBRIGADO.....

À MINHA FAMÍLIA, que viveu comigo a angústia dos piores momentos e as alegrias dos pequenos sucessos;

À Doutora TERESA RODRIGUES, orientadora deste trabalho, pelo seu contributo, incentivo permanente e pelo saber que tão bem sabe partilhar;

À Mestre ELIZABETE BORGES, co-orientadora deste trabalho, por toda a disponibilidade, apoio, estima e crítica que transformou os nossos encontros em verdadeiros momentos de aprendizagem;

A TODOS OS PROFESSORES DO MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM E COLEGAS, que partilharam comigo os trilhos deste desafio, impulsionador do meu crescimento e maturidade enquanto pessoa e profissional;

A TODOS QUE, de qualquer modo, possibilitaram e contribuíram para que alcançasse este meu objectivo.

RESUMO

A problemática associada ao consumo de drogas é hoje uma preocupação de governos e da sociedade civil. O modelo de redução de riscos e minimização de danos significa uma mudança de políticas: da estratégia megalómana da eliminação ou erradicação do fenómeno da droga passou-se a uma estratégia modesta, pragmática e realista (Agra, 1998).

Com este trabalho de investigação pretendemos compreender a percepção da pessoa dependente de cocaína e heroína sobre o papel do enfermeiro que desenvolve o seu trabalho na redução de riscos e minimização de danos e o impacto na sua qualidade de vida.

O estudo situa-se no paradigma de investigação qualitativa, seguindo uma orientação fenomenológica. O estudo é do tipo exploratório e descritivo e envolveu onze consumidores de cocaína e/ou heroína, seleccionados intencionalmente numa amostragem não probabilística. O contexto de estudo foi um Centro de Acolhimento no Porto. O tratamento de dados foi realizado através da análise de conteúdo.

Dos resultados obtidos, os participantes deste estudo perceberam:

- no papel do enfermeiro, a dimensão técnica, ética, de substituição médica, ficando evidenciado a dimensão relacional, como um dos cuidados mais valorizados;
- de um modo favorável e positivo os enfermeiros que trabalham neste contexto, no entanto tal não é evidenciado em outras estruturas de saúde;
- o conceito de qualidade de vida como a satisfação das necessidades humanas básicas (abrigo, higiene, alimentação, sono) aliadas a um projecto de vida (que engloba a sua individualidade, a existência de regras, saúde, interacção, responsabilidade, emprego e a ausência de drogas);
- as implicações do enfermeiro, na sua qualidade de vida, nomeadamente através da monitorização dos programas de substituição em baixo limiar de exigência, da capacidade do enfermeiro estabelecer uma relação de ajuda e do facto de ser do género feminino.

Fica evidente ao longo deste estudo a necessidade de uma maior individualização dos cuidados de enfermagem. Sugere-se que o enfermeiro faça uma (re) avaliação das suas crenças e valores, para livre de preconceitos, se possa tornar promotor de uma relação de ajuda, com atitudes de respeito, autenticidade, congruência e aceitação incondicional.

ABSTRACT

The problems associated with drug addiction are a matter of great worry for governments and society in general. The harm reduction strategy stands for a change of policies: from a strategy of megalomaniac elimination or eradication of drugs to a modest, pragmatic and realistic approach (Agra, 1998).

It was our aim with this investigation work to understand the cocaine and heroin users perception of the nurse's role in harm reduction and the impact in their quality of life.

This study stands on a qualitative approach, following a phenomenological orientation. This descriptive exploratory study included eleven cocaine and heroin users intentionally selected in a non probabilistic sample. The background of this study was a sheltered accommodation for drug users in Oporto. Data management was done through subject analysis technique.

From this study we could realise that the involved perceived:

- the nurse's role in the technical, ethical and doctor's substitution dimensions and stressed the personal relationship established between them as the most important dimension;
- the nurse's role as positive and favourable in this background, which doesn't occur in other health care structures;
- the concept of quality of life as the satisfaction of basic needs (shelter, hygiene, food, sleep) allied to a life project (including their individuality, the existence of rules, health, interaction, responsibility, job and a drug-free life);
- the nurse's implications in their quality of life, namely through monitoring opiate substitute programmes, the capacity of creating a helping relationship and the fact of being a female nurse.

Viewing the obtained results, it is clear that there is a need of individualizing nursing cares. We suggest that the nurse (re)evaluates his/her own beliefs and values so that he/she can promote a helping relationship based on respect, authenticity, congruency and absolute acceptance, free of prejudice.

ÍNDICE DE FÍGURAS

	Pág.
Figura n.º 1- Análise comparativa do conceito de dependência CID-10 e DSM-IV	18
Figura n.º 2- Percepção do conceito de qualidade de vida pelo toxicodependente	52
Figura n.º 3- A hierarquia das necessidades segundo Maslow	53
Figura n.º 4- Percepção da problemática das drogas por parte dos enfermeiros	59
Figura n.º 5- Percepção das dimensões do papel do enfermeiro pelo toxicodependente	62
Figura n.º 6- Percepção da individualização dos cuidados pelos enfermeiros	69
Figura n.º 7- Percepção da relação entre necessidade expressa e resposta do enfermeiro	70
Figura n.º 8- Percepção da adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades do toxicodependente	71
Figura n.º 9- Percepção da relação entre tempo/execução dos cuidados de enfermagem.....	72
Figura n.º 10- Percepção do valor atribuído aos cuidados de enfermagem pelo toxicodependente	74
Figura n.º 11- Percepção da satisfação do toxicodependente com os cuidados de enfermagem	78
Figura n.º 12- Percepção do contributo do enfermeiro na qualidade de vida do toxicodependente	80

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela n.º 1- Caracterização da amostra	47

SIGLAS E ABREVIATURAS

DL	Decreto-Lei
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
ONG	Organização Não Governamental
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
VHC	Vírus da Hepatite C
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
CID	Classificação Internacional das Doenças
OEDT	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
CA	Centro de Acolhimento
GATSESF	Gabinete de Apoio Toxicodependentes Sem Enquadramento Sócio-Familiar
CNLCS	Comissão Nacional Luta Contra Sida
CRI	Centro de Respostas Integradas
CAMT	Centro de Apoio Motivacional a Toxicodependentes
cit. <i>por</i>	Citado por
et al.	E outros
A.C.	Antes de Cristo
n.º	Número

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	11
<u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	
1- DEPENDENCIAS.	16
1.1- Do uso à dependência - uma questão de terminologia.....	17
1.2- O dependente de heroína	21
1.3- O dependente de cocaína.....	23
1.4- A dependência de heroína e cocaína.....	25
2- TOXICODEPENDENCIAS: UM FENÓMENO SOCIAL E INDIVIDUAL.....	28
2.1- Modelos de intervenção na dependência de heroína e cocaína.....	29
2.1.1.- A redução de riscos e minimização de danos em Portugal	31
3- UM NOVO CONTEXTO DO CUIDAR - A REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS	34
3.1- A Enfermagem na redução de riscos e minimização de danos	37
<u>INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</u>	
4- METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO.....	43
4.1- Conceptualização do estudo.....	43
4.2- Contexto de estudo.....	45
4.3- População e amostra.....	46
4.4- Técnica de recolha de informação	49
4.5- Procedimentos.....	49
4.6- Considerações éticas	50
5- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	52
5.1- Percepção do conceito de qualidade de vida pelo toxicodependente	52
5.2- Percepção da problemática das drogas por parte dos enfermeiros.....	59
5.3- Percepção das dimensões do papel do enfermeiro pelo toxicodependente	62
5.4- Percepção da individualização dos cuidados pelos enfermeiros.....	68
5.5- Percepção da relação entre necessidade expressa e resposta do enfermeiro.....	70

5.6- Percepção da adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades do toxicodependente	71
5.7- Percepção da relação entre tempo/execução dos cuidados de enfermagem.....	72
5.8- Percepção do valor atribuído aos cuidados de enfermagem pelo toxicodependente	73
5.9- Percepção da satisfação do toxicodependente com os cuidados de enfermagem....	78
5.10- Percepção do contributo do enfermeiro na qualidade de vida do toxicodependente	80
6- CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	83
7- BIBLIOGRAFIA.....	86
ANEXOS.....	91

Anexo A – Caracterização do contexto de estudo

Anexo B - Guião da entrevista

Anexo C – Matrizes das entrevistas realizadas

Anexo D - Autorização da Instituição para realização do estudo

INTRODUÇÃO

O fenómeno do consumo de drogas como a heroína e a cocaína no momento actual, constitui uma das maiores preocupações de organismos internacionais e de governos devido à sua nefasta repercussão nos aspectos pessoais, familiares, no trabalho e na sociedade, em geral (Teixeira, 1999).

No entanto, nos últimos anos houve alterações: uma evolução técnica e legislativa que possibilitou a diluição de posições extremas, possibilitando que a prática clínica de hoje, seja mais adaptada e menos refém do ideal de abstinência, acompanhada de uma intervenção legal mais adequada e de uma posição de maior compromisso entre o consumidor e a sociedade que o vê consumir.

Foram os problemas suscitados pelos consumos de heroína e cocaína, que originaram a emergência da redução de riscos e minimização de danos, como um novo, mas ainda, recente contexto de cuidar, que se focaliza no consumidor dependente, numa vertente pragmática e humanista e o compreende numa perspectiva pluridisciplinar, enquanto ser biopsicossocial.

Neste contexto de cuidar, a incapacidade momentânea ou a vontade de permanecer nos consumos são aceites como factos e os seus motivos importantes de compreender (Torres & Ribeiro, 2001).

A comunidade internacional, nomeadamente o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência - OEDT (2009) tem reconhecido a importância deste tipo de intervenção, sendo considerado prioritário nos 23 países membros, principalmente pela extrema importância do programa de troca de seringas e consequente prevenção de doenças infecciosas.

Em Portugal, a redução de riscos e minimização de danos foi operacionalizada no Decreto-Lei - DL n.º183/2001 de 21 de Junho, através de um conjunto de estruturas sócio-sanitárias, nomeadamente Centros de Acolhimento¹ (CA) e Gabinetes de Apoio a

¹ Os Centros de Acolhimento (CA) “são espaços residenciais temporários (...) destinam-se a contribuir para o afastamento de ambientes propícios ao consumo, bem como para o encaminhamento social e terapêutico de toxicodependentes excluídos” (DL n.º 183/2001 de 21 de Junho, p.3595).

Toxicodependentes Sem Enquadramento Sócio-Familiar² (GATSESF) e a criação de programas (programa de troca de seringas³, programa de substituição em baixo limiar de exigência⁴), etc.

Para viabilidade destas estruturas e numa filosofia de trabalho mútuo, o enfermeiro integra a equipa multidisciplinar da redução de riscos e minimização de danos, de modo a dar respostas às necessidades em cuidados de saúde, promovendo a saúde individual e consequentemente, a saúde colectiva da população em geral (Seabra, 2005).

É partindo deste pressuposto que emerge a problemática do nosso estudo. Para nós, torna-se urgente a reflexão entre os enfermeiros, de modo a que se possa praticar a Enfermagem como uma arte na redução de riscos e minimização de danos, discutindo a ajuda singular que estão aptos a prestar.

Deparamo-nos com a exigência de um profissional de enfermagem inserido num contexto de cuidar com características peculiares, onde várias vezes o utente é julgado ora doente, ora delinquente e outras vezes, acumulando os dois papéis, sem o estatuto de Pessoa⁵ com direitos e deveres que lhe promovam a dignidade de ser humano.

Tal como Agra (1998) nos diz, o poder sobre o fenómeno da droga, tão ambicionado, só se aproximará do saber, quando surgir momentos de compreensão e explicação dos comportamentos toxicodependentes, procurando o actor social que cada consumidor é, captando e descodificando as suas mensagens, tendo em atenção a plenitude pluridimensional que integra os elementos biológicos, sociológicos, psicológicos rumo à totalidade indivisível que é o ser humano.

² Os Gabinetes de Apoio a Toxicodependentes Sem Enquadramento Sócio-Familiar (GATSESF) “destinam-se a contribuir para o diagnóstico e melhoria das condições sócio-sanitárias de toxicodependentes marginalizados e excluídos e para o seu encaminhamento social e terapêutico”. De acordo com artigo 10.º, a equipa de apoio deve incluir um médico e um enfermeiro (DL n.º 183/2001 de 21 de Junho, p.3595).

³ Os programas de troca de seringas têm como objectivo “a prevenção da transmissão de doenças infecciosas por via endovenosa através do incremento da assepsia no consumo intravenoso (...) promover a acessibilidade à troca de seringas e agulhas, bem como filtros, toalhetes, água destilada, ácido cítrico e outros materiais adequados” (DL n.º 183/2001 de 21 de Junho, p.3599).

⁴ Os programas de substituição em baixo limiar de exigência tem como objectivos “a redução do consumo de heroína, pela sua substituição pela metadona, a ser dispensada através de programas de grande acessibilidade, sem exigência imediata de abstinência e em instalações adequadas para o efeito; o aumento e a regularidade dos contactos do consumidor com os profissionais de uma equipa sócio-sanitária, que possam concorrer, nomeadamente, para a futura abstinência”. De acordo com artigo 46.º, a equipa de apoio deve incluir um enfermeiro por cada 100 utentes (DL n.º 183/2001 de 21 de Junho, p.3598).

⁵ Ser Pessoa é ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e desejos de natureza individual, o que a torna num ser único, com dignidade própria e direito à autodeterminação. Os seus comportamentos são influenciados pelo ambiente onde vive e se desenvolve, o qual é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais. Ao interagir com o ambiente, modifica-o e sofre a influência dele na procura incessante do equilíbrio e harmonia. Cada pessoa, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos seus valores, crenças e desejos individuais, o que permite entender que cada um assume e vivencia um projecto de saúde. As funções fisiológicas são processos não intencionais, influenciados pela condição psicológica e pelo bem-estar e conforto físico. Esta inter-relação torna clara a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Logo, torna-se crucial ouvir o que esta pessoa tem a dizer sobre os cuidados de enfermagem que lhe são prestados e o impacto que o enfermeiro tem na sua qualidade de vida.

No âmbito do XVI Mestrado em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, propomo-nos realizar um estudo qualitativo, de natureza exploratória e carácter descritivo. Com o recurso a entrevistas pretendemos obter a percepção do toxicodependente (consumidor de heroína e cocaína) sobre o enfermeiro que desenvolve o seu trabalho na área da redução de riscos e minimização de danos.

Ao longo deste estudo, o toxicodependente é entendido como uma pessoa que está numa situação de dependência relativamente à heroína e/ou cocaína e que tal lhe produz consequências (físicas e psicológicas), bem como uma dificuldade em livrar-se desta, inclusivé, quando vivida de forma destrutiva.

Tivemos como ponto de partida o seguinte problema de investigação: Qual a percepção da pessoa toxicodependente, utente⁶ de um CA, sobre o enfermeiro que desenvolve o seu trabalho na redução de riscos e minimização de danos?

Definimos como objectivos do estudo:

- Identificar a percepção do toxicodependente sobre os cuidados de enfermagem prestados na área da redução de riscos e minimização de danos;
- Identificar os cuidados de enfermagem, mais valorizados pelo toxicodependente, na área da redução de riscos e minimização de danos;
- Identificar as expectativas do toxicodependente, relativamente ao papel do enfermeiro, na área da redução de riscos e minimização de danos;
- Identificar a percepção do toxicodependente sobre o conceito de qualidade de vida.

Através da análise do impacto das intervenções do enfermeiro sobre a qualidade de vida do toxicodependente, e da descrição da percepção do seu papel, serão as linhas orientadoras para a melhoria da intervenção do enfermeiro, para uma prática de excelência do cuidar em redução de riscos e minimização de danos – finalidade que prosseguimos com este trabalho.

Na nossa opinião é importante dar voz, tornando o toxicodependente, autor e actor do seu plano terapêutico, em que é entendido como um participante com voz activa e não como apenas como uma figura associada a perigosidade, precariedade social e sanitária.

⁶ Utente – “ que usa” (Dicionário da Língua Portuguesa, 2003)

Este trabalho será estruturado em duas partes essenciais: enquadramento teórico e investigação empírica.

A primeira parte com três capítulos integra a revisão bibliográfica efectuada. No primeiro capítulo, clarificaremos o conceito de dependência, bem como as diferentes terminologias utilizadas e caracterizaremos o dependente de heroína e o dependente de cocaína. No segundo capítulo apresentaremos uma abordagem da toxicodependência como um fenómeno individual e social, que leva a diferentes modelos de intervenção, emergindo o modelo de intervenção da redução de riscos e minimização de danos, nomeadamente em Portugal. Finalizamos com o terceiro capítulo, onde nos debruçaremos sobre a redução de riscos e minimização de danos, definindo o paradigma de intervenção, fazendo referência a trabalhos encontrados, e caracterizaremos o papel da enfermagem neste contexto do cuidar.

A segunda parte do trabalho – investigação empírica - é constituída por três capítulos.

No quarto capítulo desta segunda parte, será desenvolvido o desenho do estudo, através de uma descrição sistemática dos aspectos metodológicos em que o mesmo se alicerça. No quinto capítulo, procederemos à análise e interpretação dos dados e por fim, no último capítulo, apresentaremos as conclusões obtidas, delineando algumas propostas que emergem do estudo.

No sétimo capítulo incluímos a bibliografia consultada para a realização deste trabalho. A organização deste capítulo terá em conta as diversas fontes documentais a que tivemos acesso.

No entanto e tendo em conta as nossas limitações, pretendemos que esta investigação possa também assumir um papel importante como geradora de novos conhecimentos e como um reforço de saber científico neste, ainda recente, contexto de cuidar em Enfermagem. Apresentamo-lo, como sendo uma mais-valia na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tal como afirma Fortin “a investigação em enfermagem visa aumentar o campo dos conhecimentos na disciplina, contribuindo para a saúde das populações através da melhoria de qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem” (2003, p.62).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- DEPENDÊNCIAS

O relatório da OEDT (2009) sobre o fenómeno da evolução das drogas, realça que não há grandes evidências de que a situação em matéria de consumo de heroína e cocaína, esteja a melhorar e são estas as duas substâncias que permanecem no centro do problema de droga europeu.

Ainda segundo a mesma fonte, salienta que se torna difícil traçar um panorama claro nesta área devido à necessidade de levar em linha de conta, as questões de oferta e procura, particulares de cada sub-região ou de criar sistemas de informação mais eficazes e precisos de modo a tornar a comunicação, entre os diferentes países membros, mais clara e objectiva.

Globalmente, a cocaína é a segunda droga ilegal mais consumida na Europa, a seguir à cannabis, apesar dos níveis de consumo variarem muito entre os países. Estima-se que cerca de 13 milhões de europeus a tenham consumido pelo menos uma vez na vida, uma média de 3,9% dos adultos europeus entre os 15 e os 64 anos, observando-se que os actuais níveis de consumo permanecem elevados, nomeadamente em Portugal (OEDT, 2009).

Por outro lado, estima-se que existam na Europa cerca de 1,5 milhões de consumidores problemáticos de opiáceos, dos quais, a heroína continua a ser responsável pela maior percentagem de morbilidade e mortalidade. O consumo desta droga diminuiu, de um modo geral, a partir da última metade da década de 1990, mas actualmente apesar de se verificar em alguns países um decréscimo no consumo, a situação é ainda pouco esclarecedora e em algumas áreas suscita preocupação, principalmente com o agravamento das dificuldades económicas europeias (ibidem).

Devido à importância deste tipo de matérias, coloca-se a necessidade de efectuar estudos de investigação para a redução progressiva das lacunas existentes. No entanto, no domínio das dependências de cocaína e heroína, há muito que foi compreendido que esta problemática de consumo, deve ser sempre abordada de uma forma holística e integrada no contexto de estilos de vida saudáveis e de escolhas esclarecidas.

1.1 - Do uso à dependência – uma questão de terminologia

Tal como refere Escohotado (2004) a droga, ainda é entendida como há milénios pensavam Hipócrates e Galeno, pais da medicina científica: “uma substância, que em vez de ser vencida pelo corpo (e assimilada como simples nutriente) é capaz de vencê-lo, provocando – em doses insignificamente pequenas quando comparadas com de outros alimentos – grandes alterações orgânicas e anímicas” (p. 9).

A Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE, 2001, p. 60), descreve o diagnóstico de enfermagem, uso de drogas, como um “tipo de uso de substâncias (uso regular, para efeitos não terapêuticos, de substâncias que podem ser prejudiciais à saúde e causar adição) com as características específicas: uso regular de drogas, como os narcóticos, para um efeito não terapêutico”.

Autores como Almeida, Dratcu, & Laranjeira (1996), relatam nos seus estudos além do conceito de uso, o conceito de abuso ou uso nocivo, como sendo o consumo de substâncias associado a prejuízo para o indivíduo (quer seja psicológico, social ou biológico) diferenciando-os do conceito de dependência (um consumo sem controlo, geralmente associado a problemas sérios para o indivíduo).

Numa tentativa de unificar critérios de diagnóstico para guiar pesquisas e leituras científicas, as classificações internacionais: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), em 1996, e a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1993, propõem a distinção entre esses mesmos, três grandes tipos de comportamentos de consumo: o uso, o abuso ou utilização nociva para a saúde e a dependência.

DSM – IV	CID-10 (OMS)
A dependência de uma substância é definida como o padrão disfuncional da utilização de substâncias levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por 3 (ou mais) dos seguintes itens, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses: 1. <i>Tolerância</i>, definida por qualquer um dos seguintes: a) Necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou efeito desejado; b) Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância, 2. <i>Abstinência</i>, manifestada por qualquer um dos seguintes: a) Síndrome de abstinência característica da substância; b) A mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência. 3. A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia. 4. Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância. 5. É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção (por exemplo, visitar vários médicos ou conduzir longas distâncias) e utilização da substância (por exemplo: fumar em cadeia) e à recuperação dos seus efeitos. 6. É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância. 7. A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância (por exemplo, utilização de cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína, ou manutenção do consumo de álcool apesar do agravamento de uma úlcera duodenal devido ao consumo deste).	A dependência química é uma enfermidade incurável e progressiva, apesar de poder ser estacionada pela abstinência. O Síndrome de Dependência é definido com pelo menos três das seguintes manifestações que devem ter estado habitualmente presentes ao mesmo tempo no decurso do último ano: - Desejo intenso ou compulsivo de utilizar substância psicoactiva; - Dificuldade em controlar a utilização da substância (início ou interrupção do consumo ou níveis de utilização) -Síndrome de abstinência fisiológica quando o indivíduo diminui ou pára o consumo de uma substância psicoactiva, como testemunham o surgimento de um síndrome de abstinência característico da substância ou a utilização da mesma substância (ou de uma substância aparentada) para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência. -Evidenciação de uma habituação aos efeitos da substância psicoactiva; o indivíduo tem necessidade de uma quantidade maior da substância para obter o efeito desejado (certos indivíduos dependentes de álcool ou dos opiáceos podem consumir doses quotidianas que seriam letais ou incapacitantes para os indivíduos não dependentes); -Abandono progressivo de outras fontes de prazer ou interesse em proveito da substância psicoactiva, aumento do tempo passado a obter a substância, a consumi-la ou a recuperar dos seus efeitos; -Continuação do consumo da substância apesar do aparecimento de consequências manifestamente nocivas (por exemplo, atingimento hepático devido excessos alcoólicos, episódio depressivo após um período de consumo considerável ou alteração do funcionamento cognitivo ligado ao consumo de uma substância): temos de tentar apurar que o indivíduo estava ao corrente, ou que seria, suposto tê-lo estado, de natureza e gravidade das consequências nocivas.

Adaptado de Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores

Figura n.º 1- Análise comparativa do conceito de dependência CID-10 e DSM-IV.

Na DSM-IV, tal como podemos constatar o conceito de dependência pode especificar-se como dependência fisiológica (evidência de tolerância ou abstinência (isto é, presença do item 1 ou 2) ou sem dependência fisiológica, sem evidência de tolerância ou abstinência (isto é, ausência do item 1 ou 2). Esta definição de dependência tem o mérito de integrar dados de ordem biológica (critérios 1 e 2), psicológica (critérios 3 e 4) e comportamental (critérios 5, 6 e 7).

Os critérios da CID-10 são próximos aos da DSM-IV, estando os sete critérios do DSM-IV concentrados em cinco da CID-10, acrescentando apenas um outro item relacionado com o desejo intenso ou compulsivo de utilizar uma substância (o efeito de *craving*⁷).

Ao lado do conceito de dependência foram criadas categorias intermédias para os estados que levam manifestamente a um prejuízo para o indivíduo como por exemplo o conceito de abuso na DSM-IV (1996) que é similar ao conceito de utilização nociva para a saúde, na CID-10 (1993) e que representa os usos ocasionais ou repetidos (sem que haja dependência) susceptíveis de provocar problemas de saúde e/ou sociais (cit. por Angel, Richard, & Valleur, 2002).

No entanto, existem outros conceitos, como por exemplo a adicção⁸, que é utilizado por diversos autores nomeadamente, Goodman em 1990 e Alonso-Fernandez, em 1996 (cit. por Esteves & Vieira-Coelho, 2007).

Com diferentes terminologias existentes e sem uma definição clara e universalmente aceite, o termo dependência poderá ter significados diferentes, de acordo com o contexto popular, legal e científico.

No entanto, certo é que a evolução da dependência é variável, mas em geral, crónica, prolongando-se ao longo dos anos, com períodos de exacerbação e de remissão parcial ou completa: pode haver períodos de problemas graves, períodos de abstinência total e períodos de utilização sem problemas, prolongando-se por vezes durante toda a vida.

⁷ *Craving* é entendido como um desejo irreprimível, intrusivo e intenso que leva ao consumo da droga. No caso de heroína, droga com grande poder aditivo e em relação à qual a tolerância se desenvolve facilmente, a mesma dose vai deixando progressivamente de dar prazer, e gera-se uma compulsão, que no calão é designado por “ânsia”, mas que a comunidade científica define como *craving*. O *craving* tem uma componente obsessiva - compulsiva, em que o indivíduo deixa de poder exercer um controlo voluntário sobre o desejo da droga (Bauer, 1992).

⁸ O termo adicção é utilizado com sentido diverso por vários autores. “Para Goodman (1990) ele sintetiza os conceitos de dependência (vista na gratificação interna) e de compulsão (entendida como evitamento de estados interiores desagradáveis). Para Alonso-Fernandez (1996) é uma forma de comportamento mórbido ou patológico vivenciado pelo sujeito como uma experiência que ele próprio não domina (constituída por impulsos incontroláveis para realização do comportamento em causa, tendência à reiteiração e implicação nociva para o sujeito). A OMS, em 1994, entende adicção como a compulsão para o uso de substâncias, com existência típica de tolerância e presença frequente de síndrome de privação, veiculando também a noção de efeito nocivo para a sociedade; se bem que utilizado desde 1957, a OMS recomenda a partir de 1964, a substituição deste termo pelo de dependência” (Esteves & Vieira-Coelho, 2007, p. 8)

Mas, é hoje reconhecido que o consumo de substâncias indutoras de dependência, uma vez iniciado, tende, em muitos casos, a sofrer uma *escalada*⁹, que representa níveis cada vez mais graves, com ciclos repetidos de cessação e recaída, ocorrendo ao longo de um prolongado período de tempo (Hser et al, 1997 cit. por Esteves & Vieira-Coelho, 2007).

Estamos assim, em presença do que podemos considerar uma doença crónica e recidivante, evoluindo num percurso de relação da pessoa com a substância, que tem vindo a ser apelidado de “trajectória¹⁰ de dependência”, de “carreira¹¹ de uso de drogas” ou “carreira de dependência” (Maddux e Desmond, 1981; Frykhlo, 1985; Mercier, 2001 cit. por Esteves & Vieira-Coelho, 2007, p. 23).

A carreira de tratamento pode iniciar-se tarde, em relação à carreira de uso de drogas, com uma pessoa imersa já num estilo de vida relacionado com as drogas e uma eventual actividade criminosa.

Esta temporalidade tem uma lógica, atendendo às fases do modelo transteórico de comportamento de mudança, descritas por Prochaska & DiClement (1983) segundo os quais o toxicodependente terá de percorrer um conjunto de estádios psicológicos até à procura de ajuda, que vão da negação do problema (pré-contemplação), à aceitação do problema com avaliação de alternativas (contemplação), à resolução de mudança e ponderação como realizá-la (preparação), sua implementação (acção) e consolidação da mesma (manutenção da acção). Poderão a partir daqui, ocorrer recaídas ou abandono do uso da droga (finalização). Este processo pode repetir-se inúmeras vezes ao longo da carreira de dependência.

Num estudo de Esteves, em 1992, verificou-se que a duração em média é de 5,9 anos entre período de início de consumos até momento de acção e primeiro tratamento. Este período relativamente longo é influenciado por antigos tratamentos, tipo de drogas consumidas e frequência de episódios de consumo, percepções e atitudes do consumidor em relação aos consumos e participação e envolvimento em tratamento anteriores (cit. por Esteves & Vieira-Coelho, 2007).

⁹ O destaque da palavra *escalada* em itálico relaciona-se com o facto de ter um significado particular no contexto das toxicodependências. Olievenstein (1973) propõe uma definição para toxicodependente baseado neste termo, considerando o toxicodependente todo aquele que, a partir dum produto base, faz uma *escalada* para um outro ou outros produtos, e os utiliza quotidianamente.

¹⁰ A noção de *trajectória* refere-se à ideia de que as pessoas com uma determinada perturbação evoluirão através de uma série de fases, cada uma destas com um conjunto de atributos, que a distingue da seguinte (Esteves & Vieira-Coelho, 2007).

¹¹ O conceito de *carreira*, leva-nos a uma relação do indivíduo com a droga, justificando uma necessidade de compreender este itinerário, e não apenas o comportamento imediato de consumo de droga.”Estaremos ainda a falar do modo como o sujeito se chega a perceber a si próprio e é percebido pelos que o rodeiam, como “drogado”- momento fulcral para o desenvolvimento da carreira de toxicodependente.” (Fernandes, 1997,p.163)

1.2- O dependente de heroína

O uso nocivo ou abuso de drogas, que leva na maioria das vezes à dependência, não pode ser considerado um estilo de vida recente.

As culturas de caçadores - colectores (sem dúvida as mais antigas do planeta) têm em comum uma pluralidade de Deuses em que reafirmavam a sua identidade cultural passando por experiências com alguma droga psicoactiva (substância que altera o funcionamento cerebral). As primeiras hóstias ou formas sagradas eram substâncias psicoactivas, como o *peyotl* (uma espécie de pequenos cactos), o vinho ou certos cogumelos (Escohotado, 2004).

Um dos pontos primordiais, revela uma ligação íntima entre as drogas, a religião, a medicina e a magia. A mais antiga fusão destas quatro dimensões é o xamanismo, uma instituição cujo sentido é ministrar técnicas de êxtase, entendendo-se este por um transe que elimina barreiras entre a vigília e o sonho, o céu e o subsolo, a vida e a morte. “Tomando uma droga ou dando a outro (...) o xamã (...) lança uma ponte entre o comum e o extraordinário, que serve tanto para a adivinhação mágica como para as cerimónias religiosas e para terapia” (Escohotado, 2004, p. 12).

Relativamente aos opiáceos, há hieróglifos egípcios que mencionam o suco extraído das plantações de papoila dormideira – o ópio (de onde deriva a heroína) – recomendando como analgésico e calmante para os bebés por via rectal ou oral (Escohotado, 2004).

As plantações de papoila-dormideira no sul de Espanha e na Grécia, no noroeste de África, no Egipto e na Mesopotâmia, são provavelmente as mais antigas do planeta, sendo descrita a primeira referência do uso desta planta em placas sumérias do terceiro milénio antes de Cristo (A.C.), por meio de uma palavra que significa “gozar”. Homero refere “o ópio – na Odisseia – como coisa que faz esquecer qualquer sofrer” (ibidem, p.18).

Para a comunidade científica, a designação de opiáceos inclui o ópio e seus derivados e ainda substâncias sintéticas com acções semelhantes. A morfina e a codeína são substâncias naturais.

A metadona¹² é um composto sintético enquanto a heroína é um derivado semi-sintético da morfina (Esteves & Vieira-Coelho, 2007).

A heroína é a droga de abuso mais frequente e como é uma substância muito lipossolúvel, chega mais facilmente ao cérebro, causando um maior risco de dependência do que por exemplo a morfina. Os seus efeitos são explicados pela activação dos receptores opiáceos, no entanto, também interfere com outros neurotransmissores como a noradrenalina e a dopamina, aumentando a libertação desta última e provocando a dependência (ibidem).

Os efeitos desta droga prendem-se com efeitos funcionais dos receptores opiáceos podendo causar depressão respiratória, obstipação, náuseas, vómitos, diminuição da frequência cardíaca e miose (constricção das pupilas). Os sinais e sintomas subjectivos são de euforia, sensação de prazer, tranquilidade, diminuição da atenção e memória, tonturas e lentificação. A situação de overdose¹³, muitas vezes accidental, é uma emergência médica pois é potencialmente letal (ibidem).

A forma como os opiáceos são consumidos é variável, o ópio é fumado, a heroína pode ser injectada por via endovenosa, inalada ou fumada.

A injeção por via endovenosa apresenta vários riscos de transmissão de doenças, nomeadamente hepatites e pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Na maior parte das vezes a heroína é misturada com outras drogas estimulantes como a cocaína (*speedball ou bower*) para potenciação do efeito (ibidem).

O consumo de heroína, sobretudo injectada, tem estado estreitamente associado ao consumo problemático de droga na Europa desde a década de 1970. Actualmente, esta droga ainda é responsável pela maior parte da morbilidade e da mortalidade relacionada com o consumo de droga na União Europeia. Nos últimos dez anos, observou-se uma diminuição do consumo de heroína e dos problemas a ele associados, embora dados mais recentes sugiram que, em alguns países, esta tendência pode ter-se invertido (OEDT, 2009).

¹² A metadona é um fármaco narcótico do grupo dos opióides utilizado principalmente no tratamento dos dependentes de heroína. A metadona é praticamente idêntica nas suas propriedades à morfina, agindo nos mesmos receptores e com os mesmos efeitos. Diferenças importantes incluem maior duração de acção (24h contra 8h da morfina e menos ainda da heroína) e síndrome de abstinência física menos aguda. Além disso, o facto de não ser injectada mas ingerida, via oral, evita sintomas de grande prazer súbito que ocorrem com a heroína, o que ajuda a vencer a dependência psicológica. A metadona é o opiáceo de eleição em Portugal nos programas de substituição opiáceos em baixo limiar de exigência (Torres & Ribeiro, 2001).

¹³ A overdose corresponde a um excesso de dose, ou seja uma dose superior aquela que o corpo é capaz de metabolizar, podendo ser fatal.

Dados sobre as mortes relacionadas com o consumo de droga, que estão em grande medida associadas ao consumo de heroína, também não fornecem qualquer indicação de um regresso à tendência decrescente observada antes de 2004. Globalmente, deve considerar-se desanimador que a análise positiva suscitada pela tendência decrescente dos problemas relacionados com a heroína já não tenha fundamento e, embora não haja provas de um regresso à propagação epidémica do consumo de heroína ocorrida no passado, os problemas de saúde e sociais suscitados por este consumo são consideráveis. Quaisquer indícios de que a situação possa estar a piorar, sobretudo num período de dificuldades económicas para a Europa são motivo de grande preocupação (OEDT, 2009).

Fernandes & Carvalho (2003) no seu estudo sobre consumos problemáticos de drogas em populações ocultas, mostram que a heroína estava presente na zona *down*¹⁴, isolada ou associada à base de cocaína, como a droga central em percursos de toxicodependência prolongada e na zona *up*¹⁵, correspondia a um período específico na trajetória dos vários consumos individuais. A imagem negativa da heroína era comum às duas zonas, concretizando-se na zona *up*, no evitar e afastar do seu consumo, enquanto que na zona *down*, ela continuava a ser consumida. Quando consumida isoladamente, em ambas as zonas, a via de administração mais frequente era a fumada.

1.3- O dependente de cocaína

Os resultados dos vários estudos epidemiológicos nacionais realizados ao longo dos anos vão ao encontro das conclusões do relatório da OEDT (2009), salientando que a cocaína tem vindo a adquirir cada vez mais visibilidade, surgindo nos estudos mais recentes, como a segunda droga com maior prevalência de consumo, embora muito inferior à da cannabis.

¹⁴ Zona *down* – população pertencente a um estrato sócio-cultural baixo.

¹⁵ Zona *up* – população pertencente a um estrato sócio-cultural médio/alto.

Fernandes & Carvalho (2003), identificam os actores sociais que consomem para poder trabalhar, como os consumidores de cocaína no mundo artístico, pertencentes a uma zona *up*. No seu estudo a heroína e a cannabis, eram as drogas com maior prevalência em ambas as populações. Na zona *down*, a heroína, isolada ou associada à base de cocaína, era a droga principal em percursos de longa carreira de dependência, enquanto o cannabis, tinha mais relevância nos períodos antes e após a fase de dependência opiácea. Um outro dado importante que ressalta deste estudo, diz respeito à confirmação da permanência da figura do heroínomano, o “*junkie*”, indivíduos que hoje atingem a casa dos 50 anos e na gravidade dos problemas de saúde resultantes, principalmente devido ao consumo endovenoso.

No contexto dos consumos problemáticos, a cocaína e a base de cocaína assumem um papel de relevo, surgindo frequentemente também associadas ao consumo de heroína, sendo a segunda droga mais problemática, entre os utentes, que recorreram em 2008 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência, tal como é referenciado pelo respectivo relatório anual, elaborado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT).

Porém, também os estimulantes puros, tendo por base drogas como a cocaína, tiveram o seu início de uso nos primórdios dos tempos. O arbusto da coca é originário dos Andes e, desde o século III A.C. há esculturas de rostos com os maxilares edemaciados pela mastigação das suas folhas. O efeito desta droga nesse tempo era uma injeção de energia que permitia comer menos e trabalhar mais. Na natureza do efeito conta-se também que o seu consumidor se torne consumidor regular e à droga recorra várias vezes durante o dia (Escohotado, 2004).

Durante, mais de cem anos, a cocaína foi extraída e usada na Medicina, como anestésico local, principalmente em oftalmologia para dilatar a pupila. Sigmund Freud propôs o seu uso para tratar a depressão e a dependência de álcool, mas a sua capacidade para provocar dependência terminou com esta ideia (Esteves & Vieira-Coelho, 2007).

A cocaína pode ser injectada ou absorvida por qualquer mucosa (*snifada*¹⁶) e quando esta é absorvida alcança quase imediatamente o cérebro, provoca um “*rush*” instantâneo. Indivíduos susceptíveis podem ficar rapidamente dependentes mesmo apenas com poucos episódios de consumo. O desejo compulsivo de consumir cocaína é muito intenso e explica a elevada capacidade de provocar dependência e a dificuldade de manter abstinência (Esteves & Vieira-Coelho, 2007).

No cérebro, a cocaína bloqueia o transporte neuronal de vários neurotransmissores: dopamina, noradrenalina e serotonina. Os efeitos de recompensa da cocaína e a capacidade de provocar dependência são atribuídos ao bloqueio do transportador de dopamina com aumento da sua concentração numa zona específica do cérebro: o *núcleo de accumbens* (ibidem).

A cocaína tem como efeitos sistémicos: aumento da pressão arterial, taquicardia e frequentemente, arritmias. Tipicamente os consumidores apresentam anorexia, hiperactividade, insónia e maior risco de hemorragia/trombose cerebral, enfarte agudo do miocárdio e de crises de epilepsia. Situações de *overdose* de cocaína podem levar a

¹⁶ Snifada – consumo de cocaína por inalação/via nasal.

hipertermia, coma e morte. Embora haja sintomas de abstinência, este não é exuberante como na dependência de heroína (Esteves & Vieira-Coelho, 2007).

Dos dados disponíveis pelo OEDT (2009) indicam uma considerável diversidade entre os consumidores de cocaína, tanto em termos de padrões de consumo como em termos sócio-demográficos.

Existem os que apenas experimentam a substância uma vez ou poucas vezes e que constituem o maior grupo. Outro grupo inclui os consumidores regulares bem integrados socialmente que, em alguns países, correspondem a um número relativamente grande de jovens. Alguns deles irão intensificar o seu consumo, ou consumir a droga por um longo período, o que poderá conduzir a problemas de saúde e sociais crónicos e à necessidade de tratamento. Um terceiro conjunto de consumidores inclui os membros de grupos socialmente excluídos, incluindo consumidores ou ex-consumidores de opiáceos. A maioria tem padrões intensivos de consumo de cocaína, possivelmente injectando a droga, os quais podem perpetuar ou agravar os problemas de saúde e sociais existentes e complicar o seu tratamento por consumo de opiáceos. Devido à diversidade dos perfis dos consumidores de cocaína, a avaliação da prevalência do consumo desta droga, das suas consequências para a saúde e sociais e das respostas necessárias coloca um excepional conjunto de desafios (OEDT, 2009).

1.4- A dependência de heroína e cocaína

Certo é que no toxicodependente, o consumo de heroína e a cocaína acarretam sofrimento, sendo este o sintoma mais expressivo da privação, com mal-estar insuportável que se situa na fronteira do psíquico e do somático. A droga ausente equivale a algo de exterior que o corpo reclama para preencher o vazio. O toxicodependente justifica o consumo para se sentir normal, como se tratasse de repor o estado de homeostase, implicando um desinvestimento na realidade (Ribeiro, 2003).

A droga (heroína ou cocaína) torna-se essa via mágica que permite restabelecer uma harmonia com o mundo, algo que se situa entre a eclosão do delírio psicótico e a invenção de uma realidade. Mediante uma automanipulação das suas próprias percepções, o toxicodependente vai transformar a sua visão do mundo (Angel, Richard, & Valleur, 2002).

A dependência que se estabelece, não tem, por conseguinte, lugar apenas a nível da substância consumida, mas sim, mais exactamente, a nível de uma experiência quase

metafísica. É a isso que se refere, o que foi designado por fenómeno da «centração» nos toxicodependentes, no qual a pessoa vai centrar toda a sua existência no consumo de drogas (Angel, Richard, & Valleur, 2002).

A vida organiza-se em torno dessa única necessidade, a necessidade de droga, e as modificações do humor e das percepções que daí decorrem, a suspensão do tempo e do pensamento, farão com que, neste contexto, “não haja réstia de espaço para que tenha lugar outro investimento” (Angel, Richard, & Valleur, 2002, p. 185).

Mas temos que ter em atenção que quando nos dirigimos a um toxicodependente ou seja uma pessoa dependente de cocaína e/ou heroína entra em linha de conta a co-ocorrência, muitas vezes não reconhecida, de problemas de consumo de droga com patologias psiquiátricas no mesmo indivíduo, ou seja, surge o conceito de comorbilidade.

A comorbilidade é um conceito relativamente recente, que corresponde à associação de pelo menos duas patologias no mesmo doente (Angel, Richard, & Valleur, 2002).

Assim o indivíduo além da toxicodependência pode apresentar características psicológicas compatíveis com psicopatologia da personalidade, que aumenta a sua vulnerabilidade e o expõe a múltiplas recaídas, alguns, a vida inteira (Ribeiro, 2003).

Estudos clínicos actuais põem em evidência o facto de estes consumidores apresentarem mais frequentemente perturbações psiquiátricas do que a população em geral. Simetricamente as pessoas portadoras de perturbações mentais exibem uma forte apetência pelas drogas. De um modo geral, as substâncias mais activas são as que induzem taxas de comorbilidade mais elevadas. Assim a comorbilidade psiquiátrica é mais frequente aquando da utilização de heroína ou cocaína do que com a utilização de cannabinóides (Angel, Richard, & Valleur, 2002).

As doenças mentais mais frequentemente registadas entre os consumidores de droga europeus são a depressão, a ansiedade, a esquizofrenia, perturbações da personalidade, défice de atenção e hiperactividade. O tratamento específico dos consumidores de droga com comorbilidade continua a ser limitado na Europa. Os peritos nacionais referem a existência de programas específicos em 18 países mas, em 14 eles só estão ao dispor de uma minoria dos utentes que deles necessitam (OEDT, 2009).

Sendo assim, o estudo da comorbilidade psiquiátrica no toxicodependente coloca numerosas dificuldades conceptuais, pois cria-se um ciclo interactivo, em que a droga e a psicopatologia influenciam reciprocamente as manifestações e a evolução uma da outra, ao sucederem ao mesmo tempo.

Foi recentemente realizado um estudo prospectivo europeu em vários centros – Isadora - envolvendo doentes com problemas psiquiátricos agudos e um duplo diagnóstico. As suas conclusões destacam a dificuldade de efectuar análises comparativas neste domínio, sublinhando a necessidade de uma abordagem mais harmonizada em matéria de diagnóstico, tratamento e estudo da comorbilidade na Europa (Baldacchino et al., 2009 cit. por OEDT, 2009)

Em síntese, para compreender a percepção do toxicodependente, temos que compreender além de toda esta íntima e ancestral relação da pessoa com as drogas, a pessoa como um ser biopsicossocial espiritual e cultural. Esta última é condição *sine qua non* para o sucesso de qualquer intervenção nesta área, pois temos que ter presente o toxicodependente inserido numa cultura de uma sociedade, que norteia os tipos de tratamento, o modo como é percepcionado e este se percepção dentro da sua circunstância de vida.

Na sociedade portuguesa e de acordo com legislação em vigor contrariamente à pessoa que consome heroína e cocaína, a pessoa que consome nicotina não consome uma substância ilícita¹⁷, apesar dos malefícios cientificamente comprovados de ambas.

O consumo de drogas é um fenómeno percepcionado consoante as racionalidades político e legislativas e as crenças subjacentes. Não é incorrecto afirmar que cada tempo histórico - cultural constrói os seus modelos de intervenção que considera como mais adequados, dos repressivo - criminais aos terapêuticos, tenta-se gerir o seu consumo. Poiares (2001, p.90) relembra-nos que estaremos sempre “condenados a gerir as nossas dependências, com o objectivo de que delas advenha o mínimo de sofrimento para a Humanidade. A velha ideia de uma sociedade sem drogas não será mais do que uma nova utopia – quiçá mais perigosa”.

Uma atitude proibicionista intimamente ligada ao carácter ilícito do consumo de cocaína e heroína acentua a clivagem entre a figura do toxicodependente e os restantes indivíduos, ao confundi-lo com o objecto que se combate – a “droga” – tornando-o por vezes o alvo da luta e invalidando um esforço concertado e compreensivo das razões intrínsecas ao recurso e dependência de drogas (Poiares, 2001).

Muitas vezes um proibicionismo extremo acentua a marginalização social dos toxicodependentes, visível no estigma de delinquência associado ao consumo de heroína e cocaína, que fortalece o vínculo do toxicodependente à droga e a exclusão social,

¹⁷ Carácter ilícito da droga – proibida por lei (Dicionário da Língua Portuguesa, 2003).

factores que, juntamente com o fosso da pobreza, estão na origem dos “guetos da droga” e das características que os tipificam enquanto “espaços psicotrópicos”¹⁸ (Fernandes, 1997).

2- TOXICODEPENDÊNCIA: UM FENÓMENO SOCIAL E INDIVIDUAL

O conceito de toxicodependência surge numa encruzilhada de múltiplas dimensões que se interpenetram na vida humana, designando a maioria das vezes a figura caricatural de usos nocivos, autodestrutivos e alienantes (Morel, Hervé & Fontaine, 1998 cit. por Lopes & Faria, 2005).

Do ponto de vista individual, o abuso de drogas parece estar ligado inicialmente a uma transcendência das partes negativas da experiência humana (dor, medo, cansaço, dúvida, desespero, etc.), a um impulsionar das emoções positivas e a uma “ultrapassagem”, transformando-se tragicamente num “atropelamento de si-próprio” e dos outros em nome da “estimulação compulsiva dos centros nervosos do prazer” (Torres & Ribeiro, 2001, p. 29).

Na sua etiologia, Olievenstein (1973) afirmou o que ainda hoje é aceite, a toxicodependência é o encontro de uma personalidade, de um produto e de um momento sócio-cultural.

Assim, a toxicodependência torna-se um fenómeno individual tal como Patrício (1991) afirma: qualquer substância que altere o estado de consciência pode funcionar como droga, mas, mais do que a substância é a atitude da pessoa face a substância que gera a toxicodependência (cit. por Rosa, Gomes, & Carvalho, 2000).

Porém, a toxicodependência é também um fenómeno social, pois enquanto objecto universal, a droga não existe, ela é aquilo que determinada comunidade convencionou chamar droga.

Essencialmente, as drogas identificam-se por critérios ideológicos, culturais e morais e não obedecem a um significado farmacológico estrito. O álcool pode comprometer a

¹⁸ Espaço psicotrópico é um termo usado por Luís Fernandes (1997) referindo-se a “áreas restritas, predominantemente situadas no espaço público, onde se reúnem os actores das drogas (...)” (p.328) “o território psicotrópico funcionaria como um atrator de indivíduos com interesse comum num estilo de vida em que as drogas desempenham papel significativo (...) facilitadora do lado instrumental deste estilo de vida” (p. 337)

saúde e é responsável por grande parte da sinistralidade e violência mas, o seu consumo é permitido e a sua publicidade autorizada. Logo o que classifica uma substância perigosa e determina a sua interdição é um juízo moral e não científico, mais que a possibilidade de criar dependência ou dano físico (Escohotado, 2004; Cruz, 2005).

A análise das drogas, enquanto fenómeno social, tornou-se objecto de inúmeros discursos por parte de instâncias políticas, médicas e jurídicas, construindo vários modelos de intervenção. Pode-se afirmar que cada tempo histórico-cultural cria as suas substâncias de abuso e constrói os seus modelos de intervenção que aceita como mais adequados relativamente ao fenómeno individual e social em que a toxicodependência se traduz.

2.1- Modelos de intervenção na dependência de heroína e cocaína

Tal como referido anteriormente existem vários modelos de intervenção na problemática da toxicodependência. Ao longo deste capítulo vamos apresentar sucintamente o modelo moral, o modelo médico e mais detalhadamente o modelo de redução de riscos e minimização de danos.

O modelo moral considera o consumo de drogas ilegal, defende a sua redução e oferta através da criminalização do consumo, focalizando-se na moralidade do comportamento.

Já o modelo de doença considera o comportamento de consumo patológico, atribui-lhe uma origem genética, ou biológica e advoga a redução da oferta com o objectivo da prevenção, e a abstinência como o objectivo do tratamento. Subjacente a estes modelos (moral e de doença) encontra-se a visão utópica, de uma sociedade livre de drogas.

Por último, “a redução de riscos¹⁹ é um modelo de saúde pública para o consumo e dependência alternativo aos modelos moral e de doença” (Marllat, 2002, p.50), que aceita o facto de existirem muitas pessoas consumidoras de drogas expostas a riscos acrescidos.

¹⁹ Redução de riscos - “um objectivo de política social e de organização comunitária, dado consistir em diminuir os riscos de um eventual mal para a sociedade.” (Presidência de Conselho de Ministros: 2001, p.29). Considera-se assim que, o objectivo da redução de riscos é “diminuir a prevalência e a incidência quer do consumo de drogas quer das doenças e prejuízos relacionados com o mesmo” e a sua acção é, fundamentalmente, pragmática e multidisciplinar (Presidência de Conselho de Ministros: 2001, p.60).

O modelo de redução de riscos e minimização de danos²⁰ visa diminuir, atenuar ou controlar os prejuízos resultantes do uso de drogas, dando relevância aos danos resultantes para o consumidor mas também para sociedade onde ele se movimenta (Cruz, 2005).

Estas políticas de redução de riscos e minimização de danos emergem a partir da década de 1980, motivados pela progressão da infecção pelo VIH entre os toxicodependentes, sendo que, o factor que mais contribuía para o aumento da infecção era a partilha de seringas.

O ponto de vista pragmático, de que os consumidores de drogas injectáveis não iriam abandonar o consumo devido ao VIH, levou a que surgissem estudos e propostas para a definição de políticas de saúde que tornassem este estilo de vida mais seguro.

No ano de 1984, em Roterdão, Holanda, surgiu o primeiro programa de troca de material de injeção, suportado por um organismo oficial. Depressa este programa evoluiu, disponibilizando aos consumidores de drogas, para além do material de injeção asséptica, acesso a outros serviços de saúde e programas de substituição em baixo limiar de exigência²¹ (Marllat, 2002).

Actualmente e segundo os relatórios do OEDT (2009), estas medidas estão disponíveis em todos os países europeus, excepto na Turquia. Embora existam diferenças consideráveis no que respeita à variedade e aos níveis da oferta de serviços, a tendência europeia geral é de crescimento e consolidação das medidas de redução de riscos e minimização de danos.

A maioria dos países oferece uma série de serviços sócio-sanitários, incluindo avaliação dos riscos e aconselhamento a nível individual, formação para um consumo mais seguro, aconselhamento e análises de despistagem de doenças infecto-contagiosas, vacinação e tratamento da hepatite viral. As respostas de redução de riscos e minimização de danos alargaram o seu âmbito, da epidemia de VIH/SIDA para a perspectiva mais ampla, de atender às necessidades de saúde e sociais dos consumidores problemáticos de droga, sobretudo dos socialmente excluídos (OEDT, 2009).

²⁰ Minimização de danos – “no contexto da prevenção e da terapia, refere-se às medidas que visam limitar ou prevenir os malefícios ligados ao consumo de droga, mais do que ao consumo em si mesmo.” (Presidência de Conselho de Ministros: 2001, p.29).

²¹ Este tipo de programa propagou-se como estratégia de redução de riscos e minimização de danos aquando o aparecimento do rápido propagação do HIV e o reconhecimento do modo endovenoso do consumo de drogas como via de transmissão do vírus (Marlatt, 1999).

Também é possível observar um processo de profissionalização, nos últimos anos, procedendo-se a um exame mais escrupuloso para garantir normas de qualidade elevadas.

Por exemplo, em 2006/2007, os serviços de redução de riscos e minimização de danos, em Inglaterra, foram inspeccionados para identificar os domínios que deviam ser melhorados. A qualidade pode ser garantida através da inclusão, nos contratos de financiamento, de disposições que obrigam ao cumprimento de normas específicas, como referem a República Checa e a Estónia. Em 14 países, a garantia da qualidade é da responsabilidade das instituições nacionais, enquanto nos países, com um sistema federal, pode estar confiada a organismos a nível subnacional. As orientações podem basear-se nas conclusões da investigação sobre a relação custo-eficácia, como é o caso das orientações do Reino Unido, sobre os programas de troca de seringas (NICE, 2009 cit. por OEDT, 2009).

2.1.1.- A redução de riscos e minimização de danos em Portugal

Em Portugal, a importância de se desenvolverem políticas no âmbito da redução de riscos e minimização de danos só veio a conhecer o seu primeiro impulso a partir dos meados dos anos oitenta, com o objectivo singular de prevenir o risco de propagação de doenças infecciosas nomeadamente pelo VIH.

Esta perspectiva modificou a percepção do toxicodependente e realça a compatibilidade entre redução de riscos e minimização de danos e a abstinência (tratamento). Redução de riscos e minimização de danos e o tratamento são duas abordagens com objectivos próprios mas, complementares entre si. Implicou reconhecer que o recurso a drogas apresenta vantagens para o indivíduo que o impede de as querer abandonar ou que naquele momento, o seu desejo pode não ser a abstinência. Assim, em vez de desviar a nossa atenção destes toxicodependentes, oferecemos-lhes diversas formas de cuidados para evitar que se infectem com o VIH ou outras doenças infecciosas, que morram ou se vejam envolvidos no mundo criminal relacionado com o uso de drogas (Torres & Ribeiro, 2001).

Contudo, só a partir dos anos 90, se concretiza prática de políticas de redução de riscos e minimização de danos em Portugal, através do programa de distribuição de seringas gratuitas nas farmácias, sob o lema: “Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão”; lançado pela Associação Nacional de Farmácias com a colaboração da Comissão Nacional de

Luta Contra a Sida (CNLCS). A avaliação do impacto deste programa foi realizada em 2002, coordenado por um especialista em economia da saúde que estimou terem sido evitadas mais de 7000 novas infecções por VIH, por cada 10.000 usuários de drogas injectáveis, durante os oito anos de implementação do projecto (Associação Nacional de Farmácias, 2004)

Novos avanços nesta área surgiram em Fevereiro de 1998, sendo nomeada a Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga, com a incumbência de propor ao governo uma estratégia nacional de combate à droga onde constam as orientações fundamentais da política relativa à droga e à toxicodependência, nos diversos domínios, nomeadamente em matéria de prevenção primária, tratamento, reinserção social, formação e investigação, bem como na área da redução de riscos e do combate ao tráfico.

Foi então aprovada a lei que contém os seguintes traços gerais: a aquisição e detenção de droga para consumo próprio não é crime, sendo revogadas as disposições da "lei da droga" que dispunham nesse sentido (Torres & Ribeiro, 2001).

O consumo de drogas foi assim descriminalizado e as pessoas encontradas na posse de droga são directamente encaminhadas para um tribunal especial, denominado «Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência», onde as suas necessidades são avaliadas. O tribunal pode aplicar coimas mas, a aplicação de sanções penais não é o seu objectivo principal. Este programa está a funcionar há oito anos e os receios iniciais de que essa abordagem suscitasse um aumento do turismo da droga ou aumentasse os níveis de consumo não parecem ser confirmados pelos dados disponíveis (OEDT, 2009).

Na estratégia Nacional de Luta Contra a Droga aprovada pelo governo em 1999 introduz-se de forma explícita a expressão redução de riscos e minimização de danos, que o DL n.º183/2001 de 21 de Junho divide entre redução de riscos referindo-se à diminuição dos perigos para saúde pública e minimização de danos, na perspectiva dos danos envolvidos para o consumidor.

Pelo DL n.º183/2001 de 21 de Junho oficializa-se esta estratégia, a considerar na rede nacional de intervenção na toxicodependência em Portugal, definindo-se como objectivos gerais: “ a criação de um conjunto de programas e estruturas sócio-sanitárias destinadas à sensibilização e ao acompanhamento para tratamento de toxicodependentes, bem como à prevenção e redução de atitudes e comportamentos de riscos acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência” (p.3594).

Os princípios do humanismo e do pragmatismo considerados neste modelo de intervenção na área da toxicodependência visam preservar no toxicodependente a consciência da sua própria dignidade e constituir um meio de acesso a programas de tratamento ou de minimização da respectiva exclusão social, bem como, reduzir os efeitos do consumo nos toxicodependentes, favorecendo a sua inserção socioprofissional, diminuindo o risco de propagação de doenças infecciosas bem como a criminalidade associada a certas formas de toxicodependência (Cruz, 2005).

O estudo qualitativo levado a cabo por Negreiros & Magalhães, em 2005, baseando-se no recurso a entrevistas para compreender as experiências vividas dos consumidores sobre a partilha de seringas e equipamento de injeção bem como a prática de comportamentos sexuais de risco, refere numa das suas conclusões à extrema importância atribuída pelos entrevistados aos programas de redução de riscos e minimização de danos, de sublinhar “ que algumas categorias de respostas acentuam a facilidade de acesso dos utentes a esses serviços como um factor crucial de minimização de práticas de risco, particularmente no que se refere à partilha de seringas” (Negreiros & Magalhães, 2005, p. 20).

Assim, de uma situação de menor visibilidade passa-se gradualmente para um tempo de multiplicação de acções nesta área: projectos de apoio a grupos específicos (prostitutas, sem-abrigo, arrumadores), distribuição de metadona num programa de substituição em baixo limiar de exigência, privilegiando-se a criação de um conjunto de serviços como centros de dia, centros de atendimento e comunidades terapêuticas para os toxicodependentes, bem como, se estabelecem novas parcerias entre o IDT, as Organizações Não Governamentais (ONG`s), as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS`s) e as farmácias de modo a não actuar isoladamente, mas baseado num modelo de proximidade aos mais distantes das respostas clássicas de tratamento.

A redução de riscos e minimização de danos significa uma profunda mudança de estratégia: da estratégia megalómana da eliminação ou erradicação do fenómeno da droga passou-se a uma estratégia modesta, pragmática e realista, dito de outro modo, abandonou-se o ideal de uma sociedade sem drogas (Agra, 1998).

Mas, o intervir num modelo de redução de riscos e minimização de danos impõe novos desafios aos profissionais que nela se situam. Requer uma equipa multidisciplinar atenta e treinada para compreender a percepção do toxicodependente, a sua inter-relação com espaços psicotrópicos, inserido numa subcultura com normas e estilos de vida particulares. Para uma abordagem de proximidade eficaz é necessário profissionais com

capacidade relacional, científica numa intervenção livre de preconceitos, sem juízos morais, e que respeitem a condição humana do toxicodependente e das suas opções.

3- UM NOVO CONTEXTO DO CUIDAR - A REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

Neste contexto de cuidar analisaremos a realidade vivida pelos toxicodependentes através de estudos já desenvolvidos.

Um estudo desenvolvido por Pallarés (1996, cit. por Cruz, 2005) concluiu através dum ensaio etnográfico de populações heroinómanas da Catalunha que “unicamente 20% das pessoas com problemas importantes em relação às drogas acediam aos serviços de apoio aos toxicodependentes, ficando muitos dos mais degradados distantes destes recursos: mas a maioria destes esteve em contacto com serviços assistenciais de apoio primário” (p.4).

Em Portugal, um estudo conduzido por Marques & Fuga (1996, cit. por Cruz, 2005), utilizando um inquérito junto a 50 toxicodependentes frequentadores do Casal Ventoso verificou que a maioria dos inquiridos experimentou algum tipo de tratamento (60%) embora 33,9% o tenham interrompido há mais de um ano.

Um outro estudo, levado a cabo por Coutinho (2004), a propósito da procura de tratamento num Centro de Respostas Integradas (CRI), na região de Lisboa, encontrou valores compreendidos entre os 35% e os 49% no que diz respeito, a indivíduos com consumos problemáticos de heroína que nunca estabeleceram contacto, com qualquer dispositivo de tratamento.

Assim, podemos concluir que em todos estes estudos existe uma significativa parte da população toxicodependente que necessita de atenção, mas os seus estilos de vida, as suas grelhas de comportamento há muito se afastaram da lógica institucional que lhes é exigida, delimitando os contornos da resposta deste contexto de cuidar: a redução de riscos e minimização de danos.

A gravidade do consumo de drogas adicionada ao aumento da propagação de doenças infecciosas entre os toxicodependentes, leva à necessidade de equipas multidisciplinares actuarem de forma a melhorar a qualidade de vida desta subpopulação.

As taxas de prevalência das doenças infecciosas nos indivíduos toxicodependentes estão acima das observadas na população em geral, principalmente naqueles que usam a via intravenosa, tal como evidenciam os valores de positividade para o VIH (9%-25%), Hepatite B (2%-6%), Hepatite C (33%-61%) e Tuberculose (1%-3%) emitidos pelo Relatório da Situação do País em matéria de Droga e Toxicodependências (IDT, 2008).

Continua a ser Lisboa, Porto e Setúbal, os distritos com maior peso no total acumulado de notificações de casos de infecção pelo VIH associados à toxicodependência (33%, 31% e 14%, respectivamente). São também estes distritos assim como Faro, os que apresentam as maiores taxas de casos de infecção pelo VIH associados à toxicodependência por habitantes na faixa etária dos 15-64 anos (ibidem).

No entanto, a nível nacional, relativamente a estas notificações da infecção VIH/síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), tem-se observado uma tendência proporcional decrescente dos casos associados à toxicodependência a nível dos vários estadios da infecção. Assim como a diminuição contínua ao longo dos últimos anos do número de novos casos diagnosticados com VIH, associados à toxicodependência, contribuindo para tal “as políticas de redução de riscos e minimização de danos e as consequentes melhorias implementadas nos últimos anos a nível da cobertura do rastreio do VIH nestas populações reflectindo-se na diminuição das práticas de consumo endovenoso e da partilha de material de consumo” (IDT, 2008, p. 12;13).

No que respeita às causas de morte relatadas devido ao consumo de drogas, apesar dos números se manterem baixos, “verifica-se desde 2006 um aumento do número destas mortes, contrariamente à tendência de decréscimo constatada nos anos anteriores.” (IDT, 2008, p. 13).

Por todos estes riscos citados anteriormente, que vão desde o risco de morte ao risco de propagação de doenças como a tuberculose (que se dissemina rapidamente e é bastante prevalente neste tipo de população) é imperativo sedimentar a importância deste contexto de cuidar: a redução de riscos e minimização de danos.

Neste contexto de cuidar, todas as intervenções têm a mesma finalidade, que será de evitar que a técnica de consumo (o modo como a droga é consumida) ou que a substância consumida provoquem danos maiores em quem a utiliza ou a terceiros.

Assim, as medidas de prevenção de riscos visam prioritariamente proteger o toxicodependente da morte ou da doença e acessoriamente proteger a sociedade do contacto com diversos tipos de infecção transmitida por materiais ou fluidos corporais infectados (Esteves & Vieira-Coelho, 2007).

A maior parte dos acidentes mortais e doenças é provocado não pela droga em si mesmo mas, pelo consumo desajustado ou pela qualidade da droga consumida que é adulterada até chegar ao toxicodependente. Assim, intervenções como controlar a qualidade da droga consumida através de programas de substituição em baixo limiar de exigência ou através de uma análise periódica à pureza das drogas são medidas preconizadas na redução de riscos e minimização de danos (Brito & Esteves, 2001).

Outras medidas visam a técnica de consumo, isto é, o modo como a droga é utilizada. O tipo de consumo mais problemático é certamente por via intravenosa, em que a droga é injectada directamente na corrente sanguínea. Este é um comportamento de elevado risco, pela partilha de seringas que muitas vezes ocorre aquando da preparação do “caldo”²². Esta é a principal razão para a elevada prevalência de hepatite e do VIH na população toxicodependente.

Poder trocar uma seringa (através de programa de troca de seringas²³) e ser aconselhado sobre nunca partilhar são medidas essenciais. Também após o uso repetido dos braços, mãos e pés, os acessos à corrente sanguínea vão escasseando e o toxicodependente começa a fazer uso da veia jugular, femoral ou da veia dorsal do pénis, o que representa um risco acrescido. Outras medidas simples podem ser ensinadas, como a necessidade de usar água destilada para preparar heroína, ou quando se usa limão ter em atenção que este não tenha fungos, já que estes podem provocar infecções cardíacas graves quando injectados directamente na corrente sanguínea (Esteves & Vieira-Coelho, 2007).

Resumindo, neste contexto de cuidar, o enfermeiro deve analisar todos os passos do consumo do toxicodependente, anotando e prevendo os comportamentos de maior risco, ajudando-o a encontrar alternativas mais seguras.

Através das equipas de rua e dos GATSESF móveis, este contexto de cuidar vai ao encontro do toxicodependente, numa abordagem de grande proximidade, e pode levar

²² Caldo – termo utilizado na linguagem do toxicodependente referindo-se à heroína já dissolvida numa carica ou noutro recipiente e preparada para injectar na corrente sanguínea.

²³ No programa de troca de seringas, são distribuídos e trocados kits. Cada kit contém duas seringas e agulhas descartáveis, água destilada, um filtro (para filtrar impurezas), toalhete (para desinfecção), uma carica (recipiente para preparação do “caldo”) e ácido cítrico (para substituir o sumo de limão).

estas medidas preventivas “*in situ*” onde os consumos ocorrem, pois muitas vezes, trocar uma seringa ou procurar tratamento tornam-se tarefas difíceis para um toxicodependente principalmente, com uma longa carreira de dependência. Para um toxicodependente sem enquadramento sócio-familiar obter a documentação necessária para marcação de uma consulta, marcar a consulta, ir à consulta, bem como, marcar análises, levantar os resultados, etc. constitui um conjunto de tarefas muito complexas para a sua concretização (Esteves & Vieira-Coelho, 2007).

Como este modelo de intervenção se baseia nos princípios do pragmatismo, reconhece o facto inegável de ser esta a realidade que ocorre e procura respostas práticas e funcionais para lhe fazer frente, cuja validade é avaliada pelos resultados obtidos no quotidiano. Neste sentido, a intervenção estende-se ao longo de um *continuum* de danos derivados do consumo de drogas, que varia de consequências muito prejudiciais à saúde até ao desaparecimento do comportamento de risco (Torres & Ribeiro, 2001).

Diversas metas intermédias são então concebidas de forma a desencadear a redução gradual do risco. A primeira meta da intervenção é estabilizar o comportamento problemático e prevenir o aumento do dano. Uma vez estabilizado, o segundo passo é facilitar a redução de consequências prejudiciais ao longo de decréscimos no risco, que terminam com a extinção do comportamento. Existe, portanto, um amplo leque de possibilidades de melhoria que se estimulam, possibilitando a evolução progressiva desde o alto risco até ao menor risco possível. Qualquer mudança que minimize o dano é encarada como positiva, um resultado pragmático da intervenção (ibidem).

3.1- A Enfermagem na redução de riscos e minimização de danos

No seguimento da operacionalização do DL n.º183/2001 de 21 de Junho, que regulamentou o funcionamento de um conjunto de estruturas sócio-sanitárias (equipas de rua, GATSESF, centros de acolhimento, centros de abrigo) e programas (programa de substituição em baixo limiar de exigência, programa de troca de seringas, programa de consumo vigiado), a Enfermagem demarcou o seu campo de actuação específico.

Os enfermeiros diariamente são consultados para avaliar situações, colher dados relativamente à saúde dos utentes, identificar diagnósticos de enfermagem, planear e implementar intervenções e avaliar o progresso do utente em relação à consecução de resultados esperados.

Na redução de riscos e minimização de danos, a Enfermagem, mantém-se uma profissão de ajuda e por muitos considerados como uma arte. Esta arte permite atender a pessoa contribuindo para o seu bem-estar, para a sua saúde e para a sua qualidade de vida: “trata-se de encontrar uma pessoa no seu caminho particular de vida e de fazer caminho com ela” (Hesbeen, 2000, p.102 cit. por Fernandes, 2007).

Neste contexto de cuidar, o enfermeiro reduz o estigma associado à busca de ajuda para este tipo de problemas e parte da premissa de que algumas pessoas irão continuar a consumir drogas por muito tempo, colocando-se a questão: “o que podemos fazer para reduzir as consequências nefastas dos consumos para a sociedade e para os toxicodependentes, minorar o seu sofrimento e melhorar a sua qualidade de vida?”.

Assim, vai-se caminhando de modo a obter de forma continuada pequenos resultados e a melhoria da condição geral do indivíduo, no sentido de um maior bem-estar, podendo ser uma alternativa mais efectiva do que as abordagens tradicionais que, baseadas exclusivamente na redução da oferta de substâncias tem privilegiado metas consideradas por muitos como utópicas.

É assim, prerrogativa dos enfermeiros a implementação e a gestão de recursos terapêuticos, planeados em equipa. É essencial que todos os membros da equipa de redução de riscos e minimização de danos, conheçam os conceitos, princípios e as características subjacentes. O enfermeiro ao promover todo este processo, estará ao mesmo tempo a considerar o toxicodependente como uma pessoa, estimulando o desenvolvimento da sua auto-estima e autonomia em direcção à cidadania, composta de direito e deveres.

Tomando as afirmações de Lazure (1994), os enfermeiros devem apresentar determinadas características inerentes ao acto de ajudar e ao cuidar, que são: dar do seu tempo, dar da sua competência, dar do seu saber, dar do seu interesse e da sua capacidade de escuta e compreensão.

Deste modo, as intervenções de enfermagem baseiam-se na relação de qualidade que se estabelece com a pessoa alvo do cuidar. Neste caso o toxicodependente, relegando para segundo plano o automatismo e tecnicismo inerente à execução de tarefas, também elas científicas e necessárias, mas não suficientes para lidar com uma pessoa enquanto ser biológico, psicológico, cultural, social e espiritual. “Assim, oferecer cuidados de qualidade, não só passa pela excelência dos cuidados em termos técnicos, mas sobretudo pela dedicação e empenho neles depositados” (Fernandes, 2007, p. 41).

É inegável que a Enfermagem é uma profissão de carácter prático, em que a acção tem papel preponderante, o que conduz a um vínculo muito enraizado com o saber fazer.

Costa (2001 cit. por Fernandes, 2007) fala-nos nos dois pilares ideológicos que englobam a área explicativa e a área implicativa dos cuidados de enfermagem: “A primeira objectiva-se em cuidados visíveis, associados aos cuidados de reparação e manutenção da vida e a segunda relaciona-se com o tipo de personalidade do enfermeiro e a sua maneira de ser, traduzindo a relação entre o que faz e o que se é, os verdadeiros cuidados de enfermagem” (Fernandes, 2007, p. 37)

Além de um saber prático que caracteriza a execução de acções de enfermagem, que inclui a destreza, a eficácia e a segurança existe um saber ser, que resulta na natureza e autenticidade da pessoa do enfermeiro (Fernandes, 2007).

Assim sendo, os cuidados de enfermagem que não incluem actividades instrumentais, são muito importantes para estabelecimento de uma boa relação interpessoal entre o profissional e o toxicodependente e que muitas vezes, não sendo palpáveis, não são valorizadas correctamente, sendo consideradas como “pequenas coisas” que para este tem muito significado e superam a alta tecnologia.

Hesbeen (2000 cit. por Fernandes, 2007) afirma que a Enfermagem Moderna caracteriza-se pela criação de um novo corpo de saberes que permitem o seu progresso e que deve assentar nestas “pequenas coisas” que constituem os cuidados de enfermagem e que pretendem enaltecer a grandeza da ajuda prestada e o bem-estar que proporciona.

Nomeadamente, quando nos referimos ao papel do enfermeiro em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica destaca-se o que foi denominado por “atitude terapêutica”, ou seja, o uso de condutas que contribuirão para a recuperação do utente, “cujo enfoque do cuidado deixa de ser o trabalhar para o utente, mas sim, junto dele” (Stefanelli, Fukuda, & Aranda, 2008, p.27).

Peplau (cit. por Stefanelli, Fukuda, & Aranda, 2008) fundamenta o trabalho do enfermeiro, nas relações interpessoais, sempre com vista à promoção da independência e da autonomia do utente, redefinindo o papel do enfermeiro, acrescentando o papel de “conselheiro”, que é também de “terapeuta”, como o centro da enfermagem psiquiátrica, sem desprezar as outras funções do enfermeiro. As outras funções do enfermeiro vão desde: actuar como figura significativa, técnica, gerencial do cuidado, educadora do utente e da família, a um papel de agente socializador, promotor de um ambiente terapêutico, bem como agilizador de um trabalho em equipa, num *continuum* de trabalho

interdisciplinar que exigem do enfermeiro competência, responsabilidade e criatividade (ibidem).

Portanto a Enfermagem, na redução de riscos e minimização de danos, caracteriza-se pelo estabelecimento de uma relação de abertura, confiança, compreensão e demonstração de atenção e de solicitude para ajudar a promover, manter ou restabelecer o bem-estar da pessoa que é alvo dos cuidados.

O enfermeiro pretende a substituição de comportamentos de risco para o indivíduo e para sociedade, em que as consequências negativas dessa escolha sejam diminuídas. Consequentemente o enfermeiro referencia, agiliza soluções e capacita os indivíduos para atingir maior nível de bem-estar.

Partindo do pressuposto que os cuidados de enfermagem tem como finalidade ajudar a pessoa a reconhecer e aproveitar as suas capacidades, independentemente do seu estado de saúde: quando um indivíduo não tem a capacidade ou disposição para abandonar o consumo de drogas, o objectivo torna-se minorar os danos provocados em si mesmo e à sociedade. Isso implica envolver o consumidor, do ponto de vista da confiança mútua e, estabelecer com ele, uma avaliação racional do seu estilo de vida e do seu comportamento, visando a promoção da saúde.

No entanto, visar a promoção da saúde, tendo em linha de conta a ancestral definição de saúde da OMS (“saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença”, em 1948) implica que as iniciativas neste contexto do cuidar, não sejam apenas dirigidas ao controlo de sintomas, diminuição da mortalidade por doenças infecciosas, mas, que contribuam para o bem-estar e a qualidade de vida do toxicodependente (OMS, 1988).

Porém, o conceito de qualidade de vida é um conceito dinâmico que se vai alterando com o tempo e com a situação, tornando-se de difícil consenso quanto à sua definição. Este engloba aspectos como a subjectividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas (Santos, Martins, & Rodrigues-Ferreira, 2009)

Apesar das várias abordagens conceptuais do conceito de qualidade de vida, parece existir unanimidade entre os autores quanto a alguns aspectos teóricos, que Santos, Martins e Rodrigues-Ferreira (2009) sintetizam da seguinte forma: o conceito de qualidade de vida engloba domínios relacionados com o bem-estar (sejam eles avaliados em termos de satisfação, felicidade, bem-estar físico, velhice bem-sucedida relações interpessoais ou desenvolvimento pessoal); integra factores objectivos (como a funcionalidade ou o status social, externos à pessoa) e factores subjectivos (relacionados

com sentimentos e vivências do indivíduo), existindo sempre uma interrelação entre os diferentes factores do sujeito (por exemplo um indivíduo que sofre acidente e fica tetraplégico, altera o seu conceito de satisfação com a vida).

O conceito de qualidade de vida íntegra assim, toda uma visão holística que permite que cada indivíduo perceba o que é importante para si, atendendo ao seu contexto pessoal, local onde vive, trabalha e se relaciona, seus interesses, necessidades, escolhas e valores e tal justifica a grande variabilidade intra e intersujeitos, existindo diferentes definições do conceito consoante os diferentes padrões culturais e sociais, implicando que uma “boa qualidade de vida significa coisas diferentes para pessoas diferentes” (Santos, Martins, & Rodrigues-Ferreira, 2009, p. 21)

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

4- METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

De acordo com Polit & Hungler, “ o método científico refere-se a um conjunto genérico de procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para a aquisição de informações seguras e organizadas” (1995, p.13). A metodologia é portanto, “o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.” (Fortin, 2003, p. 372).

É a partir desta parte metodológica, que o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho e assim será possível, de uma forma organizada, clara e orientada, dar resposta à questão de investigação e consequentemente, atingir os objectivos propostos no nosso estudo.

No desenvolvimento deste capítulo, apresentamos os aspectos metodológicos, os processos e técnicas utilizadas assim como as opções que estiveram na sua origem e contribuíram para a realização do estudo. É fundamental a sua importância para a validade do próprio trabalho de investigação.

4.1- Conceptualização do estudo

No desenvolvimento teórico, as inquietações iniciais foram construindo a dimensão de um problema investigável, à medida que focalizamos a nossa atenção nas seguintes questões orientadoras:

- Qual a percepção do utente toxicodependente, inserido num contexto de redução de riscos e minimização de danos, sobre os cuidados de enfermagem?
- Quais as expectativas deste utente em relação ao profissional de enfermagem, nesta dimensão cuidativa?
- Qual a sua percepção acerca do impacto do enfermeiro para a sua qualidade de vida?

Estas perguntas tornaram-se um convite às respostas, ajudando o investigador a focalizar a sua atenção e formular o enunciado do problema de investigação, que traduz aquilo que o investigador quer conhecer, nomeadamente no nosso estudo:

- Qual a percepção do toxicodependente, utente de um CA, sobre o enfermeiro que desenvolve o seu trabalho no eixo de redução de riscos e minimização de danos?

Para orientar a nossa investigação enunciamos os objectivos deste trabalho de investigação, que se traduzem por “um enunciado declarativo que precisa as variáveis - chave, a população alvo e a orientação da investigação” (Fortin, 2003, p.100).

Foram objectivos desta investigação:

- Identificar a percepção dos toxicodependentes sobre os cuidados de enfermagem prestados na área da redução de riscos e minimização de danos;
- Identificar os cuidados de enfermagem, mais valorizados pelo toxicodependente, na área da redução de riscos e minimização de danos;
- Identificar as expectativas do toxicodependente, relativamente ao papel do enfermeiro, na área da redução de riscos e minimização de danos;
- Identificar a percepção do toxicodependente sobre o conceito de qualidade de vida.

A metodologia escolhida insere-se no paradigma qualitativo pois “o objectivo dos investigadores qualitativos é o de melhor compreender o comportamento e a experiência humana.” (Bogdan & Biklen, 1994, p.47). Seguimos ainda uma orientação fenomenológica dado permitir-nos “compreender um fenómeno segundo a perspectiva dos sujeitos” (Fortin, 2003, p. 371).

A investigação qualitativa revelou-se a mais adequada, pois não se preocupa em predizer o comportamento humano, mas em compreendê-lo, apresentando-se como método de eleição para a investigação que dê ênfase à ampla compreensão dos fenómenos. Uma outra característica crucial é o facto de se atribuir uma posição de maior relevo aos sujeitos que participam na investigação, são eles os peritos.

Bogdan & Biklen (1994) afirmam que este tipo de investigação dá primazia às pessoas, aos acontecimentos e aos locais na forma como o são na realidade, não transformando a informação em símbolos numéricos, antes, tentando analisá-la com toda a sua riqueza.

Assim, ao pretender compreender a percepção do utente, através das suas descrições de experiências e percepções e considerando os autores Polit & Hungler (1995) e Fortin

(2003), este trabalho de investigação qualitativo é um estudo do tipo exploratório e descritivo. Descritivo pois descreve as opiniões dos intervenientes, permitindo a identificação de factores determinantes para a percepção que este tem do profissional de enfermagem na área da redução de riscos e minimização de danos. Exploratório porque parte de interrogações sobre o problema cuja resposta orienta o nosso estudo.

4.2- Contexto de estudo

Este estudo foi realizado com toxicodependentes, utentes de um CA, que beneficiam de cuidados de enfermagem num GATSESF, na zona ocidental do Porto.

Esta opção esteve relacionada com o facto de os toxicodependentes beneficiarem de cuidados de enfermagem diariamente e pela exequibilidade do estudo a que nos propúnhamos em termos temporais e de acessibilidade.

O CA e o GATSESF localizam-se na mesma infra-estrutura física, permitindo que os utentes do CA beneficiem de todos serviços disponíveis pelo GATSESF.

A emergência desta infra-estrutura assistencial a toxicodependentes, na década 90, decorre do fenómeno de insegurança urbana, na cidade do Porto, aliado à pequena criminalidade.

Para a superação deste clima de insegurança urbana, deu-se inicio ao envolvimento de um conjunto diversificado de parceiros públicos, IPSS's e ONG's, tendo em vista o desenvolvimento de acções articulados entre estes e a autarquia do Porto, cuja filosofia e competências foram reunidas no "Contrato de Cidade do Porto"²⁴.

No âmbito do Programa de Prevenção da Toxicodependência, e tendo em vista diversificar a estrutura material de suporte ao processo de tratamento e reintegração, foi criado um Centro de Apoio Motivacional a Toxicodependentes (CAMT), que deu origem ao actual CA.

²⁴ O "Contrato de Cidade do Porto" constituiu um instrumento de parceria, a título experimental, que visou dinamizar a cooperação, na área da segurança urbana, entre o poder central e o poder local envolvendo instituições da sociedade civil e consubstanciou-se num conjunto de programas de prevenção primária, secundária e terciária no âmbito da toxicodependência, prostituição, violência familiar e segurança urbana. A principal situação - problema era os arrumadores de carros na via pública.

Actualmente o CA é financiado pela Segurança Social do Porto e articula-se muito estreitamente com o GATSESF, que por sua vez, é financiado e supervisionado pelo IDT (Anexo A).

4.3- População e amostra

Segundo Fortin (2003, p. 202) uma população “é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. Uma vez submetida a um estudo, uma população particular é chamada população-alvo.

A população-alvo deste estudo foi constituída por toxicodependentes, utentes de estruturas de redução de riscos e minimização de danos, que beneficiaram de cuidados de enfermagem.

No entanto, no nosso estudo temos acesso a uma amostra, constituída por onze toxicodependentes, utentes de um CA, através de uma amostragem por conveniência²⁵ e não probabilística²⁶. O tamanho da amostra obteve-se por saturação da informação²⁷.

Os critérios definidos para inclusão na amostra foram: ser toxicodependente (consumidor de cocaína e/ou heroína) há mais de dez anos, ser utente de um CA, beneficiar de cuidados de enfermagem e aceitar participar no estudo.

Seguidamente apresentamos a tabela n.º1 que representa as características sócio-demográficas dos participantes.

²⁵ A amostragem por conveniência “acarreta o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo” (Polit & Hungler, 1995, p. 226).

²⁶ “A amostragem não probabilística é “um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra.” (Fortin, 2003, p. 208).

²⁷ A saturação da informação significa limitar a amostra a partir do momento em que nada de novo é acrescentado e na análise da informação existe apenas a repetição de dados.

Tabela n.º 1- Caracterização da amostra

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	N=11	%
Idade:		
Média	40,4	
Moda	38	
Amplitude	33-54	
Sexo		
Feminino	1	9
Masculino	10	91
Habilitações Literárias		
1.ºciclo do ensino básico	2	18,2
2.ºciclo do ensino básico	4	36,4
3.ºciclo do ensino básico	4	36,4
Secundário	1	9
Nacionalidade		
Portuguesa	8	73
Espanhola	1	9
Francesa	1	9
Moçambicana	1	9
Estado Civil		
Solteiro	5	45,5
Divorciado	5	45,5
Viúvo	1	9
N.º de filhos		
Com filhos	7	63,6
Sem filhos	4	36,4
Estado de Saúde		
Com VHC	5	45,5
Com HIV e VHC	5	45,5
Sem patologia infecciosa	1	9
Idade do primeiro contacto com cocaína e/ou heroína	12-22	
Amplitude	17	
Média	16	
Moda		
Início de consumos (primeira droga de abuso):		
Cocaína	3	27
Heroína	8	73

Como podemos observar na tabela n.º1, o grupo estudado foi predominante masculino.

A idade média foi de 40,4 anos, sendo a idade mínima 33 anos e a idade máxima 54 anos. Em relação à idade média, 55 % da nossa amostra tinha idade inferior, 45% tinha idade igual ou superior e três indivíduos tinham 38 anos de idade.

Quanto às habilitações literárias, seis dos participantes da amostra tem uma escolaridade inferior ao 9.º ano (54,6%) e quatro participantes têm o 3.º ciclo do ensino básico completo (36,4%). Apenas um participante frequentou o ensino secundário (9%). O baixo grau de escolaridade é notório nesta amostra.

A nacionalidade é maioritariamente portuguesa (73%- oito casos) excepto em três participantes (27%), que apresentam nacionalidade moçambicana, francesa e espanhola.

Relativamente ao estado civil, cinco participantes (45,5%) são divorciados em igual proporção aos participantes solteiros. É de referir um participante viúvo (9%).

No que se refere à presença de filhos, sete participantes tem um ou mais filhos (63,6%) e quatro participantes referem não terem filhos (36,4%).

O tempo médio de permanência no CA, em que beneficiam de cuidados de enfermagem diariamente é de 14 meses, oscilando entre um tempo mínimo de 3 dias, e um tempo máximo de 36 meses. O tempo máximo de permanência estipulado pela Segurança Social é nove meses, dos quais três participantes são utentes há menos de nove meses (27%) e oito há mais de nove meses (73%).

Relativamente à idade em que iniciaram o consumo de cocaína e heroína, a idade mínima é 12 anos e a máxima 22 anos, sendo os 17 anos a idade média do primeiro contacto com cocaína e/ou heroína e a idade mais frequente os 16 anos. Em nove casos o primeiro consumo foi fumado (82%), sendo apenas em dois casos por via endovenosa (18%). Constata-se que todos os participantes passaram pelo consumo das duas drogas em simultâneo, num dado momento da sua vida.

Para melhor compreender as repercussões a nível da saúde identificamos os participantes portadores de patologia infecciosa: cinco participantes são portadores do vírus da hepatite C – VHC (45,5%) e cinco participantes são portadores de HVC e de HIV (45,5%). Apenas um participante não tem patologia infecciosa diagnosticada (9%).

4.4- Técnica de recolha de informação

A fim de compreender a percepção do toxicodependente sobre o papel do enfermeiro e o impacto na sua qualidade de vida, escolhemos como instrumento de colheita de dados a entrevista semi-estruturada, uma vez que pretendemos obter informação mais alargada permitindo que “os participantes produzam um discurso aberto sobre a sua percepção consoante o seu poder de argumentação e experiências vividas” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p.192).

Com o propósito de organizar o tempo e estruturar a sequência de questões a colocar aos participantes, elaborámos um guião orientador (Anexo B) em que o conteúdo das questões obedece à finalidade do estudo e ao problema de investigação.

4.5- Procedimentos

Para garantir a validade da entrevista efectuamos um pré-teste. Este pré-teste permitiu-nos validar o guião da entrevista assim como treinar a mesma pois “o sucesso é aqui uma questão de experiência (...) A aprendizagem da técnica da entrevista exploratória deve, com efeito, passar obrigatoriamente pela experiência concreta” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p.77).

Após obter a autorização para o estudo, realizámos as entrevistas, com duração média aproximada de trinta a quarenta minutos, cada.

As entrevistas foram realizadas durante os meses de Abril e Maio de 2010, num dos gabinetes existentes nas instalações da instituição. Este local garantiu a privacidade e a comodidade dos participantes.

Todas as entrevistas decorreram apenas na presença do entrevistador (investigador do estudo) e do entrevistado.

Para a realização das entrevistas, recorremos à ajuda de um gravador, e tivemos sempre o cuidado de fazer no início de cada entrevista o enquadramento do estudo que estávamos a desenvolver, bem como a sua finalidade. Foram dadas todas as garantias de confidencialidade do conteúdo e anonimato das fontes. Assegurámos também que as

entrevistas seriam transcritas para texto livre sem qualquer identificação pessoal e que o conteúdo das fitas em áudio gravado seria destruído.

Após gravarmos as entrevistas, o seu conteúdo foi transcrito para texto (Microsoft Word) e a informação constante das entrevistas foi submetida a uma leitura flutuante, eliminando-se referências que pudessem identificar os participantes. Cada entrevista foi designada pela letra E e atribuído um código de 1 a 11. Daqui resultou o *corpus* da análise, ou seja, todo o material obtido com vista à análise e obtenção de resultados.

Com o objectivo de seleccionar a técnica de análise de dados mais pertinente a este estudo qualitativo que facilitasse a compreensão, análise e apresentação dos dados escolhemos a técnica de análise de conteúdo, tendo como autor de referência Laurence Bardin.

Segundo Bardin, técnica de análise de conteúdo é: “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens “(1977, p.38).

Após organizado todo o conteúdo, desenvolvemos um sistema de codificação, segundo regras precisas, recorrendo a unidades de registo e unidades de contexto.

Procedemos à identificação das categorias que de alguma forma estavam orientadas pelo guião da entrevista. A informação foi organizada atendendo à correspondência categoria, unidades de registo e unidades de contexto. Em algumas das categorias foram identificadas subcategorias (Anexo C).

4.6- Considerações éticas

Para a realização do estudo, solicitamos a autorização à Instituição (Anexo D).

Um estudo de investigação, principalmente no que diz respeito às ciências sociais, deverá ser sempre associado a questões morais e éticas, reflectindo sobre as reais vantagens do estudo para a aquisição de conhecimentos e os métodos aplicados.

“Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (...). A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que tem um enorme

valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.” (Fortin, 2003, p.113 e 114)

Neste sentido foi solicitado aos participantes a sua colaboração no estudo, através do consentimento livre e esclarecido. O consentimento livre e esclarecido, para além de informar sobre a natureza do estudo, informou também sobre a utilização de um áudio-gravador para a gravação das entrevistas.

5- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

No presente capítulo procederemos à apresentação, análise e discussão da informação emergente da abordagem qualitativa. Cada categoria tratada é analisada separadamente.

5.1- Percepção do conceito de qualidade de vida pelo toxicodependente

Tornou-se de importância fulcral conhecer a percepção do toxicodependente sobre o conceito de qualidade de vida, dando origem à categoria: percepção do conceito de qualidade de vida pelo toxicodependente.

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Percepção do conceito de qualidade de vida pelo toxicodependente	Necessidades Físicas	Abrigo Sono Higiene Alimentação
	Projecto de vida	Individualidade Regras Interacção Responsabilidade Emprego Ausência de drogas Saúde

Figura n.º 2 - Percepção do conceito de qualidade de vida pelo toxicodependente

Todos os utentes entrevistados afirmaram que a sua qualidade de vida aumentou ao entrar para o CA, inserido num modelo da redução de riscos e minimização de danos.

Desta categoria, emergem duas ideias centrais, ou seja a qualidade de vida, para os toxicodependentes intervenientes neste estudo é representada pelas **necessidades físicas** e por um **projecto de vida**.

As **necessidades físicas** ou fisiológicas integram todos aqueles aspectos que englobam a preservação de um organismo vivo.

Estes toxicodependentes estavam em situação de sem-abrigo²⁸ antes de serem acolhidos na CA, com condições sócio-sanitárias precárias e por vezes inexistentes. Torres & Neto (2001) revelam que ficavam perplexos com as respostas dos toxicodependentes e das suas famílias sobre necessidades fundamentais, nomeadamente sobre o sono, a alimentação: “andar uma semana sem comer (ou comer só à base de doces) e sem se lavar são respostas frequentes (...) Também oito dias sem ir à cama e deitar-se em lugares inseguros”(p. 323).

A satisfação de necessidades físicas assume uma importância fulcral e prende-se essencialmente com o **abrigo** (alojamento no centro de acolhimento), **o sono, a higiene e a alimentação**. Tal é evidenciado nas seguintes unidades de contexto:

“(...) não tem nada a ver uma coisa com a outra, apanhar chuva, frio e estar aqui.” [E₁];
“(...) ter uma casa. Oh, Sr. Enfermeira é totalmente diferente de estar naquele mundo da droga, nossa senhora. É horrroso!” [E₃]; “(...) temos cama para dormir (...)” [E₂];
“(...)higiene, tudo. Limpeza (...) horas para tomar banho (...)” [E₅]; “(...) ter alimentação(...)” [E₁₁]

Maslow (cit. por Hood & Dincher, 1995) categorizou as principais necessidades das pessoas: as necessidades fisiológicas, na base da sua pirâmide, seguidas de necessidades de segurança, de amor/pertinência, de estima e de auto-realização, tal como demonstra a figura n.º3.

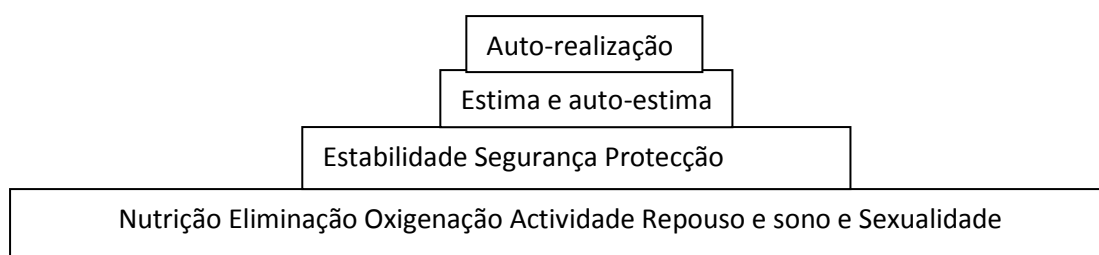


Figura n.º3 - A hierarquia das necessidades segundo Maslow

²⁸ Ao contrário de pessoas que habitam numa casa, que lhe proporciona uma “segurança ontológica”, definida por Giddens como a confiança que os seres humanos têm na continuidade da sua auto-identidade e na constância do seu meio ambiente, os sem-abrigo, “homeless” em inglês, é a pessoa que além de falta de residência tem algum grau de isolamento social, apresenta assim as duas partes, a ausência de recursos e de laços comunitários (Giddens, 2008).

Estas necessidades fisiológicas são as mais importantes, pois hipoteticamente, significa que um indivíduo carente de todas as necessidades buscaria a obtenção das necessidades fisiológicas antes de todas as restantes. Tal constatação vem dar consistência à importância desta subcategoria dentro da percepção do conceito de qualidade de vida, nos indivíduos estudados.

Porém, quando satisfeitas as necessidades fisiológicas, ocorre a necessidade de satisfação de necessidades mais elevadas como por exemplo a necessidade de segurança, de amor etc.

Tal é notório pela emergência nos relatos da subcategoria: **projecto de vida**, que engloba necessidades mais elevadas, como por exemplo a necessidade de **individualidade, regras, interacção, responsabilidade, emprego, ausência de drogas e saúde**.

Ter um projecto de vida determina que os indivíduos tenham metas e objectivos que direccionem e orientem a sua vida de modo significativo, intencional e resolutivo. Desta forma, revelam capacidade para operar mudanças com o intuito de alcançar maior produtividade, criatividade e integração emocional.

“(...) é um projecto que tenho comigo (...)” [E₂]; “(...) ter objectivos (...)” [E₆]; “(...) mais gosto em nós próprios, mais gosto em viver, mais alegria em viver (...)” [E₁₀]

O conceito de qualidade de vida para o toxicodependente engloba também a **individualidade**, que nos remete para uma interioridade inviolável que corresponde ao universo pessoal de cada um. Esta é influenciada pela história biológica, familiar e circunstancial.

O consumo de cocaína e heroína propicia um refúgio ao confronto com as frustrações e sentimentos dolorosos de inutilidade e insucesso bem como de desilusão, por se sentir, por vezes, rejeitado e não aceite em relações interpessoais e no seu Eu (Blatt & Berman,1990; Hartmann,1930; Meelo,1952 cit. por Catralho, 2007).

Esta vulnerabilidade afectiva reflecte-se no nosso estudo – ressaltando sentimentos de incapacidade em alcançar objectivos, padrões e expectativas estabelecidas quer por outros, quer por si próprio, advindo esta falha, muitas vezes, na falta de interiorização de sentimentos positivos de si próprio.

“(...) superar maus momentos, as fases difíceis e conseguir atingir sempre. (...)”;“(...) vou ser outra pessoa diferente e não vou morrer assim, porque acho que não vale a pena

(...)” [E₈]; “(...) ganhar amor pela vida (...)” [E₉]; “(...) eu sinto-o (o conceito de qualidade de vida) mas não sei falar bem.” [E₃]

No entanto, é notória esta busca de individualidade, da dignidade de ser pessoa, indo ao encontro de Domingues (2000) integrando o passado, vivendo o presente e numa postura de abertura ao futuro num “Eu”, sujeito de mudança, projectos e expectativas. Tal é evidenciado através das seguintes unidades de contexto:

“(...) vida estruturada como pessoa (...) eu estruturar-me.” [E₁₁]; “(...) gosto pela aprendizagem (...) assimilar aprendizagem (...) ter boa memória (...) conseguir atingir os próprios objectivos e próprias etapas (...)” [E₈]

Também, a percepção dos participantes levam-nos para o conceito de crescimento pessoal intrínseco à individualidade, ou seja sentimentos de que os indivíduos continuam a crescer e a desenvolver-se como pessoas, demonstrando talento e potencial para se auto-realizar consecutivamente e de acordo com as suas necessidades. Traduz a capacidade de abertura das pessoas para novas experiências, como sinal de pleno desenvolvimento coextensivo à duração da vida de cada sujeito (Fernandes, 2007).

A presença de **regras** vem realçar a importância da necessidade de regras, pois a uma longa carreira da dependência está indissociável viver à margem de regras/normas sociais.

As modificações causadas pelo consumo de droga, quando percepcionadas como agradáveis ou como aliviando um importante mal-estar psíquico ou físico, têm um forte efeito de reforço positivo sobre os próprios consumos, que se podem tornar progressivamente mais importantes na escala das motivações do toxicodependente, levando à transgressão das regras sociais e morais previamente respeitadas e a importantes modificações nos padrões de comportamento e socialização.

Estas regras individuais e sociais são prescrições de comportamento para viver em sociedade. Em sociologia, o conceito de regra ou norma social corresponde às expectativas sociais acerca do que é um comportamento adequado ou correcto. Obviamente, a pluralidade de modelos culturais existente no mundo limita a coerência e a significância dos comportamentos aos contextos para os quais elas são válidas (Giddens, 2008).

O próprio carácter ilícito da substância, aliado à desestruturação social e psicológica do próprio indivíduo, a sua carreira da dependência levam a que o toxicodependente que

vive nas ruas tenha apenas como prioridade o consumo, para evitar a ressaca²⁹, que a ausência de drogas acarreta, levando a uma ausência de regras ou normas sociais simples como por exemplo: horários para refeições ou para dormir.

“(...) nós termos horas de dormir, horas de nos levantar, termos uma regra na vida, é isso que faz parte da qualidade de vida (...)” [E₆]; “(...) horários para tudo, não tinha(...)”; “(...) horas para comer que não tinha (...)” [E₅]; “(...) ter uma vida regrada (...)” [E₁₁]

Sabendo que todos os grupos humanos para alcançar a interação entre os indivíduos, têm regras e que estas não obedecem ao acaso, mas seguem normas definidas, que são sempre reforçadas por sanções de vária ordem, de sentido positivo ou negativo, indo desde a recompensa até à desaprovação informal e à punição formal. Esta unidade de registo traduz a importância deste significado à medida que compreendemos a percepção do conceito de qualidade de vida do toxicodependente.

A **interacção** com o outro é valorizada em diversos relatos, onde os indivíduos sentem saudades ou manifestam que ter qualidade de vida implica ser um ser em relação com o outro, estabelecendo relações e laços efectivos.

“(...) Conhecer outras pessoa (...) conhecer alguém (...)” [E₂]; “(...) poder dar algo ao meu filho(...)” [E₄]

Ora, um dos pontos centrais do fenómeno da toxicodependência, tal como nos diz Catralho (2007) é precisamente esta passagem do “regime relacional” (já previamente empobrecido e frágil) ao “regime farmacotímico”, conseguido à custa do consumo de drogas modificadoras do humor e do estado de consciência. Catralho (2007) fala-nos desta falta de interacção, em que o toxicodependente vive uma espécie de anedonia relacional, movimentando-se apenas no sentido da droga, numa fase inicial - fase “de lua-de-mel”³⁰.

No entanto, no conceito de qualidade de vida percepcionado, as relações positivas com os outros, parecem traduzir relações significativas para o toxicodependente, que são enfatizadas pela importância da afectividade, da confiança e da amizade profunda, necessárias à auto-actualização da própria pessoa.

A **responsabilidade**, inerente à percepção do conceito de qualidade de vida, emerge da análise das entrevistas.

²⁹ Ressaca ou síndrome de abstinência.

³⁰ Fase de “lua-de-mel “ – fase em que o toxicodependente consegue grande prazer e gratificação pessoal com uso de heroína e cocaína (Catralho, 2007).

“(...) exige-me responsabilidade (...) ser responsável por mim mesmo” [E₁₁]

Etimologicamente a palavra responsabilidade é equivalente “a responsável, significa prometer, empenhar-se, comprometer-se perante alguém”, é responsável quem responde pelas suas acções (Ferreira & Dias, 2005, p. 39).

No conceito de qualidade de vida, o participante tem consciência que a sua vida pessoal torna-se constantemente histórica, existencial e dramática e é da sua experiência quotidiana que capta a sua própria identidade e que tem que ser capaz de programar, executar e avaliar a sua vida com critérios de verdade, justiça e estética na base da explícita liberdade de escolha entre várias opções ou alternativas possíveis, levando o conceito de qualidade de vida ao aspecto a que Domingues (2000, p.47) cita como “responsabilidade ética”.

Encontrar um **emprego**, ou seja, existir um facto jurídico que se configura quando se presta um serviço a uma outra pessoa, física ou jurídica – empregador - de forma subordinada, pessoal, não eventual e onerosa (Dicionário da Língua Portuguesa, 2003), emerge na percepção dos participantes quando se referem a ter qualidade de vida.

“(...) Encontrar um emprego (...)” [E₂]; “(...) era trabalho(...)” [E₄]; “(...) Ser produtivo para a sociedade (...)” [E₁₁]

Este é um aspecto percepcionado, como parte de um projecto de vida, pois a maioria destes utentes, com nível de escolaridade baixa, nunca teve um vínculo laboral que lhe permitisse estabilidade. O emprego, não só constitui o principal recurso para a maioria das pessoas suprir as suas necessidades materiais, como também lhes permite plena integração social.

A **ausência do uso de drogas** foi também identificada pelos participantes ao longo das entrevistas.

“(...) da condição que nos dão para deixar essa vida dos consumos e passar a ter uma vida com mais qualidade (...) depois já sem a preocupação dos consumos, já temos cabeça para outros objectivos (...) porque na altura que andamos consumir, o objectivo é só o consumos (...) é a isso que eu chamo qualidade de vida, é não ter a limitação dos consumos (...)” [E₆]; “(...) enfrentar a vida de maneira diferente, livre de drogas (...) seguir rumo totalmente diferente das drogas (...)” [E₉]; “(...) Eu quando uso drogas, eu não tenho qualidade de vida, nem sei bem se tenho vida (...)” [E₁₁]

Apesar de todos os entrevistados serem consumidores actuais de drogas, estes percebem o ideal da abstinência, da paragem do consumo de drogas, existindo neste contexto de cuidar como refere um dos participantes do estudo:

“(...) condição que nos dão para deixar essa vida dos consumos e passar a ter uma vida com mais qualidade (...)” [E₆]

Todavia, passado o tempo da fase de lua-de-mel, a administração de heroína, para além de já não provocar intenso prazer, apenas atenua o desconforto da privação. Tal como afirma Rado (cit. por Catralho, 2007) “o regime farmacotímico tem curso definido e restringe cada vez mais a liberdade de acção do Eu” (p.10). O mesmo círculo vicioso que parecia antes favoravelmente infalível, revela-se tirânico, pois impõe a substituição das relações humanas pela relação exclusiva entre a pessoa dependente e a droga.

Por último, emergiu a **saúde**, inerente à concretização de um projecto de vida, dentro do conceito de qualidade de vida percebida pelos toxicodependentes entrevistados.

Em 1948, a OMS definiu saúde, como um completo bem-estar, físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1988), reunindo aspectos da multidimensionalidade inerente a este conceito.

A qualidade de vida relaciona-se com a saúde, no ponto de vista do toxicodependente entrevistado, na ausência de doença e na presença de um bem-estar psicológico, manifestado pela ausência de preocupações, tal como podemos visualizar nas seguintes transcrições:

“(...) hoje qualidade de vida, eu não tenho, derivado principalmente aos problemas de saúde (...)” [E₁₀]; “(...) com minhas duas doenças, passa por eu (...) tratar de mim (...)” [E₁₁]; “(...) qualidade de vida é não ter preocupações (...)” [E₄]

Em síntese, ao reflectirmos sobre a percepção do conceito de qualidade de vida pelo toxicodependente e comparando-o com conceitos de qualidade de vida teóricos definidos por alguns autores, encontramos algumas similitudes.

De acordo com as explicações de Orley (cit. por Ribeiro, 1997) a qualidade de vida é uma percepção individual da posição na vida, no contexto da sua cultura e sistemas de valores em que vive e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações, ou seja, numa perspectiva de satisfação de necessidades físicas mais prementes e necessidades de um projecto de vida que englobam expectativas, como por exemplo encontrar um emprego.

Tal corrobora com Ribeiro (1997), pois existem pressupostos subjacentes ao conceito de qualidade de vida dos quais se podem destacar: a qualidade de vida como sendo a ausência de doença, manifestando-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade, em que a configuração de bem-estar é uma dimensão auto-percepcionada, abrangendo aspectos físicos, mentais, sociais, ambientais e ecológicos.

Assim, o conceito de qualidade de vida para os participantes é uma percepção única e pessoal bem como um conceito multidimensional que envolve um conjunto de factores objectivos: como a funcionalidade, a competência cognitiva, a interacção do indivíduo com o meio, bem como subjectivos: sentimento geral de satisfação e percepção da própria saúde.

5.2- Percepção da problemática das drogas por parte dos enfermeiros

Relativamente à categoria que visa conhecer a percepção do toxicodependente sobre o domínio da problemática do consumo de cocaína e heroína pelos enfermeiros surgiram duas subcategorias que correspondem aos **enfermeiros de outras estruturas assistenciais de saúde**, como por exemplo enfermeiros que trabalham em centros de saúde e hospitais e os **enfermeiros que trabalham neste contexto de estudo**, no âmbito da redução de riscos e minimização de danos.

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Percepção da problemática das drogas por parte dos enfermeiros	Outros enfermeiros	Não percebem
	Enfermeiros neste contexto de estudo	Não percebem Percebem

Figura n.º 4- Percepção da problemática das drogas por parte dos enfermeiros

Os participantes evidenciaram a **não percepção** desta problemática por parte dos enfermeiros de outras estruturas de saúde sendo descritas atitudes discriminatórias.

“(…) nos hospitais, vêm-nos como drogados, somos menos merecedores de...como se diz..atenção..sei lá...cuidados..que os outros! Por isso acho que nem todos percebem (...)” [E₇]; “(...) noutros sítios acho que os enfermeiros nem imaginam como é o mundo das drogas. Por exemplo no centro de saúde, no hospital, somos discriminados (...)” [E₉]; “(…)

aquilo que já encontrei muitas vezes foi enfermeiros e até médicos a tratar o toxicodependente como lixo. Lá está, estamos a falar de discriminação (...)" [E₁₁]

Porém, também na subcategoria dos enfermeiros que trabalham neste contexto de estudo, um participante referiu que os enfermeiros **não percepcionavam** a problemática dos consumos.

"(...) Não percebem. Porque eles só fazem com ordens médicas. Fora disso, não percebem nada (...)" [E₁]

Esta percepção prende-se essencialmente com acções interdependentes do enfermeiro e com a necessidade de uma rápida satisfação das suas necessidades, característica deste tipo de utentes.

Relativamente às atitudes discriminatórias referenciadas em alguns relatos são idiossincráticas do carácter estigmatizante das dependências de heroína e cocaína, em que a pessoa é apelidada por agarrada, drogada e ressacada.

O estigma social aplicado aos consumidores de droga tem a ver com as disfuncionalidades que são induzidas por alguns dos seus comportamentos, tanto a nível social como familiar, comportamentos esses que derivam, sobretudo, das quantias elevadas que diariamente são necessárias para manterem o seu nível de consumo.

O conceito de estigma foi amplamente desenvolvido por Goffman (1963). Goffman (1963) define estigma como uma situação em que um indivíduo é desclassificado da aceitação social plena, pois contém um atributo que é profundamente descrédito. Um dos três tipos de estigma proposto, foi rotulado como defeitos de carácter individual, incluindo neste, as pessoas que foram percebidos como tendo características como: vontade fraca, dominadora ou antinatural, paixões ou crenças traiçoeiras e rígidas e desonestidade. Ele propôs que essas características foram inferidas a partir de um registo conhecido de doença mental, onde se inserem as Dependências.

A descoberta de um estigma num indivíduo prejudica não só a situação social corrente mas também as relações já estabelecidas e a imagem que os outros terão dele no futuro, ou seja, a sua reputação. As consequências da descoberta de um estigma podem prolongar-se por toda a vida do indivíduo (Goffman, 1963).

Bennett (1990) realizou um estudo com enfermeiros que prestavam cuidados a pessoas com HIV, alguns deles toxicodependentes, concluindo que estes não eram utentes a quem os enfermeiros gostavam de prestar cuidados.

Ritson (1999) denotou no seu estudo pontos de vista estigmatizantes dos profissionais de saúde em relação a utentes toxicodependentes, apontando como três principais razões: eram percepcionados como perigosos, imprevisíveis e de difícil aproximação, eram os culpados do seu estado de saúde e os profissionais de saúde não se sentiam seguros, nem capazes de ajudar estes utentes.

No contexto de cuidar da redução de riscos e minimização de danos, uma atitude discriminatória não é aceitável pois na base dos princípios desta filosofia está uma aceitação incondicional e pragmática do utente toxicodependente.

No entanto, neste contexto de estudo dez participantes **percepcionam** que o enfermeiro domina esta problemática.

“(...) Eu acho que eles percebem, sem dúvida (...)” [E₂];“(...) Aqui dentro percebem (...)” [E₃] “(...) acho que percebe (...) há profissionais que querendo ir depressa de mais não chegam lá (...) nós aprendemos uns com os outros (...) o enfermeiro com anos de experiencia vale mais que um enfermeiro acabado de sair da universidade (...)”;“(...) O toxicodependente é um doente manhoso, capaz de mentir e falar verdade ao mesmo tempo, quase, (...) o enfermeiro tem que ser também manhoso (...) perspicaz. O terreno é que lhes traz experiência (...)” [E₄];“(...) Percebe (...) ele olha nos meus olhos e vê logo tudo, se consumi ou não(...)” [E₅];“(...) senti que os profissionais me entenderam. Eles preocupam-se, sabem e tem uma ideia do nosso sofrimento como a ressaca mas também deve ser complicado para eles perceberem como é que uma pessoa já passou tão mal e volta (...)” [E₆];“(...) já sofri discriminação. Aqui dentro não (...)” [E₇]; “(...) tem me compreendido (...) não tem atitude de discriminação(...)” [E₈]; “(...) acho aqui percebem bastante(...)” [E₉]; “(...) aqui, nestas áreas, acho que sim (...)” [E₁₀]

Assim, apercebemo-nos ao longo da análise destes dados que existe discrepância entre os profissionais de enfermagem que trabalham neste contexto do cuidar e aqueles que estabelecem contacto esporádico com estes utentes, existindo ainda dificuldades na compreensão do seu estilo de vida e das suas rotinas.

No entanto, os enfermeiros têm de compreender que os seus próprios valores, crenças e noções pré concebidas sobre populações vulneráveis podem causar estigma cultural resultando em estereótipos e atitudes preconceituosas. Os enfermeiros devem implementar intervenções que examinem o património cultural dos seus utentes e os respeitem a fim de promover um atendimento culturalmente competente.

5.3- Percepção das dimensões do papel do enfermeiro pelo toxicodependente

Relativamente à percepção do papel do enfermeiro pelos toxicodependentes, na área da redução de riscos e minimização de danos, identificámos quatro dimensões: **técnica**, **relacional**, **ética** e **substituição do papel do médico**.

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Percepção das dimensões do papel do enfermeiro pelo toxicodependente	Técnica	Administração de medicamentos Supervisão: consultas Tratamento de feridas
	Relacional	Atenção positiva Comunicação verbal Ajuda Atributos
	Ética	Defensor
	Substituição do papel do médico	Presença

Figura n.º5- Percepção das dimensões do papel do enfermeiro pelo toxicodependente

Na **dimensão técnica** do papel do enfermeiro integramos todas as acções do domínio do saber fazer.

O cuidar em enfermagem exige formação específica e um conjunto de conhecimentos acerca de técnicas e procedimentos adequados, não podendo ser reduzidas a uma mera boa vontade ou intenção. Para Cursino et al. (2002), o saber fazer, ou seja, o fazer com qualidade e as habilidades de destreza dos profissionais são consideradas como formas de expressar cuidado para com os outros (cit. por Fernandes, 2007).

Indo ao encontro deste pressuposto, os utentes toxicodependentes deste estudo apreciam as competências técnicas dos profissionais. Um estudo de Rher & Bird (1996) cit. por Brown, Nolan & Crawford (2000) concluiu que frequentemente as qualidades técnicas dos profissionais influenciam o grau de satisfação dos doentes.

Este aspecto é realçado neste estudo através das seguintes unidades de registo: **administração de medicamentos, supervisão: consultas** e por fim o **tratamento de feridas**.

A **administração de medicamentos**, é uma parte integrante do papel do enfermeiro pois devemos ter presente que dez dos onze participantes, apresentam comorbilidade, ou seja, associado à dependência de droga apresentam patologia infecciosa.

A administração de medicamentos assume uma importância fulcral para estes utentes nomeadamente no programa de substituição em baixo limiar de exigência (com utilização da metadona), no âmbito de terapêutica combinada com medicamentos anti-retrovíricos ou com medicação antibacilar, entre outros, tal como é demonstrado nas seguintes unidades de contexto:

“(...) tomo a metadona (...)” [E₁]; [E₉], “(...) uma loção que me passava no corpo (...)” [E₂]; “(...) quando não está a medicar (...) está a preparar porque há medicação para logo à tarde(...)”; “ir tomar metadona (...) há sempre pomadazinha (...) tenho dor de dentes também há sempre qualquer coisa para eu tomar (...)” [E₄]; “(...) dá injeções, dá medicação, dá metadona (...)” [E₅]; “(...) dar a metadona todos os dias, aquela dose certa (...) todos os outros cuidados com os medicamentos” [E₆]; “(...) dá metadona(...) tomo lá minha medicação (...)” [E₇]; “(...) dá a metadona, dá medicação (...)” [E₈]

A metadona é o opiáceo de substituição para heroína mais comumente utilizado no programa de substituição em baixo limiar de exigência em Portugal, justificando uma maior frequência na repetição deste fármaco nos relatos dos participantes e a associação mais frequente da administração de metadona ao papel do enfermeiro pois é o enfermeiro responsável pela monitorização este programa.

Também inerente à dimensão técnica do papel do enfermeiro, emerge a **supervisão: consultas**. O toxicodependente privilegia no papel do enfermeiro, o encaminhamento e a agilização para potenciar o cumprimento do regime terapêutico e *follow up* proposto nas consultas. Tal é evidenciado pelas seguintes unidades de contexto:

“(...) a enfermeira me avisa (...) orienta-me.” [E₁]; “(...) preocupação em avisar (...) cartas do hospital (...)” [E₂]; “(...) alerta das consultas (...)” [E₆]; “(...) avisa quando temos consultas (...)” [E₇]

O **tratamento de feridas** emerge, de igual modo, da análise interpretativa das entrevistas.

“(...) faziam-me os pensos (...)” [E₂]; “(...) Faz curativos (...)” [E₅]; “(...) fez-me curativo(...)” [E₉]; “(...) faz os curativos (...)” [E₁₁]

Outra das dimensões desta categoria é a **dimensão relacional** do enfermeiro na área da redução de riscos e minimização de danos.

Esta dimensão relacional é contrária a uma visão da pessoa como objecto, que não tem recursos nem potencialidades para construir com o enfermeiro o seu plano de cuidados. Engloba a compreensão que a pessoa pode mobilizar recursos para ser um interveniente activo no controlo da sua vida. Exemplos de autores como Chalifour (1989), Lazure (1994) que desenvolveram modelos de relação de ajuda corroboram com os resultados encontrados.

As unidades de registo são mencionadas como fazendo parte das competências que o enfermeiro deve possuir, essenciais na relação de ajuda, e fundamentais para cuidados de enfermagem humanizados e personalizados.

A **atenção positiva** proporcionando maior atenção e intimamente relacionada com a presença e a disponibilidade imediata do enfermeiro, traz conforto e uma mudança positiva no estado emocional do toxicodependente, levando a um processo de coesão e a um estado de tranquilidade.

“(…) Ele está sempre ali, disposto para um utente.” [E₂];“(…) pede-lhe qualquer coisa e está sempre bem-disposta e às vezes com tanto trabalho e aturar esta gente toda (…)” ;“(…) é tão meiguinha (….) pessoa carinhosa (….)” [E₃];“(…) o enfermeiro está alerta, quase sempre (….)”;“(…) o enfermeiro está sempre lá (….)” [E₄];“(…) apoia-me psicologicamente (….)” [E₈]

Indo ao encontro de Bowles (2001, cit. por Fernandes, 2007), os profissionais devem revelar capacidade para expressar o cuidar de forma efectiva e tal se traduz ao demonstrar dedicação, solidariedade e o estabelecimento de um compromisso para com o outro.

Estas atitudes de atenção, compreensão e ajuda são capazes de entrar no mundo privado, aconselhando-o e ajudando-o a restabelecer o equilíbrio que nestes utentes é instável e por vezes, com sentimentos contraditórios.

Na redução de riscos e minimização de danos é necessário saber acolher o toxicodependente como ele é, de acordo com o conjunto de crenças e valores que o regem, compreendendo o seu estilo de vida, na sua dependência de drogas, e não, de uma forma redutora, que o identifica apenas com uma doença mental.

O toxicodependente refere que o enfermeiro está presente, demonstra carinho, atenção e sensibilidade necessária, com o desejo de melhorar e de recuperar o seu bem-estar, ou

de simplesmente, substituir um comportamento mais danoso por outro menos danoso para si e para os outros.

“(...) está sempre lá (...)” [E₄], “(...) bem-disposta (...)” [E₃]

A **comunicação verbal** envolve a palavra falada ou escrita que faz parte do dia-a-dia de todos nós. A comunicação verbal traduz-se num conjunto de símbolos usados para expressar ideias ou sentimentos, incitar respostas emocionais ou descrever objectos, observações, memórias ou inferências (Potter, 1999 cit. por Ferreira & Dias, 2005).

Torna-se relevante em todo o processo de cuidados de enfermagem, pois assenta no encontro entre quem presta e quem recebe esses cuidados, sendo que a comunicação eficaz entre estes dois interlocutores determina o ambiente em que os cuidados são prestados e recebidos, permitindo o desenvolvimento mútuo e simultâneo, como podemos constatar:

“(...) fala comigo (...)” [E₃]; “(...) uma parte do seu papel tem a ver com (...) bom entendimento, de se falar, de transmitir a mensagem, de uma pessoa receber. Se tiver um problema vou falar com o enfermeiro (...)” [E₈]; “(...) falam, dão sugestões (...)” [E₁₁]

A comunicação verbal facilita a adaptação do toxicodependente ao processo de mudança de comportamento, permitindo o uso de estratégias de coping³¹, a preservação da sua identidade e da sua auto-estima, reduzindo o isolamento social e a solidão que frequentemente o caracteriza.

De acordo com Chalifour (1989), a comunicação eficiente deve ser simples, curta e directa e os enfermeiros devem ser sensíveis à oportunidade de encetar determinada conversa com o utente, em que muitas vezes, o momento é decisivo para a recepção, ou não de determinada mensagem.

Pretende-se que o enfermeiro seja capaz de verbalizar o que fica subentendido nas palavras proferidas pelo toxicodependente e que, muitas vezes, não é transmitido por vergonha ou por se tratar de aspectos pessoais e emocionais, encorajando-o a verbalizar o que o preocupa e o torna inseguro, permitindo uma reflexão conjunta e proveitosa com a consequente consciencialização dos paradoxos entre o pensar e o agir.

A **ajuda** foi frequentemente referenciada ao longo dos relatos dos participantes indo ao encontro da afirmação de Lazure (1994, p.13): “se há palavras usadas em Enfermagem, a palavra ajudar é sem dúvida uma delas. Para poder ajudar de forma adequada a

³¹ Coping - são esforços para lidar com situações de stress, de ameaça ou de desafio quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática (Dicionário da Língua Portuguesa, 2003)

enfermeira deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver.”

A ajuda, parte integrante da relação de ajuda, permite conhecer melhor e mobilizar recursos, sendo surpreendentes os benefícios que os utentes e os enfermeiros podem obter contribuindo para um maior bem-estar do toxicodependente. Mas, tal exige criatividade, sensibilidade e um desejo profundo de partilhar sentimentos e de comunicar numa forma individual e única, personalizando os cuidados prestados

“(…) ajuda as pessoas (…)” [E₃]; “(…) parece que só socorre, que só ajuda(…)” [E₄]; “(…) é um auxilio que eu tenho (…)” [E₆]; “(…) são (…) quem tem de ajudar (…) tentam sempre ser o melhor que podem (…)” [E₈]; “(…) ajuda muito o próximo (…)” [E₁₀]

Chalifour (1989, p.18) afirma que a ajuda é “uma interacção particular entre duas pessoas, o enfermeiro e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade (…)”. Assim, seja qual for o objectivo do profissional de enfermagem - a independência (modelo de Henderson, 1966), a adaptação (modelo de Roy, 1980) – o profissional de enfermagem deve esforçar-se por pautar as suas actividades profissionais por uma comunicação de ajuda (cit. por Adam, 1994).

Acerca do **atributo**, este remete-nos ao conjunto das competências pessoais e profissionais que é atribuído ao enfermeiro.

A competência é a capacidade pessoal de realizar uma função, ou uma tarefa, segundo critérios de desempenho estabelecidos; está associada aos atributos pessoais e aos atributos profissionais. A competência implica um pacto social pois existe quando um diz possuí-la e o outro reconhece que essa pessoa a possui efectivamente

Os atributos pessoais podem ser evidenciados pela simpatia, boa disposição, ou por um carácter inespecífico de apreciação pessoal, tal como evidencia as seguintes unidades de contexto:

“(…) são pessoas espectaculares (…);“(…) são impecáveis(…)” [E₃]

Os atributos profissionais/do papel podem ser relatados como ser responsável, organizado ou por um aspecto abrangente que engloba o papel do enfermeiro.

“(…) faz muita coisa (…)” [E₂]; “(…) tem um papel mais importante que as pessoas pensam (…)[E₄]; “(…) faz tudo de enfermagem (…)” [E₉]; “(…) faz muito (…)” [E₁₀]

Outra dimensão inerente ao papel do enfermeiro é a **dimensão ética**, entendida num sentido amplo como uma preocupação por bem agir, enquanto **defensor** do utente.

Esta preocupação tem acompanhado o desenvolvimento da Enfermagem ao longo dos séculos, zelando pelo prestígio da profissão, requerendo padrões de competência profissional e de respeito deontológico pois, enquanto acção humana e interpessoal, esta desenvolve-se no encontro sempre singular entre a pessoa e o profissional (Veiga, 2006).

A dimensão ética é entendida ao longo deste trabalho, na redução de riscos e minimização de danos, tal como preconizado por Ferreira & Dias (2005), como um compromisso social, em que o papel do enfermeiro se apoia sempre em valores e comportamentos fundamentalmente éticos e morais, ou seja, tem por base o critério do maior bem para o toxicodependente e para sociedade como um todo.

“ (...) tenta pôr-me ciente da minha própria segurança e da minha saúde, e das coisas que estão à volta disso, para não ter desilusões (...)” [E₈]

Tal como nos relata Catralho (2007), o toxicodependente evidencia um aparente desrespeito e desvalorização em relação aos perigos reais e imaginário associado ao seu bem-estar e ao seu envolvimento com as drogas.

Assim, o enfermeiro ao educar para a saúde, previne comportamentos de maior risco, e aconselha e adverte o toxicodependente para comportamentos manifestamente perigosos como por exemplo a injeção nas veias do pescoço ou a partilha material de consumo, entre outros (Esteves & Vieira-Coelho, 2007). Se as pessoas mantêm os consumos impõem-se objectivos como o educar para um consumo seguro, uma pedagogia do uso seguro da droga, visando manter a saúde que tenham ou melhorá-la. Esta dimensão vai ao encontro do ideal ético da Enfermagem que é o cuidar do homem, tendo como finalidade protegê-lo, preservá-lo, respeitar a sua integridade e dignidade.

Na redução de riscos e minimização de danos, tal como Marlatt (1999) preconiza, o profissional deve agir sempre com vista para o que é melhor para o utente, revelando a arte de saber ser, estar e decidir com base no respeito, procurando ser bom, para agir bem.

“(...) sugerem o que é melhor para mim (...)”;“(...) aconselha muitas vezes o que é melhor para mim (...)” [E₁₁]; “(...) sempre a defenderem a pessoa (...)” [E₃]; “ (...) o enfermeiro tem muita responsabilidade (...)” [E₆]

Evidencia-se uma dupla dimensão: a social e individual, ou seja, tal como nos diz Ricoeur (1990 cit. por Ferreira & Dias, 2005) “é apreciando as nossas acções que nos apreciamos

a nós mesmos como autor e logo como sendo algo diferente de simples forças da natureza ou meros instrumentos.” (p.24).

Não nos podemos esquecer que as exigências da prática profissional, de um enfermeiro, nunca se poderão dissociar da ética e dos códigos deontológicos da profissão (Ferreira & Dias, 2005).

A última dimensão do papel do enfermeiro percebido pelo toxicodependente que emerge nestas entrevistas é **a dimensão de substituição do papel do médico**.

Nesta instituição em particular, existe um médico que realiza consulta um dia por semana. Nos restantes dias, pela sua **presença** constante, todas as questões a nível da saúde são referidas ao enfermeiro. Facto, percebido no papel do enfermeiro, como de substituição do médico.

“ (...) ele é ajudante do médico (...) faz aqui o que ele faz, quando ele não está cá. Nós só temos médico à quarta-feira, quando ele não está, está o enfermeiro (...)” [E₇]; “(...) não havendo médicos, é enfermagem que assume aqui o papel (...)” [E₉]

Em síntese, esta categoria, com excepção da subcategoria da dimensão de substituição do papel do médico, vai ao encontro das dimensões do cuidar da enfermagem. Estes dados corroboram com Godkin & Godkin (2004), citado por Ferreira & Dias (2005), em que o papel do enfermeiro engloba várias dimensões, implicando a atenção às necessidades físicas e emocionais dos utentes, pretendendo-se que haja um equilíbrio entre as dimensões técnicas, relacionais e éticas no cuidar em Enfermagem.

5.4- Percepção da individualização dos cuidados pelos enfermeiros

Na continuidade da análise das entrevistas identificámos a categoria: percepção da individualização dos cuidados de enfermagem, que engloba a humanização de cuidados na perspectiva do utilizador, em relação ao cuidar do enfermeiro, no eixo da redução de riscos e minimização de danos.

Categoria	Unidade de registo
Percepção da individualização dos cuidados pelos enfermeiros	Não individualiza Individualiza

Figura n.º6- Percepção da individualização dos cuidados pelos enfermeiros

Actualmente vive-se num mundo em que os profissionais se preocupam demasiado com o tecnicismo e com a evolução, correndo o risco de encarar o ser humano como um objecto e não como a razão de ser do mundo (Adam, 1994).

De acordo com o artigo 89.º da Ordem dos Enfermeiros (2009), relativamente à humanização dos cuidados, o enfermeiro assume o dever de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” e “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (p.61). Neste sentido, o enfermeiro deve respeitar o toxicodependente e a sua família, contribuindo para o estabelecimento de uma relação de ajuda proveitosa, que permita o desenvolvimento de capacidades.

Maioritariamente os utentes do CA, percebem que os enfermeiros **não individualizam** os cuidados:

“(…) sinto que somos tratados todos iguais (…)” [E₁]; “(…) tratam por igual (…)” [E₃]; “(…) trata todos por igual (…)” [E₅]; “(…) o tratamento (…) em termos de medicação, em termos de maneira de estar, aquilo que noto é que é igual para todos (…)” [E₆]; “(…) trata tudo por igual (…)” [E₇]; “(…) acho que sim, trata todos por igual(…)” [E₉]

Apenas, três dos participantes mencionam a **individualização**:

“(…) na minha experiência (…) sempre me individualizaram(…)” [E₁₁]; “(…) eu não acho que se trate todos iguais, porque nem somos todos iguais, não é? (…)” [E₂]; “(…) individualiza consoante a experiência e mediante os casos (…) cada caso é um caso (…)” [E₄]

A individualização dos cuidados remete-nos para a importância da humanização e personalização dos cuidados. A humanização é um processo abrangente que engloba a prestação de cuidados de acordo com a pessoa em si e com as suas necessidades individuais, fomentando uma interacção eficaz que transpareça competência profissional e satisfação mútua

Realça-se assim uma necessidade urgente de individualizar os cuidados de enfermagem neste contexto de cuidar, preparando os profissionais de modo que estes encarem o toxicodependente não com o pretexto para o seu desempenho profissional mas, a razão de ser do mesmo, desenvolvendo a arte de enfermagem baseada na protecção e desenvolvimento de capacidades e no respeito pela dignidade das pessoas indo ao encontro da perspectiva de autores como Oswald (1997); Bernardo (2001) cit. por Fernandes (2007).

5.5- Percepção da relação entre necessidade expressa e resposta do enfermeiro

Relativamente à percepção da relação entre necessidade expressa a resposta do enfermeiro, esta pretende compreender a percepção que o toxicodependente possui da resposta dada, quando exprime uma necessidade física ou emocional ao enfermeiro, em termos de acessibilidade.

Categoria	Unidade de registo
Percepção da relação entre necessidade expressa e resposta do enfermeiro	Acessível
	Não acessível

Figura n.º 7- Percepção da relação entre necessidade expressa e resposta do enfermeiro

A acessibilidade aos cuidados de enfermagem é uma das bases da garantia de qualidade dos próprios cuidados de saúde. Esta reporta-nos para o grau de adequação entre o utente e o sistema de saúde no qual está inserido, implicando o uso de bens e serviços considerados importantes, sem obstáculos físicos ou de natureza geográfica, económica, cultural, ou seja, uma oferta de serviços adequada às necessidades dos utentes.

Assim emergiu a unidade de registo **acessível**, em que o toxicodependente percepciona uma relação positiva entre a necessidade expressa e a resposta do enfermeiro.

“(…) foi rápido (…)” [E₂]; “(…) o que é preciso (…)” [E₃]; “(…) É bom, é rápido (…)” [E₅]; “(…) para mim sempre foi rápido (…)” [E₆]; “(…) é acessível (…)” [E₈] “(…) acho que sim (…)”[E₉]; “(…) Sim (…)” [E₁₁]

Na acessibilidade, o conceito de rapidez é frequentemente citado pelos entrevistados. Na área da redução de riscos e minimização de danos, solucionar as necessidades do toxicodependente num atendimento rápido contribui para o sucesso terapêutico e consequente satisfação do utente.

No entanto, um dos entrevistados percepcionou esta relação como **não acessível**, como evidencia a unidade de contexto:

“ (...) Não é rápido.” [E₁]

Sintetizando relativamente à relação entre necessidade expressa pelos entrevistados e a resposta do enfermeiro neste CA, esta é marcadamente acessível. Tal poderá dever-se às dimensões reduzidas desta instituição em comparação com outras instituições, o que leva a uma relação de maior proximidade entre o utente e o enfermeiro.

5.6- Percepção da adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades do toxicodependente

A categoria percepção da adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades do toxicodependente aborda a relação entre os serviços disponíveis e as necessidades da população estudada, emergindo duas unidades de registo em que os participantes percepcionam estes como **adequados** ou **não adequados**.

Categoria	Unidade de registo
Percepção da adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades do toxicodependente	Adequados
	Não adequados

Figura n.º 8- Percepção da adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades do toxicodependente

Maioritariamente os entrevistados consideram **adequados** os cuidados de enfermagem relativamente às necessidades sentidas.

“(…) sempre estiveram de acordo com minhas necessidades (..)” [E₂]; “ (...) Em Portugal não está assim tão mal.” [E₄]; “(…) em princípio acho que sim (...)” [E₁₀]; “(…) Sim, sem dúvida (...)” [E₁₁]; “(…) estão de acordo com minhas necessidades(…)” [E₅]

No entanto, um dos entrevistados considera que os cuidados de enfermagem **não são adequados** às suas necessidades, tal como evidencia a seguinte unidade de contexto:

“(…) eu daquilo que estou pedir, ninguém me ajuda (…)” [E₁]

O facto de existir uma extrema dificuldade em responder à complexidade dos problemas de alguns consumidores, pode levar a uma inadequação dos próprios serviços e do perfil do profissional para responder às necessidades do utente.

Porém, neste CA, podemos maioritariamente considerar como adequada as respostas, em termos de cuidados de enfermagem, às necessidades expressas desta população estudada, referidas pelos participantes.

5.7- Percepção da relação entre tempo/execução dos cuidados de enfermagem

Interessou-nos ao longo deste estudo compreender, para melhor caracterizar a percepção dos cuidados de enfermagem, na área da redução de riscos e minimização de danos, a percepção da relação entre tempo/execução dos cuidados de enfermagem pelo toxicodependente.

Categoria	Unidade de registo
Percepção da relação entre tempo/execução dos cuidados de enfermagem	Adequada
	Inadequada

Figura n.º 9- Percepção da relação entre tempo/execução dos cuidados de enfermagem

Tal como afirma Seabra (2005), o tempo condiciona a nossa actuação, já que a realidade aponta para um número escasso de enfermeiros por doente, o que dificulta a ambição de responder a todas as necessidades.

Porém, a maioria dos utentes refere que a relação entre tempo/ execução dos cuidados de enfermagem é **adequada**.

“(…) Eu acho que é tempo necessário.” [E₂]; “(…) É o tempo que é preciso.” [E₃]; “(…) é rápido (…) está implicado com o trabalho, trata com devida calma e atenção (…)” [E₄]; “

(...) No meu caso concreto, é o necessário (...)" [E₆]; "(...) sim, não tenho nada dizer(...)" [E₇]; "(...) até à data está tudo bem (...)" [E₁₀]

O tempo referenciado está intimamente ligado com o tempo percebido pelo utente, ou seja, parece-nos que podemos afirmar tal como Kant (2008) que o tempo, apesar de ser essencial como parte da nossa experiência, é destituído da realidade, não é algo objectivo, mas uma condição subjectiva, devida à natureza da mente humana.

É neste conceito subjectivo do tempo que podemos alicerçar a percepção individual dos indivíduos entrevistados em que o enfermeiro pode demorar horas ou poucos minutos nos cuidados que presta, desde que o faça com calma e atenção, sendo o tempo relatado como

" (...) costuma demorar o tempo necessário (...)" [E₅]

Contudo, existe um entrevistado que considera, esta relação como **inadequada**, tal como nos é evidenciado pela unidade de contexto

" (...) um enfermeiro chegar ali e pegue o frasco de metadona. Não! Deviam ter uma assistente (...) não devia estar só uma enfermeira (...)" [E₁]

Assim, apesar da maioria dos toxicodependentes entrevistados percepcionarem que a relação entre tempo/execução dos cuidados de enfermagem é a adequada, a existência de apenas uma enfermeira disponível ao longo do turno é referenciado, por um dos participantes do estudo, numa dimensão tecnicista e redutora do papel do enfermeiro.

5.8- Percepção do valor atribuído aos cuidados de enfermagem pelo toxicodependente

A percepção do valor atribuído aos cuidados de enfermagem pelo toxicodependente reúne informações dos entrevistados relativamente ao valor que estes atribuem aos diferentes cuidados prestados pelo enfermeiro.

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Percepção do valor atribuído aos cuidados de enfermagem pelo toxicodependente	Maior valor	Relação de ajuda Supervisão Administração de medicamentos Atributos
	Menor valor	Regras Atributos pessoais

Figura n.º10- Percepção do valor atribuído aos cuidados de enfermagem pelo toxicodependente

O valor varia de pessoa para pessoa e de acordo com as experiências e vivências. Cursino et al. (2002) consideram que o cuidar deve valorizar a vida, a promoção da saúde, o respeito, a cidadania e a dignidade humana, indo ao encontro dos relatos dos participantes (cit. por Fernandes, 2007).

Os cuidados de enfermagem **mais valorizados** englobam as seguintes unidades de registo: **relação de ajuda, supervisão, administração de medicamentos e os atributos.**

Relativamente à **relação de ajuda**, há muito que a Enfermagem atribuí uma importância fulcral a esta, indo ao encontro da importância atribuída ao longo das entrevistas como um dos cuidados de enfermagem mais valorizados.

Esta relação de ajuda é intrínseca aos cuidados de enfermagem, uma condição *sine qua non* para eficácia dos cuidados, tal como refere Fernandes (2007).

Na redução de riscos e minimização de danos, a qualidade do encontro entre o enfermeiro e o toxicodependente é um factor determinante nos cuidados e promotor da mudança de comportamentos. Rogers citado por Adam (1994, p.92) refere: “(...) é a qualidade do encontro com o utente que constitui o elemento determinante da eficácia (...)”.

Berget (1983) cit. por Catralho (2007, p.68) afirma que “as investigações epidemiológicas recentes mostram-nos que a maior parte dos dependentes de opiáceos nos nossos dias são personalidades depressivas”, sendo determinante uma relação de ajuda em que se

dá importância às qualidades de disponibilidade, atenção positiva, respeito, compreensão empática e escuta activa.

“(…) sempre fui bem recebido e compreendido (…)” [E₂]; “(…) foi logo, sempre que precisares (…)” [E₃]; “(…) principalmente falar com os utentes (…)” [E₅]; “(…) o cuidado que eles mostram ao ter com cada utente, variavelmente da situação que seja. A atenção que eles tem a cada um (…)” [E₆]; “(…) Do apoio (…)” [E₉]; “(…) o atendimento, a simpatia, a preocupação com o problema do utente (…) prestar atenção. Isto para mim é que é ser profissional (…);“(…) eu ser um sem-abrigo e o encaminhar-me para uma casa (…) é o ponto alto do trabalho de um enfermeiro (…) eu sozinho não sou capaz sequer dar um passo (…)” [E₁₁]; “(…) vejo que se tiver problemas de saúde, sinto que sou apoiado (…)” [E₈]

Indo ao encontro do preconizado por Phaneuf (1995), esta relação de ajuda é um tipo de relação em que os enfermeiros conseguem ajudar a pessoa que cuidam a enfrentar os seus problemas e tornarem-se intervenientes activos da sua situação. Através da relação de ajuda chegam a uma compreensão mais profunda mas também mais realista da dificuldade do utente, de modo que este consiga descreve-la segundo as suas próprias percepções, comunicar os seus sentimentos, as suas opiniões e satisfazer as suas necessidades sobretudo de segurança, pertença e consideração até à mudança de comportamentos

Outro dos cuidados mais valorizados pelos participantes é a **supervisão** que engloba não só o seguimento e acompanhamento a nível do regime terapêutico mas também, a educação para a saúde, dando especial ênfase à prevenção primária.

“(…) Ser vigiado, controlado (…)” [E₁]; “(…) responsabilidade que tem nos medicamentos (…)” [E₆]; “(…) a maneira como é encaminhado para as consultas (…)” [E₉]; “(…) cuidados quando há consumos em excesso. Educar para a saúde nesse sentido e prevenir. Prevenir nunca é demais (…)” [E₄]; “(…) prevenir um toxicodependente, dos riscos que corre, em relação à SIDA (…)” [E₈]

Nos cuidados mais valorizados pelo enfermeiro, o participante deste estudo vê o enfermeiro como orientador, promovendo comportamentos promotores da saúde e de prevenção da doença.

A **administração de medicamentos** é de igual modo evidenciada como um cuidado de enfermagem de maior valor para os participantes do estudo.

“(…) A toma da meta (…)” [E₁]; “(…) injeções (…)” [E₅]; “(…) a administração de metadona(…)” [E₁₁]

A administração de metadona, no programa de substituição em baixo limiar de exigência, monitorizado pelo enfermeiro, ganha relevo, pela frequência nos relatos dos entrevistados, pois deste fármaco depende a ausência da síndrome de abstinência causado pela heroína.

Os **atributos**, tanto pessoais como profissionais, emergem na subcategoria dos cuidados mais valorizados pelos entrevistados.

Na área implicativa dos cuidados de enfermagem, designação adoptada por Fernandes (2007), os atributos pessoais são evidenciados pelas seguintes unidades de contexto:

“(…) Eu gosto da maneira de ser (…)” [E₂]; “(…) gosto da disposição(…) todos os dias, nunca vi ninguém no gabinete de enfermagem mal disposto (…)” [E₆]; “(…) a maneira como falam(…)” [E₉]; “(…) especialmente da maneira de ser (…)” [E₁₀]; “(…) desempenhar a função aplicando todas as qualidade que o ser humano tem (…)” [E₁₁]

Por outro lado, na área explicativa dos cuidados de enfermagem (Fernandes, 2007) posicionam-se os atributos profissionais, através da existência do profissional em si.

“(…) é importante ele existir, estar ali. Tudo o que ele faz é importante.” [E₇]; “(…) considero tudo que eles fazem importante (…)” [E₂]

Estas duas áreas constituem os pilares ideológicos da profissão de Enfermagem (Costa, 2001 cit. por Fernandes, 2007).

Por outro lado, ao longo das entrevistas identificam-se cuidados de enfermagem percebidos pelo toxicodependente como de **menor valor**, nomeadamente as **regras** e **atributos pessoais**.

No CA são impostos determinados limites nomeadamente, quanto aos horários de entrada, horário do programa de substituição em baixo limiar de exigência, abster-se nas instalações do consumo de drogas ou de quaisquer medicamentos não prescritos. A exigência do cumprimento destas regras por parte dos enfermeiros é percebido pelos entrevistados, como cuidado de enfermagem de menor valor, tal como podemos verificar pela unidade de contexto:

“(…) cumprir horários, das tomas, de entrada (…)” [E₉]

As regras e o conhecimento da existência do limite e do seu significado são necessários para um normal funcionamento da instituição, tendo em atenção que a existência de regras e a imposição de limites nunca devem ser utilizadas como carácter punitivo ou apenas para beneficiar os membros da equipa interdisciplinar.

No entanto, o toxicodependente não tem uma interiorização da importância destas regras, podendo ser relacionado com as condições de falta de enquadramento sócio familiar em que viveu anteriormente, ou por outro lado, indo de encontro a Angel, Richard, & Valleur (2002) a uma rejeição à imposição de limites ao seu comportamento que leva à violação dos limites impostos.

Ao analisarmos o comportamento do toxicodependente, uma das características comportamentais do toxicodependente, referenciada por Rosa, Gomes, & Carvalho (2000) é o uso e abuso de atitudes manipulativas em proveito próprio, que é evidenciado nos relatos.

É importante o enfermeiro estar consciente da existência do processo de manipulação e desenvolver habilidades na sua percepção de modo a agir correctamente, mantendo uma postura profissional de assertividade. Deve estar atento a comportamentos manipuladores, saber estabelecer limites, deixando claro ao toxicodependente a percepção da finalidade do seu comportamento, sem conotação de julgamento, administrando o limite estabelecido e caso haja violação, gerir a situação, oferecendo apoio de modo consciente e transmitindo empaticamente a certeza que ele tem o potencial para enfrentar os desafios.

Os diálogos percebidos pelos participantes do estudo, entre o enfermeiro e outros utentes, no espaço do gabinete de enfermagem, são também referenciados como de menor valor.

“ (...) mexeriquices, quando lá vou, ao gabinete de enfermagem (...)” [E₄]

Os **atributos pessoais** dos enfermeiros, percebidos como de menor valor integram atitudes de arrogância e preconceito dos profissionais de enfermagem relativamente ao utente toxicodependente.

“ (...) a arrogância dos profissionais de saúde (...) Petulância, faz isto e não quer saber o que eu penso (...)” [E₁₁]

Auger (1972) citado por Adam (1994) diz-nos que não é o simples facto do homem estar doente que ele tem menos necessidade de ser compreendido e profundamente respeitado e que o enfermeiro deve empenhar-se numa relação de ajuda profissional mais do que numa relação levada pelo autoritarismo e desprezo.

No entanto, alguns profissionais tendem a sobrevalorizar os aspectos técnicos relativamente aos psicossociais, o que traduz, muitas vezes no surgimento de atitudes

menos positivas perante os mesmos, com a imposição de planos de cuidados, sem reconhecer no toxicodependente recursos para atingir o sucesso terapêutico.

Quanto mais o utente vê o terapeuta como verdadeiro ou autêntico, empático, demonstrando-lhe um respeito incondicional, atento mais se afastará de um método de funcionamento estático, fixo, insensível e impessoal e mais se dirigirá a uma espécie de funcionamento marcado por uma experiência fluida, mutável e plenamente receptiva a sentimentos pessoais variados, resultando deste movimento uma evolução da personalidade, do comportamento no sentido da saúde (Fernandes, 2007). Este é também um dos pressupostos da intervenção na área da redução de riscos e minimização de danos.

5.9- Percepção da satisfação do toxicodependente com os cuidados de enfermagem

Relativamente à satisfação do toxicodependente com os cuidados de enfermagem, esta engloba o sentimento pelos cuidados de enfermagem, percepcionados pelos participantes.

Categoria	Unidade de registo
Percepção satisfação do toxicodependente com os cuidados de enfermagem	Presente
	Ausente

Figura n.º 11- Percepção da satisfação do toxicodependente com os cuidados de enfermagem

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem exigem a “ procura permanente da excelência profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.” (Ordem dos Enfermeiros, p. 11).

Mais ainda, refere que:

“são elementos importantes da satisfação dos clientes, relacionada com o processo de prestação de cuidados de enfermagem, (...) o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente, (...) a

procura constante da empatia nas intervenções com o cliente, (...) o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados, (...) o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados, (...)” (Ordem dos Enfermeiros, p. 11-12)

Aspectos como a coordenação dos cuidados prestados, o desenvolvimento de interacções pessoais terapêuticas, a educação para a saúde pretendem atingir a satisfação do utente e desenvolver padrões de saúde mais saudáveis.

Assim, a satisfação **presente** engloba todos os sentimentos de contentamento relativamente aos cuidados de enfermagem.

“(...) Sim, sem dúvida (...)” [E₂]; “Gosto, gosto (...) Sim, sim.” [E₃]; “Sinto.” [E₄],[E₅]; “Sinto. Trazer minha saúde em dia, isso não se pode brincar.” [E₈]; “Satisfeito (...)” [E₁₁]

A satisfação **ausente** emergiu de um sentimento de descontentamento relativamente aos cuidados de enfermagem, manifestado através da unidade de contexto

“Não.” [E₁].

Podemos constatar através dos dados obtidos, que maioritariamente os utentes entrevistados estão satisfeitos com os cuidados de enfermagem prestados, já que só em uma das onze entrevistas é manifestada insatisfação.

Um estudo de Wolf et al. (1998) vai ao encontro das conclusões do nosso estudo, em que a satisfação dos utentes é maior e aponta como uma das principais razões: os enfermeiros que pertencem a instituições mais pequenas apresentam mais comportamentos de cuidar que nas grandes instituições, traduzindo maior satisfação dos utentes.

Sendo esta instituição onde decorreu o estudo, pequena e por muitos considerada de cariz quase familiar promotora de relações positivas e de proximidade, promovendo a satisfação dos utentes.

5.10- Percepção do contributo do enfermeiro na qualidade de vida do toxicodependente

Após analisarmos a percepção do conceito de qualidade de vida, esta última categoria reflecte a percepção do contributo do enfermeiro na qualidade de vida dos toxicodependentes, inseridos num contexto de cuidar sob alçada da redução de riscos e minimização de danos.

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Percepção do contributo do enfermeiro na qualidade de vida do toxicodependente	Contribuí	Administração medicamentos Supervisão Relação de ajuda Género
	Não contribuí	Individual

Figura n.º 12- Percepção do contributo do enfermeiro na qualidade de vida do toxicodependente

Dos dados emergiram duas subcategorias em que o enfermeiro **contribuí** para qualidade de vida e em que o enfermeiro **não contribuí** para qualidade de vida do toxicodependente.

Na subcategoria que percepcionam que o enfermeiro contribui para a sua qualidade de vida, emergiram cinco unidades de registo, que determinam os domínios em que o enfermeiro influencia a qualidade de vida do utente, nomeadamente:

- **administração de medicamentos.**

(...) cumprindo o papel dele, ao dar-me a minha medicação, a metadona (...)” [E₆] ;“(…) administrava a metadona (...)” [E₁₁]

- **supervisão**, que engloba a motivação para a adesão ao regime terapêutico, a educação para a saúde no sentido de reduzir os riscos e minimizar os danos dos consumos.

“(…) pode melhorar a minha qualidade de vida, no desempenho da sua função, na prevenção essencialmente (…)” [E₄]; “(…) investir muito na informação sobre o VIH (…)” [E₁₁]; “(…) podem ajudar nos meus limites, ajudarem-me não ser exagerado. (…) Não tocar na bebida quando faço medicação (…) o que quero dizer é que sou um baldas (…)” [E₈]; “(…) teve implicação na qualidade, a nível da minha saúde (…)” [E₃];

- na promoção de uma **relação de ajuda**, que permita encaminhar e aliviar sentimentos de ansiedade e promover o apoio necessário à reflexão pessoal e mudança.

“(…) gosto de falar com ela, de ter apoio (…);“(…) apanho-a sozinha, vou lá e falo com ela, é muito importante (…)” [E₃]; “(…) o enfermeiro pode ajudar-me na minha auto-estima, a olhar para mim, já que me avisam, eu tenho que dizer sou capaz, eu posso (…)” [E₈]

- o **género**, privilegiando o género feminino como o mais valorizado.

“(…) eu contava muitas coisas à Sr. enfermeira (…) que não contava a mais ninguém (…) não contava ao enfermeiro.” [E₃]

Esta última unidade de registo, o género, não corrobora com os estudos de Green (2004), que referem não existir diferenças significativas entre enfermeiros e enfermeiras. Ekston (1995) citado por Green (2004) confirma os resultados da investigação de Green, embora refira que se verifica uma menor importância dada ao cuidar pelos enfermeiros.

Por outro lado, os resultados vão ao encontro do preconizado por Florence Nightingale citado por Brown, Nolan, & Crawford (2000) que considerava que as mãos fortes dos homens não eram adequadas para tocar e prestar cuidados de higiene e conforto aos utentes, por muito gentil que fosse o seu coração. Valentine (2001) refere que as mulheres são mais aptas a promover empatia, respeitando sempre a perspectiva do outro.

Depois de compreendermos o conceito de qualidade de vida para os utentes entrevistados, entendemos que este se transforma num conceito amplo e dinâmico.

A saúde é um dos domínios importante na definição de qualidade de vida, mas não é decisivo; o conceito é influenciado de forma complexa pelo estado psicológico, nível de independência, relações interpessoais e crenças pessoais.

Assim, o toxicodependente também percebe que o enfermeiro **não contribuí** para a sua qualidade de vida quando percebe este conceito como **individual**.

“(...) a qualidade de vida é só minha, acho que não, nunca reparei nisso (...)” [E₂]; “(...) Não. É só minha (...)” [E₅]; “(...) eu acho que não. Porque isso é meu. Sou eu que tenho que fazer (...) posso ter horário para comer e não ter qualidade de vida (...)” [E₇]; “(...) implicações? Não. Porque eu, é que tenho que me esforçar por ela.” [E₉]

Assim, está presente o conceito individual de qualidade de vida representado por autores, como Ribeiro (2005) que entrecruza no conceito de qualidade de vida, os conceitos de saúde, bem-estar e satisfação com a vida, e a representa como uma percepção individual sobre a posição na vida, em que os aspectos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo (Santos, Martins, & Rodrigues-Ferreira, 2009).

6- CONCLUSOES E SUGESTOES

Abordar a percepção do toxicodependente sobre o enfermeiro na redução de riscos e minimização de danos, constituiu para nós, um grande e aliciante desafio.

Apurámos na pesquisa bibliográfica os fundamentos que nos permitiram aprofundar a problemática em questão. O recurso ao método qualitativo permitiu-nos entrar no mundo dos participantes e transportar as suas vivências para a linguagem humana, podendo compreender melhor o papel do enfermeiro na redução de riscos e minimização de danos, bem como o impacto dos cuidados de enfermagem na sua qualidade de vida.

É possível concluir, que na percepção do toxicodependente, o papel do enfermeiro, neste contexto de cuidar adquire uma multidimensionalidade: técnica (administração de medicamentos, tratamento de feridas, supervisão de consultas); relacional (atenção positiva, comunicação verbal, ajuda, atributos profissionais e pessoais do enfermeiro), dimensão ética (respeito pela sua dignidade, procurando o melhor para o toxicodependente) e uma dimensão de substituição do papel do médico (principalmente devido às características de funcionamento do CA).

Também, como conclusões deste estudo é evidente o aumento da qualidade de vida dos toxicodependentes com o consequente alojamento nesta instituição de redução de riscos e minimização de danos e a satisfação com os cuidados de enfermagem prestados.

Assim, a redução de riscos e minimização de danos, ao procurar diminuir os prejuízos ligados ao consumo de drogas para o toxicodependente e para população em geral, impondo menos exigências terapêuticas, oferece-se como a alternativa possível, num dado momento, para a pessoa incapaz de manter a abstinência.

Relativamente à percepção do conceito de qualidade de vida para o toxicodependente, este engloba a satisfação das necessidades humanas básicas (abrigo, alimentação, higiene e sono) e um projecto de vida (que contemple a sua individualidade, a interacção, a existência de regras, responsabilidade, saúde, um emprego, e se possível, a ausência drogas).

Partindo deste conceito realista, o impacto do enfermeiro na qualidade de vida deste utente, prende-se com: a administração de medicamentos (nomeadamente a metadona,

para evitar síndrome de abstinência); a supervisão (motivação para a adesão ao regime terapêutico e a educação para a saúde no sentido de reduzir os riscos e minimizar os danos dos consumos); ser promotor de uma relação de ajuda que lhe permita mobilizar os seus recursos como actor do seu plano terapêutico; ter atributos pessoais (como por exemplo: a simpatia, a boa disposição) e o género (privilegiando o feminino).

Quanto à valorização dos cuidados de enfermagem, os menos valorizados são as regras impostas pelos enfermeiros/instituição e certos atributos pessoais dos enfermeiros (a arrogância). Os cuidados de enfermagem mais valorizados são: a administração de medicamentos (nomeadamente a metadona) e a supervisão, numa dimensão mais técnica. A relação de ajuda e os atributos pessoais e profissionais, numa dimensão mais relacional.

É de realçar a importância atribuída à relação de ajuda e uma sugestão, já dada por teóricas das ciências de enfermagem como Lazure (1987), relativamente à importância dos profissionais de enfermagem terem um programa de formação na área da relação de ajuda. Tal formação era positiva, tanto para a relação toxicodependente - enfermeira como para o desenvolvimento da própria enfermagem e do enfermeiro.

Apesar do campo de acção de enfermagem ser muito vasto, constatamos que se torna imprescindível valorizar e enaltecer estes cuidados, pouco sofisticados, mas tão espectaculares, que constituem a natureza mais íntima dos cuidados de enfermagem, valorizando as pequenas subtilidades que a caracterizam, para promover a sua evolução e um futuro promissor.

Uma outra conclusão, que ressalta dos relatos das experiências, que nos marcam de forma significativa é a falta de individualização de cuidados de enfermagem, neste contexto de cuidar, bem como o estigma sentido por alguns participantes quando se deslocam a outras estruturas de saúde, não abrangidas pela redução de riscos e minimização de danos.

Independentemente da circunstância de vida do utente, o enfermeiro não pode estigmatizar e deve respeitar a individualidade da pessoa, no sentido de ser facilitador da ajuda, sendo crucial que os enfermeiros de outras estruturas de saúde conheçam o modelo de intervenção na área da redução de riscos e minimização de danos e os pressupostos teóricos subjacentes a esta.

É essencial que considerem o toxicodependente como elemento activo nos cuidados, estimulando o desenvolvimento da sua auto-estima e autonomia em direcção a uma cidadania consciente, composta por direito e deveres.

Sugerimos um trabalho interdisciplinar e o *continuum* entre os diferentes serviços de saúde, que exigem do enfermeiro, competência, responsabilidade, criatividade e flexibilidade para que o utente toxicodependente tenha um patamar igual, num clima de cooperação e complementaridade, nas diferentes estruturas de saúde, de forma a minorar o estigma desta subpopulação.

A sugestão final deste trabalho aplica-se ao ensino da Enfermagem.

A ciência de enfermagem é um processo de conhecer e questionar intervenções de suprimento, necessidades específicas e as causas da sua não satisfação. O seu avanço como ciência implica também o repensar das várias concepções orientadoras da prática e da formação.

Deverá o curso de licenciatura de enfermagem desenvolver conteúdos e estratégias que promovam a aprendizagem deste novo contexto de cuidar: a redução de riscos e minimização de danos, como um modelo interventivo na abordagem das toxicodependências, de modo a fomentar a crítica e a reflexão dos futuros profissionais.

Assim, em jeito de conclusão, apesar de ao longo do estudo de investigação nos termos deparado com um conjunto de dificuldades nomeadamente a escassez de trabalhos de enfermeiros portugueses divulgados sobre a problemática da toxicodependência e o modelo de intervenção redução de riscos e minimização de danos, julgamos ter alcançado os objectivos a que nos propusemos.

Este trabalho contribuiu para o nosso crescimento pessoal e profissional, e conscientes, de que a validade interna, não nos permite a extrapolação de resultados a outras amostras, esperamos que este estudo possa contribuir para o enriquecimento da abordagem do tema e seja um ponto de partida para outros estudos.

7- BIBLIOGRAFIA

Livros

- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Agra, C. (1998). *Entre droga e crime*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Almeida, O. P., Dratcu, L., & Laranjeira, R. (1996). *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- American Psychiatric Association, D. (1996). *Mini DSM IV - Critérios de Diagnóstico*. Lisboa: Climepsi.
- Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta.
- Bauer, L. (1992). Psychobiology of craving. In J. Lowinson, P. Ruiz, & R. Millman, *Substance Abuse: a Comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Brito, M., & Esteves, M. (2001). *Consumos que nos Consumem*. Porto: Ambar.
- Bogdan, R., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Catralho, N. R. (2007). *Adaptação Psicológica à gravidez em mulheres toxicodependentes*. Lisboa: Dinalineo.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d aide en soins infirmiers*. Québec: Gaeton Morin Éditeur.
- CIPE. (2001). *Classificação Internacional Para Prática de enfermagem*. Geneva: ICN.
- Dicionário da Língua Portuguesa*. (2003). Porto: Porto Editora.
- Domingues, B. (2000). *Personalismo: perspectivas*. Porto: METANOIA.
- Escohotado, A. (2004). *História elementar das drogas*. Lisboa: Edições Antígona.
- Esteves, M., & Vieira-Coelho, M. A. (2007). *TOXICODEPENDÊNCIAS*. Matosinhos: QUIDNOVI.
- Fernandes, I. M. (2007). *Factores influenciadores da percepção dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde.
- Fernandes, L., & Carvalho, M. (2003). *Consumos Problemáticos em Populações Ocultas*. Lisboa: Instituto da Droga e Toxicodependência.
- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

- Ferreira, M., & Dias, M. O. (2005). *ÉTICA E PROFISSÃO Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Loures: LusoCiência.
- Giddens, A. (2008). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goffman, E. (1963). *Estigma - La identidad Deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hood, G. H., & Dincher, J. R. (1995). *Fundamentos e prática de enfermagem: atendimento completo ao paciente*. Porto: Artes Médicas.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Kant, I. (2008). *Crítica da Razão Pura* (8.^a edição ed.). Lisboa: Gulbenkian.
- Marlatt, A. (2002). *Harm reduction: pragmatic strategies dor managing high-risk behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, A. (1999). *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Morison, P. (2001). *Para compreender os doentes*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Torres, N., & Neto, D. (2001). Tratamento Combinado e por Etapas de Dependentes Químicos Evolução Histórica e Resultados conseguidos. In N. Torres, & J. Ribeiro, *A Pedra e o Charco Sobre o Conhecimento e Intervenção nas Drogas* (pp. 297-341). Almada: Íman Edições.
- Torres, N., & Ribeiro, J. (2001). A "Pedra" e o "Charco" ou por detrás do Narco-Íris. In N. Torres, & J. Ribeiro, *A Pedra e o Charco sobre o Conhecimento e Intervenção nas Drogas* (pp. 23-42). Almada: Íman Edições.
- Olivenstein, C. (1973). *Écrits sur la toxicomanie*. Paris: Ed. Universitaires.
- Organização Mundial de Saúde, OMS. (1993). *CID-10 (Classificação Internacional de Doenças)* (8.^a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Phaneuf, M. (1995). *Relação de Ajuda: elemento de competência da enfermeira*. Coimbra.
- Poiares, C. (2001). Droga, Lei & Saber Abordagem Psicocriminal. In N. Torres, & J. Ribeiro, *A PEDRA E O CHARCO sobre o Conhecimento e Intervenção nas drogas* (pp. 89-106). Almada: Íman Edições.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Brasil: Editora Artes Médicas Sul Ltda.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5.^a edição ed.). Lisboa: gradiva.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (1995). *MODELO DE ENFERMAGEM*. Alfragide: McGraw-Hill.
- Rosa, A. G., Gomes, J. C., & Carvalho, M. D. (2000). *TOXICODEPENDÊNCIA Arte de Cuidar*. Coimbra: Formasau.
- Roy, C., & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

Santos, C., Martins, T., & Rodrigues-Ferreira, T. (2009). Saúde e Qualidade de Vida: Contributos Teóricos. In C. Sequeira, C. Santos, M. Abreu, M. Sousa, & E. Borges, *Saúde e Qualidade de Vida: Estado da Arte* (pp. 15-27). Porto: NISQV- ESEP.

Stefanelli, M. C., Fukuda, I. M., & Aranda, E. C. (2008). *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. Brasil: Manole Ltda.

Teixeira, F. J. (1999). *Infecção pelo vírus da hepatite C numa população toxicodependente:alguns aspectos de saúde ocupacional*.Coimbra:Universidade de Coimbra

Veiga, J. (2006). *Ética em enfermagem Análise, problematização e [re]construção*. Lisboa: Climepsi Editores.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar: Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência -Edições Técnicas e Científicas.

Relatórios:

Associação Nacional de Farmácias, C. N. (2004). *Diz não a uma seringa em segunda mão 1993 a 2003*. Lisboa.

Organização Mundial de Saúde, O. (1988). *Priority research for health for all*. Copenhagen: World Health Organization.

Artigos:

Bennett, M. (1990).Estigmatização: as experiências das pessoas com síndrome da imunodeficiência adquirida. *Enfermagem em Saúde Mental*, 11, pp. 141-154.

Brown, B., Nolan, P., & Crawford, P. (2000). "Men in nursing: Ambivalence in care, gender and masculinity". *Internacional History of Nursing Journal* , pp. 4-14.

Coutinho, R. (2004). A propósito da procura de tratamento nos CAT: a realidade de uma area metropolitana de Lisboa. *Toxicodependências* , pp. 83-86.

Cruz, M. A. (2005). Antes intervir que desviar o olhar- como a redução de riscos se fez incontornável. *Toxicodependências* , pp. 65-72.

Cursino, et. al. (2002). A representação social do cuidar para os enfermeiros. *R. Enfermagem UERJ* , 10,pp. 17-19.

Green, A. (2004). Caring Behaviors as Perceived by Nurse Practitioners. *Journal of the Academy of Nurse Practitioners* , pp. 283-291.

Lopes, P., & Faria, M. (2005). A homofobia em toxicodependentes. *Toxicodependências* , pp. 21-35.

Pinto, M., & Peixoto, S. (2003). Trabalho de rua com consumidores de drogas: obstáculos sentidos no norte de Portugal. *Toxicodependências* , pp. 51-60.

Negreiros, J., & Magalhães, A. (2005). Contributos para a compreensão dos comportamentos de risco de transmissão do VIH em consumidores problemáticos de drogas. *Toxicodependências* , 11, pp. 3-22.

Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Revista Divulgar*, pp. 6-11

Prochaska, J., & DiClemente, CC. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, pp.390-395

Ribeiro, J. (2003). Aspectos fenomenológicos das recaídas em heroínódependentes. *Toxicodependências*, pp. 65-71.

Ribeiro, J. L. (1997). *A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doença crónica, 2.º congresso nacional de psicologia da saúde*. Lisboa: Instituto Portugues de Psicologia Aplicada.

Seabra, P. (2005). Cuidar num CAT: O trabalho desenvolvido por um enfermeiro, numa equipa de um programa de substituição opiácia. *Toxicodependências*, pp. 57-64.

Valentine, P. (2001). "A gender perspective on conflict management strategies of nurses". *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 69-75.

Wolf, et. al. (1998). Relationship Between Nurse Caring and Patient Satisfaction. *Medsurg Nursing*, pp. 99-105.

Tese:

Fernandes, L. (1997). *ACTORES E TERRITÓRIOS PSICOTRÓPICOS* Etnografia das Drogas numa Periferia Urbana. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.

Documentos extraídos da internet:

Presidência do Conselho de Ministros (2001). Enquadramento à Redução de Riscos e Minimização de Danos - RRMD. Disponível no site do IDT.pt:

«<http://www.idt.pt/PT/ReducaoDanos/Paginas/Enquadramento.aspx>» (6 de Julho 2010)

Presidência do Conselho de Ministros (2001). Decreto-Lei n.º183/2001 de 21 de Junho (I Serie Diário da República). Disponível no site: IDP.pt:

«http://www.idt.pt/PT/Legislacao/Legislao%20Ficheiros/Reducao_de_Riscos_-_Danos/dl_183_2001.pdf» (5 de Janeiro 2010)

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, O. (2009). *Relatório anual 2009: a evolução do fenómeno da droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. Disponível no site da OEDT:

«<http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Paginas/Internacionais.aspx>» (5 de Maio 2010)

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos. Disponível no site da Ordem dos enfermeiros:

«<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx>» (6 de Julho 2010)

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.-D.-N. (2008). *Relatório anual 2008 - A situação do País em matéria de Droga e Toxicodependências*. Lisboa: Instituto Droga e Toxicodependência. Disponível no site do IDT.pt:

«<http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Paginas/Internacionais.aspx>» (5 de Maio 2010)

Ritson (1999). Alcohol, drugs and stigm. *International Journal of Clinical Practice*. 53, 7, pp.549-551. Disponível:

«http://www.camh.net/education/Resources_communities_organizations/stigma_subabus_e_litreview_senpres01.pdf» (6 Junho 2010)

Entrevistas realizadas:

Ao Enfermeiro António Carlos – Coordenador da redução de riscos e minimização de danos no CRI Ocidental -Porto

Data: 2009/07

Hora: 18h

Objectivo da entrevista: perceber o papel do enfermeiro e a participação do IDT na redução de riscos e minimização de danos

Ao Dr. Agostinho Ribeiro – Presidente da Norte Vida

Data: 2009/ 05

Hora: 16h

Objectivo: perceber a participação da Norte Vida na redução de riscos e minimização de danos

ANEXOS

Anexo A

Caracterização do Centro de Acolhimento (CA)

A Norte Vida – Associação para Promoção da Saúde, foi criada em 1991, por iniciativa do Governador Civil do Porto e do núcleo distrital do Projecto Vida, com fins: de apoio a jovens, à família, à integração social e comunitária, a promoção e protecção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social na área da toxicodependência, educação e formação profissional dos cidadãos.

Em 1997, surge um protocolo de cooperação entre o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), a Câmara Municipal do Porto e a IPSS (Instituição Particular Solidarietà Social) Norte Vida através do “Contrato de Cidade do Porto”.

A Norte Vida subscreveu neste protocolo, o “Contrato de Cidade do Porto”, a responsabilidade pelo desenvolvimento do programa operacional da Prevenção das Toxicodependências.

O CAMT aquando o “Contrato de Cidade do Porto”, tinha uma capacidade máxima de 12 camas e destinava-se a garantir o apoio imediato a carências básicas (banho, alimentação, dormida, documentação, etc.) durante um período curto e posterior orientação para programas de desintoxicação e /ou outras respostas de retaguarda.

Findo este protocolo a 31 de Julho de 2007, esta unidade assistencial a toxicodependentes ficou a ser gerida, através de concurso público, pela IPSS Norte Vida, mantendo o espaço no “Campus de Saúde Mental e Psiquiátrica da cidade do Porto” Hospital Magalhães Lemos.

Actualmente, divide-se no centro de acolhimento (CA), financiado pela Segurança Social do Porto e num GATSESF, financiado pelo IDT.

Os utentes do CA beneficiam de alojamento, lavandaria e de todos os serviços existentes no GATSESF.

O CA possui a capacidade máxima de 17 camas, abrigando ambos os géneros: femininos e masculinos, embora separadamente.

No GATSESF realiza programa substituição em baixo limiar de exigência, programa de troca de seringas, cuidados de saúde primários, rastreios a infecções sexualmente transmissíveis e à tuberculose pulmonar, alimentação, actividades de animação e lazer programado, estratégias psico-pedagógicas de grupo, bem como de acções de promoção para saúde.

Estes cuidados são incisivos e de curta duração (tempo máximo desejável de nove meses) visando satisfazer as necessidades básicas dos utentes e constituindo um reforço motivacional para a adesão a programas terapêuticos mais estruturados e continuados.

Estas estruturas de funcionamento contínuo e permanente contempla todos os toxicodependentes independentemente da sua condição biopsicossocial, partindo da premissa de que só a restituição de direitos fundamentais “saúde, alojamento e protecção individual” permite o exercício da cidadania plena. Por tal, estão em constante articulação com os serviços da Segurança Social, Emprego, Educação e de Saúde

Tem assim, os seguintes objectivos: promover o acolhimento e aconselhamento social de toxicodependentes desligados da rede pública de serviços assistenciais, assegurar cuidados sociais e sanitários, satisfazer as necessidades humanas básicas dos utentes (higiene, saúde, alimentação, alojamento etc.), encaminhar os toxicodependentes para programas terapêuticos na rede assistencial visando a sua integração, funcionar como placa giratória entre a exclusão e a promoção de estilos de vida mais inclusivos, contribuir para redução de riscos e minimização de danos nos hábitos de consumo de substâncias psicoactivas e práticas sexuais de risco (acesso a informação sobre práticas de consumos seguro, a existência de programa de troca de seringas e acesso a informação sobre sexo seguro com distribuição de preservativos); promover a alteração de comportamentos de alto risco associados ao consumo para formas de consumo menos danosas; promoção da cidadania (facilitar o acesso ao BI, ao cartão do utente etc.), permitir um maior conhecimento sobre o seu estado de saúde (rastreios as doenças infecciosas e avaliações médicas, promoção da vigilância e seguimento em consultas de especialidade etc.), promover a reorganização pessoal e facilitar o acesso a projectos de vida mais estruturados, melhorando a qualidade de vida do utente.

São condições gerais de admissão: um consumidor comprovado de substâncias psicoactivas (que não apresenta por ex: quadro sintomatológico de distúrbio psiquiátrico agudo ou intoxicação alcoólica aguda) numa situação de ruptura social, familiar, pessoal e profissional e que num dado momento não revele motivação suficiente para parar

consumos (abstinência) e por isso seja incapaz de aderir a programas estruturados. Este toxicodependente pode fazer uma solicitação voluntária ou ser encaminhado por equipas de referência (p. ex: as equipas de rua, estruturas hospitalares) e se existir vaga disponível, este é aceite.

Em suma, estas estruturas assistenciais são uma ponte sócio-terapêutica facilitadora da relação dos toxicodependentes com as estruturas da sua rede social de apoio. O princípio orientador é propor uma intervenção que respeite as idiossincrasias de cada utente, orientada para as suas necessidades, em que através de uma relação terapeuta /utente se estimula a sua motivação e a sua percepção de auto-eficácia, promovendo o envolvimento deste no seu próprio processo de mudança (*empowerment*).

Anexo B

Guião da entrevista

Guião da entrevista:

I- Dados referentes à caracterização da população

1. Idade
2. Sexo
3. Estado civil
4. Etnia
5. Naturalidade
6. Nacionalidade
7. Família (apoio familiar, n.º de filhos)
8. Habilitações literárias
9. Ocupação (trabalho, tempos livres)
10. Apoios pecuniários (RSI, ordenado)
11. Situação de Saúde (Dados clínicos)
12. Relativamente as drogas (idade primeiro contacto, factores predisponentes aos consumos, trajectória de consumo até actualidade: droga preferida e via de consumo)
13. Comportamentos de risco (sexual, partilha de material)
14. Reside na Casa Vila Nova há quanto tempo Qual o contributo para a sua saúde/bem-estar/qualidade de vida?

II. Dados referentes aos cuidados de enfermagem prestados

1. Há quanto tempo lhe são prestados os cuidados de enfermagem?
2. O que faz o enfermeiro?
3. Quando o enfermeiro presta cuidados costuma falar consigo
4. Se respondeu: “*o enfermeiro não conversa*”, indique as razões:
5. O enfermeiro ao prestar-lhe cuidados costuma demorar:
6. Acha que quando solicita um cuidado de enfermagem é acessível? Em tempo de pedido/resposta?
7. Acha que o enfermeiro percebe a sua problemática com as drogas?

8. Acha que se individualiza o utente ou trata-se todos iguais? Acha que as respostas são diferentes consoante a realidade que vivem?

III. Dados referentes ao modo como os utentes percebem os cuidados que lhe são prestados

1. Gosta que lhe sejam prestados cuidados de enfermagem (gostar do enfermeiro)?
2. Sente-se satisfeito com os cuidados que lhe são prestados?
 - Do que mais gosta?Porque?
 - Do que menos gosta?Porquê?
3. Quais os cuidados que considera mais importantes? Porquê?
4. Acha que os cuidados que lhe são prestados pelos enfermeiros estão de acordo com as suas necessidades?
 - Em caso negativo, o que é que necessitava, que não lhe foi feito?
5. Acha que o enfermeiro tem implicações na sua qualidade de vida?

Anexo C

Matrizes das entrevistas realizadas

PERCEPÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

Subcategoria - Necessidades físicas

Unidades de registo	Unidades de contexto
Abrigo	"(...) não tem nada a ver uma coisa com a outra, apanhar chuva, frio e estar aqui." E₁ " (...) a casa que a gente tinha (...)" E₂ "(...) ter uma casa. Oh, Sr. enfermeira é totalmente diferente de estar naquele mundo da droga, nossa senhora. É horroroso!" E₃ "(...) estamos protegidos (...)" E₄ "(...) já tive na minha casa (...)" E₁₀
Sono	" (...) uma cama para dormir (...)", "(...) temos cama para dormir (...)" E₂ "(...) ter um quarto(...)" E₃ "(...) para dormir(...)" E₇ "(...) ter descanso(...)" E₁₁
Higiene	" (...) de higiene (...)", "(...) tenho banho para tomar (...)" E₂ "(...) puder tomar banho (...)" E₃ "(...) higiene, tudo. Limpeza (...) horas para tomar banho (...)" E₅
Alimentação	" (...) de comida (...)", "(...) tenho refeições (...)" E₂ "(...) fazer as refeições (...)" E₃ "(...) refeições(...)" E₇ "(...) ter alimentação(...)" E₁₁

Subcategoria - Projecto de vida

Unidades de registo	Unidades de contexto
Individualidade	"(...) é um projecto que tenho comigo (...)" E₂ "(...) eu sinto-o mas não sei falar bem." E₃ "(...) ter objectivos(...)" E₆ "(...) gosto pela aprendizagem (...) assimilar aprendizagem(...) ter boa memória(...)conseguir atingir os próprios objectivos e próprias etapas(...)superar maus momentos, as fases difíceis e conseguir atingir sempre. (...) ", "(...)vou ser outra pessoa diferente e não vou morrer assim, porque acho que não vale a pena (...)" E₈ "(...) ganhar amor-próprio (...)", "(...)ganhar amor pela vida(...)" E₉ "(...) mais gosto em nós próprios, mais gosto em viver, mais alegria em viver"

	(...)” E₁₀ “(...) vida estruturada como pessoa (...) eu estruturar-me.” E₁₁
Regras	“(...) horários para tudo, não tinha(...)”;“(...)horas para comer que não tinha (...)” E₅ “(...) nós termos, horas de dormir, horas de nos levantar, termos uma regra na vida, é isso que faz parte da qualidade de vida (...)” E₆ “(...) tenho horários (...)” E₇ “(...) ter uma vida regrada (...)” E₁₁
Interacção	“(...) Conhecer outras pessoas, (...)”;“(...)a convivência que tinha(...)”;“(...) conhecer alguém (...)” E₂ “(...) poder dar algo ao meu filho(...)” E₄
Responsabilidade	“(...) exige-me responsabilidade (...) ser responsável por mim mesmo” E₁₁
Emprego	“(...) encontrar um emprego (...)” E₂ “(...) era trabalho (...)” E₄ “(...) e trabalhava (...)” E₁₀ “(...) Ser produtivo para a sociedade (...)” E₁₁
Ausência de drogas	“(...) é totalmente diferente de estar naquele mundo da droga (...)” E₃ “(...) da condição que nos dão para deixar essa vida dos consumos e passar a ter uma vida com mais qualidade(...) depois já sem a preocupação dos consumos, já temos cabeça para, para outros objectivos (...) porque na altura que andamos consumir, o objectivo é só o consumos (..) a isso que eu chamo qualidade de vida , é não ter a limitação dos consumos (...)” E₆ “(...) Não perder o ritmo, ficar naquela decadência (...)” E₈ “(...) enfrentar a vida de maneira diferente, livre de drogas (...)seguir rumo totalmente diferente das drogas(...)” E₉ “(...) sem consumir drogas (...)” E₁₀ “(...) Eu quando uso drogas, eu não tenho qualidade de vida, nem sei bem se tenho vida (...)” E₁₁
Saúde	“(...) ter uma vida mais saudável(...)” E₆ “(...) hoje qualidade de vida, eu não tenho, derivado principalmente aos problemas de saúde (...)” E₁₀ “(...) com minhas duas doenças, passa por eu (...)tratar de mim (...)” E₁₁ “(...) qualidade de vida é nós sentarmos descansadamente, podermos fumar um cigarro sem preocupações, uma coisa que hoje em dia é difícil (...)”;“(...) estar despreocupado (...)”;“(...) qualidade de vida é não ter preocupações (...)” E₄

PERCEPÇÃO DA PROBLEMÁTICA DAS DROGAS POR PARTE DOS ENFERMEIROS

Subcategoria - Outros Enfermeiros

Unidades de registo	Unidades de contexto
Não percepcionam	“(...) alguns que não (...)” E₃ “(...) nos hospitais, vêm-nos como drogados, somos menos merecedores de...como se diz..atenção..sei lá...cuidados..que os outros! Por isso acho que nem todos percebem (...)” E₇ “(...) noutros sítios acho que os enfermeiros nem imaginam como é o mundo das drogas. Por exemplo no centro de saúde, no hospital, somos discriminados (...)” E₉ “(...) mas noutras áreas, nos hospitais, não digo todos, mas alguns são capazes de não perceber (...)” E₁₀ “(...) aquilo que já encontrei muitas vezes foi enfermeiros e até médicos a tratar o toxicodependente como lixo. Lá está, estamos a falar de discriminação (...)” E₁₁

Subcategoria - Enfermeiros neste contexto de estudo

Unidades de registo	Unidades de contexto
Não percepcionam	“(...) Não percebem. Porque eles só fazem com ordens médicas. Fora disso, não percebem nada (...)” E₁
Percepcionam	“(...) Eu acho que eles percebem, sem dúvida (...)” E₂ “(...) Aqui dentro percebem (...)” E₃ “(...) acho que percebe(...) há profissionais que querendo ir depressa de mais não chegam lá (...)nós aprendemos uns com os outros (...)o enfermeiro com anos de experiência vale mais que um enfermeiro acabado de sair da universidade (...)”,“(...) O toxicodependente é um doente manhoso, capaz de mentir e falar verdade ao mesmo tempo, quase, (...) o enfermeiro tem que ser também manhoso (...) perspicaz. O terreno é que lhes traz experiência (...)” E₄ “(...) Percebe (...)ele olha nos meus olhos e vê logo tudo, se consumi ou não (...)” E₅ “(...) senti que os profissionais me entenderam. Eles preocupam-se, sabem e tem uma ideia do nosso sofrimento como a ressaca mas também deve ser complicado para eles perceberem como é que uma pessoa já passou tão mal e volta (...)” E₆ “(...) já sofri discriminação. Aqui dentro não (...)” E₇ “(...) tem me compreendido(...)não tem atitude de discriminação(...)” E₈ “(...) acho aqui percebem bastante(...)” E₉ “(...)aqui, nestas áreas, acho que sim (...)” E₁₀

PERCEPÇÕES DAS DIMENSÕES PAPEL DO ENFERMEIRO

Subcategoria - Técnica

Unidades de registo	Unidades de contexto
Administração de medicamentos	“(…) tomo a metadona (…)” E₁; E₉ “(…) uma loção que me passava no corpo (…)” E₂ “(…) quando não está a medicar(…)está a preparar porque há medicação para logo à tarde(…)”; “ir tomar metadona(…)há sempre pomadazinha (…) tenho dor de dentes também há sempre qualquer coisa para eu tomar (…)” E₄ “(…) dá injeções, dá medicação, dá metadona (…)” E₅ “(…) dar a metadona todos os dias, aquela dose certa(…)todos os outros cuidados com os medicamentos” E₆ “(…) dá metadona(…) tomo lá minha medicação (…)” E₇ “(…) dá a metadona, dá medicação (…)” E₈
Supervisão: consultas	“(…)a enfermeira me avisa (…)orienta-me.” E₁ “(…) preocupação em avisar(…) cartas do hospital” E₂ “(…) alerta das consultas(…)” E₆ “(…) avisa quando temos consultas(…)” E₇
Tratamento de feridas	“(…)faziam-me os pensos (…)” E₂ “(…) Faz curativos(…)” E₅ “(…) fez-me curativo(…)” E₉ “(…) faz os curativos(…)” E₁₁

Subcategoria - Relacional

Unidades de registo	Unidades de contexto
Atenção positiva	“ Ele está sempre ali, disposto para um utente (…)” E₂ “(…) pede-lhe qualquer coisa e está sempre bem-disposta e às vezes com tanto trabalho e aturar esta gente toda(…)”; “(…)é tão meiguinha (…) pessoa carinhosa (…)” E₃ “(…) o enfermeiro está alerta, quase sempre(…)”; “(…) o enfermeiro está sempre lá (…)” E₄ “(…) apoia-me psicologicamente (…)” E₈
Comunicação verbal	“(…) fala comigo (…)” E₃; E₈ “(…) vamos ter falar (…)” E₇ “(…) um parte do seu papel tem a ver com (…) bom entendimento, de se falar, de transmitir a mensagem, de uma pessoa receber. Se tiver um

	problema vou falar com o enfermeiro (...)” E₈ “(…) falam, dão sugestões (...)” E₁₁
Ajuda	“(…) ajuda as pessoas (...)” E₃ “(…) parece que só socorre, que só ajuda (...)” E₄ “(…) é um auxilio que eu tenho (...)” E₆ “(…) são (...)quem tem de ajudar (...) tentam sempre ser o melhor que podem (...)” E₈ “(…) ajuda muito o próximo (...)” E₁₀
Atributos	“(…) são pessoas espectaculares (...)”;“(…) faz muita coisa (...)” E₂ “(…) são impecáveis (...)” E₃ “(…) tem um papel mais importante que as pessoas pensam (...)” E₄ “(…) faz tudo de enfermagem (...)” E₉ “(…) faz muito (...)” E₁₀

Subcategoria - Ética

Unidades de registo	Unidades de contexto
Defensor	“(…) sempre a defenderem a pessoa (...)” E₃ “(…) o enfermeiro tem muita responsabilidade (...)” E₆ “(…) tenta me por ciente da minha própria segurança e da minha saúde, e das coisas que estão à volta disso, para não ter desilusões (...)” E₈ “(…) sugerem o que é melhor para mim (...)”;“(…) aconselha muitas vezes o que é melhor para mim (...)” E₁₁

Subcategoria - Substituição do papel do médico

Unidades de registo	Unidades de contexto
Presença	“(…) ele é ajudante do médico (...) faz aqui o que ele faz, quando ele não está cá. Nós só temos médico à quarta-feira, quando ele não está, está o enfermeiro (...)” E₇ “(…) não havendo médicos, é enfermagem que assume aqui o papel (...)” E₉

PERCEPÇÃO DA INDIVIDUALIZAÇÃO DE CUIDADOS PELOS ENFERMEIROS

Unidades de registo	Unidades de contexto
Não individualiza	“(…) sinto que somos tratados todos iguais (…)” E₁ “(…) tratam por igual (…)” E₃ “(…) trata todos por igual (…)” E₅ “(…) o tratamento (…) em termos de medicação, em termos de maneira de estar, aquilo que noto é que é igual para todos (…)” E₆ “(…) trata tudo por igual (…)” E₇; E₈ “(…) acho que sim, trata todos por igual (…)” E₉
Individualiza	“(…) eu não acho que se trate todos iguais , porque nem somos todos iguais, não é? (…)” E₂ “(…) individualiza consoante a experiência e mediante os casos (….)cada caso é um caso (…)” E₄ “(…) na minha experiência (…) sempre me individualizaram (…)” E₁₁

PERCEPÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE NECESSIDADE EXPRESSA E RESPOSTA DO
ENFERMEIRO

Unidades de registo	Unidades de contexto
Acessível	“(...) foi rápido (...)” E ₂ “(...)o que é preciso (...)” E ₃ “(...) é acessível (...)” E ₄ “(...) É bom, é rápido(...)” E ₅ “(...) para mim sempre foi rápido(...)” E ₆ “(...) mas, para mim, é(...)” E ₇ “(...) é acessível (...)” E ₈ “(...) acho que sim(...)” E ₉ “(...) Sim (...)” E ₁₁
Não acessível	“(...) Não é rápido.” E ₁

PERCEPÇÃO DA ADEQUAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS
NECESSIDADES DO TOXICODEPENDENTE

Unidades de registo	Unidades de contexto
Adequados	“(…) sempre estiveram de acordo com minhas necessidades (..)” E₂ “(…) Acho que sim (…)” E₃ “Estão. Em Portugal não está assim tão mal.” E₄ “(…) estão de acordo com minhas necessidades (…)” E₅ “(…) até aqui, estão (…)” E₆ “(…) sim, estão (…)” E₇ “(…) Acho que sim (…)” E₈ “(…) Sim acho (…)” E₉ “(…) em principio acho que sim (…)” E₁₀ “(…) Sim, sem dúvida (…)” E₁₁
Não adequados	“(…) eu daquilo que estou pedir, ninguém me ajuda (…)” E₁

PERCEPÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE TEMPO/EXECUÇÃO DOS CUIDADOS

Unidades de registo	Unidades de contexto
Adequada	“(…) Eu acho que é tempo necessário.” E₂ “(…) É o tempo que é preciso.” E₃ “(…) é rápido (…) está implicado com o trabalho, trata com devida calma e atenção (…)” E₄ “(…) costuma demorar tempo necessário (…)” E₅ “(…) No meu caso concreto, é o necessário (…)” E₆ “(…) sim, não tenho nada dizer (…)” E₇ “(…) o necessário (…)” E₉ “(…) até à data está tudo bem (…)” E₁₀
Inadequada	“(…) um enfermeiro chegar ali e pegue o frasco de metadona. Não! Deviam ter uma assistente.”;“(…) não devia estar só uma enfermeira (…)” E₁

PERCEPÇÃO DO VALOR ATRIBUÍDO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PELO
TOXICODEPENDENTE

Subcategoria – Menor valor

Unidades de registo	Unidades de contexto
Relação de ajuda	“(…) sempre fui bem recebido e compreendido (…)” E₂ “(…) foi logo, sempre que precisares (…)” E₃ “(…) principalmente falar com os utente(…)” E₅ “(…) o cuidado que eles mostram ao ter com cada utente, variavelmente da situação que seja. A atenção que eles tem a cada um (…)” E₆ “(…) Do apoio(…)” E₉ “(…) o atendimento, a simpatia, a preocupação com o problema do utente (…);“(…) prestar atenção. Isto para mim é que é ser profissional (…);“(…) eu ser um sem-abrigo e o encaminhar-me para uma casa (…);“(…) é o ponto alto do trabalho de um enfermeiro (…);“(…) eu sozinho não sou capaz sequer dar um passo (…)” E₁₁ “(…) vejo que se tiver problemas de saúde, sinto que sou apoiado (…)” E₈
Supervisão	“(…) Ser vigiado, controlado (…)” E₁ “(…) responsabilidade que tem nos medicamentos (…)” E₆ “(…) a maneira como é encaminhado para as consultas(…)” E₉ “(…) cuidados quando há consumos em excesso. Educar para a saúde nesse sentido e prevenir. Prevenir nunca é demais (…)” E₄ “(…) prevenir um toxicodependente, dos riscos que corre, em relação à SIDA(…)” E₈
Administração medicamentos	“(…) A toma da meta(…)” E₁ “(…) injeções(…)” E₅ “(…) a administração de metadona(…)” E₁₁
Atributos (pessoais e papel)	“(…) Eu gosto da maneira de ser. (…)” E₂ “(…) gosto da disposição(…) todos os dias, nunca vi ninguém no gabinete de enfermagem mal disposto (…)” E₆ “(…) a maneira como falam(…)” E₉;“(…)especialmente da maneira de ser (…)” E₁₀ “(…) desempenhar a função, aplicando todas as qualidade que o ser humano tem (…)” E₁₁ “(…) considero tudo que eles fazem importantes (…)” E₂ “(…) Todos (…) é importante ele existir, estar ali. Tudo o que ele faz é importante.” E₇

Subcategoria – Maior valor

Unidades de registo	Unidades de contexto
Regras	“(…) Deixa o pessoal ir para rua (…) Há um copo, vai urinar, acusa droga, não entra mais em casa.” E₁ “(…) todos dias (…)entrar(…)tomar aquela porcaria (metadona) (…)” E₆ “(…) cumprir horários, das tomas, de entrada(…)” E₉ “(…) mexeriquices, quando lá vou, ao gabinete de enfermagem(…)” E₄
Atributos pessoais	“(…) a arrogância dos profissionais de saúde (…) Petulância, faz isto e não quer saber o que eu penso.” E₁₁

PERCEPÇÃO DA SATISFAÇÃO DO UTENTE COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Unidades de registo:	Unidades de contexto:
Presente	“(…) Sim, sem dúvida (…)” E₂ “Gosto, gosto (….) Sim, sim.” E₃ “Sinto.” E₄; E₅ “Sinto. Trazer minha saúde em dia, isso não se pode brincar.” E₈ “(…) Sim (….) ” E₇; E₉; E₁₀ “Satisfeito (….)” E₆; E₁₁
Ausente	“Não.” E₁

PERCEPÇÃO DO CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO NA QUALIDADE DE VIDA

Subcategoria – Contribuí

Unidades de registo	Unidades de contexto
Administração de medicamentos	“(…) cumprindo o papel dele, ao dar-me a minha medicação, a metadona (…)” E₆ “(…) administrava a metadona (…)” E₁₁
Supervisão	“(…) mas pode melhorar a minha qualidade de vida, no desempenho da sua função, na prevenção essencialmente (…)” E₄ “(…) podem ajudar nos meus limites, ajudarem-me não ser exagerado. (…) Não tocar na bebida quando faço medicação (…) o que quero dizer é que sou um baldas (…)” E₈ “(…) teve implicação na qualidade, a nível da minha saúde (…)” E₃ “(…) hoje tenho dor no joelho e me ajuda (…);“(…) investir muito na informação sobre o VIH (…)” E₁₁
Relação de ajuda	“(…) gosto de falar com ela, de ter apoio (…);“(…)apanho-a sozinha, vou lá e falo com ela, é muito importante (…)” E₃ “(…) o enfermeiro pode ajudar-me na minha auto-estima, a olhar para mim, já que me avisam, eu tenho que dizer sou capaz, eu posso (…)” E₈ “(…) me encaminhou (…)” E₁₁
Género	“(…) eu contava muitas coisas à Sr. enfermeira (…) que não contava a mais ninguém (…) não contava ao enfermeiro” E₃

Subcategoria - Não contribuí

Unidades de registo	Unidades de contexto
Individual	“(…) a qualidade de vida é só minha, acho que não, nunca reparei nisso (…)” E₂ “(…) Não. É só minha (…)” E₅ “(…) eu acho que não. Porque isso é meu. Sou eu que tenho que fazer (…) posso ter horário para comer e não ter qualidade de vida (…)” E₇ “(…) implicações? Não. Porque eu é tenho que me esforçar por ela.” E₉

Anexo D
Autorização da Instituição Norte Vida

Pedido de Autorização

Ex.^{Mo Sr.} Presidente da Associação Norte Vida,

Visto,
Assinatura
Ch.

Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados, que visa a realização de um tese de mestrado

Eu, Marta Carvalho, enfermeira do Projecto Rotas Com Vida e mestranda em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto, pretende desenvolver um projecto de investigação, que visa estudar a percepção do toxicodependente sobre o papel do enfermeiro na área da Redução de Riscos e Minimização de Danos.

A finalidade deste estudo prende-se com o estudo do impacto da intervenção do enfermeiro, nesta área bem como na qualidade de vida do utente.

O estudo que pretendo realizar é um estudo descritivo de natureza qualitativa, cuja amostra se faz representar por utentes da instituição que vossa Ex.^a dirige que beneficiam dos cuidados de Enfermagem na Casa Vila Nova. O instrumento de colheita de dados é a entrevista semi-estruturada (Anexo 4).

Comprometo-me desde já a salvaguardar os princípios éticos inerentes à realização desta investigação, nomeadamente os direitos dos profissionais, da instituição e dos utentes (Anexo 2). Gostaria de realizar a colheita de dados durante os meses de Fevereiro, Março e Abril de 2010.

Comprometo-me a enviar cópia do relatório da pesquisa, agradeço toda a atenção dispensada e aguardo deferimento, subscrevendo-me atenciosamente,

Porto, 30 de Setembro de 2009

Marta Clara Lopes de Carvalho

(Enfermeira Marta Carvalho)

Em caso de dúvidas, estou à disposição para esclarecimentos (Marta Carvalho, E-mail martcarvalho@hotmail.com, Tlm: 919164579)